n° 116-117
Mars - juin
2023

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 €

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

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.

Dans le numéro précédent (114-115), nous avons publié les 4 premiers auteurs : Joseph Mornet, François Courtot, Claire Gekière et Christophe Chasseriau.

Trois sous-thèmes peuvent se répartir comme suit. Tout d'abord, nous l'ouvrions 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 qui sont présentés dans ce numéro 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 quatre articles présentés dans ce numéro.

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***

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".

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…".

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 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.

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 d'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.

***

Ensemble, bricoler au jour le jour les ouvertures

Dr Anéïla Lefort
Praticien Hospitalier - Médecin Psychiatre
Secteur de psychiatrie publique GAP/LARAGNE

Introduction



Consentir : une aventure dynamique.

Consentir à ses soins pour une personne dite "soignée" reste probablement indissociablement lié au consentement de soigner par les professionnels. Il s'agit d'un processus complexe qui nécessite que l'on puisse travailler le milieu au sein duquel ces consentements peuvent advenir.

Consentir à des soins est une construction à chaque fois singulière qui allie la relation interindividuelle, le climat au sein duquel émerge une temporalité suffisante, et l'organisation dans laquelle ce consentement se construit.

L'accueil

Accueillir c'est "Aller vers" = aller vers l'Autre, mais également aller vers soi-même. C'est créer les conditions pour que cet Autre nous accueille, nous reconnaisse comme son alter ego. Hors, cette position d'accueil qui se doit d'être mêlée d'empathie, d'humilité et d'une forme de tenue sécure reste fondamentalement inégalitaire et asymétrique. La personne que l'on soigne peut être d'emblée contrainte par une mesure administrative ou par la psychopathologie qui altère sa disponibilité psychique. Sans parler de la représentation que chacun des protagonistes a de l'autre dans la rencontre, et qui peut être modifiée en fonction du type de mesure administrative en vigueur.

L'établissement d'une relation de confiance nécessite un engagement de part et d'autre au sein duquel les identifications à l'autre vont devoir s'installer. Elles vont pouvoir s'établir dans une reconnaissance réciproque des fragilités et des forces de chacun, dans une perception ajustée à tout moment de ce que l'on peut appeler une différence de potentiel qui permet que le courant passe, que le dialogue ait lieu et que la relation a priori asymétrique se rééquilibre de façon humainement différente.

Il s'agit donc d'une rencontre, à chaque fois créative, mettant à la connaissance de chacun son positionnement, ce qui dans la relation va pouvoir se découvrir, s'établir, s'inviter et s'inventer dans des mouvements psychiques nécessaires à l'ouverture des possibles.

Dispositifs et dispositions de soins

Pour pouvoir être en disposition d'accueillir, il est nécessaire que la "machinerie de soins" (J. Oury) qui permet cet accueil soit bien huilée. Pour être un sur-mesure, il convient que l'organisation qui le promet et le permet, réponde à des fondamentaux afin que la position concave de chacun soit possible.

- Une position d'initiative et de responsabilité de chaque professionnel qui accueille. Chacun doit pouvoir se sentir légitime non seulement à pouvoir rencontrer mais également à pouvoir ajuster la manière qu'il considère la plus juste pour accueillir.

- La reconnaissance d'une fonction soignante exercée par chacun quel que soit son métier : l'ASH, l'assistante sociale, la psychologue, la secrétaire, les infirmiers, le docteur, etc.. La fonction de soins est indissociable du registre tenu par chacun dans le métier qu'il exerce. C'est dans la familiarité de la connaissance des compétences et du style de chacun que se construit le travail en équipe.

- L'organisation régulière de moments d'échanges cliniques avec l'ensemble des membres de l'équipe (relèves, réunions cliniques, moments informels...). La scansion et la régularité des moments de réunions doivent être tenues, quand bien même il y a peu de monde : ce n'est pas parce qu'il n'y a personne dans le bus qu'on ferme la ligne. Ces réunions permettent de lutter contre l'immédiateté sidérante en marquant le caractère collectif du temps dévolu aux échanges et en instituant la possibilité de penser et élaborer ensemble pour continuer à se sentir concerné par la souffrance de la personne soignée.

Etre là dans la relation interindividuelle nécessite obligatoirement la position d'être présent dans l'assise collective en se sentant en fraternité avec l'Autre qu'il soit "soigné" ou "soignant". A cet égard, évoquer le patient au centre du dispositif ou la personne soignée comme susceptible d'auto-entreprendre ses propres soins, comme on peut le percevoir dans certaines méthodes de type éducatives, fait l'économie non seulement de ce qu'est une personnalité psychotique qui nécessite un abord multi-référentiel de ses soins au sein de sa constellation mais aussi un indispensable portage et partage collectif au sein du dispositif sectoriel nécessaire à la contenance psychique et à l'apaisement des angoisses.

C'est cette fraternité qui est toujours mise à mal et interpelée quand une agression a lieu envers un soignant. Il est alors urgent de reprendre la clinique et la psychopathologie du passage à l'acte pour qualifier et décrypter les angoisses qui en ont été à l'origine. Il faut alors reprendre en quoi ces mouvements qui apparaissent dirigés « contre » des soignants sont en réalité le plus souvent mis dans la relation comme le dernier recours d'un lien encore possible. A cet égard la rédaction outrancière de fiches "d'événement indésirable" vient insidieusement attaquer la relation thérapeutique (désirable et/ou désirée) qui s'est établie avec minutie quand bien même elle porte obligatoirement en son sein des mouvements projectifs et agressifs liés aux angoisses et aux mécanismes de clivage à l'œuvre.

Continuité des soins

La continuité des soins n'est pas la continuité du trajet du patient, elle n'est pas non plus la pérennité des trajectoires de soins, ni même une direction tracée *a priori* au sein des structures de soins (H. Chaigneau). De ce point de vue, la recherche des "patients traceurs", "du traceur système" demandée par les organismes de certification vient suggérer d'uniformiser les trajets de soin. Le glissement d'un parcours vers la notion d'une filière de soin constitue une erreur notable dans l'appréciation de ce qu'est le soin psychique. Celui-ci ne s'adresse pas à une maladie mais à l'existence d'une personne atteinte de troubles mentaux, chaque existence ayant son itinéraire singulier au gré des rencontres faites au travers du maillage sectoriel.

La continuité des soins est la continuité de la disponibilité à accueillir. Pour ce faire, il s'agit de favoriser la disponibilité psychique de chaque professionnel en traitant avec attention tout ce qui au quotidien empêche d'être accessible à une relation = être en nombre suffisant, lutter contre l'interruption incessante du téléphone, limiter le nombre des tâches administratives, diminuer la dispersion, favoriser les échanges, etc...

La continuité des soins s'appuie sur la permanence et la diversité des structures de secteur. Il convient qu'elles soient connues de chacun, articulées entre elles, hétérogènes dans leur fonctionnement et teintées d'une identité d'équipe différente. Cela permet aux soignants d'une part d'imaginer la personne accueillie par telle ou telle équipe, et d'autre part de sentir son travail confiable à d'autres soignants dans une continuité.

La continuité des soins nécessite que l'on tienne le plus grand compte du milieu dans lequel la personne évolue dans son environnement relationnel. La prise en compte des relations avec la famille, les voisins, le travail, les amis, les curateurs, etc... même si ces relations s'établissent par moment de façon ambivalente permettent de mettre au travail les conflits de loyauté qui s'y expriment ouvrant vers des rapports complémentaires (E. Dupreel) et des rééquilibrages relationnels inédits.

Atmosphère : soigner les entours

L'ambiance, l'atmosphère (*atmos* : d'atmos vapeur et *sphaira* : sphère), le climat sont autant de termes qui qualifient ce que l'on ressent physiquement et psychiquement de et dans son environnement. Une ambiance de qualité suggère aux personnes l'envie d'être là, de rester, de revenir, de participer non seulement pour se soigner mais également pour exister avec les autres. Soigner la qualité de l'ambiance par le collectif c'est apporter les engrais nécessaires pour nourrir le lien, favoriser l'intersubjectivité et encourager les échanges. L'accueil par chacun a lieu préférentiellement alors que l'ambiance nous y incite et y est favorable. C'est dans ces conditions que les interactions sont favorisées dans toutes leurs dimensions formelles et informelles, dans une modestie partagée à portée de vue et de vive voix.

Les interactions sont présentes comme faisant partie de l'environnement de façon à ce que chacun, patient comme soignant, se sente légitime d'accueillir dans le respect de la tonalité atmosphérique du moment. La bonne santé d'une ambiance pavillonnaire se mesure aux différences de potentiels des atmosphères perçues d'un jour à l'autre, d'une tranche horaire d'équipe à l'autre. La perception

et la qualification du climat sont d'emblée précisée lors de la réunion de l'équipe qui relève. Il est intégré comme faisant partie de l'environnement de travail au sein duquel peuvent s'exercer, s'appliquer et se déployer des savoirs professionnels contenants capables de produire au jour le jour des effets thérapeutiques de désamorçage et d'apaisement.

Vivance et sens

Travailler en institution et soigner les patients "réputés schizophrènes" (H. Chaigneau), c'est rester vigilant au quotidien concernant à la fois l'élaboration clinique qui donne le sens au travail mais également le maintien de tous les éléments organisationnels et structurels qui arriment la possibilité de le faire. La bonne marche du fonctionnement de l'établissement avec ses instances permet l'articulation de l'administration de l'établissement avec l'institution de soins. A cet égard la familiarité que l'on peut avoir entre le bureau des entrées qui gère les mesures administratives et les services de soin est indispensable à la distinction, dans le dialogue réel, de ce qui relève des modalités de soin pour une personne et du mode d'hospitalisation administratif qui la concerne. Les échanges permettent de travailler la distinction des registres de chacun, de débusquer les transgressions ou les glissements et de mettre en tension les points de vue (forme et fond). C'est à cette condition que les contraintes imposées qui s'exercent sur chacun peuvent rester dans le champ du travail bien fait (Yves Clot) pour comme le soulignait Hélène Chaigneau dans "Paroles" : *"je crois que le nerf de la psychothérapie institutionnelle, c'est bien cette tendance anti-consensuelle, cette absence de peur du conflit pour laisser s'installer, triompher paisiblement l'attitude qui consiste à regarder le conflit en face et voir ce qu'on peut en faire, et arriver par une analyse tous ensemble à distinguer le compromis inévitable de la compromission condamnable"*. La notion de contrainte évoque invariablement celle de coercition alors que les contraintes au sens d'obligations, inhérentes à chaque situation de soin existent et s'exercent de façon forcément différente d'une personne à l'autre dans la relation. L'explicitation de ce qui fait contrainte pour chacun vient alors créer les conditions de davantage de discernement. Elle ouvre le champ des alliances en offrant à la connaissance de chacun ses positions et ses limites pour les articuler.

Pour vivre heureux, faut-il vivre caché ?

L'accueil, l'initiative dans le soin, l'ambiance sont-elles des notions qui peuvent si simplement se dire et se formuler au risque de se désincarner ? La transmission au jour le jour de pratiques que nous percevons intimement teintées d'humanité fait le terreau de la construction des rouages d'un collectif solide qui a les capacités de perdurer dans le temps. Si le style d'une institution lié à ses pratiques singulières et à son histoire n'est probablement pas reproductible d'un établissement à l'autre, les multiples fondements, qui construisent ses pratiques sont à préciser comme autant d'ingrédients susceptibles de créer les conditions d'une pratique de la psychiatrie publique qui respecte la complexité, la singularité et l'humanité des personnes qui fréquentent les dispositifs sectoriels.

Bibliographie

- Chaigneau Hélène – Paroles – la boîte à outils
- Chaigneau Hélène – Soigner la folie : une vie au service de la clinique. Campagne Première.
- Clot Yves – Le prix du travail bien fait - La Découverte – 2021
- Delion Pierre – "Actualité de la psychothérapie institutionnel", Perspectives psy, 2012/4 (Vol 51) page 342 – 345
- Delion Pierre – "Au commencement… Donald Winnicot, Michel Tournier et la fonction phorique", le Carnet psy -2011/1 (n° 150) page 20-26
- Dupreel E. – Sociologie générale - PARIS : PUF, 1948
- Marzano Michela – "Qu'est-ce que la confiance ?", Etudes 2010/1 – tome 412 page 53 à 63
- Oury Jean – "L'analyse institutionnelle. Journée de formation", Association des psychologues du Centre Aprec – Tours – Avril 2008
- Oury Jean – Le Collectif, séminaire de Sainte-Anne – Paris : scarabée 1986

***

Consentir au transfert et tenter de le contenir…

Dr Jean-Jacques Bonamour du Tartre
Psychiatre



*P*enser la question du consentement actuellement se trouve de fait très contraint : outre l'écho dans les médias grand public de toutes les affaires de plainte/dénonciation d'abus sexuels, révélant les sombres tendances prédatrices des uns et la vulnérabilité des autres, le débat concernant le champ de la psychiatrie est fortement impacté par le primat radicalement métonymique donné aux problèmes d'isolement et de contention encore plus qu'à ceux des soins sans consentement. A l'opposé du film de Pedro Almodovar, "attache-moi", l'injonction essentielle adressée à la psychiatrie serait plutôt "détache-moi", le titre tendant à résumer tout le film…

Ainsi, il est difficile de lutter contre cette tendance à une approche écrasée par la question du droit, et plus précisément des droits des patients, ce d'autant que la misère organisée de la psychiatrie publique depuis des décennies ouvre à l'évidence la porte à toutes les indignations et condamnations morales devant ses conséquences.

En effet :

1. La définition très linéaire du problème du consentement en psychiatrie sur un mode oppresseur/opprimé tend à satelliser complètement la réflexion clinique, comme si se pencher une fois encore sur le colloque singulier et les ressorts qui le déterminent était devenu aussi indécent qu'obsolète (ok, boomer !), à l'époque où les instances internationales proclament le droit à la santé mentale parfaite et l'interdiction morale de tout ce qui pourrait être considéré comme une prise de pouvoir d'un professionnel du soin sur un patient. Désormais, l'aliénation est quasiment un pur produit de la psychiatrie avant tout, car toute personne, autonome par essence, est susceptible de garder sa capacité de discernement… sauf, bien sûr, quand une quelconque menace à l'ordre public fait resurgir, comme un diable de sa boîte, les vieilles rengaines sur la

dangerosité des malades mentaux et la culpabilité présumée des psychiatres de les laisser aller et venir.

2. Il semble en tout cas que la pensée d'un processus circulaire, d'une interaction entre le patient et le soignant ait du mal à trouver encore une place de ce fait ; par ailleurs, on regrettera encore une fois que ces situations de contrainte et de non-respect des droits fassent écran à une réflexion globale sur le soin psychiatrique, qui, coupé de la clinique, se voit acculé à subir un processus inexorable de délégitimation au profit du Contrôleur Général des Lieux de Privations de Liberté (GGLPL), érigé désormais en penseur/censeur de la psychiatrie.

3. Enfin, on ne peut que déplorer que la question du consentement et de son approche clinique en ambulatoire soit très peu si ce n'est pas prise en compte, alors que l'immense majorité des soins psychiatriques reste réalisée dans les CMP et consultations hospitalières, concernant le secteur public, et que la psychiatrie libérale est largement concernée également, avec les particularités de son exercice.

C'est ce que je voudrais un tant soit peu contrer au travers de cette intervention, en repartant de la clinique, qui reste notre étoile du sud nécessaire à ne pas perdre le nord.

Une histoire vécue

François m'est adressé via une collègue amie de la famille, car ce jeune homme d'environ 25 ans semble pris d'angoisses multiples allant croissant depuis quelques semaines au moins, laissant penser qu'il peut être animé de pensées à caractère délirant.

Le début de cette histoire thérapeutique a son importance en termes de modalités d'accès aux soins pour une personne en proie à une émergence pathologique de nature possiblement psychotique ; dans un premier temps, François ne me dit presque rien des éléments persécutifs qui ont envahi son vécu, comme je l'apprendrai un peu plus tard, et il évoque surtout des modalités très douloureuses de la séparation d'une jeune femme avec laquelle la relation semble avoir dégénéré de façon quelque peu perverse. Pas vraiment disposé au soin, il est tout juste disposé à prendre quelque médicament qui pourrait soulager son angoisse, mais à ce stade, impossible de préconiser un antipsychotique, au vu de la précarité de l'engagement dans les soins.

Par ailleurs François se maintient dans l'idée qu'il lui faut avant tout se réfugier dans une certaine solitude, à la montagne, car c'est pour lui un lieu-ressource, et il compte sur un séjour dans l'appartement de son grand-père pour se distraire de ses tourments. Or, les choses ne se passent pas comme prévu, et l'intensification des angoisses l'amène à appeler certains amis à l'aide et à se rendre aux urgences de l'hôpital local, où il passera une nuit après une consultation avec un psychiatre, qui lui recommande de rentrer sur Paris et d'aller au CPOA dès son retour.

Ce qu'il a fait, accompagné de sa famille, et l'entretien psychiatrique au CPOA débouche sur une hospitalisation en soins sans consentement, devant l'ambivalence persistante du patient, semble-t-il. Malheureusement, le vécu de François dans le service d'hospitalisation est très négatif, largement tourné vers le sentiment d'enfermement, et il manifeste violemment son désir de partir en cassant quelques vitres, ce qui entraine sa contention physique et un traitement injectable, dont il dira plus tard que ça a vraiment été très éprouvant.

S'ensuit un séjour relativement court et assez tranquille dans un service de Sainte-Anne, et à la demande du patient et de la famille, son transfert est organisé vers une clinique privée dans laquelle F. restera une quinzaine de jours ; durant cette période nous restons en contact et je vois F. en entretiens lors de sorties autorisées par le psychiatre de la clinique, durant lesquels il me fait part de sa grande difficulté à supporter le milieu hospitalier, tant à Ste Anne que dans cette clinique, et me presse de me charger de son suivi dans le cadre de mon cabinet, tout cela en plein été, avec la perspective d'une absence pour les congés, alors que cette personne oscille entre pensées délirantes et idées suicidaires…

La demande de François est très forte, et son état psychique encore bien précaire : il reste fortement angoissé, à la fois par des vécus persécutifs interprétatifs et par des sentiments dépressifs parfois très intenses avec des idées suicidaires par moments : il vit dans un sentiment de catastrophe personnelle totale, un grand naufrage terrifiant et un profond désespoir, mais l'horreur absolue pour lui est de se retrouver en milieu psychiatrique institutionnel.

Et me met en lieu et place de contenir son mal-être et de le soulager, me faisant comprendre qu'un retour à l'hospitalisation serait pour lui totalement insupportable : ainsi dois-je décider presque instinctivement si oui ou non, je peux accepter une telle charge.

Suivant le principe de précaution, notre fétiche contemporain, il m'aurait bien évidemment fallu refuser, quitte à passer par la préconisation d'un retour au CPOA, voire d'une hospitalisation sous contrainte ; suivant l'effet de transfert de ce patient et de sa famille, très contributive dans cette situation (le patient est revenu habiter avec ses parents), il paraissait évident d'accepter cet engagement, ma conviction étant qu'on peut "tenir" ce genre de situation en ambulatoire, sous conditions, bien sûr, même si en tant que psychiatre libéral on peut se sentir dans ces moments-là, naviguer sur le fil du rasoir dans une grande solitude.

Parmi les conditions favorables, la bonne relation du patient aux soins en consultation externe et la qualité de l'accompagnement par la famille.

Accueillir ce genre de transfert…

D'où le titre de mon intervention : ici, le consentement est alors dans le camp du thérapeute, qui se sent ou pas de prendre le risque d'un tel contrat de soins, avec l'angoisse induite qui lui faut assumer.

Si l'on sent tient à la sécurisation maximale apparente d'une telle situation clinique, recommandations à l'appui, il ne faut sûrement pas y aller.

Mais cela suppose alors de réfuter la force du transfert du patient et de la famille dans de tels moments, transfert qu'on peut qualifier de volontiers massif et convaincant, en l'occurrence, et la négliger ouvre au risque majeur en aval, celui d'altérer durablement toute confiance dans les soins et des thérapeutes par trop frileux…

Sans doute ai-je été largement aidé dans cette histoire par mes longues années de pratique en hôpital de jour pour adultes, marquées par quelques sérieuses analogies avec la

pratique privée : en effet, les patients d'hôpital de jour ne sont pas captifs, et l'équipe soignante doit souvent développer toute une créativité dans leur approche d'un patient souvent peu enclin à s'engager dans cette proposition de soins qu'il n'a pas spécialement demandée, à un moment de son parcours où reste très ébranlé par un récent épisode de décompensation qui lui a valu une hospitalisation.

Dans ce genre de contexte, il faut souvent tenter de "construire un possible transfert" valant début d'adhésion aux soins, alors que l'intéressé a plutôt envie spontanément de s'échapper d'une réalité actuelle très perturbée et perturbante. Il faut tâcher de comprendre la nature de ses résistances au soin pour espérer les déjouer un tant soit peu, et trouver, si ce n'est fabriquer le point de confiance autour duquel un engagement sera possible, de part et d'autre. Et enfin, le dispositif mis en place est volontiers mis à l'épreuve lors d'incidents divers et variés, de menaces de rupture dans le lien thérapeutique, dont la réalité est souvent bien éloignée de celle qu'on décrit dans les modes de prise en charge protocolisée, encadrant le patient dans un programme sur un temps limité.

... et tenter de le contenir

Car que demande-t-on implicitement au psychiatre alors ? avant tout de contenir si possible et calmement, l'énorme vague d'angoisse provoquée par l'irruption d'un trouble psychique majeur, qu'il soit de nature psychotique délirante ou plutôt fortement dépressive. Mille questions se pressent dans un tel contexte, pour la plupart déchirantes, car constituant une injure au fantasme de bonne santé mentale que tout un chacun entretient dans son for intérieur, pour lui-même comme pour sa progéniture, mille questions toutes aussi difficiles à formuler qu'à traiter. Et l'on attend toujours un peu de lui qu'il efface cette ardoise insupportable inscrite par la décompensation, ou au moins qu'il en éponge les effets les plus pénibles et en balise une évolution qu'on ne peut encore espérer que favorable.

Diagnostic et soin indissociables

Quelle que soit l'importance de la question diagnostique dans ses diverses composantes, il ne faudrait pas oublier que le psychiatre est, de fait, (et c'est sans doute une spécificité de sa discipline) commis à construire le cadre des soins dès le premier contact avec le patient, et à inventer le dispositif qui permettra leur réalisation : diagnostic et thérapeutique se trouvent étroitement imbriqués dans le cadre d'une consultation ambulatoire tout venant, ce qui donne souvent une force très particulière à certains premiers entretiens.

D'où l'importance pour le praticien de penser aussi chaque situation en termes d'angoisse à contenir, car quand on utilise le terme de transfert, ce n'est pas seulement en référence à une pratique psychanalytique et à son éventuelle analyse, il est peut-être avant tout à comprendre comme "transfert d'angoisse", à charge pour le psychiatre de le recevoir et de l'assumer, quitte à se sentir parfois envahi, voire saisi dans ses limites personnelles.

C'est peut-être là le sens de l'engagement qu'il consent, notamment en pratique ambulatoire, et en pratique, les patients ne s'y trompent guère, comme le laissent penser les degrés de demande et de confiance dont ils font preuve.

D'où également l'intérêt de s'appuyer sur l'entourage, dans les situations où il est accessible et plutôt coopérant, car c'est un élément décisif dans l'évaluation de la capacité d'un patient donné à traverser une situation critique ou subcritique en ambulatoire.

Le psychiatre fondé à tenir cette place ?

Il me semble qu'il est essentiel pour le praticien pris dans une telle situation de se sentir légitime : or actuellement, si l'on bénéficie toujours d'un large crédit de la clientèle, le processus politique de délégitimation de la psychiatrie, assorti à l'abandon relatif de la pensée psychopathologique et à la crainte essentiellement fantasmatique de la sanction judiciaire en cas de "faute" présumée, amènent sans doute de nombreux confrères à s'en tenir à des attitudes d'excès de prudence à court terme. Ceci n'est sans doute pas étranger à la multiplication réellement problématique des mesures de soins sans consentement, se couvrir juridiquement et "forcer" l'accès à une place en hospitalisation venant compléter les lignes de force évoquées plus haut, au détriment d'un engagement mutuel avec le patient.

Pour en revenir à ces effets de transfert de la part du patient et de son entourage, il me semble nécessaire d'en évoquer la dimension massive et la quasi obligation pour le thérapeute d'accepter un certain degré d'envahissement par "le cas" : répondre au patient par téléphone à presque toute heure, multiplier les entretiens, tant avec lui qu'avec l'entourage, tout cela nous éloigne du cadre habituel « normal », en quelque sorte, avec parfois un sentiment induit de se trouver pris dans une situation entre transgression du modèle de référence (la consultation ordinaire) et crainte d'en arriver à la saturation.

Mais peut-être qu'il faut simplement y voir un "effet de psychose", en quelque sorte, valant à la fois confirmation diagnostique et sollicitation particulièrement dense de la capacité contenante du thérapeute.

Pour l'avoir expérimenté à plusieurs reprises, il me semble que la pratique libérale expose le praticien de façon assez particulière à ce sujet, notamment à se trouver investi comme personne ressource presque unique dont on attend tout ou en tout cas trop, et il est sans doute essentiel pour le psychiatre à la fois de ne pas en être dupe (essayons d'éviter de nous prendre pour Dieu...), et à la fois d'accepter cette brutale inflation de l'investissement dont il est l'adresse et le lieu.

D'où l'importance capitale des outils de la psychopathologie et des échanges avec d'autres praticiens, qu'ils soient réguliers ou improvisés, d'où l'importance capitale pour notre pratique de pouvoir exposer nos aventures thérapeutiques comme je le fais ici : parler de sa clinique, la relater dans des articles de "littérature grise", aujourd'hui tellement dévalorisée au profit d'une science qui ne devrait qu'à la neurologie et à la statistique.

Comment dire les choses ?

Je ne voudrais pas passer sous silence une autre dimension d'une énorme importance à mon sens dans cette question qu'on pourrait définir comme celle de l'engagement induit par le patient et de la capacité contenante, celle des éléments de langage employés dans de telles circonstances ; ou autrement énoncé, quels seraient les mots justes à employer dans de telles situations, aptes à étayer les soins et à contenir l'angoisse qu'elles apportent en avalanche ?

J'ai eu la chance, encore un fois, de travailler cette question dans le cadre de l'hôpital de jour où j'ai exercé, notamment à l'occasion des effets constatés de la loi dite Kouchner, il y a maintenant plus de vingt.

En effet, l'accès du patient à son dossier et la charge pour les praticiens de pouvoir apporter la preuve d'une bonne délivrance de l'information ont provoqué d'intenses remous dans notre domaine, et induit certaines attitudes contre-productives. La crainte d'une mise en cause judiciaire a souvent induit ce que l'on peut considérer comme des passages à l'acte informatifs, dans la mesure où souvent l'information donnée ne tenait ni compte de la capacité du patient et de son entourage à la recevoir, ni des risques de distorsion dans la compréhension d'éléments diagnostics par trop techniques ou par trop chargés dans l'imaginaire collectif (qui pourrait sérieusement accepter d'être déclaré schizophrène, avec la réputation qui lui colle à la peau ?).

On a pu à bien des reprises constater notamment les dégâts provoqués par l'usage brutal des termes médico-psychiatriques, sans que soient associées les explications susceptibles de la rendre assimilable, et bien des pathologies sont exposées aujourd'hui à ce genre d'effet indésirable, tant du fait d'un certain manque de prudence dans les annonces que de la large diffusion d'informations plus ou moins pertinentes sur Internet.

Ces questions ont sans doute une importance considérable dans l'évolution du rapport du patient et de son entourage aux troubles psychiques constatés, elles nous avaient poussés dans le cadre de l'hôpital de jour,

- d'une part à travailler de façon collective sur le vocabulaire paraissant le plus adéquat pour favoriser une représentation fonctionnelle pour les premiers concernés : ceci a débouché sur la production d'un texte intitulé « angoisses et troubles psychotiques », qui a pu être proposé aux patients ou familles quand la demande ou la nécessité d'information apparaissaient, texte que j'ai pu utiliser dans le travail avec François et sa famille ;

- d'autre part, à organiser en 2017 une journée de réflexion avec les patients, leurs familles et les professionnels sur le thème "dire et penser la psychose", comme une manière de partager la difficulté à trouver les mots justes, c'est-à-dire susceptibles de nourrir la réflexion et le dialogue.

Le psychiatre en tant que garant du fait psychotique

Le problème ne se superpose pas tout à fait à celui de l'annonce du diagnostic, qu'on sait particulièrement délicat dans notre domaine, car tout praticien est mis au défi de trouver peu ou prou un compromis entre plusieurs priorités, notamment celle de l'exactitude scientifique (toujours relative, cependant), ou celle de la pertinence relationnelle du moment, dans la perspective de favoriser la fonction contenante de son discours : il renvoie sans doute à la symbolique même de la fonction que la psychiatrie incarne.

Il peut paraître anachronique de rappeler cette dimension, à une époque où l'on nous presse de considérer la maladie mentale comme "une maladie comme les autres", l'analogie souvent évoquée étant celle d'une sorte de diabète du cerveau, sans qu'il soit fait la moindre référence aux questions de la pensée et du langage, alors qu'elles seront capitales pour le développement de la relation de soins.

Il nous semble que le psychiatre est d'une part le "garant du fait psychotique", c'est-à-dire qu'il tient un certain registre de la folie humaine (et surtout pas tous les registres), référée à la pensée et au langage, il en atteste la réalité et la connaissance, au moins partielle. D'autre part, celui qui en tant que personne, est convoqué à en dire quelque chose, à en incarner la réalité d'un propos, ce bien plus souvent en pratique courante que dans le cadre d'une expertise : il est celui avec qui on peut parler de la folie, quitte à le contester si ce n'est le répudier à un moment ou un autre.

Il nous semble que cette dimension de l'incarnation est centrale dans la fonction soignante du psychiatre, qui doit se garder de n'être que le porte-voix d'une parole scientifique, aussi validée que l'on veut, mais assumer cette énorme responsabilité de recevoir une folie qui nécessairement déborde, de tenter de la contenir, par sa pensée, sa parole et toutes les prescriptions qu'il a à sa disposition, et enfin de tâcher d'en dire quelque chose.

Pour conclure…

La réflexion actuelle sur les pratiques de la psychiatrie en rapport avec la notion de consentement est trop souvent embolisée par un aspect du problème, focalisé sur les abus supposés d'isolement et de contention, et cet arbre tend à cacher la forêt de toutes les pratiques qui saisissent le psychiatre, le patient et son entourage, lorsque le cadre des soins se tient à distance des institutions hospitalières.

Dans ce contexte, la notion de consentement se partage réellement entre le patient et le professionnel, avec pour corollaire la question de l'angoisse générée et projetée, et des manières de tenter de la contenir et de l'apaiser.

***

Contrainte, contention et isolement Des mesures alternatives, préventives et thérapeutiques pour les étudiants en médecine

Jacob Benarosch
Psychologue et psychanalyste

Résumé



Les étudiants de la faculté de médecine de Paris sont souvent confrontés pendant leurs stages à la contrainte et l'isolement qui sont des mesures couramment utilisées en psychiatrie, mais également dans les services de médecine générale ou spécialisée.

Ces procédés violents, punitifs sont vécus comme choquants par eux, et suscitent de perpétuels conflits entre les principes éthiques, la législation et les droits du patient. Ils pointent le décalage entre le vécu traumatique du patient et celui du soignant, qui pense que l'utilisation de la force, même si elle s'inscrit dans un procédé thérapeutique, est le seul moyen pour contenir et protéger le patient. Ces mesures, qui doivent restées exceptionnelles, peuvent être remplacées par d'autres pratiques qui prennent davantage en compte les droits des patients. Elles s'inscrivent dans

des approches thérapeutiques basées sur la présence du professionnel, son attitude, ses postures professionnelles telles l'empathie, la congruence, l'écoute centrée sur la personne, mais également sur la prévention des moments de crise avec le patient, et sur la gestion de ses violences et de ses comportements agressifs.

Préambule

Un homme très âgé, plus de 80 ans, arrive accompagné de son épouse dans un service d'urgences d'un hôpital parisien. Il a une grande plaie ouverte au dessus de l'arcade sourcilière. La plaie saigne abondamment. Il souffre de la maladie Alzheimer. Il est pris immédiatement en charge par l'équipe médicale, mais lorsque le médecin veut lui faire des points de suture, l'homme se débat, hurle, insulte et devient très agressif. Le médecin tente de le calmer, de lui expliquer, de faire preuve de patience. L'épouse a un effet apaisant mais dès que le médecin s'approche du patient, celui-ci s'agite, s'énerve, crie.

Il refuse catégoriquement les soins malgré le temps excessivement long pris par l'équipe médicale pour lui faire entendre raison.

Que faire ? Respecter la liberté du patient qui redoute la douleur et prendre le risque que la plaie ne se referme que très difficilement et que des complications surviennent ? Accéder à la demande de l'épouse qui souhaite que des soins lui soient prodigués coûte que coûte ? Aller à l'encontre de l'éthique professionnelle et du serment d'Hippocrate qui est "de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux ?" Le contraindre à accepter les soins ? Le dilemme est cornélien et suscite un conflit de valeurs chez les professionnels. En définitive, le patient sera attaché avec des draps, maintenu de force, avec grande difficulté, par plusieurs professionnels pour empêcher le corps et la tête de bouger afin que le médecin puisse recoudre la plaie malgré les risques de toucher l'œil en cas de geste brusque du patient. Le personnel soignant dira, pour se déculpabiliser, qu'il "est possible d'utiliser ce moyen maltraitant et violent pour le patient dans la mesure où il souffre de la maladie d'Alzheimer. Il n'a donc pas toute sa tête, il a perdu la mémoire et il ne se souviendra pas de cette expérience douloureuse."

Les pratiques de non-consentement, de contrainte et d'isolement sont un sujet qui est souvent abordé par les étudiants en médecine, en externat (4ème année) et en internat (spécialité médecine générale) pendant les séances de sensibilisation à la relation thérapeutique d'inspiration Balint qui ont lieu à la faculté de médecine de Paris.

Comment concilier ces mesures violentes pour le patient, qui sont une privation de sa liberté et de ses droits, et les soins dont l'essence est de faire du bien, de prendre soin et de guérir ? Comment les appréhender lorsque la formation des futurs médecins consiste à développer chez eux "des aptitudes et une présence thérapeutique" qui constituent des attitudes essentielles à la fonction de médecin ?

Les modules d'inspiration Balint à l'université

Ces modules sont inspirés de l'approche théorique et de la méthode de Michael Balint (1), qui est un psychiatre et psychanalyste britannique d'origine hongroise. Il est un des disciples de Sandor Ferenzi. Il a travaillé comme consultant à la Tavistock Clinic qui, fondée en 1920, est le premier centre de thérapie psychanalytique anglais. C'est dans ce cadre qu'il propose en 1952, avec son épouse Enid Balint, le premier "groupe Balint", intitulé alors "*Training cum Research*", destiné d'abord aux médecins généralistes, puis ultérieurement aux travailleurs sociaux. Depuis, les groupes Balint se sont généralisés à tous les professionnels de la santé, du secteur médico-social, de l'accompagnement et de tous ceux qui travaillent dans le domaine de la relation à l'autre.

Ce dispositif original de séminaire de supervision et de réflexion a pour visée d'aider les professionnels à penser la relation d'aide avec leurs patients, dans une perspective de régulation. Il a une double entrée, s'inspirant du *case work*[1] utilisé dans le travail social et du *setting*[2] psychanalytique.

La Société Médicale Balint (SMB[3]) a été créée en France en 1967. Elle a pour objet de former les médecins généralistes à la relation médecin-malade, mais également les autres spécialistes ainsi que les professionnels ayant des responsabilités thérapeutiques. Elle forme les animateurs (leaders) des groupes Balint. Elle permet d'utiliser cette méthode à travers l'analyse des pratiques dans une démarche réflexive (basée sur l'écoute du soignant) et formative.

Les groupes d'étudiants de la faculté de médecine sont constitués de 12 à 15 participants. Les séances, au nombre de six, sont étalées de janvier à juin à raison d'une séance de 2h par mois.

Le déroulement d'une séance de travail se construit autour de la présentation d'une situation clinique par un membre du groupe, sans notes et en laissant les associations advenir librement. L'objectif est de réfléchir ensemble autour du cas présenté, dans lequel la relation soignant-soigné peut poser problème (mais pas forcément) et questionne sur la situation, les relations entre l'interne ou l'externe et le patient, la famille et l'entourage, le statut d'étudiant au sein d'un service hospitalier, etc.

Les autres étudiants écoutent sans l'interrompre. Puis ils peuvent réagir et intervenir en posant des questions, en exprimant leur avis, voire leurs émotions, en laissant libre cours à leurs associations. Le narrateur entend et cherche à répondre tout en découvrant un autre éclairage de sa relation à ce patient là. L'objectif est d'améliorer sa pratique et son écoute.

La règle de fonctionnement est basée sur :

- la spontanéité avec laquelle le rapporteur du cas le raconte ;
- les associations libres des idées et des ressentis des participants ;
- le respect de la parole des autres sans évaluation ni jugement ;
- la confidentialité ;
- la bienveillance.

L'accent est porté sur le transfert et le contretransfert (4, 5), sur l'expression du ressenti du praticien, de ses émotions, de ses affects, de ses pensées et sur les réponses apportées. Balint (2, 3) préconisait l'idée que **le meilleur remède pour le patient est le médecin (ou le professionnel de santé)**

lui-même c'est-à-dire sa personnalité, son style, ses valeurs et son éthique. En effet la présence, l'écoute, la disponibilité, l'attitude de ce dernier sont essentielles dans la relation médecin-patient et dans les réponses, les soins qu'il apporte à la souffrance et à la demande du patient.

Situations cliniques

I/ Un enfant et ses parents

Un des étudiants relate la situation d'un enfant d'environ 7-8 ans, arrivé dans le service dans lequel il fait son stage. Il présente plusieurs fractures à la suite d'une chute dans les escaliers. Les radios et les examens amènent l'équipe médicale à émettre l'hypothèse d'un cancer osseux et à préconiser une biopsie pour confirmer ou infirmer ce diagnostic. A l'évocation de cet examen, les parents émettent une opposition catégorique, malgré les tentatives d'explication sur la nécessité de procéder à une exploration pour déterminer si l'enfant souffre de cette maladie dont le pronostic renferme un réel danger pour la vie du garçon. Les parents arguent que leur fils, en dehors des fractures, n'a aucun symptôme et qu'il est en bonne santé. Ils sont originaires d'Afrique, et disent-ils "dans notre culture, si la maladie ne se voit pas, c'est le signe qu'elle n'existe pas". Rien ne pourra les faire changer d'avis et l'enfant repartira sans avoir fait de biopsie.

La discussion dans le groupe s'engage sur plusieurs points :

Le ressenti de l'étudiant qui exprime le fait "de bouillir de rage", d'éprouver une grande colère, et une incompréhension totale à l'égard des parents qui mettent la vie de leur enfant en danger et le privent de soins, pour "des raisons occultes". Or, nous savons que dans ce genre de maladies, plus les soins sont précoces plus le pronostic est meilleur. Que faire de cette colère ? Comment ne pas se laisser déborder par cette émotion ? A-t-on le droit de ressentir ce type d'état affectif ? Est-ce légitime d'être en colère ? Doit-on s'en défendre ? Comment l'accueillir et l'utiliser dans un objectif thérapeutique, c'est-à-dire pour le bien-être du patient ? Le médecin est un être humain, avec des émotions, des affects, des croyances, des valeurs, une éthique. Comment les mettre de côté pour se centrer sur le patient, son univers ainsi que sur sa réalité intérieure et extérieure ? Pour pouvoir exercer son métier, le professionnel doit trouver la bonne distance entre l'indifférence, la froideur et une trop grande empathie à la souffrance du patient, une identification beaucoup trop importante qui pourraient l'entraver dans ses gestes médicaux. Le sentiment de l'étudiant est celui d'un énorme gâchis et ce d'autant qu'il s'agit d'un enfant et qu'il ne comprend pas ce qu'il lui arrive.

Les sentiments de l'équipe médicale ont alterné entre la culpabilité et l'impuissance. Leur savoir, leurs techniques, les progrès de la médecine liés aux moyens modernes ont été mis en échec et n'ont pas permis de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de cancer. Est-ce que la différence des cultures et des croyances a été un frein et n'a pas facilité l'établissement d'un lien de confiance, d'une alliance thérapeutique avec les parents? Est-ce que le lien aurait été facilité avec un médecin d'origine africaine et aurait permis ainsi d'amener les parents à accepter l'examen ? Dans le groupe a émergé l'idée qu'il y avait un fossé entre notre système médical, occidental et celui des parents qui ont une vision de la santé, de la vie et de la mort bien différente. Peut-on demander à des médecins de respecter des croyances et des traditions qui semblent archaïques et en total désaccord avec notre éthique et nos valeurs ?

L'équipe médicale s'est demandé après coup si tout avait été tenté et comment prévenir à l'avenir ce type de situation. Est-ce qu'une attitude plus autoritaire, et donc contraignante aurait été plus adéquate ? Comment demander aux médecins de ne pas soigner coûte que coûte ? Quelles sont les limites de l'intervention des médecins ? Ils ne sont pas tout puissants et à un moment donné, il est important d'accepter de lâcher prise et de se ranger à la décision des parents, même si elle est contraire à la science et au détriment du patient. On ne peut pas s'empêcher néanmoins de se sentir coupable.

La responsabilité des parents, qui ont l'autorité parentale de leur enfant. Celui-ci est mineur et ne peut pas faire les choix le concernant, mais doit s'en remettre à la décision de ces parents, qui dans cette situation, aura des conséquences très importantes pour sa vie. L'étudiant a pensé à un moment qu' "ils pleureront leur enfant mort".

Peut-on faire intervenir la loi, la justice, a demandé un autre étudiant, pour contraindre les parents a accepter la biopsie ? Il évoque le film "My Lady (the children act)" réalisé par Richard Eyre en 2017 à partir du roman d'Ian McEwan, avec l'excellente actrice Emma Thompson.

C'est l'histoire dramatique et la rencontre bouleversante de Fiona Maye, une juge aux affaires familiales à la Haute Cour de justice d'Angleterre et du pays de Galles, avec un adolescent de 17 ans Adam Henry qui souffre d'une leucémie. La juge doit décider si elle autorise la réalisation d'une transfusion sanguine à cet adolescent hospitalisé. Les parents d'Adam, qui est mineur, sont des témoins de Jéhovah farouchement opposés à toute transfusion de sang. L'adolescent est d'ailleurs du même avis que ses parents. Or, sans cette transfusion, Adam mourra lentement et probablement dans de terribles souffrances. Fiona Maye doit ainsi trancher entre des considérations liant la morale, la religion et la justice, dont le principe d'intérêt supérieur de l'enfant, soutenu par la loi de 1989. Contre toute attente, avant de rendre sa décision, la juge décide de rendre visite à Adam Henry dans sa chambre d'hôpital. Cette rencontre va bouleverser la vie des deux protagonistes. Un lien transférentiel très fort se noue entre eux au point d'amener l'adolescent à accepter la transfusion et les soins contre l'avis de ses parents. Le transfert, rappelons-le, n'intervient pas uniquement dans une relation de soins, mais dans toutes les relations entre deux individus. Il peut être un puissant outil pour instaurer une alliance thérapeutique avec le patient et contribuer ainsi à sa guérison.

II / Une jeune femme violente

Une étudiante relate la situation d'une jeune femme d'un peu plus de vingt ans qui vient d'elle-même au service des urgences de l'hôpital. La jeune femme est fortement alcoolisée et a avalé des doses importantes de médicaments. Elle a des idées noires et tient des propos suicidaires. A-t-elle fait une tentative de suicide ? La patiente est violente, agitée ; elle déambule dans les couloirs du service car on ne s'occupe pas d'elle immédiatement, elle crie, insulte les autres et commence à ôter ses vêtements. C'est la 4ème fois qu'elle vient et elle est donc connue du service. Le personnel soignant, excédé, finit par l'enfermer dans un réduit et l'attacher sur un brancard.

La discussion s'engage autour du **manque de moyens de l'hôpital**. La patiente est arrivée à 4h du matin ; le personnel est épuisé et donc peu disponible ; il a eu une longue journée fatigante et des urgences à traiter continuellement. Le personnel n'a pas la patience de la prendre en charge dans de bonnes conditions. Les étudiants sont d'avis que la contrainte n'est pas la bonne réponse ; il aurait fallu lui parler, l'écouter, comprendre ses besoins, lui apporter une aide psychologique et l'aider à verbaliser sa souffrance. C'est une patiente qui récidive ; elle est dans un processus de répétition ce qui suscite plutôt chez le personnel soignant un agacement, un rejet et une appréciation sous évaluée de la gravité de la situation. Or nous savons que le suicide est un acte de détresse, le seul moyen trouvé par la personne pour stopper sa souffrance. La tentative de suicide est souvent un appel à l'aide, un SOS lancé à l'entourage. Le risque de suicide réussi augmente avec le nombre de tentatives de suicide. Il s'avère par conséquent essentiel d'être très attentif, vigilant, de manifester une attitude bienveillante et empathique. Il est important de prendre du temps pour permettre à la patiente de mettre des mots sur ce qu'elle ressent, de verbaliser ses maux, de l'écouter et de l'amener à réfléchir sur son comportement qui risque de mettre sa vie en danger. Au lieu de répondre aux besoins de la patiente l'équipe, par manque de temps et en raison d'une grande fatigue physique et mentale, choisit l'option la plus "facile" c'est-à-dire la contrainte et l'isolement. Dans ces conditions, le personnel traite l'urgence comme il le peut.

L'étudiante a exprimé un fort sentiment de culpabilité. Elle aurait dû aller la voir, rester près d'elle pour l'accompagner et lui manifester une présence rassurante. Elle ne s'est pas battue auprès des autres soignants pour que la patiente soit traitée de façon humaine.

Une discussion s'engage **sur le statut des externes et sur leur rôle dans les stages**. Ils sont dans une position d'apprentissage, donc d'observateur ; on leur confie de temps en temps des petites tâches. Leur pouvoir d'action est très limité ; ils n'ont pas la liberté de prendre des décisions et de poser des actes médicaux sans en référer à la hiérarchie. Dans cette situation, l'étudiante était choquée, révoltée mais ne pouvait rien dire malgré la forte envie d'aller à l'encontre de la décision de la contrainte. Elle s'est sentie proche de la patiente ; elle éprouvait de l'empathie, majorée probablement par le fait qu'elles avaient pratiquement le même âge. Comment rester insensible à la souffrance de cette jeune femme ? Comment ne pas se sentir mal, en tant que professionnel, lorsqu'on a le sentiment que tout n'a pas été fait pour le bien-être et la santé des patients et de leur famille ? Comment se protéger et ne pas se laisser déborder par ses émotions et ses affects ? Est-il possible avec le temps et l'expérience de prendre du recul et trouver la bonne distance ?

Comment peut-on contenir la violence et les comportements ostentatoires de la patiente ? Comment lui donner un environnement enveloppant et sécurisant qui lui permettrait de s'apaiser et de se calmer ?

La contrainte et l'isolement sont vécus par les patients comme une blessure, une sanction, une souffrance supplémentaire infligée à ceux qui sont déjà affligés. Ces mesures sont envisagées lorsque les professionnels ne parviennent plus à nouer une relation avec le patient qui lui permette de gérer sa propre violence et de contenir sa propre agressivité. Les professionnels ont recours à l'isolement lorsqu'ils ont atteint leurs limites, lorsqu'ils n'arrivent plus à gérer la situation. Ils se convainquent qu'ils ne peuvent pas faire autrement que d'utiliser la contrainte, et cela dépend de leurs représentations de la folie, des maladies mentales, et de l'incapacité inhérente au patient ou à son état. Il est important de se garder de penser qu'enfermer c'est soigner ou que l'isolement et la contrainte sont thérapeutiques. Selon Dominique Friard (6), "l'isolement n'est pas en tant que tel une mesure thérapeutique. Il ne pourrait l'être qu'en repérant les indications, les contre-indications, les effets thérapeutiques recherchés, les effets secondaires, les dosages. Tant que ce repérage clinique n'est pas accompli, il ne doit être considéré que comme un enfermement comme dans le cas de la patiente suicidaire." Les patients ont un vécu négatif lorsqu'ils subissent ce type d'actes, un sentiment de perte d'autonomie, de détresse, d'insécurité ; c'est une blessure et un traumatisme. Pour les soignants le sentiment d'échec prévaut. On répond à l'acte par un autre acte. Ils s'identifient inconsciemment aux éléments archaïques projetés par le patient. Cela entraine un ressenti confusionnant et altérant la capacité du soignant à prendre de la distance, à restituer au patient ce qu'il est entrain de vivre, à mettre du jeu, à transformer les angoisses archaïques (schizo-paranoïde, effondrement, anéantissement) vécues par lui[1] en éléments recomposées comme lors des premiers mois de la vie, comme la mère avec son bébé (7, 8, 9). Entrevoir autre chose chez le soignant suppose qu'il puisse prendre de la distance par rapport à certains outils de la psychiatrie (médicaments, privation de liberté, enfermement), et penser que la contrainte génère chez le patient plus de souffrance que de bien-être.

III / Un adolescent handicapé

Dans un service de chirurgie orthopédique pédiatrique, nous raconte un étudiant, le chirurgien reçoit un adolescent d'une quinzaine d'années avec ses parents. L'adolescent est atteint d'une maladie rare qui touche la plupart des organes. Il ne marche pas et se déplace en fauteuil roulant. Il ne parle pas et s'exprime par des sons, des regards et des sourires. Le chirurgien explique qu'il est nécessaire de procéder rapidement à une opération de la scoliose. Sans cet acte chirurgical, l'état de l'adolescent se dégradera progressivement et l'état des organes digestifs et neurologiques deviendra rapidement critique.

Le père manifeste une attitude virulente et très agressive, s'opposant catégoriquement à toute intervention. "Mon fils ne deviendra pas un Robocop avec des tiges de métal dans tout le corps." dit-il.

Par son attitude bienveillante, empathique, par son approche centrée sur le patient, par sa présence thérapeutique, le chirurgien parvient peu à peu à le convaincre d'accepter l'opération.

Les étudiants échangent sur les alternatives à la contrainte, à la contention et à l'isolement, sur les possibilités, en dehors de l'utilisation de la force, qui permettraient d'être davantage en accord avec leur éthique, leur déontologie, leur conception du soin et du thérapeutique. Ils évoquent le droit essentiel et légitime du patient de pouvoir choisir librement et donc d'agir avec discernement dans le respect de la personne.

Conclusion

Comment avoir de bonnes pratiques professionnelles et faire preuve de bientraitance envers le patient ? Il est indispensable de développer des stratégies d'apaisement du patient, de "calmance", de contenance afin de diminuer les angoisses primitives qui l'envahissent, et ainsi désamorcer les risques de violences qui peuvent mettre le patient et les autres en danger. Ces techniques fonctionnent à condition de bien connaître le patient et ses symptômes, grâce à une évaluation clinique. Laurent Morasz (10) préconise que la réponse thérapeutique dans une situation de violence se situe dans une attitude qu'il qualifie de "fermeté souple", de faire preuve de créativité, de se décaler par rapport à la violence du patient, de se centrer sur sa souffrance et d'être en capacité de proposer un soin adapté. Il est également important qu'un soignant connu du patient et avec qui il a tissé une relation transférentielle lui parle en toute simplicité, d'une voix calme, d'un ton apaisant et chaleureux (volume de la voix, débit de paroles lent, silences, ...). Les étudiants échangent sur la notion de "présence thérapeutique", c'est-à-dire d'une écoute empathique centrée sur la personne, sur ses émotions et ses affects pour que l'agressivité et la violence soient canalisées, transformées et métabolisées. Cela implique une continuité des soins par les mêmes soignants, une présence humaine de qualité, chaleureuse, une congruence (11) et une ambiance qui constitue une enveloppe apaisante et sécurisante pour le patient. Il est préférable et économique de prévenir la violence plutôt que de la traiter par les mesures de contrainte et d'isolement. Prévenir c'est intervenir en amont des moments de crise, c'est permettre de réfléchir avec lui sur ses comportements agressifs et violents et sur les raisons qui les déclenchent : frustrations, délires, répétitions de comportements anciens. C'est aussi l'aider à mieux gérer sa violence, à apprendre à mieux la canaliser, de l'utiliser d'une manière socialement acceptable, dans des activités telles que les jeux, le sport, les travaux manuels, les arts plastiques etc.

Notes

1. Le **case-work** est une technique d'aide, notamment utilisée par les assistants sociaux. Il vise à faire prendre conscience à l'individu, au moyen d'entretiens, des difficultés psychologiques qui sous-tendent la demande qu'il formule à partir de problèmes sociaux concrets.

2. Le **setting** définit tout l'environnement (le décor, le cadre, le dispositif, la règle de l'abstinence, de la libre association...) où se déroule la séance psychanalytique. Il n'est pas sans influence sur la direction du transfert.

3. https://www.balint-smb-france.org/

4. En référence aux travaux de **Winnicott** sur la fonction maternelle, le holding et le handling, la capacité de rêverie de la mère et à ceux de **Bion** sur la fonction Alpha qui permet de transformer les éléments Béta (impressions sensorielles non assimilées, éléments massifs indistincts) en éléments Alpha (impressions sensorielles mises en image, assimilées par la psyché). La fonction alpha est une fonction de liaison symbolique des impressions sensorielles et des ressentis émotionnels très primitifs". Elle traite les phénomènes, les impressions sensorielles. Elle les convertit en éléments mnésiques susceptibles d'être emmagasinés pour être ensuite utilisés dans les pensées du rêve et la pensée vigile inconsciente.

Bibliographie

1. Moreau Ricaud M.: Michael Balint. Le renouveau de l'École de Budapest, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2000 (rééd. 2012).

2. Balint M. : Le Médecin, son malade et la maladie, Payot, 2003

3. Balint M. : Le défaut fondamental, Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot", 2006

4. Bonnet G. : Le transfert dans la clinique psychanalytique, PUF, 1991

5. Benarosch J. : transfert et contretransfert dans l'accompagnement vers les soins. Revue Pratiques en Santé Mentale, 2017 n° 3, p. 49-53)

6. Friard D. : L'isolation en psychiatrie : séquestration ou soin ? Ed. Masson, Paris 2002, p. 204

7. Winnicott D. : La mère suffisamment bonne, Petite Bibliothèque Payot, 2008, 123 p.

8. Bion W. : Transformations. Passage de l'apprentissage à la croissance (1965), Paris, PUF, 1982

9. Bion W. : différenciation de la part psychotique et de la part non psychotique de la personnalité dans la Nouvelle Revue de Psychanalyse, numéro 10, automne 1974

10. Chazalet N. et Perrin-Niquet A. : le vécu des patients lors de la réponse à la violence. Pratiques en Santé Mentale, 4/2014, p. 23

11. Rogers C. : Client-centered Therapy : Its current pactice, implications and theory. 1951, Boston, Hoghton Mifflin et London, Constable.

***

Le Plan de prévention partagé : apports et points de vigilance

Brice Martin

Psychiatre – praticien hospitalier - chef de pôle.

Centre Hospitalier Drôme- Vivarais.

Valence - Montéléger.

Principes du plan de prévention partagé



Dans le champ des approches inspirées du courant du "rétablissement" se développent un ensemble de pratiques susceptibles de valoriser le "savoir expérientiel" et de soutenir le "pouvoir d'agir" des personnes suivies en psychiatrie (Martin, 2021). Cette dernière dimension est considérée comme un levier du rétablissement (Davidson, 2003). Parmi ces pratiques figurent l'utilisation des "plans de prévention partagés".

Le "plan de prévention partagé" est un document souvent co-construit (avec un soignant et/ou un "facilitateur") qui accompagne la personne dans son parcours de soin (Maitre, 2018). Par "facilitateur", on entend la présence d'un pair-aidant voire d'une personne extérieure à la prise en charge. Rédigé en dehors de tout moment de décompensation

psychopathologique altérant le discernement de la personne, ce document comprend des indications sur ce que souhaiterait la personne si elle était hospitalisée dans une situation où elle serait dans l'incapacité de donner son consentement du fait de son état psychique (état délirant aigu…). Il comprend essentiellement trois types d'indications (Maitre, 2018) : relatives aux traitements médicamenteux souhaités et à éviter ; relatives aux personnes de confiance à prévenir ; relatives à des actions concrètes susceptibles d'être aidantes ou au contraire délétères. Souvent, ce document inclut également des considérations relatives aux actions à mettre en place en cas d'émergence des premiers symptômes de décompensation ; il implique donc une réflexion sur la prévention des rechutes.

Si Thomas Szasz (1960) a été l'un des premiers à avoir introduit cette démarche (à travers la notion de "vœux psychiatriques"), les mouvements d'usagers anglais ont largement contribué à la promotion de ce type de pratiques dans les années 1980 (Maitre, 2018). Le plan de prévention partagé s'intègre actuellement dans la pratique courante psychiatrique dans certains pays anglo-saxons (Etats Unis, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande) européens (Suisse, Allemagne et Hollande) et en Inde et fait partie des recommandations actuelles de la HAS en France.

Plusieurs "appellations" sont retrouvées dans la littérature pour désigner ce dispositif. Les plus fréquentes sont celles de "plan de traitement", "plan de rétablissement", "directives anticipées en psychiatrie", "plan de crise conjoint" ou encore de "plan de prévention partagé", terminologie que nous avons choisie (de façon conforme à la HAS).

Efficacité du plan de prévention partagé

Il existe encore peu d'études sur l'efficacité des plans de prévention partagés.

Certains travaux retrouvent cependant des résultats encourageants sur les taux de ré-hospitalisation, les modes d'hospitalisation ou encore la durée des hospitalisations. Quelques études insistent tout particulièrement sur la plus-value qu'apporte la présence d'un "facilitateur" dans la réalisation du PPP. Ces études sont encore peu nombreuses et les résultats sont à prendre avec prudence, dans la mesure où d'autres travaux présentent des résultats contradictoires (Papageorgiou, 2002). A titre d'exemple citons quelques études.

- L'étude de **Swanson et al (2008)** a comparé deux groupes. Un groupe (n = 147) avait bénéficié de directives anticipées. L'autre (N = 92) n'en avait pas eues. L'étude a comparé de façon prospective la fréquence d'interventions coercitives (hospitalisations sous contrainte…) avec une mesure à 6 , 12 et 24 mois. L'étude retrouve une moindre utilisation de mesures coercitives dans le groupe ayant bénéficié de DAP ($p< 0,05$)

- L'étude de **Lay and al (2018**) a comparé deux groupes : l'un bénéficiait de séances de psychoéducations centrées sur les prodromes de rechute et d'une réalisation de plan de crise. L'étude a inclus 238 participants, récemment sortis d'une hospitalisation, répartis en deux groupes : un groupe bénéficiait de cette intervention, l'autre groupe bénéficiait d'un suivi classique. Les personnes incluses dans l'étude ont fait l'objet d'un suivi sur 24 mois. Les résultats sont les suivants : le groupe qui a bénéficié de l'intervention a montré un taux de réadmission plus faible (28 %) par rapport au groupe contrôle (43%). Par ailleurs le taux d'hospitalisations sous contraintes était plus faible dans le groupe bénéficiant de l'intervention et les hospitalisations plus courtes.

- L'étude de **Swanson et al (2006)** a inclus 469 patients qui ont été aléatoirement répartis en deux groupes. L'un bénéficiait de directives anticipées accompagnées par la présence d'un facilitateur, l'autre groupe bénéficiait de la possibilité de mettre des instructions par écrit en sollicitant s'il le souhaitait les soignants. 61% des personnes accompagnées par un "facilitateur" ont complété les directives anticipées contre 3% du groupe contrôle. Un suivi sur un mois a montré que les participants ayant bénéficié de l'appui d'un facilitateur avaient noué une meilleure alliance avec leurs médecins et semblait plus à même de recevoir les soins dont ils avaient besoin.

Quoiqu'il en soit, au-delà de ces quelques études dont les résultats sont encourageants, comme le souligne Elsa Maitre (2018) "les résultats retrouvés dans la littérature restent assez contradictoires, avec un certain nombre de travaux qui suggèrent une diminution des hospitalisations, en particulier sous contrainte et d'autres non. L'ensemble de ces résultats suggère que, malgré un attrait certain, la mise en œuvre des DAP est rendue complexe par des obstacles à leur utilisation en pratique. L'intégration plus large des DAP aux prises en charge actuelles nécessite plus de travaux sur le sujet, ainsi qu'une réflexion plus globale sur le développement des innovations dans le système de soins".

Mise en œuvre des plans de prévention partagés

Complexité de la mise en œuvre

Sur le plan médico-légal, les PPP ne sont pas opposables à la décision médicale en France.

Rappelons qu'en pratique, il doit s'agir d'un document écrit, consultable et modifiable à tout moment. Cependant, de nombreux obstacles peuvent se dresser sur le chemin d'une utilisation fluide en pratique courante de cet outil.

Un premier obstacle peut s'avérer de nature idéologique. Les plans de prévention partagés sont globalement bien accueillis dans les équipes de soins. Le corps médical semble s'avérer cependant parfois réticent à l'utilisation de ce type d'outil (Maitre, 2018). Parmi les arguments évoqués figure le sentiment de ne pouvoir respecter certaines directives.

Par ailleurs, si la cohérence institutionnelle qu'apporte la sectorisation (voire la structuration polaire des hôpitaux) constitue un atout important pour la mise en place des PPP, un second obstacle peut résider dans la qualité de la cohérence polaire, et notamment de l'articulation entre soin extra-hospitalier et intra-hospitalier. En effet, il n'est pas rare que les plans de prévention partagés soient élaborés en extra hospitalier (CMP par exemple). Si seul l'extra hospitalier s'acculture à cet outil, il peut s'avérer que l'accueil réservé en intra-hospitalier soit modeste, du fait notamment d'un manque de familiarité ou de pratique des équipes d'intra avec cet outil. Inversement, le parcours de soin de certaines personnes peut parfois mobiliser le libéral (pour le suivi ambulatoire) et le public (en cas de nécessité d'une hospitalisation). Une bonne coopération public/privé constituera alors un préalable à un dispositif cohérent sur le plan de la mise en place du PPP.

Enfin, l'intégration habile et lisible de ce type de document dans le dossier informatique du patient constitue un autre enjeu d'une mise en place fonctionnelle des PPP. Elle nécessite une certaine souplesse du logiciel utilisé et une certaine créativité (*fenêtre pop up*...) de sorte que le document ne se perde pas dans les méandres d'un dossier médical labyrinthique et ne fasse pas l'objet d'une consultation lorsqu'une personne arrive à l'hôpital.

L'exemple Valentinois

Quelques services ou pôles, en nombre peu nombreux à notre connaissance (Lille, Villeurbanne) ont commencé à instituer la mise en place des plans de prévention partagés. L'expérience du CHDV situé à Valence constitue à ce titre une expérience et un exemple intéressant. L'un des pôles de cet hôpital a mis en place progressivement la pratique du PPP. Différentes étapes, sans doute essentielles, ont présidé à l'instauration des PPP. Aussi perfectibles soient-elles, elles sont sans doute indispensables à la mise en place de ce type d'outil.

Voici ci-dessous les étapes mobilisées dans le pôle de cet hôpital pour la mise en place du plan de prévention partagé. Ce modèle semble particulièrement fonctionnel, dans la mesure où le plan de prévention partagé s'est assez rapidement déployé. S'il est encore trop tôt pour parler d'un usage en "routine", il s'agit d'une pratique actuellement en expansion dans ce pôle.

Nature de l'événement	***Objectif***
Présentation du plan de prévention partagé en directoire et en CME	Validation institutionnelle de la mise en place du PPP (inclus dans le projet d'établissement)
Conférence au niveau de l'établissement sur le plan de prévention partagé	Faire connaitre et former le plus grand nombre à ce dispositif
Mise en place d'un groupe de travail sur le PPP incluant notamment chef de pôle, directeur des soins, cadres de santé	Choisir les outils Travailler sur la mise en place concrète
Structuration sur le plan de l'informatique de l'établissement du PPP	Créer un onglet dans le dossier patient de façon à rendre accessible et visible le plan de prévention partagé
Lancement officiel au niveau du pôle	Inviter les équipes aux premières expériences
Retours réguliers en réunion de pôle des premières expériences	Favoriser le développement du PPP

Le cas Marie

En guise d'illustration, nous évoquons maintenant le cas de Marie. Nous l'abordons de façon réductrice et synthétique (c'est-à-dire à travers le prisme du PPP). Marie est une femme âgée de 28 ans. Elle est suivie depuis 2 ans pour un trouble bipolaire. Au cours des deux dernières années, quatre hospitalisations sous contrainte (S.D.T.) pour manie délirante ont eu lieu. Il est parfois nécessaire, compte tenu d'une agitation motrice intense, de mettre en place des séquences de quelques heures en chambre d'isolement (notamment lors de ses admissions). L'hospitalisation est d'une durée moyenne de 2 mois.

A l'issue de sa dernière hospitalisation, lors de la reprise de son suivi sur son CMP, il lui est proposé de réaliser un plan de prévention partagé. Ce plan est réalisé avec son infirmière référente. Ses propos et volontés sont consignées sur un document spécifique intitulé "plan de prévention partagé". Un onglet spécifique a été créé sur le dossier médical des personnes suivies sur l'institution.

En ce qui concerne la première partie du plan de prévention partagé, dédiée à l'identification des prodromes de rechute et des stratégies qu'elle pourrait mettre en place, Marie évoque les éléments suivants, qui seront consignés, légèrement reformulés avec son accord, sur le document du PPP.

- "Ce qui peut me déstabiliser, c'est la prise de toxiques, en particulier le cannabis. Y'a aussi si je traverse un état de stress profond...et la réduction voire l'arrêt du traitement sans avis médical...ça aussi, ça peut jouer"

- "Alors, je me mets à avoir des pensées mégalo, genre "sauveuse de l'humanité" vous voyez, des idées spirituelles exacerbées, des émotions très intenses avec une tendance à devenir euphorique. Mes rires, mes pleurs se mélangent...je ne respecte plus les conventions sociales. Mon conjoint il me dit que, dans ces moments-là, j'arrête le traitement, que j'ai de fortes envies de consommer des toxiques, et que je me mets à parler à toutes les personnes que je rencontre. Je m'opposerais aussi à lui, il dit...dans ces moments-là...moi, je sais pas...je m'en souviens pas trop....mais s'il le dit...".

- Ce que je peux faire dans ces moments-là pour enrayer le truc ? ...mmhh... Prendre un Tercian... ça peut aider...et contacter le CMP, avec l'aide de mon conjoint si besoin».

Dans la deuxième partie du PPP, Marie évoque, qu'en cas d'hospitalisation, certains soins et attentions lui sembleraient préférables à d'autres

- "Je souhaiterais le recours à l'hospitalisation si nécessaire mais faut me rassurer sur la durée de l'hospitalisation. Et, même si je suis très mal, je souhaite pouvoir avoir un contact téléphonique avec mon conjoint...c'est important. Un autre truc, c'est qu'il ne faut pas me surcharger de médicaments. Évitez d'accumuler plusieurs traitements en même temps...pour ne pas que je me sente lobotomisée. Ah ! Et il faut éviter le loxapac, en le remplaçant, si je suis agitée, par du tercian et du diazepam. Et puis, faites attention aussi à me rappeler de payer mon loyer !".

Trois mois après la réalisation du PPP, Marie est à nouveau hospitalisée pour un nouvel état maniaque. Marie semble avoir au préalable arrêté son traitement et consommé à nouveau du cannabis. L'équipe médicale respecte le choix des molécules indiquées ; elle se montre beaucoup plus dans l'alliance et le traitement ne fait pas l'objet de négociations particulières alors même que l'on note un état d'agitation important. La possibilité de contacter son compagnon est maintenue et n'induit pas de difficultés particulières. Aucun recours à un traitement injectable n'est nécessaire. Elle fera un bilan moins douloureux de cette nouvelle hospitalisation

- "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".

Réflexion sur l'intérêt et les limites

Intérêts

Outre l'efficacité possible sur les taux de rechute (qui n'apparaît pour le coup pas évident dans le cas de Marie), le vécu de l'hospitalisation comme moins contraignant et la majoration du recours aux soins libres (au dépend des soins sous contrainte), nous discutons ici d'autres apports que semble porter la mise en place des plans de prévention partagés.

Tout d'abord, Le PPP contribue, dans une certaine proportion, à tisser un lien de continuité dans le parcours de soin du patient, parfois morcelé du fait de l'organisation du suivi (équipes intra et extra éloignées, suivi conjoint libéral/public, options de soins différentes entre les unités, logiques de flux mettant parfois de côté la parole et l'investissement de l'expérience subjective du sujet…). Le cas de Marie est assez illustratif de cet apport dans la mesure où, à la faveur de la réalisation du plan de prévention partagé, des échanges nouveaux ont eu lieu autour de cette situation, notamment entre les équipes infirmières d'intra et d'extra.

Il s'agit également d'un outil valorisant qui invite le sujet, de façon mesurée et adaptée, à se situer comme acteur de ses soins. Il favorise en ce sens l'autodétermination du sujet. Cet outil invite également l'institution à adopter une position relativement "basse", en se montrant respectueuse du développement progressif d'un savoir expérientiel, susceptible d'enrichir ou remettre en question certaines pratiques de soin (par exemple l'utilisation préférentielle de la loxapine pour les états d'agitation compte tenu d'une meilleure tolérance cardiaque ; ou encore la systématisation de consignes telles que l'absence d'utilisation du téléphone lors des états maniaques et la mise à distance temporaire de l'environnement relationnel de la personne, qui, ici, s'avéraient des mesures non productives).

Enfin, alors même que, dans les situations où la personne n'est pas en mesure de consentir à ses soins, le principe de bienveillance prime sur le principe d'autonomie, le PPP permet de défendre ce dernier en respectant, d'une certaine manière, la liberté du sujet dans un moment où sa psychopathologie l'en prive.

Points de vigilance

Parmi les points de vigilance relatifs à l'utilisation de plans de prévention partagés figure la nécessité que nous avons soulignée d'une acculturation globale de cet outil sur le plan institutionnel voire local (si l'on prend en compte également les suivis de type libéral/public). Dans le cas contraire, l'investissement de la personne dans le plan de prévention partagé risque de se confronter à la désillusion d'une promesse non tenue, celle d'un accueil assumé de sa parole et de son expertise qui, en réalité, ne serait pas suivie des faits. Un tel écueil semble pouvoir s'avérer particulièrement délétère en ce qui concerne le lien de confiance du sujet avec le système de soin.

Le plan de prévention partagé se déroule sur un registre plutôt individuel ; à l'intérieur d'un espace de dialogue (si possible incluant un "facilitateur"), un sujet exprime sa capacité à prendre conscience des symptômes annonciateurs d'une possible rechute, décrit et tente d'élaborer ses stratégies pour faire face à l'arrivée des prodromes de sa pathologie et fait part de ses souhaits concernant le moment de l'hospitalisation. Si l'histoire d'une rechute et d'une hospitalisation est sans aucun doute, en partie, une expérience individuelle, il s'agit également de l'histoire d'un contexte, d'un groupe de personnes à l'intérieur duquel les relations actuelles (travail, couple, famille…) atteignent également leurs limites pour permettre une autre évolution que celle qui préside à l'émergence récurrente et répétée des symptômes. Ainsi, inclure le contexte relationnel de la personne dans l'histoire d'une rechute et la mise en place de stratégies en faisant de l'événement de la rechute ou de l'hospitalisation, dans une certaine mesure, un objet commun peut s'avérer intéressant à plus d'un titre. A titre d'exemple, aussi réducteur qu'il soit, dans le cas de Marie, son compagnon est également consommateur de cannabis. Inclure le compagnon, et plus largement l'environnement, dans la démarche semble non seulement intéressant mais sans doute indispensable. Les relations familiales sont également douloureuses ; il n'est pas rare qu'au retour d'une visite de sa famille, Marie se sente "stressée", stress qu'elle indique comme pourvoyeur de rechute. Outre la dimension potentiellement destigmatisante d'une telle approche (passer de "comment puis-je éviter la rechute" à "comment pourrions-nous éviter de revivre cela ensemble"), c'est l'ensemble des ressources relationnelles et de la créativité du collectif qui peuvent être mises à profit. Plaidons ainsi, lorsque cela est possible, pour l'expérience de "plans de préventions partagés" collectifs. Une telle approche place le plan de prévention partagé dans le giron d'une philosophie de psychiatrie citoyenne, disposant également de point de convergence forts avec certaines approches (type "*open dialogue*").

Enfin, traversant implicitement la démarche du plan de prévention partagé figure l'idée de prévenir la "crise", de l'apaiser le plus rapidement possible (démarche de prévention) et d'envisager des conditions d'hospitalisation les plus respectueuses possibles des besoins de la personne. Aussi louable, pertinente et bien fondée que puisse apparaître cette démarche, il est peut-être important, de façon à limiter le recours à des logiques purement opératoires, de ne pas mettre totalement de côté la possible fonction relationnelle de certaines rechutes. Reprenons le cas de Marie.

Nous apprendrons, petit à petit, que Marie a grandi dans un environnement familial qu'elle juge encore aujourd'hui comme "oppressant". Ses parents sont séparés et vivent dans une région assez éloignée de celle où réside Marie. Les séjours dans sa famille sont une source de stress important. Pour autant, Marie estime, sans doute par loyauté

- *"que je dois aller les voir…en tant que fille, je peux pas déserter mes parents…pas totalement".*

Elle évoque que

- *"ma mère, comme toujours, même depuis que je suis petite, me demande de l'aider…oh…ça a toujours été un peu comme ça…j'ai appris à prendre soin de ma mère… elle-même est bipolaire…d'ailleurs, j'ai le sentiment profond qu'elle m'en veut de m'être éloignée. "une fille, ça fait pas ça" m'a-t-elle dit un jour. Vous savez, je n'ai jamais eu le droit de dire ce dont j'avais besoin avec ma mère…je devais toujours m'occuper d'elle. Ça m'a peut être rendue plus forte…j'ai appris à me débrouiller par moi-même… ou pas…je sais pas… Et mon père…ben c'est très dur aussi pour moi d'aller le voir…c'est un homme brillant, très*

intelligent…il sait plein de choses…mais à chaque fois que je vais le voir, il fait conférence…et si j'ai le malheur de dire que je suis pas dispo pour l'écouter, il me fait sentir qu'il m'en veut beaucoup…en tout cas, je sens ça…et ça me blesse beaucoup…beaucoup…".

Lors d'un entretien assez dense, Marie a pu par ailleurs évoquer, de façon surprenante, le fait que

- "ben…vous savez…pour tout vous dire…j'aime bien être hospitalisée…et délirer…je me sens vivante…autrement, je me sens vide…il se passe pas grand-chose…je suis spectatrice de ma vie…alors…oui…j'arrête les médicaments…je prends du cannabis…et c'est parti pour une expérience intense…".

Ces propos, qui mériteraient sans aucun doute d'être davantage détaillés, pointent possiblement le paradoxe dans lequel se trouve Marie entre une possible loyauté à ses apprentissages ("vivre effacée", "pour-l'autre") et la recherche d'une façon de s'affirmer, et d'exister, que lui offriraient paradoxalement les séquences de "décompensation". Le paradoxe se déploie pleinement dans le fait qu'en plongeant progressivement dans l'identité de malade psychiatrique, elle "s'efface" sans doute, aussi, se mettant "à côté" d'une forme d'inclusion sociale qu'elle réclame par ailleurs (au travers de différents projets professionnel, familiaux..) .

L'ensemble des objectifs du plan de prévention partagé, d'une efficacité ici limitée sur les rechutes (en dépit des apports incontestables qu'il contient) apparaissent eux-mêmes touchés par le sceau de ce paradoxe qu'il s'agit sans doute de prendre en considération au risque d'inclure le plan de prévention partagé dans une logique déconnectée des enjeux relationnels que traverse Marie (l'objectif de la réhospitalisation et de la prévention des rechutes n'étant officieusement en réalité pas "pleinement" partagé par Marie).

Enfin, notre modernité, à laquelle n'échappe pas nos institutions, se caractérise par un besoin de contrôle, de rapidité, de maitrise, de "mise à disposition du monde" (Martin, à paraître ; Rosa, 2021). Le plan de prévention partagé mérite sans doute d'être abordé avec pondération. Caricaturé, le PPP amène en effet, comme "sur un plateau", un ensemble de mesures concrètes, de "recettes", qu'il pourrait s'avérer tentant d'appliquer de façon opératoire. Il porte potentiellement en lui la perspective d'un contrôle rassurant sur une situation par définition "incontrôlée" voire "incontrôlable", nourrie d'un mystère, d'absurde, d'opacité : celle de la psychopathologie délirante aiguë.

"A retardement", ces mesures viennent défendre la créativité du sujet, sa liberté (y compris dans un contexte où la psychopathologie semble au premier abord l'en priver) et contribuent à des conditions d'hospitalisation plus sereines et fonctionnelle. Cependant, l'application froide et mécanique de ces mesures de "contrôle" mérite d'être pondérée par ce que le contexte d'hospitalisation amène d'imprévisible au risque de couper toute invitation à la rencontre que contient, quoiqu'il en soit, les situations de psychopathologie aiguë.

Conclusion

Le plan de prévention partagé apparait comme un dispositif nouveau, susceptible de soutenir différentes dimensions en jeu dans le rétablissement du sujet. En soutenant le savoir expérientiel du sujet, en invitant le jeu relationnel soignant/soigné à sortir d'une logique verticale, en promouvant l'autodétermination du sujet et sa créativité, il s'agit d'un outil, d'une médiation, d'un "objet flottant" susceptible d'accroître les possibilités de soin et d'accompagnement proposés par l'institution psychiatrique. Dispositif nouveau et exigeant sur le plan institutionnel, l'enthousiasme qu'il suscite ne doit probablement pas nous épargner une réflexion sur l'adoption de certains points de vigilance, comme l'importance de l'inclure dans un mouvement collectif, celle d'une réflexion sur la dimension relationnelle des symptômes et enfin, sur la dynamique de notre psychiatrie actuelle, volontiers rapide et soucieuse de contrôle et de maitrise. C'est à la faveur d'une utilisation "mesurée" (Camus, 1951) qu'un tel dispositif donnera peut-être ses plus belles réussites.

Bibliographie

- Martin, B., Koenig, M., Franck, N., Péneau, E., Le Cardinal, P. (2021). Processus de rétablissement. EMC.

- Davidson L. (2003): Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia. illustrated edition. New York University Press, 2003

- Maître E. (2018) Les directives anticipées psychiatriques (DAP) : propositions pour un mode`le en FranceAnnales Me´dico-Psychologiques 176 (2018) 387–390

- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. Am Psycho, 15 : 113.

- Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al (2005). Patients'reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. Psychiatr Serv, 56(9):1123-33.

- Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Aijälä A, Helenius H. (1999). Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. J Nerv Ment Dis. 187(6):343-52.

- Papageorgiou A, King M, Janmohamed A, Davidson O, Dawson J. (2002). Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness. Randomised controlled trial. Br J Psychiatry J Ment Sci;181:513–9

- Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, van Dorn RA, Wagner HR, Moser LA, et al. (2008).Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. J Ment Health;17:255–67

- Swanson J, Swartz M, Ferron J, Elbogen E, Van Dorn R. (2006). Psychiatric advance directives among public mental health consumers in five U.S. cities: prevalence, demand, and correlates. J Am Acad Psychiatry Law 2006;34:43–57.

- Lay B, Kawohl W, Rössler W. Outcomes of a psycho-education and monitoring programme to prevent compulsory admission to psychiatric inpatient care: a randomised controlled trial. Psychol Med. 2018;48(5):84960.

- Martin, B. (à paraitre). Analyse de livre. Hartmut Rosa : Rendre le monde indisponible. 2020. Editions La Découverte, Paris. 144p. Perspectives Psy.

- Rosa, H. (2020) Rendre le monde indisponible. Editions La Découverte, Paris. 144p. à paraitre

- Camus, A. (1951). L'homme révolté. Paris : Gallimard.

***

ARGUMENT

CONSENTIR OU NE PAS CONSENTIR ? TELLE EST LA QUESTION.
Dilemme de la psychiatrie ou de la société

Depuis vingt ans, le monde de la psychiatrie, comme l'ensemble de la médecine, doit répondre avec plus de rigueur aux obligations d'information et du recueil du consentement. L'introduction du juge et des avocats dans le processus de soins, malgré des difficultés croissantes d'origines diverses, voire paralysantes, témoigne du respect des droits des patients et de leur place de citoyen.

Mais force est de constater qu'au-delà de ces bonnes intentions, persistent les contradictions : d'un côté des politiques qui se liguent au plan international pour promouvoir une très large capacité de consentement aux soins, et prônent une citoyenneté totale et inaliénable comme idéal absolu ; de l'autre, des malades psychiques qui sont les premiers à faire les frais de l'inflation sécuritaire au sein de ces mêmes sociétés, via le soupçon dont on les poursuit, d'être trop souvent des auteurs de violences, voire de crimes terroristes, notamment. Et en parallèle, une croissance inexorable des soins sans consentement, que ce soit en hospitalisation ou sous la forme de programmes de soins en ambulatoire qui peuvent s'éterniser sans réelles justifications cliniques, sans oublier l'augmentation des mesures d'isolement et de contention.

Obtenir le consentement du patient, qui peut prendre des formes différentes, ou son adhésion aux soins, constitue un acte de soins très complexe, souvent aussi sophistiqué que chronophage, jamais totalement abouti. Parfois le recours à la mesure de contrainte peut apparaître dans certaines circonstances comme une manière plus "efficace" de traiter la question, permettant de "sécuriser" la situation, tant du côté patient que du côté praticien en attendant une évolution clinique permettant d'obtenir un authentique consentement.

Comment le juge des libertés et de la détention, l'avocat, les familles, les patients se trouvent-ils éprouvés après-coup par ces pratiques nouvelles et le trouble qui naît forcément de la rencontre avec la réalité du trouble psychique majeur ? Y ont-ils trouvé leur juste place et en évitant quels écueils ? Ont-ils tous consenti à ces nouvelles pratiques ?

Peut-on éviter d'interroger cet idéal contemporain de l'abolition de la contrainte, supposant une inaltérable lucidité de chacun quelque peu utopique, alors que la crise sanitaire nous a tous conduits à être confrontés aux contraintes et aux restrictions des libertés d'aller et venir pour protéger notre santé ? N'y aurait-il plus jamais place à un "droit à être contraint" quand quelque perturbation à laquelle l'homme est sujet, vient à entamer son discernement au point de le mettre en danger ?

Ces actes du colloque des 15 et 16 juin 2022 sur le CONSENTEMENT s'efforcent d'apporter des réponses aux questions posées ci-dessus, grâce à des intervenants de provenance multiple : psychiatres, psychologues, directeur d'hôpital, médiateur en santé pair et philosophe.

Pour la Recherche

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

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 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