

“ETHIQUE ET PSYCHIATRIE”

Quelles sont les questions éthiques soulevées par les professionnels exerçant en psychiatrie générale ?

— Étude 2016-2017 —

Réalisée par : Aurélie GENG et Cécile CORNET



REMERCIEMENTS

Nous tenons à adresser nos remerciements les plus sincères :

- > Aux directeurs qui ont accepté de nous ouvrir les portes de leur établissement ;
- > À tous les professionnels qui ont accepté de participer à cette enquête ;
- > Aux comités d'éthique locaux de la région Bourgogne – Franche-Comté qui ont contribué à cette étude en nous adressant les sujets traités en séance de comité d'éthique ;
- > Aux membres du Comité Scientifique qui ont été d'une aide précieuse lors de la conception de l'étude et au cours de l'analyse des résultats.

Nous remercions également Mme Cécile Lumière, Chargée d'études statistiques à l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne – Franche-Comté, pour les statistiques qu'elle a pu nous fournir.

TABLE DES MATIÈRES

Sigles utilisés	4
Introduction	5
Chiffres-clés	6
Méthodologie de l'enquête	8

RÉSULTATS 13

LES SOINS SOUS CONTRAINTE : QUELLES QUESTIONS ÉTHIQUES ?..... 15

Les procédures de contrainte encadrées par la loi sont-elles de nature à faciliter le soin ? 16

Intervention de la famille dans l'hospitalisation sous contrainte 17

Intervention du Juge des Libertés et de la Détention 19

La contrainte peut-elle être un soin ? 21

La liberté d'aller et venir des patients hospitalisés en psychiatrie..... 23

Les unités fermées 23

Peut-on considérer l'isolement et la contention comme des soins ?.. 25

Qu'en est-il du consentement lorsqu'il s'agit de maladies qui concernent précisément la capacité à discerner ?..... 27

Jusqu'où peut-on soigner sans le consentement de la personne ?..... 30

La prise en soin de patients atteints d'anorexie mentale 30

Certains patients suicidaires ont-ils un désir de mourir
qu'il faudrait respecter ?..... 32

LA STIGMATISATION 35

Des représentations stigmatisantes 36

De la psychiatrie et du lieu de soin..... 36

Du psychiatre 38

De la pathologie et du patient 39

Renforcées par les médias..... 42

Les effets de la stigmatisation	44
Le retard d'accès aux soins somatiques	44
De la discrimination à la marginalisation, voire à l'exclusion.....	47

LES LIMITES DE LA PSYCHIATRIE 51

L'élargissement de son champ d'action..... 52

De la maladie mentale à la souffrance psychique	52
<i>Pour une mixité des pathologies ?</i>	54
De la maladie mentale aux comportements déviants.....	55
Ne demanderait-on pas à la psychiatrie de prendre en charge toutes les personnes que notre société rejette ?	57
<i>Les problématiques sociales doivent-elle être gérées par la psychiatrie ?.....</i>	57
<i>Les personnes dites « déficitaires » ont-elles leur place en psychiatrie ?</i>	58
<i>Quelle prise en soin pour la délinquance ?</i>	60

Une extension de son champ de compétences64

L'expertise psychiatrique : mission médicale, juridique ou prédictive ?	64
La psychiatrie, entre sécurité et soin ?	65
<i>L'accueil des détenus en Centre Hospitalier Spécialisé</i>	65
<i>Les procédures de soins contraints sur décision du représentant de l'État.....</i>	66

CONCLUSIONS DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE 70

Références bibliographiques	74
Annexe.....	76
<i>État des lieux des sujets de nature éthique traités en comités d'éthique dans les établissements spécialisés en psychiatrie en BFC</i>	76

SIGLES UTILISÉS

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CH : Centre Hospitalier

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
(Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EREBFC : Espace de Réflexion Ethique Bourgogne - Franche-Comté

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HL : Hospitalisation Libre

HO : Hospitalisation d'Office

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SDRE : Soins sur Décision du Représentant de l'Etat

SDTU : Soins à la Demande d'un Tiers en cas d'Urgence

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent

SSC : Soins Sous Contrainte

TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

INTRODUCTION

En 2016, l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne-Franche-Comté (EREBFC) a fait le choix de s'intéresser au champ de la psychiatrie et d'en interroger les enjeux éthiques. Dans le cadre de la mission Observatoire, nous avons souhaité étudier les questions de nature éthique que peuvent rencontrer les professionnels exerçant dans le champ de la psychiatrie générale.

En effet, le quotidien du soin en psychiatrie est fréquemment marqué par des situations à forte signification éthique où se croisent des questions relatives au droit, à la déontologie, à la morale.

Le présent rapport rend compte des résultats de l'enquête qualitative conduite en 2016-2017, validés par un Comité scientifique, constitué de membres du Conseil d'Orientation de l'EREBFC, désignés en raison de leurs compétences en psychiatrie ou de leur intérêt pour les questions éthiques.

La loi de Bioéthique du 6 août 2004 précise que les Espaces de Réflexion Ethique Régionaux « font également fonction d'observatoires régionaux ou interrégionaux des pratiques au regard de l'éthique ».

C'est pourquoi, l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne - Franche-Comté a créé en 2014, un Observatoire régional des pratiques de soins et d'accompagnement au regard de l'Ethique.

Cet Observatoire a pour objectif de recenser et d'analyser, autour d'un thème particulier, les pratiques de soin et d'accompagnement qui donnent lieu, pour les professionnels de terrain, à l'émergence d'une ou de plusieurs problématiques éthiques.

En d'autres termes, cet Observatoire s'attache d'une part, à recueillir et exploiter des données à la fois quantitatives et qualitatives relatives aux pratiques des professionnels de santé qui sont sources de questionnements dans le champ de l'éthique et d'autre part, à les comprendre et à les analyser.

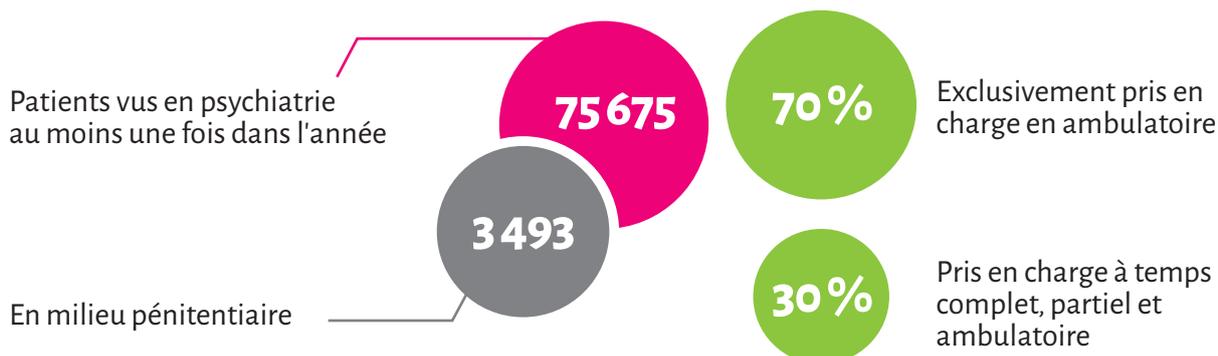
Son rôle n'est pas d'évaluer, ni de porter un jugement de valeur sur les pratiques des professionnels, mais bien au contraire de s'attacher à dresser un état des lieux objectif des réalités de terrain et ainsi contribuer à l'amélioration des connaissances de tout un chacun.

CHIFFRES-CLÉS

Psychiatrie générale en Bourgogne-Franche-Comté

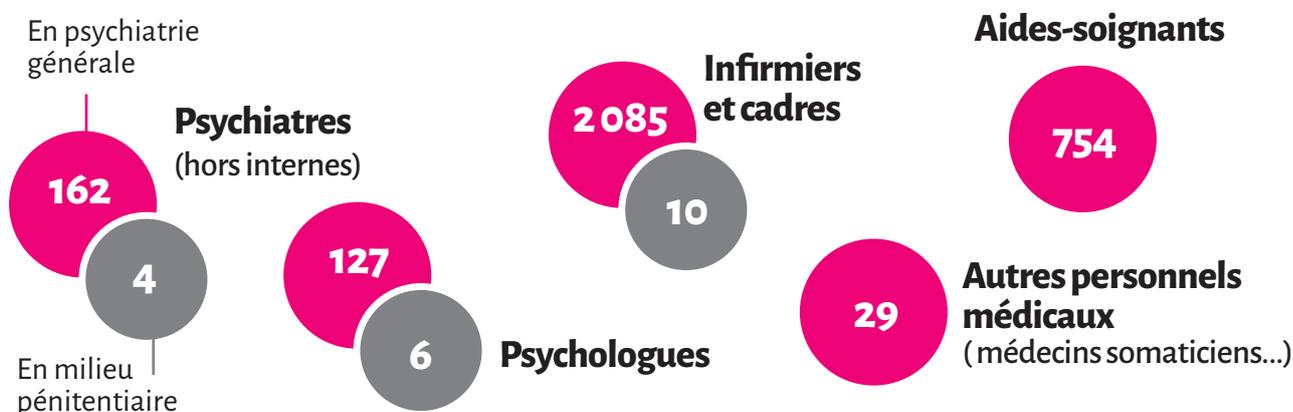
FILE ACTIVE EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE ET EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Source : DREES - ARS - Statistique annuelle des établissements de santé 2015 - déclaration des établissements et nos calculs.



EFFECTIFS (en Équivalent Temps Plein moyens annuels arrondis)

Source : DREES - ARS - Statistique annuelle des établissements de santé 2015 - déclaration des établissements et nos calculs.



STRUCTURES

Source : DREES - ARS - Statistique annuelle des établissements de santé 2015 - déclaration des établissements et nos calculs.

Prise en charge à temps plein ou à temps partiel

- 6 Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS)
- 6 Centres Hospitaliers (2 CHU, 4 CH)
- 4 Cliniques Privées
- 2 Autres structures : Les invités aux Festins (25), Hôpital de jour Velotte (25)

Prise en charge ambulatoire

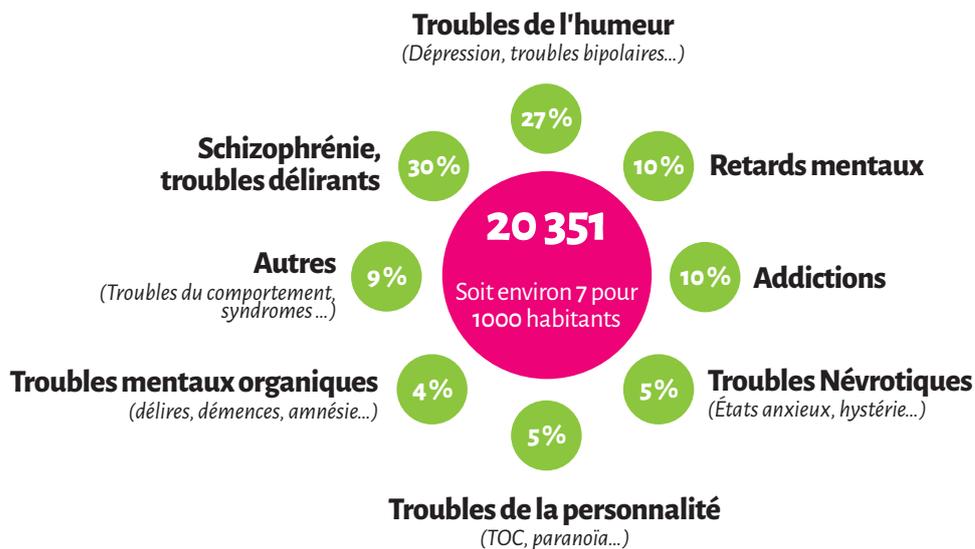
- 110 Centres médico-psychologique (CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie)
- 67 Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)

PATIENTS HOSPITALISÉS À TEMPS PLEIN

Source : PMSI PSY - 2015 - ARS BFC.

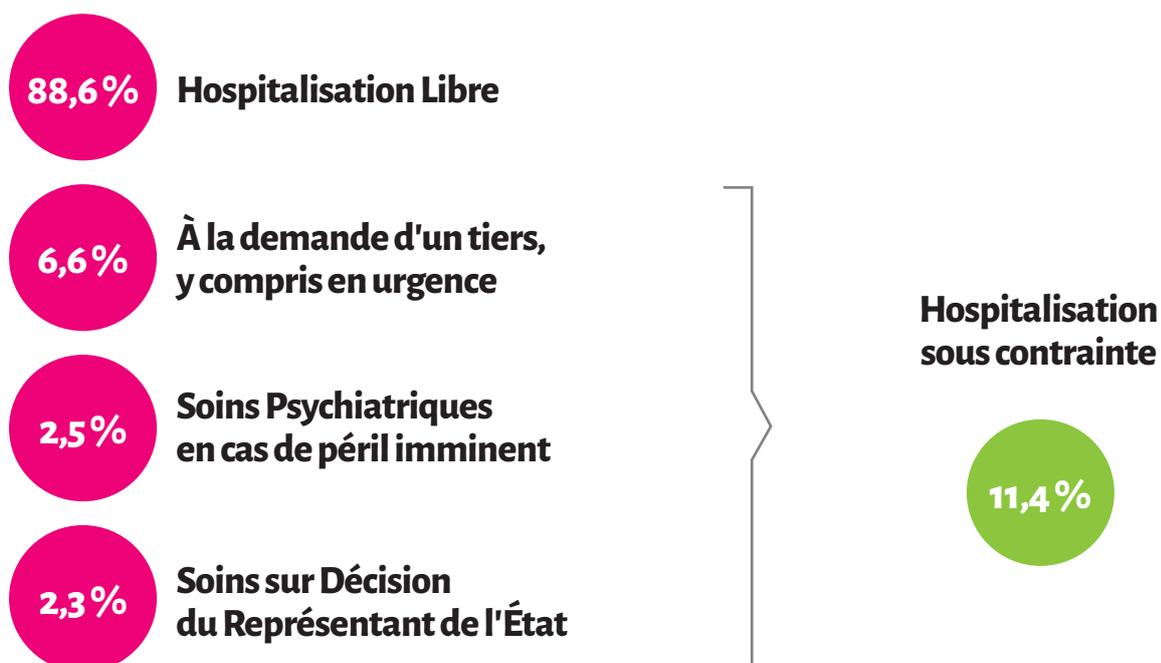
Patients hospitalisés en psychiatrie en 2015

♂ 10 283 ♀ 10 068



MODE LÉGAL D'HOSPITALISATION À TEMPS PLEIN

Source : DREES-ARS-Statistique annuelle des établissements de santé 2015-déclaration des établissements et nos calculs.



Nombre de jours en isolement thérapeutique

Source : PMSI PSY - 2015 - ARS BFC

31 168

Soit env. 4 % de l'ensemble des journées d'hospitalisation

MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Objectif de l'enquête

Identifier et analyser les questions de nature éthique rencontrées par les professionnels exerçant en psychiatrie de l'adulte.

Terrain d'enquête

- 6 Centres Hospitaliers Spécialisés ;
- 2 Centres médico-psychologiques ;
- 2 services de psychiatrie générale en CHU,
- 1 service d'urgence psychiatrique en CHU ;
- 2 cliniques privées ;
- 1 service médico-psychologique régional d'une maison d'arrêt.

Choix de l'outil de recueil des données

Nous avons choisi l'entretien auprès des professionnels exerçant en psychiatrie comme outil méthodologique. Il nous a paru le mieux adapté à l'objet de notre recherche : cette méthode est particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques. Parmi les différents types d'entretien existant en recherche qualitative, nous avons choisi l'entretien semi-directif car il nous a permis d'orienter en partie le discours des professionnels interrogés autour de différents thèmes définis au préalable et consignés dans un guide d'entretien.

Elaboration du guide d'entretien

La construction du guide d'entretien a été effectuée à partir des thématiques recensées auprès des comités d'éthique d'établissements psychiatriques de la région¹ ainsi que celles dégagées au cours du travail de bibliographie. Deux axes principaux de discussions ont émergé : les soins sous contrainte et l'accès aux soins somatiques.

La première question ouverte invitait le professionnel à nous faire part librement des problématiques éthiques rencontrées dans sa pratique quotidienne. Puis, nous l'invitions à développer les thèmes définis au préalable dans le guide.

1. Cf. Annexe 1 : Etat des lieux des sujets de nature éthique traités en comités d'éthique dans les établissements spécialisés en psychiatrie en BFC.

Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 1^{er} avril au 12 juillet 2016, dans le lieu d'exercice des professionnels, sur rendez-vous dans la majorité des cas, et ont duré entre 25 minutes et 1 heure 50.

Au total, **62 entretiens** ont été réalisés avec les professionnels exerçant en psychiatrie de l'adulte.

Parmi les 62 entretiens,

➤ 5 ont été exclus de l'analyse :

- 2 entretiens étaient inaudibles ou ne traitaient pas du sujet de l'étude, ils ont donc été considérés comme inexploitable ;
- 1 entretien n'a pas été enregistré en raison du refus de l'interviewé ;
- 2 entretiens-test ont été réalisés auprès d'un psychiatre et d'un psychologue en activité libérale : au départ, nous souhaitions étendre cette enquête aux professionnels en activité libérale mais par manque de temps, nous avons été contraintes d'exclure ce champ d'investigation.

➤ 2 entretiens étaient informels :

- Ils ont été menés afin de contextualiser l'étude, en particulier au sujet du fonctionnement d'un CHS (entretien avec un directeur) et de la réglementation en matière de soins sous contrainte (une juriste exerçant en CHS).

Ainsi, **55 entretiens** ont été inclus dans l'analyse :

- 17 entretiens ont été menés avec un psychiatre ;
- 11 entretiens avec un infirmier(e) ;
- 7 entretiens avec un (e) psychologue ;
- 7 entretiens avec un (e) cadre de santé ;
- 4 entretiens avec une aide-soignante ;
- 4 entretiens avec une assistante sociale ;
- 2 entretiens avec un médecin somaticien exerçant en CHS ;
- 2 entretiens avec un interne ;
- 1 entretien avec un ergothérapeute.

PROFIL DES ENQUÊTÉS

➤ Répartition par sexe et par lieu géographique

	Femme	Homme	Bourgogne	Franche-Comté
Psychiatre	5	12	9	8
Médecin somaticien	1	1	1	1
Interne	1	1	1	1
Infirmier	9	2	5	6
Aide-soignant	4	0	2	2
Cadre de santé	6	1	4	3
Assistant social	4	0	3	1
Psychologue	5	2	5	2
Ergothérapeute	1	0	1	0
Total	36	19	31	24

➤ Répartition par lieu d'exercice

	CHS	CMP	FAM	CHU	Clinique	SMPR/UCSA	Total
Psychiatre	5	0	0	9	1	2	17
Médecin somaticien	2	0	0	0	0	0	2
Interne	0	0	0	2	0	0	2
Infirmier	3	4	1	2	1	0	11
Aide-soignant	3	0	0	0	1	0	4
Cadre de santé	2	2	0	2	1	0	7
Assistant social	1	0	0	2	1	0	4
Psychologue	3	1	0	2	1	0	7
Ergothérapeute	0	0	0	0	1	0	1
Total	19	7	1	19	7	2	55

RÉSULTATS



LES SOINS SOUS CONTRAINTE: QUELLES QUESTIONS ÉTHIQUES?

Une des particularités de la pratique médicale en psychiatrie tient au fait que les patients présentent des troubles psychiques qui peuvent altérer leur capacité de jugement et donc leur autonomie. Dans ces situations, quand certains patients peuvent se révéler dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui, la psychiatrie a la possibilité de pratiquer des soins sous contrainte, encadrés par la loi, sans le consentement de l'intéressé.

Les procédures de contrainte encadrées par la loi sont-elles de nature à faciliter le soin ?

La loi du 5 juillet 2011, réformée par la loi du 27 septembre 2013², régit les soins sous contrainte. Ces textes de lois ont été écrits en essayant de conjuguer les exigences de respect de l'ordre public, les impératifs de la protection de la santé et de la liberté individuelle. Ils prévoient, entre autres, deux types de procédures de contrainte (les soins sur décision du représentant de l'Etat et les soins à la demande d'un tiers³) et l'intervention du juge des libertés et de la détention. Ces différents dispositifs mis en place interrogent les professionnels de santé à l'égard de nombreux aspects.

Les procédures d'hospitalisation sont jugées par certains professionnels comme étant très – trop – complexes et rigides, et pouvant nuire à la qualité et à la continuité des soins. L'exemple que nous rapporte ce médecin est illustratif de cette complexité : « *C'est des procédures tellement complexes qu'on en arrive des fois à des choses complètement aberrantes. Par exemple, moi je suis médecin du CHU et le patient devait aller à Z [CHS] mais comme je n'étais pas médecin de Z [CHS],*

le certificat que j'ai fait n'a pas été valable parce qu'il doit être évalué par un médecin de l'établissement d'accueil. Donc du coup, le patient au lieu d'aller directement dans un service d'hospitalisation est resté sur un brancard aux urgences pendant un jour et une nuit. Juste parce que moi je n'étais pas médecin de l'établissement d'accueil et que le seul médecin d'astreinte pour les deux établissements, c'était moi. C'était un dimanche, donc il a fallu attendre le lundi pour qu'il y ait un médecin de l'établissement d'accueil qui puisse valider ce que j'avais fait. Donc vous voyez c'est complètement aberrant quoi. Il est resté sur un brancard à attendre aux urgences jusqu'au lendemain, donc vous voyez ça c'est au détriment de la qualité des soins, parce que y'a une procédure qui est comme ça, et qui ne s'adapte pas, donc ça c'est un problème ». (Médecin)

Dans ces procédures de contrainte, la loi donne un rôle très important au tiers, que ce soit la famille ou le Juge des Libertés et de la Détention (JLD), qui vient s'immiscer dans la relation patient-médecin.

2. Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 réformée par la Loi n°2013-867 du 27 septembre 2013.

3. Les soins à la demande d'un tiers se déclinent selon trois modalités :

- Les soins à la demande d'un tiers (SDT) qui peut être la famille ou un proche, nécessitent deux certificats médicaux de moins de quinze jours dont l'un doit émaner d'un médecin de l'établissement d'accueil. Ces certificats doivent faire état de l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins, mais aussi de la nécessité de soins immédiats avec une surveillance médicale régulière ;

- Les soins à la demande d'un tiers en cas d'urgence (SDTU) permettent au directeur de l'établissement d'accueil de prononcer l'admission au regard d'un seul certificat médical pouvant émaner d'un médecin de l'établissement d'accueil. Ce certificat doit préciser qu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient ;

- Les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) permettent au directeur de l'établissement d'accueil d'admettre le patient en l'absence de tout tiers demandeur dans les situations de péril imminent, c'est-à-dire selon la définition de l'HAS « l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient ». Le certificat doit être fait par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement. Le directeur doit informer la famille du patient dans un délai de 24 heures.

Intervention de la famille dans l'hospitalisation sous contrainte

Dans le cadre de l'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT), la famille intervient dans le processus décisionnel au moment de l'admission d'un patient en soins sans consentement et à la levée de cette hospitalisation contrainte : « Elles ont une place importante, les familles, dans les hospitalisations sous contrainte ; je veux dire par là qu'elles ont quand même la possibilité d'intervenir sur l'hospitalisation sous contrainte, c'est pas une affaire uniquement entre le médecin et le malade, il y a un tiers aussi dans l'affaire et le tiers dans la loi de 2011 il est quand même assez élargi à un certain nombre de personnes qui sont en possibilité de lever la contrainte ». (Médecin)

Ainsi, dans plusieurs situations, les médecins ont rapporté être en difficulté du fait de se voir, en quelque sorte, déposséder de leur pouvoir de décision. Dans certaines situations, ils peuvent avoir l'impression que la décision peut aller à l'encontre de ce qui serait bien pour le patient. Par exemple, la famille peut vouloir hospitaliser son proche sans qu'il y ait un réel besoin d'une hospitalisation : « J'ai eu un patient qui souffrait d'un épisode dépressif, avec qui j'ai eu plutôt un bon contact, et pour lequel j'avais envisagé une hospitalisation plutôt libre ou éventuellement un retour à domicile, avec une prise en charge assez étayée auprès d'un psychiatre, dans un centre médico-psychologique. Mais avant de décider ça, on demande toujours à la famille pour avoir des éléments, pour que les choses soient bien codifiées. Je me suis heurtée à sa fille et à son gendre qui voulaient absolument que son père soit hospitalisé parce qu'ils pensaient qu'il avait des idées suicidaires assez importantes et qu'ils avaient peur qu'il passe à l'acte. Moi, dans la clinique que j'avais, j'étais plutôt rassu-

rée, mais j'ai eu des menaces de la part de la famille, sur une hospitalisation sous contrainte. C'est à ce moment-là que je me suis dit : " que faire dans cette situation où j'ai une bonne alliance thérapeutique avec le patient mais la famille est menaçante : si vous le faites pas hospitaliser en soins sous contrainte et s'il arrive quelque chose – bien sûr on est toujours dans cette incertitude-là – ce sera pour vous le procès". Donc c'était compliqué. Très compliqué et là sur le plan éthique je me suis dit, " d'accord alors les soins sous contrainte moi je ne suis pas d'accord, mais avec les menaces de la famille, je me retrouve à faire un soin sous contrainte !" Ben on se dit, " est-ce que je suis vraiment dans le bon chemin, est-ce que j'aurais dû aller contre eux et... être avec ce risque latent de potentiel passage à l'acte ?" Ça, ça a été un peu compliqué ». (Médecin)

“ Que faire dans cette situation où j'ai une bonne alliance thérapeutique avec le patient mais la famille est menaçante ? ”

À l'inverse, la famille peut ne pas vouloir hospitaliser son proche alors que, pourtant, une hospitalisation est nécessaire du point de vue du médecin : « J'ai un patient qui est mélancolique, ce sont des prises en charge qui sont des prises en charge d'urgence en psychiatrie où le patient doit être hospitalisé. Là son consentement, comme il a des troubles du jugement, on ne peut pas l'avoir, lui ne veut pas, il a une haine envers la psychiatrie avec une tristesse importante, donc ce patient doit bénéficier de soins. Et la famille ne veut pas qu'il bénéficie de soins. Sauf que, le patient vous dit clairement qu'il va se suicider, qu'il va le faire, que s'il retourne à la maison il va le faire, qu'on ne pourra rien pour ça et point barre. Dans ces conditions-là, là c'est clair, les soins psychiatriques sans consentement sont bien amenés, sauf qu'on se retrouve avec une famille qui, elle s'oppose. D'accord, on fait sortir contre avis médical, il se pend, la famille veut nous faire un procès, qu'est-ce qu'on fait ? Comment peut-on se défendre ? » (Médecin)

Ces deux exemples montrent bien que la demande de soins, condition *sine qua non* de validité du processus d'hospitalisation à la demande d'un tiers est parfois une étape ardue, source de grandes difficultés pour les soignants et parfois d'invalidations de plusieurs hospitalisations, pourtant nécessaires, ou de poursuites judiciaires. En effet, ces exemples mettent en avant la question de la responsabilité de l'établissement d'accueil et du médecin. On peut alors s'interroger : jusqu'où la responsabilité du médecin et de l'établissement est-elle engagée ?

Par ailleurs, il est possible de recourir à la procédure de soins en cas de péril imminent qui permet d'hospitaliser le patient sans tiers. Même si cette procédure n'oblige pas la présence d'un tiers pour l'admission, il faut cependant informer la famille *a posteriori*. Cette procédure met à mal le secret médical : « Péril imminent, il y a pas de tiers mais l'administration se doit dans les 24 heures de prévenir un tiers, ce qui pose un problème aussi éthique qui est celui du secret médical dans ces circonstances-là. Parce que quelqu'un qui est hospitalisé sans son consentement, le directeur se doit de prévenir, son père, sa mère, son frère, sa sœur, sans forcément qu'il ait envie que son père, sa mère, son frère, sa sœur soient avertis de son hospitalisation... mais c'est administratif ». (Médecin)

Plus globalement, un médecin s'interroge quant à l'information concernant l'état de santé d'un patient que l'on doit délivrer à la famille : « C'est-à-dire qu'on nous demande d'être de plus en plus en lien avec les représentants légaux, avec les familles, de travailler en partenariat avec les familles, ce qui s'entend, mais il arrive qu'il y ait des situations où, pour l'autonomisation du patient et au vu de conflits intrafamiliaux, il soit important de séparer, et c'est parfois difficile, les familles nous le reprochent, nous amènent des textes légaux, en nous disant " mais je devrais être tenu informé... ", ou le patient tout seul peut dire que lui ne le souhaite pas, ou nous, professionnel, on se dit que quand même ça pourrait être bien de travailler en autonomie avec le patient, avec certains patients. C'est-à-dire que légalement je devrais informer mais en même temps pour le patient, qu'est-ce qui est bien ? Peut-être que finalement il serait mieux pour le patient que certaines choses ne soient pas dites ».

Ainsi l'application de la loi est complexe dans le lien qu'elle instaure avec les familles, en la faisant intervenir dans la décision d'hospitaliser un patient. Elle peut mettre à mal la pratique soignante en entravant le principe de non-malfaisance ou nuire au secret médical qui dans bien des situations doit être partagé.

Intervention du Juge des Libertés et de la Détention

Lorsque ces prises en charge sous contrainte sont prononcées à temps complet, l'atteinte à la liberté de ces patients est totale. Afin de vérifier que ces mesures correspondent à une réelle nécessité thérapeutique, la loi du 27 septembre 2013 prévoit un contrôle judiciaire systématique des mesures d'hospitalisation complète sans consentement pour veiller au respect des droits des patients. En cas de non-respect, la mesure peut être levée par le JLD.

Après douze jours d'hospitalisation, puis tous les six mois en cas d'hospitalisation prolongée, le JLD apprécie le bien-fondé du soin sans consentement. Il a alors la possibilité de lever l'hospitalisation en s'opposant à l'avis médical. L'intervention d'un juge dans la relation patient-médecin, cette judiciarisation des soins sans consentement, est controversée par les professionnels et soulève de nombreux questionnements.

Certains médecins contestent cette loi qui donne au juge autorité sur le médecin pour lever l'hospitalisation en se basant sur des éléments non médicaux : « On a deux logiques différentes, nous on est dans une logique de soin, le juge est dans une logique juridique, administrative. Si quelque chose n'est pas respecté dans le certificat, le juge va pouvoir lever le placement, faire sortir le patient même si le patient est très délirant, dangereux ; donc il ne tient pas compte de l'aspect médical, il va juste tenir compte du contenu du certificat et de la procédure, voilà. De toute façon, le juge a tout pouvoir. Et donc on se retrouve avec des patients qui sortent en état complètement déstabilisé. Y'a vraiment ces deux logiques quoi. Les juges nous disent nous on évalue une procédure et nous médecins on évalue un état de santé, vous voyez ? Mais ça se recoupe pas, c'est-à-dire que le juge on a

“ On est sur deux niveaux de communication différents, c'est deux langages, c'est le juridique et le médical, ça ne communique pas ”

beau lui dire “ il ne faut pas qu'il sorte c'est impossible, il se met en danger, il est suicidaire ”, le juge dira “ je ne peux pas entendre ça parce que dans la procédure pour moi il manque telle chose ”. Voyez ? On est sur deux niveaux de communication différents, c'est deux langages, c'est le juridique et le médical, ça ne communique pas ». (Médecin)

En outre, cette levée d'hospitalisation contre l'avis médical peut mettre à mal la crédibilité du médecin envers le patient si le patient est amené à revenir dans le service de soins : « Les personnes dont l'hospitalisation sous contrainte est levée par le juge pour un vice de forme quelconque, alors parfois ils sont pointillistes, il manque une virgule, donc si c'est levé, il s'en va, et s'il revient c'est dans le même service avec le même médecin. Donc c'est un peu compliqué de soigner, de continuer à soigner, on y parvient généralement mais c'est quand même quelque chose de très désagréable au niveau de la fonction médicale ». (Médecin)

Un autre aspect de l'intervention du JLD pour lever l'hospitalisation tient au fait qu'est prévue une audience tenue en présence, si son état lui permet, du patient accompagné d'un avocat. Cette audience amène d'autres difficultés. Premièrement, certains patients confondent audition et jugement et peuvent avoir l'impression de devoir répondre d'un acte délictuel commis : « Certains arrivent à faire le tri, ça dépend du niveau, mais d'autres ne comprennent pas du tout le mélange entre la justice et la médecine. Ça, ils ont du mal à comprendre, ils se demandent ce qu'ils ont fait. Ça c'est très compliqué dans leur tête ». (Médecin)

Deuxièmement, lors de cette audience, qui en théorie pourrait être publique, la santé et la pathologie du patient peuvent être évoquées,

interrogeant ainsi le secret médical et la déontologie quant à l'annonce du diagnostic : « *La transmission des certificats médicaux du malade, je trouve que... ben voilà, ça nous amène à une forme d'autocensure. Il y a un certain nombre de procédures ou de procédés, de façons de faire, qui sont définis par l'HAS [Haute Autorité de Santé] pour donner le diagnostic à un malade, si on met de but en blanc un diagnostic sur un certificat, ça veut dire qu'il est donné à la personne. J'ai vu à une audience où l'avocat dit " ma cliente qui souffre d'une démence d'Alzheimer", il ne savait pas si la dame en question qui était là, qui n'était pas complètement dégradée, savait ou pas qu'elle avait un diagnostic d'Alzheimer et moi ça me heurte ce genre de choses. Et c'est là qu'il y a une chose qui ne colle pas entre la justice et la médecine et qui vient heurter notre éthique ou notre pratique professionnelle. C'est-à-dire que le certificat médical n'est plus un certificat médical mais devient une pièce administrative* ». (Médecin)

Troisièmement, la loi rend obligatoire la présence d'un avocat qui demande des honoraires au patient : « *Il y a l'intervention des avocats aussi qui pose problème... L'avocat est obligatoire, la loi prévoit que l'avocat est obligatoire, il y a un contrat qui est passé avec l'avocat ! Alors que la personne n'est pas en mesure de donner son consentement. C'est bizarre comme truc. On vous oblige à être hospitalisé et on vous oblige à payer l'avocat ! C'est assez étrange quand même. Moi j'ai vu une dame à l'accueil qui disait " ne me mettez pas sous contrainte, ça m'a déjà coûté 1 000 € la dernière fois, je ne veux pas repayer". J'ai vu un monsieur qui était hospitalisé ici, qui se demandait si après Dieu, il était le premier ou le deuxième dans la hiérarchie divine, il voit un avocat qui lui demande de payer 1 500 € pour le défendre chez le juge, la contrainte avait été levée et trois jours après il se promenait dans les rues en criant " Allah Akbar" et en lançant des boules de neige après avoir été un peu violent avec son épouse et son fils ; il est re-hospitalisé, il revient dans le service et il a payé ses 1 500 € alors qu'il était délirant* ». (Médecin)

L'instauration d'un cadre juridique dans la pratique médicale, notamment les audiences en présence d'un avocat, met en lumière une torsion de la justice au sens de l'éthique, c'est-à-

dire à l'équité d'accès aux soins par la justice au sens de l'institution. Au nom de quoi un patient, un malade devrait-il payer des frais de justice pour être soigné ?

Pour conclure notre réflexion, on a pu voir à travers les propos des interviewés que la loi du 5 juillet 2011 est parfois marquée d'incohérences et crée des situations dans lesquelles se posent, entre autres, les questions de la responsabilité médicale et du secret médical. En effet, dans les autres champs de la médecine la question de la responsabilité de la décision médicale est soit celle de la personne malade, si elle est en capacité d'exprimer un avis éclairé, soit celle du médecin si la personne n'est pas en capacité d'exprimer sa volonté. En psychiatrie, la responsabilité d'une hospitalisation et sa levée peut revenir à un tiers, soit la famille, soit le juge. Est-ce que cela signifie que le médecin est déchargé de sa responsabilité tout en étant chargé des soins ? Est-ce à dire également qu'une hospitalisation sous contrainte ne peut plus être le fait du médecin en dehors des soins psychiatriques en cas de péril imminent ?

Par ailleurs, le secret médical est à de nombreuses reprises mis à mal, que ce soit par la famille ou par l'audience : un secret médical peut-il être partagé ? Peut-il l'être parce que la loi l'impose ? Peut-il l'être avec une ou des personnes alors que le principal intéressé, le malade, ne souhaite pas les associer à ce secret ? C'est finalement toute la question du respect de l'autonomie de la personne malade – autonomie relative certes mais tout de même effective – qui se trouve ici posée.

Cette loi a été promulguée dans le but de réaffirmer et de garantir les droits des personnes prises en charge lors de soins sans consentement. Cependant, dans certaines situations, cette logique administrative de la justice qui s'immisce dans la pratique clinique peut nuire au principe de non-malfaisance et au respect du secret médical, tout en dégradant la qualité de prise en charge et la relation de confiance qui s'établit entre le médecin et son patient.

La contrainte peut-elle être un soin ?

Contraindre une personne à se soigner pose question : peut-on soigner sous contrainte ? N'y a-t-il pas là une antinomie entre ces deux termes ?

Il est alors important de s'intéresser de plus près à la pratique des professionnels de santé pour mieux comprendre pourquoi les soignants ont, dans certaines situations, recours à ces soins contraints et quels en sont les objectifs.

Lors de notre enquête, nous avons demandé aux soignants dans quelles situations les soins contraints étaient nécessaires. Ils justifient de prodiguer des soins sans le consentement du patient, dans la plupart des cas, lorsque celui-ci est en situation d'urgence médicale ou de danger immédiat pour lui-même ou pour autrui, en mettant en avant le principe de bienfaisance et l'incapacité à consentir du fait de la pathologie : « *Alors, les soins sous contrainte, c'est souvent qu'il y a une urgence psychiatrique derrière, avec un état aigu où le patient a des troubles du jugement. C'est surtout que l'état soit aigu, qu'il soit dangereux pour lui-même ou pour les autres. Et donc ça peut être des états délirants sur une inobservance thérapeutique comme la schizophrénie ou les troubles bipolaires, ça peut être des mélancolies, des états dépressifs graves avec une idée d'action suicidaire et un risque de passage à l'acte, ça prime dans les soins sous contrainte, on en a beaucoup comme ça. Voilà il faut qu'il y ait des troubles du jugement, un risque d'atteinte à l'intégrité de la personne elle-même ou pour d'autres personnes. C'est ça qui justifie l'hospitalisation sous contrainte* ». (Médecin)

Dans les situations d'urgence médicale ou de danger immédiat, l'idée de protection, c'est-à-dire relevant de la bienfaisance, vient compenser le déficit d'autonomie : « *Il y a des situations d'urgence où on est dans l'équivalent de l'urgence médicale. Vous avez un patient qui arrive et qui a la carotide qui fait pschitt, qui saigne, vous ne lui demandez pas son consentement, vous lui sautez*

dessus, vous comprimez et vous faites votre job, qu'il veuille ou qu'il ne veuille pas, de toute manière il faut le faire, il n'y a pas de question à se poser. Après quand vous avez fait ça, que vous lui avez sauté dessus à ce patient psychotique qui délire, que vous lui avez fait son injection et calmé le jeu, et bien après on rentre en contact. (...) On s'est tapé des sacrées courses pour en choper quelques-uns et là il n'y avait pas de question à se poser parce que de toute manière, ils étaient fous comme des lapins et ça se serait mal terminé pour eux. C'est pas toujours évident mais bon voilà, à un moment, la liberté des patients peut avoir bon dos, ça peut être aussi un bon moyen de les laisser dans la merde. Il [ce soin contraint] est indispensable. Tout simplement parce que, à un moment, il n'y a pas de possibilité de consentement chez les pa-

“ Les soins sous contrainte, c'est souvent qu'il y a une urgence psychiatrique derrière ”

tients puisqu'ils sont tellement à côté de la..., après il faut tenter le coup, il y a toujours moyen de négocier mais si la négociation n'est pas possible, si on ne peut pas amener un patient à un soin qui se rend bien compte qu'il y a quand même parfois des soucis, eh bien pff, à un moment il faut agir. Là, on est dans l'urgence, on est dans une situation où il y a un danger, où il y a une imminence du danger ». (Médecin)

Pour justifier ces pratiques de soins contraints, les soignants ont besoin de trouver un sens à ces soins en soulignant le bien-fondé de la démarche à long terme et non en se focalisant sur l'action immédiate : « *On a quand même des réussites. Là, on a un patient, il a une quarantaine d'années, qu'on a eu beaucoup de mal à amener dans le soin, un grand délirant qui nous avait menacés de mort enfin par écrit, on était sur la liste de ceux qu'il fallait descendre, et puis là donc maintenant ça y est, il a une injection toutes les trois semaines, il vient, il va beaucoup mieux, d'ailleurs il sent qu'il est mieux, alors on voit quelqu'un renaître à la vie* ». (Médecin)

Ce même médecin nous relate une situation dans laquelle prodiguer des soins contraints a été véritablement salutaire et nécessaire pour une patiente, bien que cette décision de soin forcé ait fait naître des conflits au sein de

l'équipe: « C'était une dame, qui avait un délire, mais mélancolique, qui pensait qu'elle n'avait plus d'œsophage. Et donc elle ne voulait pas manger, puisqu'elle n'avait pas d'œsophage, et donc elle a commencé à se dénutrir et puis à un moment donné, j'ai pris la décision pour qu'on la nourrisse de force, donc ça a beaucoup mobilisé l'équipe, parce qu'il y avait ceux qui comprenaient qu'il fallait qu'elle vive et puis y'avait ceux qui disaient " ben non, on n'a pas le droit d'obliger quelqu'un à... ". N'empêche qu'on a fait ça à peu près pendant 15 jours et puis donc avec le traitement et tout, on l'a sauvée. Donc une fois, qu'elle a été mieux, tout le monde a été d'accord que c'était comme ça qu'il fallait faire ».

En résumé, pour les soignants, contraindre quelqu'un aux soins peut s'avérer utile : d'une part, dans les situations de danger immédiat pour le patient lui-même ou pour autrui et d'autre part, dans les situations d'urgence médicale semblables aux urgences somatiques lors desquelles on ne demande d'ailleurs pas forcément aux patients de consentir aux soins. Le principe de bienfaisance est alors clairement mis en avant par les professionnels et la notion de « bien » à long terme est avancée.

Comme l'explique Caroline Guibet Lafaye⁴, l'imposition des soins sous contrainte pose bel et bien une question éthique car même si son intentionnalité est ancrée dans une logique et un discours de bienfaisance, le respect de l'autonomie de l'autre est mis à mal.

4. Caroline Guibet Lafaye, « Imposer la contrainte en psychiatrie : une question éthique » ?, in N. Cano, J.-M. Henry et V. Ravix, *Liberté et contrainte en psychiatrie. Enjeux éthiques*, Les Études hospitalières, collection « Actes et séminaires », p. 15-32, 2014, 978-2-84874-570-1.

La liberté d'aller et venir des patients hospitalisés en psychiatrie

Comme nous avons pu le voir dans la première partie, il existe un certain nombre de modalités et de procédures applicables à l'hôpital, concernant l'hospitalisation sous contrainte, qui instaurent des restrictions au principe fondamental d'aller et venir, de l'entrée à la sortie du patient en psychiatrie. Parmi ces modalités figurent les unités fermées, les pratiques d'isolement et de contention.

Les unités fermées

Quand les patients sont hospitalisés en soins sous contrainte, nous avons pu observer qu'ils se retrouvaient, la plupart du temps, dans une unité fermée. C'est-à-dire que les portes du service sont fermées à clés, ils ne peuvent pas sortir de l'unité. Les soignants maîtrisent alors les entrées et sorties des patients hospitalisés en soins sous contrainte. Généralement, ils ont accès à un espace extérieur fermé par de hautes clôtures grillagées ou murées.

Dans certains établissements où nous sommes allées faire nos entretiens, nous avons pu visiter les différents services (ouverts et fermés). Nous avons constaté que certains patients dits en « HL », c'est-à-dire en hospitalisation libre, se trouvaient en service fermé et devaient donc demander aux soignants de leur ouvrir les portes quand ils souhaitaient sortir (pour se promener dans le parc ou fumer par exemple) : « Il y a des personnes qui sont en hospitalisation libre et qui sont hospitalisées dans un service fermé mais qui ne sont pas enfermées... parce qu'une porte qui est fermée elle s'ouvre, c'est-à-dire qu'à partir du moment où les personnes veulent sortir, on peut les laisser sortir si leur état de santé le permet... Mais pour moi, il y a toujours un petit peu une forme d'hypocrisie dans ce qui se joue dans tout cela, vous savez c'est comme les personnes âgées qu'on n'enferme pas dans les EHPAD, mais on met un digicode à l'entrée avec un code compliqué qu'elles sont pas capables de reproduire, donc elles ne sont pas enfermées mais elles ne peuvent pas sortir puisqu'elles sont incapables de faire le digicode, donc bon... ». (Médecin)

La question qui se pose dans ces situations est celle des restrictions de liberté imposées à ces patients consentants aux soins, mais contraints de respecter les règles de fonctionnement d'un service fermé.

Pour certains soignants, cela ne pose pas de problème de restriction de liberté puisque les portes peuvent être ouvertes quand le patient le demande : « Alors, effectivement la porte est fermée mais les infirmiers leur ouvrent. Donc oui dans les faits, l'unité est fermée mais en fait ces gens-là ils ont un protocole ouvert. Et si on peut ouvrir l'unité, on ouvre. C'est-à-dire si on n'a pas de risques de fugue, même si on a des soins sans consentement, mais qui sont sans risques de fugue on ouvre. Alors on voit comme ça une apparente restriction de liberté mais dans les faits, on nous demande d'ouvrir on ouvre ». (Médecin) ; d'autres y voit une « tâche » supplémentaire à effectuer alors même que ces patients n'auraient pas, en secteur ouvert, à demander l'ouverture des portes pour sortir.

Une des explications à cette mixité des modes d'hospitalisation, évoquée par les professionnels, concerne le manque de places dans les services ouverts : « La question des places aussi, c'est-à-dire que, quand, par exemple, notre secteur ouvert est plein, notre secteur fermé, y'a une place disponible, on a un sujet déprimé qui doit être hospitalisé, bah est-ce qu'on diffère l'hospitalisation ?, puis du coup, y'a une perte de chance, et les soins ne peuvent pas être faits de façon optimale, ou est-ce qu'on le prend dans une unité fermée alors qu'il est d'accord pour venir et que même si on lui laisse la possibilité d'aller et venir, faut quand même aller lui ouvrir la porte ? Enfin voilà, ça, c'est des questions éthiques, c'est-à-dire est-ce qu'on peut accueillir dans une unité fermée que des personnes qui sont sous contrainte ? » (Médecin)

Certains établissements ont fait le choix de mixer les modes d'hospitalisation afin de ne pas stigmatiser les patients et de permettre une meilleure continuité dans les soins : « Ici dans chaque pavillon il y a des soins sans consentement qui sont mélangés aux soins libres. Alors qu'à

Y [CHS] il y a un service que de soins sans consentement. Donc service fermé avec portes blindées. Je me dis que ça peut être pas mal justement que ce soit mélangé... enfin c'est moins stigmatisant pour le patient quoi. Et puis justement si après on fait une levée de la HDT il peut quand même rester dans le même lieu, c'est moins clivant » (Interne) ; « Une fois qu'on bascule dans des soins libres il faut changer d'unité. Donc souvent ça ne se fait pas et le patient sort. Et donc c'est les sorties sèches. Alors que nous dès que ça va mieux on bascule en HL mais on garde le patient. Donc ça permet vraiment une continuité des soins ». (Médecin)

Là encore les opinions divergent. Ceux qui s'opposent à ce mode de fonctionnement mettent en avant l'imposition de restrictions de liberté à des patients volontaires aux soins, hospitalisés de leur plein gré.

Dans d'autres établissements, c'est la question de la fermeture des portes en service ouvert qui pose question. Face à des risques de fugues ou des risques suicidaires, certaines équipes soignantes décident de fermer les portes. Il y a donc d'un côté, des personnes qui ne font pas l'objet d'une hospitalisation sous contrainte, obligées de « réclamer » l'ouverture d'un service qui leur a été présenté comme un service « ouvert » et d'un autre côté, des professionnels qui doivent instaurer toujours plus de contraintes, toujours plus de restrictions pour limiter les risques.

Ainsi, notre expérience sur le terrain et nos rencontres avec les professionnels, nous ont permis de constater l'écart considérable qui existe en matière de restriction de liberté, d'une institution à l'autre, voire d'un service à l'autre au sein d'un même établissement.

Nous avons pu observer combien la dialectique de « l'ouvert » et du « fermé » occupe une place importante dans la prise en charge des patients et les réflexions des équipes soignantes en psychiatrie. En effet, la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie est une préoccupation quotidienne des soignants qui sont tiraillés entre des modalités et des procédures d'exercice et une réalité du quotidien qui les immergent au milieu de patients différents avec des pathologies différentes et des placements différents.

Nous pouvons rappeler que l'Article L3211-2 du Code de la santé publique précise : « Une personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause ». De

plus, la mission concernant l'élaboration d'un plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale⁵ insiste sur la clarification entre « l'ouvert et le fermé ». Il s'agit là d'une nécessité absolue et « il paraît inadmissible que pour des raisons d'inadéquation architecturale, un patient en hospitalisation libre se retrouve derrière une porte fermée,

même s'il est convenu que cette porte puisse être ouverte à sa demande. La possibilité d'aller et venir sans contrainte dans le cadre du protocole thérapeutique librement consentie est un élément fondamental de la déstigmatisation de l'hospitalisation ». Cette position est également rappelée dans la circulaire Veil⁶ qui précise que « les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans les services fermés à clef, ni a fortiori dans des chambres verrouillées et que " l'atteinte à la liberté d'aller et venir librement " ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité des malades et sur indications médicales ».



5. Cléry-Melin P, Kovess V, Pascal JC, Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. Paris, 2003.

6. Circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (Circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.

Peut-on considérer l'isolement et la contention comme des soins ?

Les professionnels expliquent que l'isolement et la contention interviennent en dernier recours et que la contrainte est progressive. Ces pratiques sont décrites comme étant de réels outils de soin pour apaiser le patient : « Mais, l'isolement et la contention, c'est un soin. C'est un soin avant tout ! On n'est pas là pour le punir » (Médecin) ; « C'est toujours temporaire, c'est jamais... c'est un moyen ce n'est pas une fin. Lorsque je travaillais chez les personnes qui présentent un polyhandicap avec des phases d'agitation ou d'automutilation, on parlait de chambre d'apaisement et je pense qu'effectivement ça peut être intéressant dans la mesure où on définit par la chambre d'isolement un moyen et par la chambre d'apaisement une fin, c'est-à-dire l'état que l'on essaie d'obtenir. Et je pense que ça peut avoir un impact aussi dans la signification que ça prend dans la manière dont on l'utilise. L'isolement c'est un moyen, l'apaisement c'est une fin qu'on essaie d'obtenir et puis parfois la contention c'est une mesure de protection à l'égard de la personne elle-même et puis des autres ». (Médecin)

Les enquêtés ont toutefois précisé que ce qui posait le plus de questions était la contention physique qui pouvait être vue comme un acte violent : « C'est surtout la contention qui peut être perçue comme quelque chose de violent, la chambre d'apaisement, elle est parfois vraiment utile sur le plan psychique, enfin c'est vraiment vécu comme quelque chose qui est contenant mais au sens maternant presque un peu du terme. La contention, elle est là vraiment pour prévenir une situation aigüe de violence ou d'agressivité et elle témoigne à un moment, qu'on n'a pas pu gérer un peu différemment la chose, c'est plus la contention qui peut poser un questionnement éthique ». (Médecin)

En effet, ces pratiques de contention et d'isolement interrogent les soignants et soulèvent des questionnements éthiques : « Oui ça pose

toujours question, c'est pas des automatismes, il y a toujours une réflexion autour de la mise en chambre d'isolement ou de l'utilisation de la contention » (Infirmière) ; « On est en train de travailler sur tout ce qui est isolement et contention, puisque c'est là où justement on a des limites par rapport à notre pratique, parce que c'est très compliqué, parce qu'à la fois, il faut tenir compte de la dignité du patient, mais en même temps, il faut tenir compte de sa sécurité, parce que de temps en temps, on a des suicidaires, donc il vaut peut-être mieux les attacher plutôt qu'ils s'attachent avec une corde tout seul ». (Médecin)

**“ Mais,
l'isolement et la
contention, c'est
un soin.
C'est un soin
avant tout ! ”**

Dans certains entretiens, les professionnels ont rapporté les mésusages qui pourraient être faits de l'isolement et de la contention.

Par exemple, l'isolement en chambre peut être utilisé pour la tranquillité d'autrui lorsqu'un patient déambule : « (...) c'est un grand malade qui peut aller nulle part, il est très dérangement, même pour les autres patients, alors ce qui pose question c'est que de temps en temps, lui, on l'attache jamais, parce qu'il n'est pas dangereux, il est ennuyeux mais pas dangereux, mais de temps en temps quand même on le boucle dans sa chambre pour que les autres puissent un peu souffler quoi » (Médecin) ; « Oui il est arrivé qu'on soit obligé de recourir à des chambres d'apaisement parce que le patient déambulait ou était bruyant ou rentrait dans la chambre des autres patients ». (Médecin)

Ces pratiques peuvent également avoir lieu quand il manque du personnel : « Et puis y'a le personnel, parce que quelques fois, et surtout maintenant, où on a moins de personnel, ben si le patient est pas attaché, bah il frappe et donc on a eu y'a deux ans, deux infirmiers, enfin un infirmier et un aide-soignant, qui ont été agressés sauvagement ». (Médecin)

La nuit est le moment où l'effectif soignant est le plus réduit, ce qui peut entraîner des isolements en chambre plus fréquents comme nous le précise cet interne : « Il y a le problème aussi des infirmières de nuit où elles sont que deux et elles se sentent vraiment en insécurité. Alors des fois c'est elles qui poussent à mettre en chambre d'isolement... donc moi j'essaie de faire vraiment le moins de chambre d'isolement mais on sait que s'il y a un incident, on nous le reprochera ».

De plus, cet isolement en chambre permet de ne pas avoir à recourir à la médication et de garantir la sécurité des patients et des soignants : « Quand le contrôleur des libertés il me dit " mais pourquoi les patients sont en chambre fermée la nuit ? " ; " Ben parce que l'infirmière est toute seule ! " ; " Oui mais pourquoi ? " ; " Alors, venez, ben venez rencontrer nos patients !" Moi éthiquement je ne désire pas les sédater, les zombifier, je refuse de mettre des doses maximales, je veux que les patients puissent raisonner quand même, donc il y a un risque, donc voilà pour protéger tout le monde, pour protéger le patient, pour protéger les autres patients, pour protéger la soignante, ils sont en chambre fermée ». (Médecin)

Ce même médecin nous rapporte une situation, dans laquelle l'isolement a été appliqué pour éviter la fugue d'un patient : « Mais moi je dirais plutôt que le questionnement éthique il est sur le risque de fugue par exemple. Nous ici, il y a un gros conflit avec un monsieur, il a un peu de mal à raisonner, il fugue, il fugue, il fugue, et ben on finit par le mettre en isolement pour éviter qu'il fugue. Voilà ! Mais son état psychique ne nécessite pas forcément qu'il soit placé en isolement. Simplement nous on est en rez-de-chaussée, on serait à l'étage on le mettrait pas en isolement, mais comme on est en rez-de-chaussée, que ça fait trois fois qu'il fugue, que la mère nous menace d'un procès, qu'on sait qu'après il est à la rue, sans rien, et ben finalement on fait une mise en isolement alors que son état clinique ne nécessite pas l'iso-

lement. Ce patient-là ne supportait pas l'isolement, il commençait à être de plus en plus agressif, bon on a pris la décision ensemble de lever l'isolement parce qu'on allait aller au clash continu et à la contention, alors qu'à la base on ne met pas de contention sans sédation, on sédate toujours les patients pour qu'ils supportent la contention. Donc on allait aller à isolement-contention-sédation parce qu'il y avait un risque de fugue ! On a dit " bon on arrête, c'est intolérable pour le patient. Tant pis, on prend le risque qu'il fugue! " Mais voilà on prend le risque d'un procès parce que s'il fugue la mère portera plainte ».



Dans cette situation, le médecin évoque la responsabilité de l'établissement et du psychiatre, mais la responsabilité de l'établissement et du psychiatre peut-elle prévaloir sur l'autonomie, voire la dignité, de la personne ?

Enfin, comme le dit ce psychologue, il peut y avoir une très mauvaise utilisation de la chambre d'isolement qui serait un recours à la facilité en évitant le soin : « Mais voilà, le risque c'est d'en abuser de la chambre d'isolement. C'est-à-dire pour des patients pour lesquels on n'a pas vraiment d'idée, pas de réponse adaptée, que ça soit la réponse qui clôt le débat, quoi ».

Bien que l'isolement et la contention, en privant la personne de sa liberté de mouvement et d'aller et venir, puissent apparaître comme des pratiques violentes et mettent parfois mal à l'aise les professionnels, elles peuvent être, dans certains cas, indispensables et font partie intégrante du soin. Cependant, on voit bien qu'il existe différentes visées de la contention et de l'isolement : pour protéger le patient lui-même, éviter une fugue, protéger l'environnement du patient ou compenser l'insuffisance de personnel soignant. Un processus délibératif préalable pourrait limiter ces risques de mésusage et justifier au plan éthique une décision de contrainte.

Qu'en est-il du consentement lorsqu'il s'agit de maladies qui concernent précisément la capacité à discerner ?

La spécificité de la psychiatrie, de pouvoir soigner sous contrainte, repose sur l'incertitude quant à la capacité que les personnes atteintes de troubles psychiatriques ont à consentir à des soins : « L'hospitalisation sous contrainte, elle est en cas de refus ou en cas d'incapacité à consentir hein, les deux situations, y'a des personnes qui sont d'accord pour les soins, mais qu'on met quand même sous contrainte, parce qu'on sait très bien qu'elles sont pas en capacité de consentir et qu'elles peuvent changer d'avis toutes les dix minutes, enfin y'a une instabilité et, dans ce cas-là, la contrainte est pertinente ». (Médecin)

En effet, la psychiatrie est une discipline où le lieu d'élaboration du consentement, c'est-à-dire la psyché, est lui-même malade. C'est la raison pour laquelle l'activité et le soin psychiatrique se confrontent à la question de l'aptitude à consentir. Comment savoir si ce consentement ou ce refus sont bien le résultat de la volonté du patient ? Et comment s'assurer qu'il s'agit d'un consentement/refus libre et éclairé et non d'une manifestation clinique de la maladie ?

Lors des entretiens, les questions suivantes ont été posées aux professionnels de santé : « Le consentement en psychiatrie est-il possible ? » ; « La recherche du consentement est-elle la même que pour un patient qui n'aurait pas de troubles psychiatriques ? ».

D'une manière générale, les professionnels interrogés rapportent que le consentement peut être possible en psychiatrie, même si la nature de ce consentement est un peu différente : « C'est-à-dire qu'ils peuvent être absolument dans l'impossibilité de donner un consentement par rapport à leur santé, mais ils peuvent très bien percevoir

la réalité des choses dans un autre domaine (...) il est démontré quand même que les patients qui souffrent de psychose, ils peuvent être aptes à consentir, ils peuvent être aptes à comprendre certaines choses hein, c'est pas parce qu'ils ont un délire fantastique où ils se prennent pour Napoléon ou je ne sais quoi, qu'ils ne sont pas sensibles au fait qu'on va faire des examens dans un but bien précis hein ? ». (Médecin)

Selon eux, le consentement en psychiatrie peut s'apparenter à un assentiment dont la recherche doit être la même que pour un autre patient : « Le trouble psychiatrique en phase aiguë peut induire des perturbations de la capacité à consentir et dans ce cas-là, il faut en tenir compte et du coup on met en œuvre d'autres choses, mais la recherche, elle doit être la même. Déjà se poser la question de ne pas le faire de la même façon, ça interroge... c'est comme pour un sujet dément, on parle d'assentiment des fois sur le sujet dément, quand il n'est pas en capacité à consentir... on est parfois surpris de certaines formes de lucidité pour un patient psychotique ». (Médecin)

Cet autre médecin explique en quoi le recueil de ce consentement/assentiment n'est pas forcément direct, mais s'élabore avec le patient en mettant en avant le principe de bienfaisance : « Je pense que le consentement est possible en psychiatrie mais que là, effectivement, il y a forcément de la part du médecin une dimension éthique dans le recueil du consentement alors qu'on est effectivement dans la bienfaisance, c'est-à-dire qu'il y a quelque chose qui se passe entre le malade et le médecin qui tente d'œuvrer ou qui œuvre pour son bien sans forcément être dans une définition stricte du consentement, quelque chose qui s'élabore et qui se construit progressivement dans la démarche de soins et dans, euh, comment dire, dans la prise en charge, dans la thérapeutique qu'on peut proposer au malade ».

La place de l'information au patient est alors centrale pour obtenir le consentement/assentiment du patient. En effet, ce n'est pas parce qu'une personne n'est pas jugée apte à consentir qu'on ne peut pas l'informer. S'il n'y a pas toujours une obligation de résultats, un consentement ou un refus éclairés, il y a toujours une obligation de moyens, c'est-à-dire une obligation d'information explicite et accessible pour le patient.

Mais, la construction du consentement demande du temps. Le risque est de recourir trop rapidement à une hospitalisation sous contrainte, alors qu'une hospitalisation libre aurait été possible, car le professionnel n'a pas pris le temps nécessaire pour délivrer au patient une information compréhensible pour lui : « *[Les patients hospitalisés sous contrainte] viennent des urgences la plupart du temps, donc aux urgences c'est du tri. C'est important de prendre le temps avec le patient, prendre le temps de parler avec le patient, de discuter et d'essayer de convaincre, d'essayer de voir si c'est vraiment justifié [l'hospitalisation sous contrainte], parce que ce n'est pas souvent justifié, et on aurait pu faire différemment* ». (Médecin)

Ce risque peut être d'autant plus préjudiciable que l'assentiment du patient est nécessaire pour le soin. Il faut en effet que le patient soit partie prenante dans les soins pour que le soin soit utile : « *On arrive à soigner que des patients qu'on voit, ceux qu'on ne voit pas on ne les soigne pas. Je travaille dans le domaine de la psychiatrie et de l'addictologie et c'est vraiment des domaines où les patients ont la plus grande part du pouvoir. Le consentement sur le long terme c'est ce qui fonctionne le mieux, c'est ce qui nous permet finalement de faire notre boulot, on rentre dans l'intimité des autres donc nécessairement il faut bien qu'ils nous y invitent un jour ou l'autre, sinon on ne fait pas notre boulot* ». (Médecin)

Pour les interviewés, le consentement en psychiatrie est donc possible même s'il s'apparente plus à un assentiment qui se construit au fur et à mesure avec le patient. Cet assentiment est nécessaire pour soigner le patient, mais il demande du temps. L'information, nécessaire à la construction de cet assentiment, ne peut pas être ponctuelle et relever de procédures systématisées. Elle est au contraire à intégrer à la relation médecin-malade comme un processus étendu dans le temps et adapté au patient. Si le soignant ne prend pas ce temps nécessaire, soigner sous contrainte sans jamais chercher à faire adhérer le patient aux soins, est inefficace et dénué de sens.

Par ailleurs, le soin contraint repose sur la perception qu'ont les soignants de l'altération du jugement du patient. Cette capacité à consentir, de la part du patient, est arbitrée par les professionnels de santé qui se basent sur des critères objectifs. Toutefois, on peut s'interroger quant à la possible interprétation subjective de la part des soignants. Les critères de décision amenant à une hospitalisation sans consentement peuvent alors être discutés comme le formule cette psychologue : « *C'est nous, professionnels qui jugeons de ça, psychiatres, psychologues, infirmiers, tous les membres de l'équipe, on se réunit, on en parle et c'est nous qui le décidons et oui, justement, c'est peut-être ça le souci (petit rire), c'est que c'est nous qui décidons quoi et qui jugeons si oui ou non, la personne peut avoir ou pas... oui, un consentement libre et éclairé, c'est nous qui le définissons ça finalement. C'est subjectif, bien sûr, alors y'a une partie objective, on se base aussi sur nos connaissances qu'on a des pathologies et voilà, c'est sûr que je pense que ni moi, ni un psychiatre, ni personne d'ailleurs, ne pourra dire qu'un patient qui rentre sous contrainte par exemple et qui est très violent, qui est complètement délirant, a un consentement libre et éclairé. Ça, ce n'est pas possible, mais pour des pathologies, on va dire, plus*

“ Jusqu’où on peut aller pour dire que son jugement et son raisonnement sont libres et éclairés ? ”

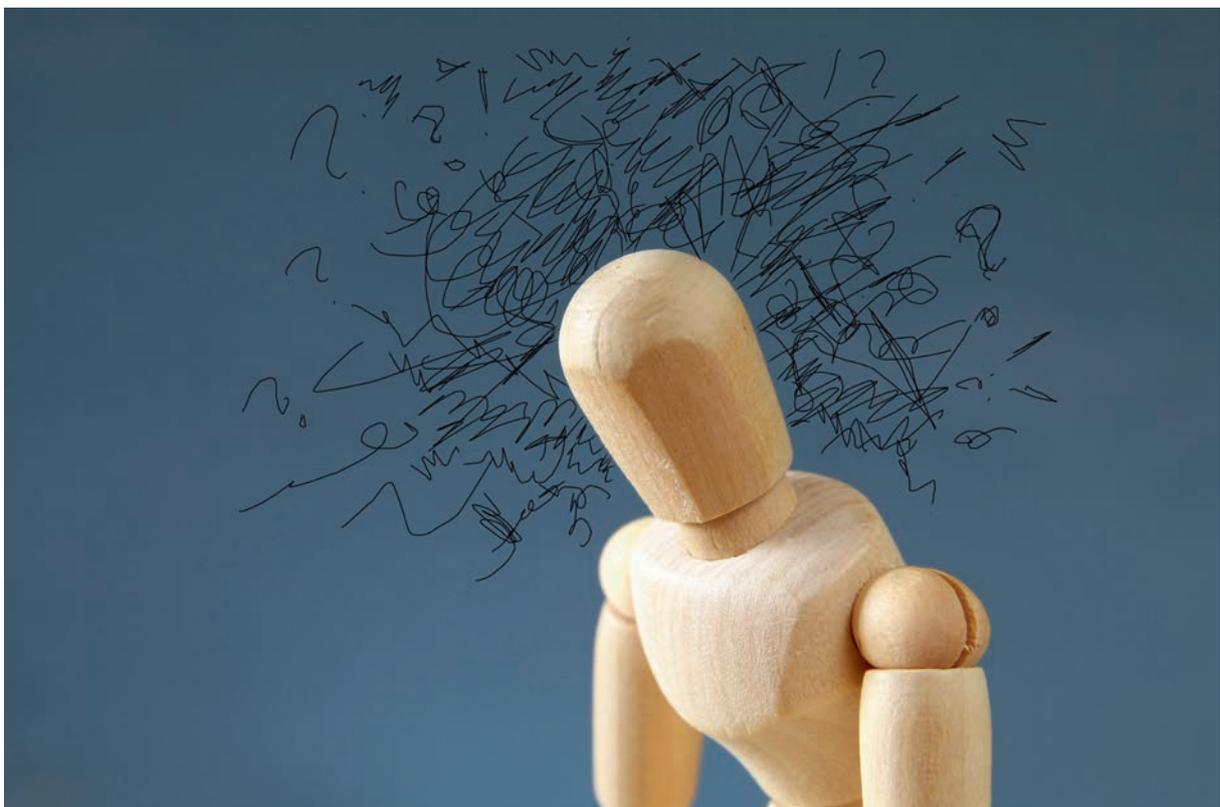
de la sphère de la névrose, enfin voilà avec des types de pathologies de style dépression, enfin quelque chose qui n'altère pas on va dire dans la globalité le jugement et le raisonnement du patient, jusqu'où on peut aller pour dire que son jugement et son raisonnement sont libres et éclairés?... Je ne sais pas, dans le sens où c'est une décision un peu collégiale et on va se servir vraiment des éléments objectifs. Par exemple, un test de QI qui va nous permettre de savoir si la personne n'a pas une déficience, les entretiens qu'on peut avoir avec le patient pour juger si son état dépressif est plutôt léger ou massif ou même est-ce qu'on peut parler de mélancolie, enfin, voilà, c'est notre observation au niveau de la pathologie qui va finalement induire notre jugement sur l'état de conscience du patient. C'est ça qui va nous conduire, mais oui, ça reste subjectif, c'est porté à notre propre jugement ».

Ainsi, le consentement du patient atteint de troubles psychiatriques appelle à une véritable réflexion partagée entre soignants pour éviter les biais de subjectivité.

Les professionnels ont également souligné la possibilité de destituer le patient de son pou-

voir de décision afin de décider à sa place : « En pratique, on a très tendance à décider pour les autres, avec l'idée aussi que la maladie psychiatrique empêche le consentement, empêche la décision et donc on a le risque de se substituer aux personnes du fait de cette stigmatisation de la pathologie ». (Médecin)

La décision de soigner sous contrainte incombe au psychiatre ce qui peut lui conférer un grand pouvoir, un autre médecin va même dénoncer l'emprise qu'il peut avoir sur un patient : « Il y a des moments où on va être sur des positions autoritaires avec les patients, où on va leur donner le minimum d'informations, où ils ne seront pas participants aux soins et où on va laisser comme ça les choses dériver du côté d'une prise de pouvoir du psychiatre sur la vie des patients, leur avis, leurs choix thérapeutiques, bref on s'approprie la vie des patients, donc je crois que c'est les limites importantes que je vois spontanément. C'est vraiment très subtil, c'est compliqué, c'est très subjectif de définir si on est vraiment dans un espace respectueux de la personne ou si on est juste dans l'exercice du pouvoir parce que ça nous fait jouir de prendre le pouvoir sur l'autre ».



Jusqu'où peut-on soigner sans le consentement de la personne ?

Les professionnels ont évoqué des situations précises dans lesquelles le consentement ou l'assentiment est difficile à obtenir et conduit souvent à des soins contraints. Ces situations mettent véritablement les professionnels face à leurs limites : « *Nous sommes une spécialité qui permet de maintenir des personnes contre leur gré en hospitalisation pour leur " bien ", enfin pour leur soin, mais parfois certains refusent donc où est la limite ? C'est toujours un petit peu compliqué et puis aussi le choix qui peut être fait pour la personne sans lui demander son avis ou tenir compte de son avis* ». (Médecin)

Au cours des entretiens, une réflexion a pu être engagée concernant les personnes atteintes d'anorexie mentale et les personnes suicidaires. Dans ces deux situations particulières, une décision de soins sous contrainte est prise alors que les patients expriment clairement le refus de se soigner.

La prise en soin de patients atteints d'anorexie mentale

La prise en soin de personnes souffrant d'anorexie mentale sévère est très difficile pour le personnel médical et paramédical car, même si la volonté de mourir n'est pas clairement exprimée, laisser le patient ne plus s'alimenter et voir son corps dépérir est très compliqué pour le soignant qui se sent impuissant. Il est clair que l'anorexie est une problématique très délicate pour les professionnels car elle s'accompagne de toute la symbolique liée à l'alimentation.

La situation rapportée par ce cadre de santé est très illustrative : « (...) Cette jeune fille anorexique ne disait pas : " je veux mourir ", ce n'était pas une volonté d'en finir exprimée, mais elle refusait de s'alimenter donc elle mettait en place les conditions de sa propre mort. Ça, ça questionne l'éthique, ça questionne un tas de choses, parce que ce sont des prises en charge longues en général, assez épuisantes parce qu'on n'en voit pas la fin et le soignant redoute une fin tragique et donc les choses peuvent piétiner malgré les soins apportés, et je pense que c'est un bon exemple aussi ça – l'anorexie pour ces questions d'éthique – de la continuité du soin pour quelqu'un qui ne veut pas guérir, et qui met en jeu son pronostic vital. J'ai en

tête le cas d'une jeune fille qui flirtait avec le service de Réa, on hésitait : est-ce qu'on la maintient chez nous [en psychiatrie] ou est-ce qu'il ne vaudrait pas mieux qu'elle aille en réanimation ? parce que là on n'est pas sûr que demain elle soit encore en vie et ça c'est compliqué ».

Le questionnement alors est de savoir s'il ne faudrait pas respecter son autonomie – si cette autonomie est effective et réelle – et ne pas la nourrir ; à cette réflexion le cadre de santé répond : « *Euh si, si, si, il faut alimenter, ne pas laisser mourir si c'est quelqu'un qui est conscient, qui exprime des idées noires, qui est malheureux, la laisser seule face à son malheur pour moi c'est inconcevable. Parce qu'effectivement je peux lâcher prise, démissionner, je la laisse seule face à sa difficulté, mais je sais que ça va se terminer très rapidement de façon dramatique. Le problème ce n'est pas de maintenir en vie coûte que coûte, là c'est plutôt d'aider à vivre, à surmonter la difficulté, ne pas abandonner les gens. Cette jeune fille, on l'a nourrit pendant deux ans par sonde, c'était extrêmement dur pour tout le monde. Mais c'était inconcevable qu'on la laisse sans soin, inconcevable ! Et... elle est morte* ».

Si les soignants peuvent comprendre le refus d'un traitement, ils acceptent beaucoup moins celui de se nourrir dans la mesure où ce refus est considéré, s'ils l'acceptent, comme une « non-assistance ». Or, la nutrition artificielle est considérée comme un traitement par la loi⁷ et à ce titre tout traitement peut être arrêté.

Contraindre un malade à se nourrir peut paradoxalement être d'une très grande violence ; mais le laisser mourir de faim l'est aussi pour les soignants. La liberté revendiquée à travers le refus de traitement apparaîtra souvent paradoxale au regard d'un corps médical spontanément enclin à voir dans la maladie un enfermement : « *On ne s'attache pas spécialement aux symptômes mais plus à résoudre le problème à l'origine et puis éviter les conséquences du symptôme. Donc ce n'est pas tellement, la nourriture qui est mise en avant, elle a l'air centrale mais ce n'est pas ça le centre du problème, donc on essaye de travailler là-dessus* ». (Cadre de santé)

Un autre questionnement se rapportant à l'anorexie mentale concerne la frontière entre les états psychiatriques et la capacité de jugement des patients : « *Il y a beaucoup de psychiatres qui considèrent que pour l'anorexie il n'y a pas d'altération du jugement, après on peut clairement se poser la question dans des situations comme ça graves, gravissimes, avec un état de dénutrition majeure, si ce n'est pas altéré. Et puis on n'a pas trop la réponse. J'ai eu des situations où il y avait des mises en contention pour faire passer l'alimentation naso-gastrique et les patientes s'agitaient, tiraient sur les sondes, faisaient quand même des abdos dans le lit même attachées, donc ça interroge hein ?* » (Médecin)

La grande question qui demeure est celle du jugement du psychiatre concernant la compétence du malade anorexique à juger de son propre intérêt, et du stade où la vie du malade se trouve mise en péril. Quelle conciliation entre la liberté du patient et le devoir des professionnels de santé ?



7. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Certains patients suicidaires ont-ils un désir de mourir qu'il faudrait respecter ?

Une infirmière se questionne à propos d'une patiente qui a déjà fait plusieurs tentatives de suicide. Elle met en avant le respect du choix de cette patiente : « C'est une dame qui a fait déjà au moins sept tentatives de suicide, de plus en plus graves, la dernière, elle a pris du truc pour les canalisations de WC. C'est une dame qui veut vraiment mourir et pourquoi on ne la laisse pas ? Moi, la dernière fois, je me suis dit " Mais qu'ils arrêtent quoi, mais pourquoi ils l'ont pas laissé mourir ? " Elle était prête à mourir, ils l'ont réanimée, ça a duré je ne sais pas combien de temps. Ils lui ont fabriqué un faux œsophage, elle pouvait plus manger, elle pouvait plus, plein de choses étaient détruites dans son organisme. Elle est restée je ne sais pas combien de temps à l'hôpital, après elle est venue à l'hôpital psy, elle est restée je ne sais pas combien de temps... ce matin, l'infirmière à domicile nous a appelés pour nous dire qu'elle n'allait pas bien, que... enfin, elle veut mourir cette femme, jusqu'où on va l'empêcher ? (...) [à propos de l'altération du jugement] Mais là, ce n'est pas le cas. Elle est tout à fait capable, en plus elle le dit " je suis inutile dans la vie, je ne sers à rien, je veux vraiment mourir ". Oui, pourquoi on l'aiderait pas ? A finalement en finir... ».

Certains interviewés ont poussé la réflexion concernant le respect du choix des patients qui souhaitent mourir en faisant le parallèle avec les personnes atteintes de maladies somatiques graves :

« On parle du suicide assisté pour le somatique, de quoi peut-on parler en psychiatrie ? Alors on va concevoir qu'un patient atteint d'une maladie somatique grave puisse demander la mort, mais on n'arrive pas à concevoir qu'un patient qui souffre psychologiquement, qui est dans une souffrance morale intolérable hein, et qui a, ben comme en médecine somatique, des traitements qui sont très lourds, ou des traitements qui ne fonctionnent pas, on se retrouve dans la même problématique. De quel droit après tout, on lui interdirait... Puis après si on considère l'être humain dans son individualité, à la limite, il veut mourir, c'est son

choix, voilà. Et ce n'est pas, enfin, on parle plus aujourd'hui des problèmes somatiques en France, voilà, on parle de l'euthanasie, on parle de débrancher les patients, le suicide assisté en Suisse, mais toujours par rapport à des problématiques plutôt somatiques, par rapport au cancer hein, cancer en stade terminal, mais on parle jamais des personnes en psy qui sont au bout et pour lesquelles on a de l'empathie, nous professionnels de santé ». (Cadre de santé)

« C'est une dame qui veut vraiment mourir et pourquoi on ne la laisse pas ? »

« Je pense qu'il y a quand même un libre choix, qu'on leur laisse peut-être pas forcément d'ailleurs en psychiatrie, parce que c'est le seul système où y'a l'hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers quand ils sont en danger, alors que si vous avez un cancer, vous refusez le traitement et que vous allez mourir, on vous laisse mourir en paix. Ce qui

n'est pas le cas si vous faites une tentative de suicide puisqu'on peut vous placer, on peut vous obliger à vous faire soigner. Pourquoi on ne leur laisse pas le libre choix ? C'est une question éthique hein ? De quel droit on les soigne ? Mais on les soigne quand même parce que je pense qu'on a l'espoir que c'est juste une dépression et qu'ils iront mieux donc c'est comme ça que fonctionne la psychiatrie ». (Médecin)

À l'inverse, d'autres interviewés ont défendu le devoir d'assistance à personne en danger et ont insisté sur la réversibilité des idées suicidaires : « Alors s'il nous est confié, on ne peut pas le laisser mourir nous, parce que ça c'est notre éthique qui nous l'interdit à nous, aux médecins et aux soignants en général, on ne laisse pas quelqu'un sans soins, donc c'est pour ça que quelqu'un qui est suicidaire, l'expérience a montré qu'on pouvait sortir de situation comme ça et que ça pouvait être une étape dans une vie, d'avoir envie d'avoir recours au suicide, mais que la crise suicidaire passée on pouvait retrouver une vie sinon normale, qui en a à peu près l'apparence quoi. On a toujours cet espoir que la crise passe. Et on se doit d'accompagner le patient dans ses difficultés vers quelque chose de l'ordre d'un mieux-être, sinon une vie idéale, au moins supportable avec une dou-

leur supportable, apaiser sa douleur. La douleur morale, elle est difficile à évaluer, difficile à soigner et on pourrait la laisser, se dire “ ce n'est pas grave, il veut mourir, après tout, il est grand, il le fait ” et il arrive malheureusement que ça se traduise comme ça une fois les soins interrompus ». (Cadre de santé)

Ces deux positions peuvent créer des difficultés de communication au sein d'une même équipe et c'est ce que souligne l'infirmière citée précédemment : « Après on n'est pas tous d'accord hein, nous, on est quatre, on ne pense pas tous la même chose. C'est “ On est des infirmiers, on est là pour soigner les gens pour qu'ils aillent mieux”, voilà point. Ça se

résume à ça, hein, des fois, c'est pas trop pensé. Mais c'est ça, c'est : on est là pour qu'ils aillent mieux, on est là pour les soigner. Moi je me dis “ oui, jusqu'à quand, jusqu'à quel point ? ” On est aussi là pour les aider, on n'est pas forcément là pour soigner, ça veut dire quoi finalement ? Je veux dire quelqu'un qui est comme cette dame-là, ben l'idée ça serait effectivement de l'aider à mettre fin à cette souffrance puisque de toute façon, y'a pas d'issue hein, sa situation ne changera pas. (...) C'est un gros sujet de discorde, on ne peut pas en parler [entre collègues]. C'est difficile d'en discuter, parce que souvent, on est perçu comme quelqu'un, en gros, on peut vous dire “ bah si tu penses des trucs comme ça, pourquoi t'es là ? ” Donc non, on peut rarement parler de ça, d'aller si loin dans la réflexion ».

Ainsi, une tension entre deux devoirs peut alors être mise en avant : d'une part, le devoir d'assistance à personne en danger et d'autre part, le devoir de respecter le choix de la personne : « C'est-à-dire qu'il y a l'obligation de soins, parce qu'on ne laisse pas des gens en danger, on ne les abandonne pas, parce qu'ils ne sont pas forcément en état de dire

eux-mêmes ce qui est bon à un certain moment de leur vie. Donc ça c'est un devoir vis-à-vis d'eux et de leur famille, parce que sinon on pourrait dire “ il ne veut pas vivre, ben on le laisse se suicider ce n'est pas grave ”. Là l'éthique, elle est questionnée : est-ce qu'on doit laisser, maintenir en vie, quelqu'un qui ne veut pas vivre, à tout prix ? Mais est-ce que c'est son libre choix ? ». (Cadre de santé) ; « [Le questionnement éthique] c'est par rapport à jusqu'où on peut aller pour aider les gens finalement, c'est un peu ça hein ? Quel que soit leur état de santé mentale. Et dans quelle mesure on se doit d'agir ou d'intervenir, face au désir de mort d'une personne ? » (Psychologue)

Entre devoir d'assistance et respect de l'autonomie des personnes, il y a en effet un véritable questionnement éthique à avoir. La souffrance existentielle de certaines personnes, se matérialisant par un sentiment de non-sens, d'inutilité, peut-elle nous conduire à penser que ces patients ont un désir de mourir qu'il s'agirait de respecter ? Mais ce désir n'est-il pas le reflet de notre incapacité à entendre leur souffrance et à accompagner ces personnes ?

Que ce soit pour les personnes ayant un désir de mourir ou celles atteintes d'anorexie mentale, les refus de soin apparaissent toujours, vu du côté de la médecine, comme une transgression du principe de bienfaisance. Ce manquement au devoir d'optimiser les chances de guérison du patient soulève un questionnement éthique d'autant plus aigu que le refus de la thérapeutique proposée peut sembler entaché d'un défaut de discernement chez un malade en situation de souffrance, dans un état de vulnérabilité particulière.



LA STIGMATISATION

Décrite en 1963 par le sociologue Erving Goffman⁸, la stigmatisation est un phénomène de société toujours d'actualité aujourd'hui.

Pour Erving Goffman, la stigmatisation est un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres.

L'attribut discriminant (stigmate) peut être d'ordre corporel (handicaps physiques, couleur de la peau, aspect et anomalies du corps, etc.) ou tenir à la personnalité et/ou au passé de l'individu (troubles du caractère, séjour passé en hôpital psychiatrique, alcoolisme et autres conduites addictives, préférences sexuelles, etc.)

Le stigmate renvoie à l'écart à la norme : toute personne qui ne correspond pas à ce qu'on attend d'une personne considérée comme « normale » est susceptible d'être stigmatisée⁹.

8. Erving Goffman, *Stigmate. Les usages sociaux du handicap*, Paris, Les Éditions de Minuit, [1963], 1975.

9. Corinne Rostaing, « Stigmate », in Paugam Serge (dir.), *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? », p. 100.

Des représentations stigmatisantes

La psychiatrie est un domaine qui favorise le développement de représentations sociales fortes et multiples. Comme nous avons pu le constater au travers de notre enquête, l'image de la

maladie mentale, de ses acteurs, de ses lieux de soins et, plus particulièrement, de ses patients demeure encore fortement négative.

De la psychiatrie et du lieu de soin

L'image négative de la psychiatrie reste solidement liée à l'histoire de la folie ainsi qu'à l'existence de l'hôpital psychiatrique et des notions d'enfermement qui l'entourent : « Je pense que c'est l'histoire aussi, c'est l'histoire de la folie. Les malades on les enferme (...) souvent la psychiatrie c'était quand même pour les cacher et c'était un peu honteux d'avoir quelqu'un dans sa famille qui était en psychiatrie ». (Médecin)

Une infirmière dénonce le fait que « Par rapport à d'autres spécialités comme la cardiologie ou la réanimation, on sait bien que la psychiatrie a toujours été le parent pauvre de la médecine. (...) La psychiatrie, c'est une discipline médicale comme les autres, sauf qu'on a l'impression que c'est à l'écart, que c'est pas tout à fait pareil, que c'est pas de la médecine, donc elle est mise de côté ».

Les hôpitaux psychiatriques (appelés aujourd'hui Centres Hospitaliers Spécialisés – CHS) ont souvent été implantés en milieu rural, loin des centres urbains, synonyme pour les enquêtés de la mise à l'écart géogra-

phique de la psychiatrie : « Les hôpitaux psychiatriques sont souvent à distance des hôpitaux généraux, la majorité des prises en charge et des services de psychiatrie se trouvent en périphérie, c'est pas dans les villes. C'est souvent à l'écart, c'est le reste des asiles¹⁰. Lutter contre la stigmatisation c'est faire sortir la psychiatrie des murs, qu'elle soit pas exclusivement dans les CHS à 10 kilomètres ». (Médecin)

Cela aboutit à une stigmatisation du lieu lui-même dont l'identité est assimilée à l'isolement géographique. En retour, ces lieux où se trouvent les hôpitaux psychiatriques sont à leur tour stigmatisés car identifiés à la folie : « La stigmatisation, ça va même jusqu'au lieu de soin. Y'en a beaucoup pour qui E c'est le nom de la ville, pour beaucoup de gens c'est le nom de l'hôpital ! Vous voyez ? C'est-à-dire qu'il y a un amalgame qui est fait entre la psychiatrie et cette ville, qui est une petite ville, mais où il y a ce grand parc avec beaucoup de pavillons psychiatriques. J'exagère un peu, mais si on dit " on va t'envoyer à E [ville] ", les gens comprennent bien ce que ça veut dire quoi ! ». (Psychologue)

“ La psychiatrie a toujours été le parent pauvre de la médecine ”

10. L'asile est utilisé comme synonyme d'hôpital psychiatrique ; si le terme d'asile est déjà très négativement connoté, celui d'hôpital psychiatrique est en train de le devenir.

Par ailleurs, certains interviewés ont mis l'accent sur l'isolement et la mise à l'écart de la psychiatrie au sein même des hôpitaux généraux : « On a un discours général qui dit qu'il faut lutter contre la stigmatisation et puis on a des actions concrètes qui ne font que stigmatiser. Par exemple, vous voyez, on est un service de psychiatrie dans un hôpital général, mais on a eu beaucoup de mal à conserver ce statut, parce qu'on voulait que le service de psychiatrie aille à X [CHS]. La psychiatrie, ça n'a rien à faire dans un hôpital général voilà ! Ça commence là la stigmatisation ! Donc on a quand même réussi à rester, mais on a de temps en temps des remarques qui montrent qu'on a un statut précaire. Dans certains CHU où la psychiatrie avait hérité de très beaux services, on les a vite délogés pour mettre des disciplines plus nobles ». (Médecin)

À l'inverse, un médecin a fait ressortir que la psychiatrie se mettrait elle-même à l'écart et renforcerait ainsi la stigmatisation dont elle est déjà victime : « Vous avez entendu parler des groupements hospitaliers de territoire, les GHT, donc cette nécessité qu'ont les établissements de se regrouper pour fonctionner ensemble avec des projets partagés et là dans certaines régions, les

“ Lutter contre la stigmatisation c'est faire sortir la psychiatrie des murs ”

hôpitaux psychiatriques ne veulent pas se regrouper avec les hôpitaux généraux de peur de perdre leur identité, de perdre leurs moyens et donc vont se regrouper entre eux. Donc voyez, encore ils se stigmatisent eux-mêmes, se mettent à l'écart, se

mettent ensemble par peur de l'extérieur. Donc là on se retrouve des décennies en arrière avec à nouveau la stigmatisation, la psychiatrie qui se mélange pas, qui s'isole, tout en revendiquant sa spécificité, donc c'est très compliqué, y'a deux

logiques, enfin j'allais dire deux courants, deux avis... Y'a des psychiatres dans les hôpitaux généraux comme nous qui veulent que la psychiatrie s'intègre comme une discipline comme les autres et y'a les hôpitaux périphériques qui au contraire ne veulent pas, donc c'est encore un point important pour la stigmatisation ».

Ces propos illustrent un point de résistance qui a émergé entre les professionnels de la psychiatrie lors des entretiens : quand pour certains la priorité est d'intégrer les malades mentaux dans les soins généraux et d'« en finir » avec l'hôpital psychiatrique, d'autres sont totalement réfractaires à cette idée et attestent de l'importance d'une spécialisation du lieu de soin.

Du psychiatre

Le manque de considération et de reconnaissance vis-à-vis du travail des soignants en psychiatrie et, tout particulièrement, les préjugés liés aux psychiatres participent à la stigmatisation de la discipline : « Après il y a toujours quelques préjugés ou quelques “les psy font rien, les psy boivent le café, les psy ceci, les psy cela” (Cadre de santé) ; « Et comme nous restons encore malheureusement très stigmatisés comme spécialité, ça fait qu'on a encore l'image du psychiatre avec la grosse piqûre dans la main ; celui qui attache les patients ; celui qui voilà qui est un peu inhumain et qui fait des expériences sur les patients ! » (Médecin) ; « C'est toujours “ mais que font les psychiatres ? ” donc c'est pesant et compliqué. Ben c'est l'idée de tout le monde, c'est-à-dire que dès qu'il y a un problème avec quelqu'un qui a des antécédents psychiatriques, tout le monde va dire “ mais que font les psychiatres ? Pourquoi ils l'ont relâché ? ” Vous voyez ? » (Médecin)

Cette stigmatisation va même au-delà des représentations négatives qu'a la population de la psychiatrie ou encore du psychiatre ; au sein même de l'hôpital général, ces représentations négatives sont partagées par d'autres professionnels de santé : « Le problème, c'est que nous sommes aussi stigmatisés par nos collègues ». (Médecin)

Un médecin interrogé dénonce une part de responsabilité des psychiatres dans la stigmatisation de la discipline et de leur profession. En effet, selon lui, les psychiatres ont, dans une certaine mesure, contribué à renforcer l'image négative de la psychiatrie : « Je pense vraiment qu'on a une part de responsabilité non négligeable dans ça [l'image négative de la psychiatrie]. Je pense que les psychiatres, dont je suis, avons été en psychiatrie avec ces représentations-là, je ne suis pas certain qu'on ait

fait grand-chose pour faire évoluer les représentations de la folie à notre niveau, parce qu'on est toujours perçu comme des fol-dingues. On n'a pas arrêté d'être des gros blaireaux qui enferment les gens, des incompetents qui les laissons sortir, des dangereux serial killer, des types tellement fascinés par la folie qu'ils en sont atteints ou des “flic-iatres”, c'est-à-dire des types qui passent leur vie à essayer de choper des dangereux dingues accompagnés de policiers, donc mi-flics mi-psychiatres (...). Pour quelles raisons on n'a pas réussi à infléchir ce positionnement ? On a créé cet état de fait où tout à coup les gens qui s'occupent des fous, ils sont tellement dingues qu'ils font des trucs qu'ils ne démontrent pas ou qu'ils ne prouvent pas comme efficaces. Ils ne font pas comme les autres médecins. Donc on s'est mis à la marge de la médecine, alors que, historiquement, on était à fond dans la médecine (...). Je ne suis pas certain que la population nous apprécie beaucoup. À un moment la population dit : “ ceux-là, ils sont bizarres”. Alors après comment on fait pour essayer de faire bouger la représentation des psychiatres auprès de la population ? Ben ça... ».

“ On a encore l'image du psychiatre avec la grosse piqûre dans la main ; celui qui attache les patients ”

Ces propos démontrent clairement que de nombreux stéréotypes circulent à propos des professionnels de la santé mentale : les portraits des psychiatres sont en effet rarement flatteurs dans l'image collective. Les interviewés regrettent que l'image de la psychiatrie dans le public soit déplorable et qu'ils ne soient pas respectés par certains de leurs confrères des autres disciplines.

Finalement, « les psychiatres partagent le stigma qui affecte leurs patients¹¹ ».

À cette image négative des psychiatres, correspond une stigmatisation des soins psychiatriques et de ceux qui en reçoivent.

De la pathologie et du patient

La majorité des interviewés s'accorde à dire que même si la maladie mentale est davantage connue dans notre société, elle demeure encore très - trop – stigmatisée.

La stigmatisation de la maladie mentale apparaît comme une norme sociale intériorisée comme l'illustre la remarque de ce médecin à ses étudiants : « *La stigmatisation alors là, c'est... Quand on en parle à la fac, les étudiants me disent "oh bah moi non, non, nous on est tolérant à notre âge, on stigmatise rien du tout", alors je leur dis "eh attendez quand quelqu'un vous fait une queue de poisson quand vous êtes en train de conduire, vous le traitez pas de diabétique, hein ?" Donc la stigmatisation, ça commence là ! En général, c'est toujours en référence à une maladie mentale* ».

Il est vrai que le vocabulaire courant tend à intégrer les termes psychiatriques (« c'est déliant », « c'est schizophrénique »,...). S'agit-il de banalisation ou de négation d'une réalité ?

Si la stigmatisation de la maladie mentale repose principalement sur la peur qu'éprouve à son égard la population – « *Vous savez la psy, la folie, ça fait quand même peur, ça fait peur et ça met mal à l'aise* » (Médecin) –, elle repose aussi et surtout sur la méconnaissance et l'ignorance des principaux aspects des maladies psychiques : « *Il y a aussi quand même un rejet... c'est une méconnaissance on va dire, c'est plutôt ça, une méconnaissance de la maladie* ». (Assistante sociale)

Les enquêtés ont insisté également sur le fait que la perception du « malade mental » par la population reste principalement liée à des critères d'anormalité et de violence, qui revêtent des aspects d'irresponsabilité, d'inca-

pacité, d'imprévisibilité : « *Je me dis mais quelle représentation ils [la population générale] ont du patient psy ! Alors c'est le fou, c'est celui qui sait pas écrire, c'est celui qui sait pas penser, celui qui est pas capable de...* » (Cadre de santé) ; « *C'est vraiment cette image de la psychiatrie qu'est dans la société qui est très persistante qui fait que, c'est des dangereux, ils sont violents, c'est des fous, on sait pas ce qu'ils vont faire, c'est des malades à part, et puis c'est pas vraiment une maladie, vous voyez y'a ces idées-là* ». (Psychologue)

Certains professionnels interrogés ont affirmé que la stigmatisation de la pathologie est fréquemment fonction du type de pathologie ; la schizophrénie par exemple est davantage perçue négativement que la dépres-

sion ; cette dernière est une notion plus familière dans la population générale : « (...) déjà ça dépend du type de pathologie... la schizophrénie, ça fait plutôt peur, je pense. Quelqu'un qui a des antécédents de dépression, non, ça ne fait pas peur... presque tout le monde connaît quelqu'un qui a ou a fait une dépression alors que

la schizophrénie oui, je crois que c'est vraiment la schizophrénie qui fait peur ! ». (Interne)

La stigmatisation est liée à la fois à la non-connaissance ou à l'ignorance par le « public » de la réalité des maladies mentales, telles que la schizophrénie, mais aussi à la représentation, souvent fantasmée, que l'on s'en fait et qui aboutit à la peur de ce qui est inconnu. La peur, en ce qu'elle génère la discrimination puis l'exclusion, contribue à nier ou à faire oublier le « sujet », c'est-à-dire la personne douée d'une part d'autonomie, voire la « souffrance », qui est soit à l'origine de cette différence, soit en est la conséquence.

“ La schizophrénie, ça fait plutôt peur, je pense. Quelqu'un qui a des antécédents de dépression, non, ça ne fait pas peur... ”

Comme un médecin nous l'a fait remarquer, l'individu disparaît en quelque sorte « derrière » la pathologie : on a tendance à ne plus voir une personne mais une maladie. Pour lui, la dé-stigmatisation commence là : « *[Pour lutter contre la stigmatisation] on ne parle pas de schizophrènes, on parle de patients qui souffrent de schizophrénie et quand on s'oblige à penser comme ça, vous voyez des personnes qui souffrent, hein ? Parce qu'autrement la personne, elle disparaît derrière la maladie, alors que non, c'est des gens qui souffrent et qui ont besoin qu'on les soigne, et puis donc quand on raisonne comme ça, comme par exemple, "ils sont violents", c'est pas la personne qui est violente, c'est la maladie qui rend la personne violente* ». (Médecin)

Cette tendance à attribuer d'emblée des stéréotypes (par exemple : « les schizophrènes sont violents », « les dépressifs manquent de volonté », « les bipolaires sont ingérables ») influencent les comportements et sont à l'origine d'attitudes stigmatisantes (distance sociale, méfiance, peur) et de comportements discriminatoires (rejet, exclusion).

Les représentations du « malade mental », véhiculées dans la société, vont à l'encontre

de la reconnaissance de la citoyenneté des patients psychiatriques prônée depuis plusieurs années. Mais comment faire évoluer la perception du grand public ?

Il n'est pas rare que les professionnels de santé, y compris de la psychiatrie, partagent eux-mêmes ces représentations négatives. En effet, si les professionnels ont parfois un statut de victimes de la stigmatisation, ils sont, dans certains cas, générateurs de propos stigmatisants.

Dans les entretiens, certains interviewés ont d'ailleurs abordé le jugement des soignants dans la prise en soins de patients atteints de troubles psychiatriques : « *Dans l'éthique des soignants... si on veut que la société évolue faut déjà que les soignants ne soient pas dans la stigmatisation de leurs patients* ». (Médecin)

Le témoignage d'une psychologue met bien en évidence le fait que les représentations de certains soignants sont proches de celles de la population générale. Il montre comment les préjugés et attitudes « jugeantes » peuvent accentuer la souffrance du patient : « *Par rapport à certaines populations, c'est sur-*



tout le regard, le jugement de l'équipe soignante sur les patients ; ce qu'on peut en dire, ce qu'on peut en penser, ce qu'on dit ouvertement, parce qu'on pense ce que l'on veut, en tout cas, le dire ouvertement, je trouve que là, quelques fois, y'a des recadrages qui doivent être faits (...) par rapport à " les toxico ", cette appellation-là, un toxico, un toxico... quelques fois " ah oui, mais ça, c'est encore un toxico, il va faire chier " etc. etc., déjà il y a l'a priori. On n'a pas le droit de faire ça. C'est une question éthique, puisqu'on est soignant... c'est là où je dis à un moment donné, il faut faire un choix : ou on veut être juge ou on est soignant ! Combien de fois je me suis dit " mais c'est inentendable de la part de la bouche de soignants, du jugement, des jugements de valeurs d'être humain ", hein ? Y'a parfois des réactions aussi violentes, avec des femmes anorexiques, parce qu'elles renvoient une telle violence avec leur corps, que ça en est mais terrible de la part des soignants quoi. Quand on a une anorexique, " bah c'est qu'une connasse qui veut pas bouffer ", on a des réactions qui sont quelques fois extrêmement violentes et les patientes le ressentent puisqu'elles disent " bah elles ont été dures, j'ai demandé un yaourt et on me l'a refusé "... " parce que finalement, si elle est comme ça, c'est parce qu'elle l'a bien voulu, elle est pas malade, c'est pas une maladie, l'anorexie hein ?

C'est pas une maladie ! Elle a qu'à bouffer hein, si elle bouffe, elle sera plus grosse, elle n'aura pas sa vie en danger" (...) Quelques fois, on peut arriver jusqu'à une malveillance de la part du personnel soignant. Et l'alcoolique, " bah c'est une question de volonté. Nous, hein on prend un verre, toi tu prends un verre, tu vas pas te bourrer la gueule ? Bah pourquoi lui, il se bourre la gueule ? Hein ? Bah c'est de sa faute ! Pas de volonté" (...) Quand on a une maladie bien déclarée, bah c'est normal, on a le droit d'être malade, mais dépressif ce n'est pas une maladie, alcoolique, ce n'est pas une maladie, anorexique, ce n'est pas une maladie, toxico, ce n'est pas une maladie, schizophrène, ça, c'est autre chose ». (Psychologue)

On remarque ici une sorte de hiérarchie des pathologies : celles qui sont « légitimes » et pour lesquelles on va avoir tendance à « plaindre » le malade et celles qui ne sont pas perçues comme une maladie et pour lesquelles le patient sera alors considéré comme « responsable ».

À travers ces propos, apparaît clairement une tension d'ordre éthique : un soignant qui juge celui qu'il est censé soigner est-il encore soignant ?

Renforcées par les médias

Parmi les nombreux acteurs qui contribuent, à des degrés divers et souvent de façon inconsciente, à la stigmatisation des malades psychiques, les enquêtés ont fréquemment évoqué les médias comme jouant un rôle majeur. Les malades y sont décrits comme des personnes violentes et dangereuses. Il ne se passe pas un mois sans que la presse grand public ou la télévision ne se fasse l'écho d'un fait divers impliquant un malade souffrant de troubles psychiques.

« Je pense qu'il y a un gros travail à faire avec les médias (...) moi où je réagis c'est quand les journalistes emploient des termes comme ça "un schizophrène". Alors je me suis engueulé fortement une fois avec un journaliste "on recherche un schizophrène" donc j'ai appelé le H [nom du journal local]... c'est inadmissible "un schizophrène s'est évadé" on ne s'évade pas d'un hôpital psychiatrique, on s'en va, on s'évade d'une prison, on s'évade d'un camp de prisonniers, hein ? Mais c'est pas évident du tout d'arriver à faire respecter ça. Bon, ce n'est pas parce qu'on a des voix dans la tête, ce n'est pas parce qu'on a une perception du monde complètement erronée qu'on est quelqu'un qu'on va jeter aux chiens quoi ! ». (Médecin)

Certains de nos enquêtés expliquent que les médias ont instillé dans l'opinion publique l'idée que les malades mentaux étaient tous potentiellement dangereux et dénoncent fermement cette généralisation de l'image du schizophrène comme prototype du fou dangereux. Pour eux, il est nécessaire de rappeler que les premières victimes de la schizophrénie sont les patients eux-mêmes. Mais les médias parlent rarement de cette réalité et placent « le schizophrène » en tant qu'au-

teur de violence, rarement en tant que victime : « L'image c'est le schizophrène violent, assassin. Alors que ça a été clairement démontré que c'est plutôt des victimes qu'autre chose. Alors malheureusement quand ils font des passages à l'acte ça peut être dramatique et marqué, mais c'est une extrême minorité » (Médecin) ; « On considère que le patient psychotique, il est dangereux, voilà, d'emblée, alors que si on prend les données et les faits, statistiquement, les patients psychotiques sont plus victimes, ils n'ont pas un taux de criminalité supérieur, par contre ils sont plus souvent victimes que la population générale. Donc en fait la psychose, c'est une vulnérabilité, ce n'est pas une dangerosité ». (Médecin)

L'assimilation par les médias de la schizophrénie à la dangerosité et à la folie ne conduit-elle pas à nier la souffrance des personnes atteintes de schizophrénie et donc à accroître leur souffrance ?

“ Il y a une confusion dans les représentations entre malade mental et criminel. Et les deux deviennent inséparables ”

Plusieurs interviewés ont fait référence aux deux drames vécus par la psychiatrie et qui ont considérablement été relayés par les médias : en 2004, à Pau, un patient atteint de schizophrénie tue une infirmière et une aide-soignante ; quatre ans plus

tard, à Grenoble, un malade en permission de sortie a tué un jeune homme en plein centre-ville.

Pour eux, le discours du Président de la République, en décembre 2008, qui annonçait un durcissement de l'internement d'office et faisait primer la préoccupation sécuritaire sur le soin, n'a fait qu'accroître la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques et accentuer dans l'opinion publique la confusion, l'amalga-

me, entre « malade mental » et « criminel » : « Parce que la psychiatrie, de tout temps – et ça revient peut-être un peu plus ces dernières années – est prise dans des faits sociaux. C'est-à-dire qu'elle est dans une injonction sociale de maintien de l'ordre. On est aussi pris là-dedans, c'est-à-dire que quand l'ancien Président de la République fait le discours de Grenoble après un crime atroce perpétré par un malade mental, il y a une confusion dans les représentations entre malade mental et criminel. Et les deux deviennent inséparables. Si bien qu'on a des gens qui se savent schizophrènes qui ne supportent pas cette étiquette parce que pour eux c'est comme si on les traitait de criminels. Mais oui, ces représentations-là elles imprègnent jusqu'à nos patients ». (Psychologue)

Finalement, les pathologies psychiatriques font régulièrement la une des médias et investissent même le domaine des réseaux

sociaux. En dépit des efforts conduits par diverses associations et par les professionnels du secteur, le sujet de la maladie mentale demeure encore empreint de clichés, voire de stigmates, tenaces dans leur traitement journalistique et la perception globale qui en découle. Autrement dit, la psychiatrie continue d'être abordée sous l'angle des drames individuels et/ou de la peur que les pathologies mentales exercent dans l'opinion publique.

Dès lors, doit-on se résoudre à ce que la psychiatrie soit systématiquement associée aux drames humains ? La psychiatrie ne serait-elle pas condamnée à un traitement médiatique négatif ?



Les effets de la stigmatisation

Comme nous avons pu le voir, les préjugés à l'encontre des malades atteints de troubles psychiatriques font souvent référence à des notions de violence, de dangerosité, d'inadaptation, d'incubabilité, etc. et génèrent la peur de ces maladies psychiques pour la société avec, en corollaire, un fort sentiment de dévalorisation et de rejet pour ceux qui en sont atteints.

La stigmatisation des malades mentaux peut en effet engendrer la discrimination et le déni de leurs droits légitimes ; elle constitue notamment un obstacle majeur à leur accès aux soins.

Le retard d'accès aux soins somatiques

D'une manière générale, les enquêtés ont souligné la mauvaise santé physique et la plus faible espérance de vie des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères, en particulier ceux atteints de troubles schizophréniques et de troubles bipolaires : « *Les patients psychiatriques ont une plus mauvaise santé et une espérance de vie réduite. Les plus étudiés, c'est les patients qui souffrent de schizophrénie et les patients qui souffrent de troubles bipolaires et dans ces deux pathologies-là on sait qu'ils ont une espérance de vie qui est diminuée à peu près de dix ans et ce n'est pas dû au risque suicidaire, c'est dû aux maladies associées, donc les maladies cardiovasculaires, les maladies cancéreuses et, souvent, c'est parce qu'il y a des diagnostics tardifs effectivement, mais aussi y'a une plus grande fréquence d'association* ». (Médecin)

Pour expliquer cela, les enquêtés ont évoqué, à la fois, les mécanismes de déni de la maladie de la part des patients, qui les conduisent parfois à négliger des symptômes physiques, et les difficultés de repérage des troubles somatiques chez les patients ayant des troubles mentaux : « *En fait ce sont des patients difficiles à examiner, qui parlent difficilement de leurs trucs, qui vont pas facilement chez le médecin... Ils sont pas forcément les bienvenus dans les consultations, mais indépendamment de ça, leur pathologie fait que c'est plus compliqué que les*

autres de les prendre en charge. Le psychotique, il a une approche de son corps déjà très particulière, une femme psychotique, l'emmener chez un gynéco c'est quasiment impossible. L'approche corporelle du schizophrène c'est quelque chose de très compliqué. Ils ne peuvent pas être touchés, ils ont un corps, comme leur cerveau, morcelé. Examiner un schizophrène c'est très complexe. Les généralistes ont du mal à les examiner, donc ils sont très mal suivis. En ambulatoire, ils ont des troubles somatiques nombreux liés au traitement qu'on leur donne. Les syndromes métaboliques, toutes ces maladies liées aux neuroleptiques, notamment les neuroleptiques de nouvelle génération, le diabète, toutes les complications neuroendocriniennes liées au traitement et ils sont très très mal suivis. Ils n'ont pas de médecins traitants donc c'est vraiment une population qui est complètement à l'abandon, les problèmes dentaires chez les schizophrènes je vous en parle pas, plus les problèmes comme ils fument beaucoup... Donc la mortalité chez le schizophrène, la mortalité somatique, pas par suicide, elle est sans commune mesure avec la population générale ». (Médecin)

Par ailleurs, le retard d'accès aux soins somatiques à destination des personnes atteintes de troubles psychiatriques est apparu pour les interviewés comme la conséquence majeure de la stigmatisation de cette population et c'est en cela qu'ils y ont tous vu un problème éthique primordial : « *Y'a un mauvais accès aux soins par le rejet ! La question éthique c'est comment ne pas les priver de chance ? Parce que les urgentistes ou la médecine somatique MCO [Médecine, Chirurgie, Obstétrique] les prend très mal en charge, les rejettent, donc c'est plutôt se battre pour qu'ils soient soignés comme les autres, reconnus comme des individus à part entière, donc c'est plutôt ce questionnement éthique qui devrait être posé je dirais, le rejet de la psychiatrie et du handicap* ». (Médecin)

La majorité des professionnels a insisté sur la différence notable de prise en charge des patients « étiquetés psy » : « *Effectivement y'a une différence de prise en charge parce qu'ils ont cette étiquette psychiatrique, ce qui fait qu'on ne prend pas au sérieux leurs plaintes. Ils sont moins bien soignés que tout le monde !* » (Médecin) ; « *Ils sont mal considérés par nos collègues somaticiens, avec parfois des réflexions*

sur le fait que peut-être ils peuvent considérer qu'ils méritent moins... Si on a le choix entre greffer par exemple un patient schizophrène et un patient pas schizophrène, je crois que certains collègues considèreront que... ». (Médecin)

En effet, certaines idées reçues contribuent à une faible prise en compte des soins somatiques dans les services généraux : « Il peut y avoir des réticences aussi à prendre les patients étiquetés psy en service somatique parce qu'il va être violent, il est schizophrène, vous voyez, il y a ce genre de choses aussi qui peuvent... On sent que c'est sous-tendu par des angoisses, donc c'est encore pas mal stigmatisé ». (Médecin)

Tous nos interviewés s'accordent à dire que méconnaissance et stigmatisation participent grandement au retard à l'accès aux soins des patients atteints de pathologies psychiatriques : « Les patients ils sont parfois désignés " ah lui il est psy ", alors il est psy ça veut tout dire et rien dire, il y a une connotation assez péjorative.

Parce que la maladie mentale elle est souvent parfois incomprise, elle fait peur aussi, donc il y a un petit peu comme une prise de distance, plus ou moins un rejet de ces patients-là qui peuvent faire peur et donc ils ont peu ou pas accès aux soins à cause de cette étiquette-là ». (Psychologue)

Les professionnels ont fréquemment évoqué l'exemple d'une personne avec un diagnostic de troubles psychiques qui arrive dans un service d'urgence pour un problème somatique et qui pourra ne pas recevoir les examens ou les soins somatiques adaptés à son état : « Vous arrivez aux urgences et vous êtes malade mental, c'est une perte de chance, c'est évident ! C'est une perte de chance médicale, c'est-à-dire que médicalement vous arrivez aux urgences et vous dites " je suis un malade de X [CHS] ", le seul objectif des urgences c'est de vous envoyer à X [CHS] même si vous avez une jambe cassée. Les examens sont plus succincts et moins poussés... » (Médecin) ; « Quand quelqu'un va aux urgences

avec des antécédents de pathologies psychiatriques, donc une étiquette, il est moins bien pris en charge que la personne lambda, qui n'a pas d'antécédent psychiatrique, parce que tout de suite cette idée que les symptômes présentés sont psy donc ne sont pas réels ou sont à réorienter en psychiatrie. Donc on a des exemples de patients qui ont des diagnostics faux, des prises en charge retardées, il y a même des erreurs d'orientation ». (Médecin)

En d'autres termes, du fait de la stigmatisation engendrée par l'étiquette « malade psy », le patient « psy » aura plus de risques d'être victime de retard de diagnostic somatique, pouvant avoir des conséquences graves : « Moi je me rappelle de situations avec certains patients quand j'étais de garde aux urgences qui arrivaient dans un contexte

par exemple de troubles anxieux, type attaque de panique, donc quelque chose de très anxieux et donc un tableau psychiatrique atypique ou parce qu'y avait eu un traitement par Prozac® quelques années avant, la symptomatologie a été attribuée à un trouble psy donc à une pathologie psychiatrique

alors qu'il y avait une tumeur cérébrale. Vous voyez tout de suite l'orientation vers le psychiatre sans examen comme ça aurait dû être fait parce qu'y avait cette étiquette psy auparavant » (Médecin) ; « Un autre exemple, d'une patiente qui devait accoucher et elle était hospitalisée à Z [CHS] et puis comme elle était à Z [CHS] ils ont pas voulu la prendre donc elle a accouché dans l'ambulance, c'est un interne qui l'a accouchée car y'a eu un retard de transfert, donc vous voyez ça va très loin. Ou alors des patients qui font un infarctus, quand on fait un infarctus on est très anxieux, donc allez hop c'est bon pour la psychiatrie alors que c'est un infarctus ! Enfin y'a plein de situations comme ça qui sont récupérées des fois parce qu'il y a cette stigmatisation liée à la maladie mentale donc ça c'est dérangeant ». (Médecin)

Tous ces exemples illustrent bien comment la prise en charge des malades atteints de troubles psychiques s'avère souvent inappropriée et mettent en évidence les conséquences souvent

“ Vous arrivez aux urgences et vous êtes malade mental, c'est une perte de chance, c'est évident ! ”

désastreuses pour les malades : accès aux soins tardif, retard au diagnostic, comorbidités somatiques non dépistées et non traitées, etc.

Au regard des verbatims exposés, nous pouvons soulever deux problèmes de nature éthique :

■ Un retard aux soins somatiques pour les personnes atteintes de maladies psychiatriques du fait de la pathologie elle-même certes, mais principalement du fait de la stigmatisation dont elles sont victimes. Par ailleurs, ne pourrait-on pas considérer que la spécialisation de la psychiatrie, mêlée au fait que les hôpitaux psychia-

triques sont construits et situés à distance des hôpitaux généraux, conduit également à un retard d'accès aux soins somatiques ? Cela constitue une forme d'iniquité majeure dans l'accès aux soins par rapport aux autres patients et met à mal le principe éthique de justice.

■ Une inégalité de considération des personnes souffrant de troubles psychiatriques : au nom de quoi le fait d'être atteint d'une maladie psychiatrique grave devrait limiter l'accès à certains traitements ? Il y a là également une matérialisation d'une autre forme de discrimination.



De la discrimination à la marginalisation, voire à l'exclusion

La plupart des professionnels interrogés déplorent le fait que les personnes atteintes de troubles psychiatriques soient de manière récurrente la cible d'attitudes négatives et discriminantes. Pour eux, la maladie mentale stigmatise, isole, désocialise, marginalise, précarise et exclut : « Il est certain que, de mon point de vue, la maladie mentale induit une désocialisation, des difficultés comme ça... Le plus souvent, je pense que l'exclusion est quand même induite par la maladie. La maladie mentale stigmatise donc désocialise et exclut ! C'est vrai que, là, c'est une spécificité, ce sont des maladies qui modifient l'équilibre familial, la dynamique familiale, plus que d'autres maladies, puisque ça joue aussi sur le comportement, sur le relationnel, sur l'inter-subjectivité et de ce fait, on a un impact sur la dynamique familiale, sociale, etc. qui est différent des maladies somatiques ». (Médecin)

Un entretien avec une assistante sociale a clairement mis en évidence la manière dont la maladie mentale et sa stigmatisation agissent dans tous les domaines de la vie sociale, professionnelle, familiale, affective, etc., en voici un extrait : « Moi en tant qu'assistante sociale, je suis amenée à accompagner des personnes qui ont des troubles psy et pour qui les liens à l'extérieur de l'hôpital sont compliqués. Donc, ça veut dire que moi je dois gérer, par exemple, les problèmes avec les bailleurs quand y a une rupture de paiement de loyer. Les patients psy ils font encore l'objet de discrimination parce que les bailleurs sociaux par exemple, quand y'a une pathologie psy, c'est compliqué, ils ont peur qu'il y ait des troubles du voisinage, que les loyers soient pas payés, que les personnes fassent le bazar, des trucs bizarres, etc. (...). Dans le cadre des pathologies chroniques c'est quand même compliqué, l'accès à l'emploi... souvent ils ne travaillent pas. On a aussi des personnes pour lesquelles on demande une pension d'invalidité, parce qu'on sait qu'ils ne pourront plus retravailler (...). C'est une sacrée discrimination aussi avec les mutuelles. Parce que j'ai vu des mutuelles qui ne prenaient pas en charge le forfait journalier en psychiatrie ! (...) Ils [les patients en psychiatrie] ont pratiquement tout

le temps l'AAH [Allocation Adulte Handicapé]. Donc ils n'ont pas droit à la CMU [Couverture Maladie Universelle](...), sauf si vous avez un enfant par exemple, mais quelqu'un d'isolé, sans enfant, il n'a pas droit à la CMU. On a aussi beaucoup de séparations, de divorces, pour les patients qui ont des pathologies psy chroniques, les patients dépressifs par exemple, et on sait aussi que pour les familles c'est difficile d'accompagner et d'aider les patients... en addicto par exemple, c'est extrêmement compliqué d'avoir... on a beau aimer son frère ou sa sœur, quand il est ivre sans arrêt ou qu'il prend des toxiques, et qu'il vole... bon voilà, c'est aussi hyper compliqué pour les familles ».

Ces propos éclairent bien le champ, qui peut en effet être très large, de la discrimination et de l'exclusion ; particulièrement de l'exclusion sociale en ce sens qu'il existe une discrimination pour le logement, pour le travail, pour l'accès à la santé, etc.

Par ailleurs, les professionnels ont évoqué le fait que certaines pathologies mentales (troubles de la personnalité ou psychoses) constituent des facteurs de précarisation pour des personnes qui ont, par conséquent, un risque plus élevé de rupture sociale.

Dans les entretiens, la question sous-jacente qui a été soulevée concernait les interactions entre santé mentale et précarité. Tous ont fait remarquer qu'il n'y a pas de pathologie spécifique de la précarité, mais que néanmoins, les troubles psychiques sont surreprésentés au sein de la population en situation de précarité : « Les patients chroniques, alors je parlerais plutôt des patients qui souffrent de psychoses, de troubles psychotiques ou de troubles de la personnalité. Quand même, d'une façon ou d'une autre, leur situation elle se précarise. Parce qu'ils n'ont pas accès au travail, parce qu'ils n'ont pas accès à plein de choses. Je crois quand même qu'il y a des enquêtes nationales qui disent que, en règle générale, la pathologie psy, elle précarise hein ?

Mais par exemple dans la rue, les personnes qui vivent dans la rue, il y a un pourcentage énorme de patients psy... Et ça, on ne sait pas si c'est la poule qui fait l'œuf ou l'œuf qui fait la poule, mais quand même... il y a quand même depuis de nombreuses années des fermetures de lits en psychiatrie donc un accès aux soins qui est un peu diminué, et du coup et ben il y a des personnes qui échappent aux soins, et le fait d'avoir une maladie psychiatrique, ça les mène à la rue, mais ça peut être aussi perdre son travail suite à une dépression ou avoir des troubles psychotiques jamais traités,

et du coup ça fait aussi des personnes dans la rue ! ».
(Assistante sociale)

Une proportion non négligeable de malades se trouve dans l'impossibilité d'accéder aux soins ou de bénéficier du soutien d'un entourage en raison de sa marginalité sociale. Le lien entre troubles psychiatriques et grande précarité est connu depuis longtemps même s'il ne peut pas être exactement mesuré.



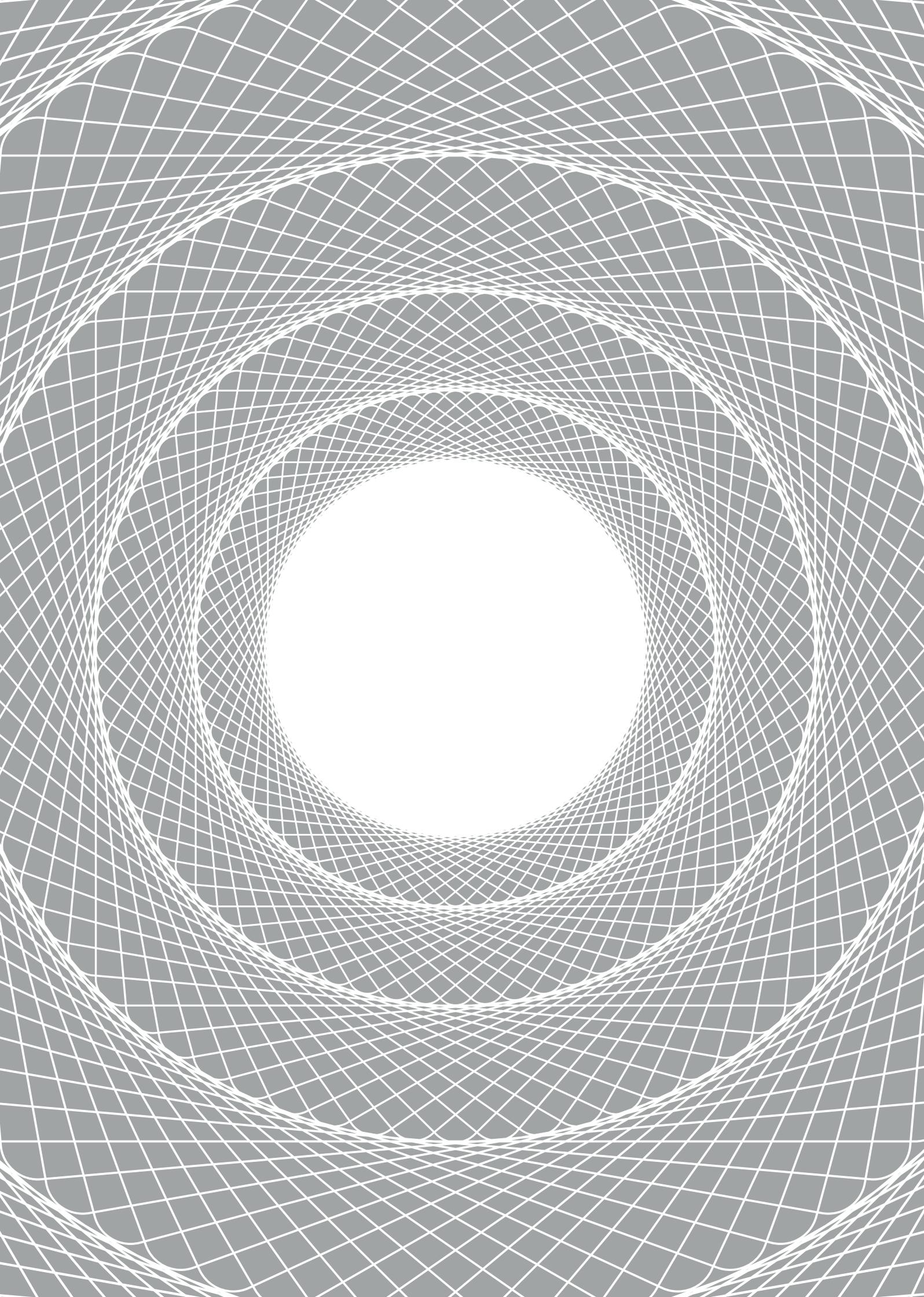
Pour conclure ce chapitre...

Il est important de retenir qu'encore trop souvent associées à des stéréotypes négatifs, les maladies mentales restent considérées comme des maladies « à part ». Peurs et idées reçues persistent dans notre société. Cette stigmatisation génère discrimination, méfiance et rejet à l'égard de la psychiatrie. Nous avons en effet pu constater combien le poids de la stigmatisation de la maladie mentale alimente la peur et génère les réflexes d'exclusion.

De surcroît, les médias, qu'il s'agisse de la presse écrite ou de la télévision, ont une approche très péjorative de la maladie mentale et des malades mentaux qui contribue à perpétuer la stigmatisation et les pratiques discriminatoires à leur encontre.

L'exclusion à l'égard des personnes atteintes de troubles psychiques a pour conséquence spécifique une perte de chance pour des personnes déjà en souffrance et en situation de vulnérabilité. Face à cette stigmatisation, nombreux sont les patients qui s'isolent pour éviter de souffrir davantage : ils préfèrent se mettre à l'abri du jugement et des regards négatifs que porte sur eux une partie de la population.

La lutte contre la stigmatisation doit être une priorité dans la promotion de la bientraitance en psychiatrie. Ce constat met en avant un enjeu éthique majeur : changer le regard sur les maladies mentales pour améliorer l'accès aux soins des patients.



LES LIMITES DE LA PSYCHIATRIE

Les professionnels interrogés ont fait émerger de nombreux questionnements concernant les limites d'intervention de la psychiatrie. La question se pose de manière aiguë, en particulier pour les missions confiées à la discipline psychiatrique qui a vu son champ d'action et de compétences s'élargir au fil des années. Comment expliquer ce phénomène et quels sont les nouveaux champs d'action et de compétences de la psychiatrie ?

L'élargissement de son champ d'action

La prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques est le cœur de métier de la psychiatrie. Toutefois, les professionnels observent depuis plusieurs années « une explosion des demandes et une saturation dans les services pour des personnes ne présentant pas forcément de troubles psychiatriques ». (Psychologue)

En effet, les professionnels constatent que « *tout devient maladie mentale, tout est psy !* » (Infirmière) et s'interrogent à propos de la population qu'ils ont à prendre en soin : « *Qu'est-ce qu'on demande au soin psychique ? Est-ce qu'on demande à la psychiatrie de s'occuper uniquement des malades mentaux ?* ». (Médecin)

De la maladie mentale à la souffrance psychique

Les interviewés remarquent une évolution des pathologies et de la patientèle accueillie en psychiatrie : « *Aujourd'hui les pathologies psychiatriques ont évolué. On n'est plus dans ces grands tableaux-là [schizophrénie, psychose] on est dans d'autres choses, on est plus dans des pathologies border-line, ça s'étend de plus en plus, et on a aussi toute cette problématique sociale, qui vient se greffer là-dessus... La psychiatrie change de tableau, change de visage. On doit gérer*

tous les états limites donc c'est beaucoup plus flou, c'est un peu le registre fourre-tout (...) Je vais dire tous ces gens qui en sont à faire des tentatives de suicide à répétition mais qui sont pas automatiquement psychotiques. Donc on trouve avec un petit peu de tout, des gens qui cherchent à se faire du mal, à se scarifier, beaucoup d'addictions aussi, des troubles alimentaires, des dépressions, etc. ». (Psychologue)

Pour expliquer ce phénomène, les professionnels avancent le fait que le concept de santé men-

**“ Aujourd’hui
les pathologies
psychiatriques
ont évolué.
La psychiatrie
change de tableau,
change de visage. ”**

tale¹² s'étant substitué à celui de maladie mentale, de nouvelles demandes dirigées vers la psychiatrie ont émergé ; une évolution sémantique est aussi à relever : plutôt que de pathologie mentale, on préfère parler de souffrance psychique. Dès lors, est-ce que les nouvelles demandes adressées à la psychiatrie ne la détourneraient-elle pas de la prise en charge des pathologies du psychisme ou de maladies mentales ?

Selon le sociologue Alain Ehrenberg¹³, « *La souffrance psychique et la santé mentale sont le symbole des bouleversements qu'a connus la psychiatrie depuis les années soixante-dix. Ces deux expressions ont, d'abord, considérablement élargi le périmètre d'action de la psychiatrie, elles ont ensuite accru l'hétérogénéité des problèmes que les cliniciens traitent et ont, au final, donné à ces “ problèmes ” une importance économique, sociale, politique et culturelle inédite* ». Comme il le souligne, « *de nouvelles espèces morbides sont apparues au cours des trente dernières*

12. La santé mentale est une composante essentielle de la santé. La Constitution de l'OMS définit la santé comme suit : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition a pour important corollaire que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux.

13. Alain Ehrenberg, « Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. Point de vue », *Revue française des affaires sociales*, 1/2004, p. 77-88.

années dans les sociétés libérales : dépression, stress post-traumatique, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), attaque de panique, addictions s'investissant dans les objets les plus divers (l'héroïne, l'ecstasy, le cannabis, l'alcool, la nourriture, le jeu, le sexe, la consommation ou les médicaments psychotropes), anxiété généralisée (...), impulsions suicidaires et violentes, souffrances psychosociales, conduites à risques, psychopathies... (...) la santé mentale risque donc bien de ressembler à un fourre-tout»¹⁴.

On parle de plus en plus de « psychiatrisation » ou de « psychologisation » de la société ; il est clair que notre société actuelle « psychologise » à outrance, dans le sens où l'explication de certains comportements se réfèrent presque exclusivement à des facteurs « psychologiques ».

Cela nous amène à nous demander finalement ce qu'est la maladie mentale. En quoi tel comportement relève-t-il d'une maladie mentale ? De quoi parle-t-on vraiment lorsque l'on évoque la question des troubles en psychiatrie ? Répondre à ces questions est difficile tant la réalité qu'elle recouvre est complexe et multiforme ; le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) affirme aujourd'hui qu'« aucune définition ne spécifie de façon adéquate les limites précises du concept de trouble mental »¹⁵, ce qui écarte d'emblée toute définition consensuelle de la maladie mentale.

La majorité des professionnels s'accorde à penser que le fossé entre normal et pathologique reste encore aujourd'hui extrêmement flou.

Le niveau à partir duquel des troubles deviennent réellement pathologiques est en effet souvent difficile à déterminer pour eux : « Où se situe la frontière entre ce qui peut être considéré comme normal et ce qui relève de la psychiatrie ? Comment distinguer l'état "normal" de l'état "pathologique" ? Quand on parle de tristesse, une tristesse ça peut être adapté ou ça peut être une tristesse liée à une dépression, où est donc la limite ? Comment fait-on pour évaluer si la tristesse d'une personne qui pleure c'est normal parce qu'elle a perdu son chien ou je ne sais quoi ou si c'est une dépression réactionnelle ? Donc c'est compliqué ce problème de limites liées au normal et au pathologique ». (Médecin)

Face à la profonde mutation de la psychiatrie, de ses références et de son champ d'activité, une partie des professionnels interrogés a mis en évidence que la psychiatrie ne se réduit plus à la prise en soin des affections mentales très graves classiquement connues. Ce qui mobilise principalement aujourd'hui les professionnels c'est la souffrance psychique. Des formes de souffrances sociales sont requalifiées en termes de souffrances psychiques et nécessitent des interventions cliniques. Cependant, l'extension de la notion de souffrance psychique (comme le stress au travail par exemple) justifie-t-elle une prise en charge psychiatrique ? Dans ces nouveaux cas, la souffrance n'est pas le produit d'une pathologie (comme l'est la souffrance dans la schizophrénie) et c'est en cela, entre autres, que les professionnels y voient une transformation majeure du rôle de la psychiatrie.

14. Alain Ehrenberg, « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit*, No. 304 (5) (Mai 2004), pp. 133-156.

15. American Psychiatric Association. DSM-V TR, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Masson, 2013.

Face à cet élargissement de son champ d'action et, par conséquent, l'apparition de nouvelles populations prises en soin, s'est posée, très rapidement au cours des entretiens, la question de la mixité des pathologies : à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, peut-on soigner dans les mêmes locaux une personne atteinte de psychose et une personne atteinte de dépression ? Faut-il hospitaliser dans un même service des patients présentant des maladies psychiatriques confirmées et des patients ayant une souffrance psychique ?

Pour certains enquêtés, le mélange des pathologies dans un même service de psychiatrie est bénéfique pour les patients (et même pour les soignants) : « Alors au niveau des soignants ça demande beaucoup d'adaptation mais ça diversifie les prises en charge. Moi je trouve que c'est aussi une richesse pour ces patients très agités parce que c'est aussi être confronté à la réalité du fait qu'avec les autres, ça ne fonctionne pas comme ça. Vous voyez on n'est pas qu'entre patients à fort risque hétéro-agressif, pas qu'entre patients très psychopathes qui hurlent, il y a aussi des personnes qui sont là pour syndrome dépressif ou pour sevrage, vous voyez la vie de tous les jours, c'est de faire avec les autres. Personnellement moi je suis beaucoup mieux en pavillon mixte, même si parfois ça pose des difficultés ». (Médecin)

D'autre part, cette mixité permet de ne pas stigmatiser davantage les patients en les « classant » dans des unités dédiées : « On essaye de faire en sorte que la psychiatrie ne soit pas trop stigmatisée, donc il ne faut pas que ce soit nous qui stigmatisons certains patients par rapport à d'autres hein ? » (Médecin) ; « On essaye de mixer quand c'est jouable, d'accord ? Parce que sinon bah après on fait des ghettos quoi ». (Psychologue)

L'argument de la stigmatisation qui résulterait d'un « classement » des pathologies a été le plus fréquemment mis en avant : « Ça [la mixité] peut poser des difficultés, mais j'en fais pas un problème majeur parce que je me méfie des situations où on met les mêmes pathologies ensemble, parce qu'il y a aussi un côté où on exclut, c'est-à-dire qu'on met toujours de côté certains types de patients. Alors y'a certains patients schizophrènes, qui peuvent avoir des compor-

tements dangereux, mais ça pose pas de soucis qu'on accueille des patients alcoolisés aux urgences, alors qu'ils sont extrêmement violents et qu'ils sont à côté de sujets très âgés qui sont là pour un infarctus, une détresse respiratoire, un malaise ou une chute. Mais ça, on ne se dit pas que ça pose problème d'accueillir de grands alcooliques. Après on peut se poser la question, est-ce qu'il faut faire des institutions spécifiques ? ». (Médecin)

Pour d'autres, cette mixité est problématique tant pour les patients que pour les soignants et ils se positionnent en faveur d'unités spécialisées. C'est ce que nous expliquent ces deux médecins : « La vraie question c'est : est-ce qu'on peut tout soigner dans le même endroit de la même manière ? Et je vous répondrais que plus ça va et plus je pense que non. Je pense que plus on spécialisera nos prises en charge, plus on les adaptera aux différents types de troubles, plus ça sera efficace. Pendant des années, le paradigme psychiatrique de l'époque, c'était le pavillon des épileptiques, le pavillon des syphilitiques, le pavillon des mélancoliques, le pavillon des démences précoces, etc. Voilà, l'idée c'est qu'on pourrait très bien envisager des pavillons d'entrée pour des patients qui souffrent de pathologies moins lourdes et puis des pavillons d'entrée pour des personnes qui ont besoin de plus de ressources et plus de personnel pour les aider, pour lesquels il pourrait y avoir nécessité de chambre d'isolement, enfin voilà, des choses comme ça. C'est pas complètement absurde de penser les choses comme ça » ; « Alors on revient au XIX^{ème} mais je suis très pour le triage des pathologies quand même. C'est le problème, un syndrome dépressif d'intensité moyenne ou grave cohabite avec un schizophrène stabilisé... on a dans les unités ouvertes et dans les unités fermées des pathologies très hétérogènes qui font que du coup on revient aux classifications du XIX^{ème}, les paisibles, les non-paisibles, les agités, les semi-agités, les gâteux, les non-gâteux, enfin bref, on revenait aux classifications des asilaires mais qui quand même du coup avaient bien perçu qu'on ne pouvait pas mettre dans la même unité un grand agité et un non-agité, un paisible comme ils appelaient, donc un déprimé quoi, et un non-paisible, un schizophrène agité ».

Certains enquêtés ont mis en avant l'hypothèse que cette mixité peut contribuer, pour certains

malades (dépressifs par exemple), à ne pas se faire hospitaliser par peur de côtoyer des pathologies psychiatriques dites « sévères » : « [Cette mixité] c'est compliqué pour les patients qui sont là, parce que finalement, y'a différentes pathologies qui sont confondues et des fois y'a des patients, ils nous disent "on a peur!" » (Infirmière) ; « Si on a quelqu'un qui raconte toute la journée "Tas vu le petit lapin qui court sur le mur ?", et un autre qui vient parce qu'il a une petite dépression, on s'entend hein, je banalise pas la chose, parce qu'il y a une souffrance mais un petit truc qu'on va même guérir, il se trouve face à une personne comme ça ; après il va se dire, "mais mon dieu, moi aussi je vais devenir comme ça". Donc il faut faire attention ». (Psychologue)

Mais, si l'on considère que la personne atteinte de troubles psychiatriques est un malade comme les autres, pourquoi alors se poser la question de faire ou de ne pas faire cohabiter différentes pathologies au sein d'une même structure ? Est-ce que, dans les autres disciplines, on se pose la question de séparer les patients en fonction de leur pathologie ?

De la maladie mentale aux comportements déviants

L'élargissement du champ d'action de la psychiatrie tient également au fait qu'on a tendance à vouloir que la psychiatrie prenne en soin tous les comportements déviants : « On demande à la psychiatrie de gérer certains écarts de conduite, certains débordements, certains troubles du comportement un peu déviants, qui peuvent être liés à des produits, qui peuvent être liés à une certaine forme de criminalité, ou en tout cas, de patients qui sont un peu déviants sur certains comportements, sans pour autant que ça relève d'une maladie mentale avérée. On nous demande de gérer des situations de violence par exemple, des personnes qui sont dangereuses ou qui sont violentes, sans pour autant qu'on ait un trouble psychiatrique avéré, mais c'est géré dans l'institution psychiatrique. On se retrouve donc avec des

patients qui n'ont pas forcément besoin d'être hospitalisés en psychiatrie, voire même qui ne relèvent pas du tout de la psychiatrie ». (Médecin)

Les sujets déviants sont ceux qui, par leur conduite ou leur apparence, ne s'adaptent pas à ce que la société dans laquelle ils évoluent considère comme normal, comme « adéquat ». Mais quelle est la norme dont il est question ? Est-ce ce qui est admis par le droit, ce qui est

socialement et moralement admis ? Est-ce ce qui est scientifiquement ou statistiquement le plus fréquent ? : « Qu'est-ce que c'est que la norme et la normativité en psychiatrie, c'est-à-dire par rapport à quoi on se réfère pour dire que quelqu'un est déviant parce que c'est un peu ça, ce que la société recherche, c'est une certaine norme



et jusqu'où la psychiatrie doit entrer, doit se référer à cette norme ? Quand quelqu'un dit " je vais bien " mais que chez lui il vit dans des ordures... jusqu'à quel point on doit intervenir, et dire c'est le reflet d'un trouble psychique, vous voyez ? Je dirais y'a des situations où la société elle est quand même très... y'a des critères sociaux de normalité quoi... alors après, que la société va accepter ou pas accepter... enfin y'a une tolérance très variable selon les... d'une certaine déviance ou d'une certaine différence». (Médecin)

Dans certaines situations, les professionnels s'interrogent quant à la légitimité de leur intervention : « Y'a un moment où on se pose la question de... est-ce qu'on n'est pas en train de vouloir traiter ou modifier quelque chose qui ne relève pas de la pathologie finalement, mais d'une façon d'être un peu différente aux normes ? ». (Médecin)

Finalement, face à un comportement considéré comme atypique, il semble difficile de faire la distinction entre ce qui relève d'un jugement social ou moral porté sur un individu et dont le traitement irait en contradiction avec le respect de sa liberté et de sa dignité, et les signes d'une maladie mentale à proprement parler, génératrice de souffrance, qui légitimeraient l'action soignante et la modification de ce comporte-

ment au nom de l'intérêt de la personne. Ainsi, ne voit-on pas se profiler une tendance à la « pathologisation » de toutes les formes de déviance ? Ces comportements déviants sont-ils les symptômes d'une pathologie psychiatrique avérée ou bien sont-ils l'expression d'une souffrance sociale ? Les risques sont ceux d'une médicalisation croissante des problèmes sociaux.

“ Est-ce qu'on n'est pas en train de vouloir traiter ou modifier quelque chose qui ne relève pas de la pathologie finalement, mais d'une façon d'être un peu différente aux normes ? ”

Les interviewés ont clairement insisté sur le fait qu'« une dérive possible que les psychiatres font remarquer c'est qu'il ne faudrait pas non plus psychiatriser la société. Finalement, on nous demande en psychiatrie de gérer les problèmes de société donc y'a cette dérive avec le tout psychologique dans la société. On psychiatrise tout, c'est pour ça qu'on a une demande pharamineuse en psychiatrie ! » (Médecin).

On peut alors s'attendre à retrouver à côté des « vrais fous » qui sont en proie à des délires structurés, entendent des voix que personne n'entend et voient ce qui n'existe pas, les figures les plus hétéroclites de la déviance morale, de la marginalité sociale et de la souffrance psychique regroupées par des logiques économiques, sécuritaires, médicales, culturelles et sociales également hétéroclites.

Ne demanderait-on pas à la psychiatrie de prendre en charge toutes les personnes que notre société rejette ?

Concrètement, les professionnels de santé ont évoqué au cours des entretiens trois types de populations qu'ils accueillent et prennent en soin, mais qui ne relèvent pas de pathologies psychiatriques graves et confirmées : il s'agit des personnes ayant des problèmes sociaux, des personnes dites « déficitaires » et des personnes délinquantes.

LES PROBLÉMATIQUES SOCIALES DOIVENT-ELLE ÊTRE GÉRÉES PAR LA PSYCHIATRIE ?

Certains problèmes sociaux tels que la pauvreté, la difficulté à trouver un logement, la surcharge de travail entre autres, glissent souvent vers des interprétations médicales et psychologisantes, si bien qu'on en vient à parler de « psychiatrisation » des problèmes sociaux. La question des limites d'intervention de la psychiatrie, notamment dans les zones frontières entre le champ social et celui de la psychiatrie, s'est posée dans la majorité des entretiens.

Certains enquêtés s'interrogent sur le fait que la psychiatrie doit aujourd'hui « apporter un soulagement au mal-être social », « réguler les dysfonctionnements sociaux ».

C'est ce que nous explique ce psychologue : « Nous parfois ici, on a des gens qui ne relèvent pas véritablement de la psychiatrie, on va dire les problèmes sociaux. Mais où c'est vraiment la misère, enfin je veux dire, quelquefois, ils sont dans des états de délire, ils arrivent ici parce qu'ils sont sur le point de se suicider, enfin c'est souvent dans ce contexte-là qu'on les reçoit, avec des idées suicidaires très importantes et donc ils arrivent ici et puis on se dit, mais on ne peut pas les mettre dehors, ils n'ont pas de chez eux. Alors bien sûr, on n'est pas l'Armée du salut, on est bien d'accord, mais enfin, ils sont dans un tel état, qu'on les garde un moment pour les retaper physiquement. On fait ce qu'on peut pour les aider. Donc après y'a un gros boulot aussi pour le service social, faut trouver un foyer, des aides... ».

Se pose alors la question de savoir par qui et comment la souffrance psychique liée, par exemple à la précarité, doit être prise en charge ?

Certaines équipes considèrent la prise en charge de la souffrance psychique liée à des problématiques d'ordre social comme une dérive par rapport à leur mission initiale.

Avec l'élargissement du champ de la psychiatrie, les professionnels ont observé une confusion des rôles et une saturation des demandes dans les services : « Il y en a, on est un peu, voilà bon " ben lui on ne sait pas trop quoi en faire, on va le mettre en psychiatrie ", " Tiens elle, elle a des problèmes avec son mari, il a menacé de la tuer, ben on va la mettre en psychiatrie ". On a une dame, que nous hébergeons parce que son mari a menacé de la tuer. Nous n'avons pas un syndrome dépressif franc, ni des idées suicidaires, mais elle est là. C'est une mesure de protection et apparemment c'est la psychiatrie qui se charge des mesures de protection. Je ne sais pas si c'est adapté. Qu'est-ce que je vais faire avec cette dame ? Oui on peut faire des psychothérapies, sauf qu'on est censés accueillir des patients qui sont en aigu... avec des pathologies aiguës. Je ne sais pas, mais à un moment donné... on peut accueillir aussi toute la misère du monde ! Pourquoi, par exemple, les patients qui sont tous SDF [Sans Domicile Fixe] dans la rue, pourquoi on ne les accueillerait pas ? Il y a pléthore de patients schizophrènes dans la rue, qui picolent et pourquoi on ne les accueillerait pas... je veux dire à un moment il faut aussi qu'on fasse la part des choses ». (Médecin)

Un infirmier a clairement insisté sur le fait que ces demandes, qui ne relèvent pas du champ de la psychiatrie, se font au détriment de ceux qui ont le plus besoin de la psychiatrie, ceux dont les troubles relèvent d'une pathologie psychiatrique confirmée : « Les places sont limitées à l'hôpital psychiatrique aussi et il y a des patients comme ça qui sont dans ce qu'on appelle l'hospitalisme, un peu à outrance, voilà qui sont bien mais qu'à l'hôpital. Un monsieur très isolé socialement, qui a besoin de parler, qui appelle, alors, c'est évidemment pas notre rôle de pallier ce manque mais en même temps quand il appelle on se dit il y a peut-être quelque

chose. Mais voilà s'il y a une réelle urgence, la ligne est occupée. Et puis c'est souvent difficile de raccrocher, ils nous relancent, alors on essaie de passer le numéro de SOS amitié, mais euh voilà... ou encore des patients qui viennent pour un arrêt de travail ! Oui c'est déjà arrivé plusieurs fois où on sent qu'il n'y a pas de réelle problématique psychiatrique mais "ça va pas trop au travail, je me sens un peu triste, ça va pas avec mes collègues" et puis clairement voilà la demande sous-jacente qu'ils n'osent pas exprimer comme ça d'entrée c'est "je veux un arrêt de travail" ».

Pour une majorité de nos enquêtés, la psychiatrie reste une spécialité médicale et elle ne peut pas régler tous les problèmes sociaux. Ils n'excluent pas, bien au contraire, les interfaces entre le champ de la psychiatrie et le champ social, mais ils insistent sur le fait que la délimitation demeure encore très complexe. Ce glissement de la vocation soignante à celle de cataplasme du malaise social soulève la question du véritable rôle des soignants en psychiatrie aujourd'hui. En effet, ces résultats montrent que les acteurs de santé s'interrogent sur la place de la psychiatrie au-delà de la pathologie psychiatrique : à ce titre ils questionnent la place de la psychiatrie par rapport à la souffrance sociale.

LES PERSONNES DITES « DÉFICITAIRES » ONT-ELLES LEUR PLACE EN PSYCHIATRIE ?

Nous avons pu observer que des personnes sont maintenues à l'hôpital psychiatrique pendant des années, faute de places adaptées dans le secteur médico-social. Ces personnes sont dites déficitaires, mais qui sont-elles et ont-elles leur place en psychiatrie ?

Voici quelques verbatim qui illustrent ce que les soignants ont pu nous dire de ces patients :

« Il y a des patients qui sont nés comme ça, c'est de naissance ; après on a des autistes, des trisomiques, on a aussi un patient qui a eu des antécédents alcooliques, qui a fait des AVC, on a eu un patient qui à la suite d'un vaccin est devenu polyhandicapé... c'est vrai qu'on a un peu tout type de pathologie... Ils sont plus capables, qui marchent plus, qui parlent à peine, enfin voilà... ils ne peuvent pas vivre à domicile, ni en famille d'accueil, ah non non ! ». (Aide-Soignante)

« C'est des patients lourds, qu'ont pas forcément le langage, ils savent rien faire tout seul, qui sont hospitalisés depuis des années, ils ne pourront pas sortir de là ». (Infirmière)

« Il y a des patients que je connais depuis 14 ans. Ils sont vraiment chroniques. Chroniques mais vraiment atteints, très atteints. C'est un pavillon fermé donc ils ne peuvent pas sortir, ils ne peuvent pas aller dehors tout seul quoi, ils ne pourraient pas... Ils se perdraient ou s'enfuiraient... Ils n'ont pas la notion du dehors, ils ont toujours vécu comme ça intra-muros. C'est vraiment, moi je dirais que c'est le pavillon en psychiatrie le plus dur du CHS ». (Aide-Soignante)

« [Dans ces unités] on a noyé là-dedans les polyhandicapés qui restent 365 jours (...) c'est des psychoses déficitaires¹⁶. C'est des psychoses infantiles, oui c'est surtout ça. Donc des patients extrêmement lourds... qui sont dans un régime sanitaire, ce qui est absurde. Mais le problème c'est qu'on ne sait pas où les mettre. Là-dedans se mélangent des autistes euh... le diagnostic différentiel, c'est impossible à faire donc on met tout ça dans une espèce de pot commun, dont on ne sait pas très bien ce que c'est. Tous évoluent à peu près pareil, vers des grands déficits et des handicaps majeurs. Maintenant avec les prises en charge, ceux qui sont entrés là il y a dix ans, puisque quand on les a mis là il y a dix ans, quand on a créé le service, ils y sont toujours... ouais à vie ceux-là, ah oui à vie ! On ne peut pas les mettre dans la rue. Ouais ils resteront là à vie ! ». (Médecin)

16. La psychose déficitaire est une classification nosologique créée par les pédopsychiatres et psychanalystes français, pour inclure des formes de psychoses associées à un retard mental. Elles sont repérées dans la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (ou CFTMEA) sous le titre *Psychose précoce déficitaire*, dans la rubrique « Troubles envahissants du développement ».

Ce qui ressort de nos observations c'est qu'il s'agit de patients hospitalisés « au long cours », dépendants pour la plupart des gestes de la vie quotidienne, dont les faibles capacités de communication ne permettent pas d'évaluer précisément le fonctionnement intellectuel. À ce profil très déficitaire se surajoute parfois des troubles du comportement (cris, idées délirantes, comportements d'opposition, agressivité, etc.) ainsi que des problèmes somatiques importants.

Mais alors peut-on véritablement parler de « patients » dans la mesure où l'on peut considérer ces personnes comme non malades, ce ne sont donc pas, en théorie, des « patients » ? Ces personnes sont plutôt à considérer comme des personnes handicapées et relevant du statut de « résident » d'établissements médico-sociaux.

Quand nous avons demandé aux professionnels « *Mais pourquoi ces patients restent-ils à l'hôpital psychiatrique ?* », la réponse a été unanime « *Mais vous voulez les mettre où ?* ».

Pour les soignants exerçant dans ces unités dites pour « déficientes », ces personnes sont hospitalisées de manière « inadéquate », ce qui signifie qu'elles n'ont pas ou plus besoin de soins psychiatriques et devraient vivre en structures d'hébergement médico-social et non pas à l'hôpital psychiatrique. Or, l'offre territoriale en établissements médico-sociaux pour personnes souffrant de handicap psychique est insuffisante : « *Ben ils sont dans les services de psychiatrie générale sans la moindre possibilité de les mettre ailleurs, on ne sait pas où les mettre ! Ah non là il y a aucune réponse d'aval* ». (Médecin)

“ Des patients extrêmement lourds... qui sont dans un régime sanitaire, ce qui est absurde. Mais le problème c'est qu'on ne sait pas où les mettre ”

L'inadéquation entre les besoins de ces personnes (besoin d'aide pour compenser le handicap primaire ou secondaire ; besoin d'une approche rééducative) et l'offre sanitaire (traitements psychiatriques inadaptés ou en général fixés de longue date et ne comportant pas de modifications) est probablement un des aspects les plus flagrants de notre incapacité à voir cette réalité, à la reconnaître et à l'accompagner.

Malgré une réduction importante des capacités d'hospitalisation en psychiatrie, une proportion non négligeable de patients reste hospitalisée durablement en psychiatrie du fait de la lourdeur de leur pathologie, mais aussi du défaut d'une prise en charge alternative. Les patients dits « déficients » ou chroniques « au long cours » ne sont pas seulement dans une structure de soin

mais aussi dans un lieu de vie, en raison de l'absence de lieux proposant une solution adaptée à leur prise en charge.

La majorité des enquêtés ont en effet dénoncé de manière unanime le manque de structures d'aval dans le médico-social pour accueillir ces patients qui ne relèvent plus nécessairement de la psychiatrie, mais ils ont aussi et surtout questionné la place de ces personnes dans la société. Finalement, la

problématique soulevée est celle de l'hospitalisation au long cours de patients qui ne peuvent pas être réinsérés dans la société. Ces personnes vivent entre elles et sont exclues du reste de la société. Il est donc important d'éclairer cette « zone d'ombre » de notre société et de savoir si cela ne traduit pas une forme de maltraitance institutionnelle et/ou politique ?

Au fur et à mesure des années, la justice s'est interposée dans la pratique clinique des soignants de psychiatrie : « *L'implication de la justice dans nos pratiques, je trouve que ça pose de plus en plus de questions. Comment on se situe en tant que soignant ? La psychiatrie est de plus en plus judiciarisée et, à l'inverse pour certains patients qui relèveraient plutôt de la justice, qui n'ont pas de troubles psychiatriques mais plutôt des troubles de la personnalité, par exemple comme la psychopathie, les personnes qui volent, qui font des délits, comme ça de la délinquance, souvent on est confronté à des demandes d'hospitalisation parce que la justice ne répond pas assez rapidement. On n'incarcère pas facilement et du coup c'est à nous parfois de pallier ça mais sans qu'on ait d'arguments médicaux vraiment et donc parfois on a un peu comme ça une interface qui est compliquée à gérer. Parfois c'est difficile de se resituer, on est un peu à la frontière de pas mal de choses* ». (Médecin)

La multiplication des mesures instaurant le suivi de certaines personnes (suivi des alcooliques, suivi des toxicomanes, suivi des délinquants sexuels, etc.) témoigne de l'élargissement du champ disciplinaire de la psychiatrie tout autant que l'augmentation d'un besoin sociétal à gérer un type de population estimée déviante¹⁷.

Face à cette tendance à tout « psychiatriser », les professionnels interrogés ont dénoncé, à plusieurs reprises, le fait d'associer des comportements délinquants à des traits de personnalité ou à des pathologies mentales : « *C'est comme la délinquance et la psychiatrie. Là aussi, ben il est délinquant, ben il a forcément un problème psychiatrique, donc il faudrait voir tous les délinquants pour expliquer pourquoi ils sont passés à l'acte ou ils ont volé tel truc* ». (Médecin)

Mais, la délinquance doit-elle être prise en charge par la psychiatrie ?

Pour ce psychologue, « *C'est toute la question qui se pose à nous. C'est-à-dire qu'on a des gens qui ne viennent pas avec une pathologie, ils viennent avec des faits qui leur sont reprochés, et qui sont assimilés par la justice à une pathologie. C'est-à-dire que le magistrat estime que derrière les faits il y a un trouble mental. Mais c'est un présupposé, qui ne relève pas d'une compétence, d'une expertise particulière* ».

Au cours des entretiens, une problématique plus particulière a émergé, elle concerne la prise en charge des délinquants sexuels. De nombreux questionnements ont été soulevés : en quoi la

psychiatrie est-elle concernée par la question de la délinquance sexuelle ? Est-ce que la délinquance sexuelle relève d'une maladie mentale ? Et si elle relève d'une pathologie psychiatrique, pourquoi la considérer davantage comme une délinquance qu'une maladie ?

Les exemples rapportés par les soignants concernaient principalement des cas de pédophilie : « *J'ai été confronté à une prise en charge d'un patient qui était pédophile et pour moi, ça a été très compliqué en fait... alors ça, est-ce que c'est une pathologie ? Est-ce que c'est une déviance ?* » (Psychologue) ; « *C'est vrai qu'accueillir par exemple un pédophile... au niveau éthique justement, au niveau éthique, ça peut être problématique pour les soignants, moi j'y classerais plus comme une déviance sexuelle qu'une pathologie psychiatrique quand même. Je pense que ça arrangerait peut-être les pédophiles qu'on les mette dans la psychiatrie, mais c'est plus une déviance sexuelle* ». (Infirmière)

17. Jérôme Péliasse, Caroline Protais, Keltoume Larchet, Emmanuel Charrier (dir.), *Des chiffres, des maux et des lettres. Les experts judiciaires en économie, en psychiatrie et en traduction*, Paris, Armand Colin, collection « Recherches », 2012, 285 p.

Est-ce que la pédophilie peut être associée à une maladie mentale ? Nous avons posé la question à un psychiatre et voici sa réponse : « *Le problème c'est que des délinquants sexuels comme ça, s'apparentent à des paraphilies, c'est dans nos supers manuels de diagnostic ! Vous cherchez paraphilie¹⁸, il y a tout ce qui concerne la, comment ça s'appelle, ceux qui abusent des morts, ceux qui abusent des animaux, ceux qui abusent des enfants, la pédophilie fait partie des paraphilies et ça rentre dans le cadre d'un diagnostic de trouble mental. Et en même temps qui est un crime. Alors après faire la part des choses, c'est très compliqué* ».

On a pu voir combien la prise en soin de ces patients se révèle être (très) difficile pour certains professionnels. Il apparaît des résistances, voire des réticences, à l'idée de prodiguer des soins à des auteurs d'infractions à caractère sexuel : « *Notre difficulté, c'est que les infirmières en face sont des êtres humains, qui ont une histoire, qui ont une vie... Qui sont des femmes, qui ont la plupart du temps des enfants, et se retrouver face à un violeur de petits enfants, qui vous raconte en détail ce qu'il a fait subir à ses victimes avec un sourire jusqu'aux deux oreilles, parce qu'il a aucune empathie et surtout aucun remord, c'est très compliqué, donc c'est très très compliqué pour rester neutre et pour être soignant* ». (Cadre de santé)

Comment prendre en charge les délinquants sexuels ? Vaste question à l'intersection entre plusieurs champs – social, médical et pénal – et à laquelle il est très difficile de répondre. Nous l'avons vu, les comportements délinquants subissent de plus en plus souvent un glissement vers la sphère médicale. « Ce qui est déviant est

anormal donc pathologique » est le discours simpliste tenu par la société qui cherche des réponses simples à des angoisses, par ailleurs légitimes. Il ne s'agit pas simplement de punir, mais aussi de soigner. Le soin serait synonyme de limitation de la récidive. Les équipes de psychiatrie se doivent donc d'organiser les prises en charge des délinquants sexuels et de prévenir la récidive. Mais, est-ce leur rôle ?

Le témoignage de cette cadre de santé exerçant en Centre Médico-Psychologique (CMP) illustre parfaitement cette interrogation : « *Les limites de nos interventions, où moi je trouve qu'on est en difficulté à l'heure actuelle c'est qu'on prend en charge des patients qui sont en obligation ou en injonction de soins, donc qui sont des patients qui viennent en psychiatrie sur ordre de la justice, qui sont des violeurs, des délinquants sexuels, alors on n'est pas des juges, on n'est pas des flics, on n'est pas des matons, on est des soignants ! Je suis obligée de travailler comme ça parce que c'est la réglementation mais je me demande souvent si c'est vraiment nos missions, notre rôle* ».

“ On n’est pas des juges, on n’est pas des flics, on n’est pas des matons, on est des soignants ! ”

Quels est le sens des soins ordonnés par la Justice ?

Concrètement, l'autorité judiciaire incite fortement ou contraint certains condamnés à consulter un professionnel de psychiatrie. En effet, en prison, des réductions de peine sont octroyées à des détenus qui entament un suivi psychologique. En CMP, les professionnels, eux, reçoivent des personnes soumises à des soins pénalement obligés après leur détention telles que les obligations de soins et les injonctions de soins¹⁹.

18. La paraphilie est l'ensemble des attirances ou pratiques sexuelles qui diffèrent des actes traditionnellement considérés comme « normaux » ; celles que la loi proscriit, sont classées en délits ou crimes sexuels.

19. Une obligation de soins est une mesure applicable avant ou après déclaration de culpabilité, elle peut être prononcée dans le cadre d'un contrôle judiciaire, en cas d'ajournement du prononcé de la peine ou au moment du jugement ou encore en cas de sursis avec mise à l'épreuve ; son refus peut entraîner une mise en détention provisoire. L'injonction de soins s'inscrit obligatoirement dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, elle est prononcée par le tribunal ou la cour en complément ou à la place de la peine privative de liberté. Un conseiller d'insertion et de probation est alors désigné. Son rôle est d'orienter la personne vers les services médicaux privés ou publics adaptés à ses besoins, puis de veiller à la bonne exécution de la mesure. À cet effet, il la convoque périodiquement et vérifie qu'elle s'est présentée aux rendez-vous médicaux via les attestations de présence transmises par les professionnels de santé. Le juge de l'application des peines peut mettre à exécution l'emprisonnement en cas de violation de l'injonction de soins.

Les enquêtés ont souligné que certaines de ces personnes ne souffraient pas de troubles psychiatriques : « Je recevais [en prison] des patients qui n'avaient pas de troubles de l'humeur ou de troubles délirants ou même dont la personnalité ne paraissait pas particulièrement pathologique ». (Médecin)

Ce qui interroge donc le rôle des soignants dans cette prise en charge : « Alors, bon on peut discuter des soucis familiaux, le stress, mais c'est pas mon taf. C'est pas du tout mon travail ça. Moi je le renvoie vers une psychologue, je le renvoie vers une travailleuse sociale. Je voyais des patients, j'étais là ok super, donc sur les six que j'ai vus aujourd'hui il y en a un qui souffre de troubles bipolaires et les autres ils ne souffrent pas de maladie mentale ». (Médecin)

Certains de ces condamnés viennent alors en consultation psychiatrique dans le but d'obtenir soit des réductions de peine, soit de ne pas aller ou retourner en prison lorsqu'ils ont des obligations ou des injonctions de soins et qu'ils sont en milieu ouvert.

Ainsi, l'initiative de cette demande de soin n'est pas réellement celle de l'intéressé et cela dérange les pratiques soignantes : « Les conseillers du SPIP [Service pénitentiaire d'insertion et de probation] mettent une pression sur ces individus qui viennent avec cette pression. Donc ça c'est quelque chose qui pose problème dans la pratique, et qui bouscule un peu nos habitudes, parce que d'habitude on travaille à partir de la demande. Cette notion de demande a été fortement compromise justement par le poids grandissant des injonctions, des impératifs de soins... et donc on a été un peu envahi par des gens qui n'avaient pas de demande, mais qui voulaient juste avoir des remises de peine supplémentaires si j'ose dire ». (Psychologue)

Dans le cadre de ces soins ordonnés par la Justice, la valeur du consentement mérite d'être interrogée. En effet, la loi²⁰ prévoit expressé-

ment « qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans le consentement du malade ». Or, si le détenu refuse les soins qui lui sont proposés, l'emprisonnement prononcé pourra être mis en exécution ou il ne pourra sortir de prison. Dans ces circonstances, quelle est la portée exacte du consentement du condamné ? Ne pourrait-on pas en déduire que ce dispositif équivaut à une contrainte inavouée ? L'adhésion aux soins et au processus thérapeutique n'exige-t-elle pas un réel engagement et pas seulement une approbation de convenance ?

Par ailleurs, pour justifier que le détenu a engagé une démarche de soins psychiatriques ou respecte son obligation ou injonction de soins, une attestation de présence, un certificat doit être délivré par les professionnels de santé et transmis au juge. L'obtention de ce certificat est alors la principale motivation de certains condamnés pour venir en consultation, ce qui questionne encore une fois l'intention de la personne dans cette démarche de soin et donc le sens de ces consultations : « Alors oui ça c'est extraordinaire, les détenus qui ont une obligation d'aller voir un psychiatre. Alors ça c'est merveilleux ! Alors ça c'est génial parce que le patient vient, " bon ben voilà je viens vous me faites un certificat comme quoi je suis venu ". Mais à quoi bon si le détenu n'en a rien à faire ? Du coup, ça n'a aucun sens. (...) Je me suis retrouvée à regarder un détenu dans le blanc des yeux en disant " Bon alors ? Je comprends que vous ne vouliez pas venir me voir mais est-ce que vous voulez qu'on en profite pour parler de quelque chose en particulier ?— " Non j'en ai rien à foutre " - " ok très bien ! Vous voulez ça, le certificat comme quoi je vous ai vu, ben ok alors je vais mettre que je vous ai vu " Et alors ça, ça va conditionner une sortie de prison ». (Médecin)

En outre, la délivrance de ce certificat met les professionnels dans une position délicate : ils ne peuvent pas informer le juge que la personne n'a pas engagé une réelle démarche de soins car cela mettrait à mal le secret médical : « Y'a le cas par

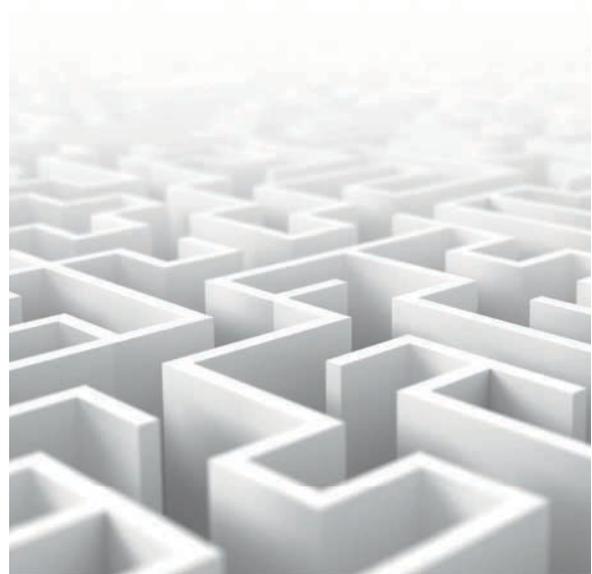
“ Alors ça c’est génial parce que le patient vient. Mais à quoi bon si le détenu n’en a rien à faire ? Du coup, ça n’a aucun sens. ”

exemple des patients auteurs de violences sexuelles qui ont des injonctions de soins qui doivent venir, moi j'en ai eu un qui posait problème parce qu'il venait en consultation pour avoir son certificat sauf qu'il me disait rien, mais comme il était venu, alors je faisais un certificat comme quoi il était venu mais je lui donnais aucun soin donc là c'est aussi un problème voyez ? (...) Je ne pouvais pas mettre qu'il ne m'avait rien dit parce qu'ensuite c'est du secret médical ça, je pouvais pas mettre au juge "ne m'a rien dit". Donc ça c'est dérangeant parce qu'on est instrumentalisé dans ces situations». (Médecin)

La question de la place du respect et des limites du secret médical vis-à-vis de la Justice est une problématique réelle.

Comme on a pu le voir, les soins ordonnés par la justice bousculent la pratique des soignants et interrogent d'une part, le sens de ces soins dont la demande ne provient pas de l'intéressé et d'autre part, le rôle du soignant dans ces traitements.

Selon les interviewés, la psychiatrie traverse d'une certaine manière une crise identitaire importante et ils s'interrogent sur l'évolution de ses missions : est-ce à elle de répondre aux problématiques sociales, judiciaires ou encore de pallier les carences de notre système de santé ?



À travers ces exemples, nous avons pu voir qu'on confie à la psychiatrie des individus qui n'ont vraiment leur place nulle part, mais qui existent, circulent, ont des besoins, dérangent, semblent menaçants, voire dans certains cas dangereux. Ces personnes sont associées explicitement au domaine large et imprécis du « mental pathologique ». Comme l'a conceptualisé le sociologue Marcelo Otero²¹ : « *Les univers de la "folie sociale" (de la vulnérabilité sociale extrême proche de la désocialisation au comportement déviant proche de la criminalisation, en passant par les comportements ambigus, inquiétants, déplacés, proches de l'immoralité, etc.) et de la "folie mentale" (de la pathologie mentale formellement répertoriée en psychiatrie aux états psychologiques flous momentanément ou durablement perturbés, incohérents, souffrants, etc.) semblent ainsi indissociables (...)* ».

Ces personnes ont des problèmes (pauvreté, handicaps, marginalisation, dépendances, santé, etc.) et posent problème (comportements déplacés, styles de vie non conformes, etc.) aux normes de conformité inhérentes à la société contemporaine. Mais a-t-on vraiment affaire à un « mental pathologique » vis-à-vis duquel la psychiatrie doit être forcément sollicitée ?

21. Marcelo Otero, « *Le fou social et le fou mental : amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles* », SociologieS [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 29 septembre 2010, consulté le 28 mai 2017. URL : <http://sociologies.revues.org/3268>

Une extension de son champ de compétences

À l'instar de son champ d'action, le champ de compétences de la psychiatrie a également été élargi par la justice, si bien que l'on peut se demander si la psychiatrie ne serait pas, d'une

certaine manière, sous contrainte de la Justice. Ces nouvelles compétences attribuées aux professionnels par la justice questionnent sur de nombreux aspects.

L'expertise psychiatrique : mission médicale, juridique ou prédictive ?

Au cours de notre enquête, nous avons pu rencontrer des experts psychiatres qui constatent un élargissement de leur champ de compétences.

Le rôle de l'expert psychiatre lors d'un procès est de déterminer si la personne au moment des faits présentait ou non des troubles psychiatriques : *« Initialement quand même le rôle du psychiatre, c'était uniquement de dire, il est fou, il n'est pas fou, d'accord ! Ça on le sait à peu près, encore que les limites de la folie changent en fonction de la société, comme chacun sait. La question centrale de la responsabilité est pas trop compliquée en général parce que, ou bien y'a une maladie mentale évidente et à ce moment-là, il s'agit de savoir si cette maladie mentale est susceptible d'abolir le discernement ou le contrôle des actes, comme dit le code pénal, ou bien c'est le cas général, y'a pas de maladie mentale et c'est là que commencent les problèmes éthiques ».* (Médecin)

Mais, au fil des années, les experts psychiatres ont noté un glissement de ce qui leur était demandé. Désormais, ils doivent également se prononcer sur la dangerosité actuelle et future d'un individu pour la sécurité publique, qu'il ait ou non des troubles psychiatriques : *« Les questions ont largement débordé. Ce qui intéresse le juge, ce n'est pas tellement la question de la responsabilité, puisque là de toute façon, les choses, s'il est irresponsable, il va être interné, c'est plutôt la question de la*

dangerosité, y'a eu un glissement comme ça, progressif, au fil des ans et au fil de l'accroissement du caractère répressif de la société qui fait que, de plus en plus, la question essentielle sous-jacente ou explicite, c'est la dangerosité... Or, si un psychiatre peut théoriquement déterminer une certaine dangerosité dans la maladie mentale... on ne sait pas faire finalement pour le commun des mortels qui n'a pas de troubles psychiatriques ». (Médecin)

“ Initialement quand même le rôle du psychiatre, c'était uniquement de dire, il est fou, il n'est pas fou, d'accord ! ”

L'amalgame qui existe dans notre société entre actes violents, tels que le meurtre, et la folie met les experts psychiatres face à leurs limites d'intervention : *« On est souvent conduit à donner des avis et vraiment à la limite de ce qu'on sait, et parfois dans des domaines qu'on ne connaît pas. Quand le psychiatre ou le psychologue déborde de leur champ de compétences pour donner un avis qui n'est absolument*

pas fiable, on ne sait pas trop jusqu'où on va aller et jusqu'où on va pouvoir travailler sans dépasser notre domaine de compétence. On est toujours, à mon avis, un peu à la limite ». (Médecin)

L'expertise faite par le psychiatre va alors influencer la peine prononcée par le juge, car, de plus en plus, la justice se repose sur les avis donnés par les psychiatres : *« Je crois qu'il y a une tendance pour la justice de s'abriter derrière les avis techniques quels qu'ils soient. On le condamne lourdement parce que l'expert psychiatre a dit que y'avait un risque de récurrence, bon, mais enfin la responsabilité du juge, elle existe aussi. D'ailleurs on dit bien que théorique-*

ment une expertise, ça ne lie pas le juge, c'est un avis». (Médecin)

Pour illustrer ses propos, ce médecin rapporte une situation : « J'ai vu un homme, relativement âgé, qui a agressé sexuellement un de ses petits neveux... C'était des attouchements uniquement, mais là, la question sous-jacente, c'est : est-ce qu'il va recommencer ou pas ? Alors on nous pose pas la question comme ça, on dit " est-ce qu'il a une maladie mentale ?" Réponse : Non. " Qu'est-ce qui peut expliquer qu'il ait eu ce comportement ?" La question sous-jacente, c'est : " est-ce qu'il a pas un trouble de la préférence sexuelle - comme on dit maintenant- c'est-à-dire un attrait pédophile ?". "Probablement c'est ça qui se passe chez ce monsieur", donc ça sous-entend que si on dit ça, bah ça veut dire que y'a un risque de

récidive et que donc la peine va être plus élevée. Donc c'est souvent l'instrumentalisation de l'expertise psychiatrique après coup ».

Face à la judiciarisation de la psychiatrie, instrument de droit, on assiste parallèlement à une « pathologisation » du droit et spécifiquement du crime. Ainsi, la justice ne demande plus seulement à la psychiatrie de déterminer si la personne a des troubles psychiatriques qui la rendent ou non responsable de ses actes, mais aussi d'évaluer sa dangerosité, qu'elle présente ou non des troubles psychiatriques. La prédiction peut-elle appartenir au champ de compétence du psychiatre ? Quel est le rôle exact de l'expert et de l'expertise réalisée ?

La psychiatrie, entre sécurité et soin ?

Les professionnels nous ont également rapporté deux situations dans lesquelles les soignants n'ont pas comme unique objectif de soigner, mais aussi de devoir protéger la société.

L'ACCUEIL DES DÉTENUS EN CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ

Certaines personnes atteintes de troubles psychiatriques ont été reconnues responsables de leurs actes malgré leur pathologie et sont donc condamnées à une peine d'emprisonnement. Parfois, en situation de crise, la prison n'est pas adaptée à ces personnes qui nécessitent une hospitalisation en milieu spécialisé. Elles doivent alors être transférées en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)²². Cependant, ces unités, peu nombreuses au niveau national (8 UHSA en janvier 2017), sont généralement assez éloignées des maisons d'arrêt et ont un délai d'attente jugé important par les enquêtés, ne permettant pas de répondre aux urgences. Certains

détenus sont alors transférés dans l'urgence en CHS : ils deviennent des « patients-détenus ».

Les soignants des CHS doivent donc, à la fois, soigner ces patients et avoir un rôle sécuritaire pour que ces détenus, qui sont écroués, ne s'évadent pas. En effet, comme nous l'explique ce médecin, aucun système sécuritaire du milieu pénitentiaire ne suit le détenu : « Le statut du détenu hospitalisé est un statut compliqué, c'est-à-dire qu'il est à la fois malade et il est en même temps détenu. Donc il doit disposer des droits des patients mais, en même temps, il doit disposer aussi de la surveillance, enfin de la manière dont ça se passe en détention, c'est-à-dire que l'on a la responsabilité, c'est une vieille tradition psychiatrique ça, on sait bien que les détenus hospitalisés dans un autre service qu'un service de psychiatrie, MCO [Médecine, Chirurgie, Obstétrique], il y a des gardiens devant la porte, c'est pas les infirmiers qui assurent la sécurité du service et du détenu. Normalement il a droit aux visites mais ici on n'a pas de portique, il y a pas de surveillance possible des visites et de ce qu'ils peuvent transmettre à la

22. Ces unités sont des unités hospitalières insérées dans des établissements de santé. La création de ces lieux vise à offrir aux personnes détenues prises en charge par l'administration pénitentiaire une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population. La loi de janvier 1994 a confié aux hôpitaux, les missions de prévention et de soins des personnes détenues, relevant de l'administration pénitentiaire.

personne... C'est compliqué... Donc il y a un infirmier qui fait le pied de grue à la porte de salle de visite quand il y a des visites... ».

Les soignants doivent alors faire face à des injonctions contradictoires : respecter à la fois les droits des patients et le fait que la personne soit incarcérée et dépende des règles de l'administration pénitentiaire. Cependant, comme le rapporte ce médecin, les hospitalisations se font bien souvent dans des chambres d'isolement pour garantir la sécurité et éviter les évasions, au détriment du respect des droits du patient : « Les détenus sont accueillis en isolement ou fermés dans une chambre normale, avec des temps d'ouverture, surveillés par les soignants, parce qu'on appréhende le risque de fugue, là c'est une évasion, et c'est la responsabilité de l'hôpital. Est-ce que c'est à nous de reproduire les contraintes de la prison ? Sûrement pas ! En même temps, comment apporter du soin à un patient sans qu'on mette en danger la responsabilité de l'hôpital ? Donc là on est dans une espèce de truc complètement fou où on nous dit [le juge des libertés et de la détention] qu'il faut l'accueillir en chambre normale, en même temps il ne faudrait pas qu'il ait trop de bénéfices secondaires sinon toutes les prisons vont se vider dans les hôpitaux psy ».

Dans ces situations, le psychiatre reste-t-il guidé par les principes déontologiques et éthiques de sa pratique soignante ou le rôle d'agent de l'Etat soucieux de la sécurité publique l'emporte-t-il ?

LES PROCÉDURES DE SOINS CONTRAIANTS SUR DÉCISION DU REPRÉSENTANT DE L'ÉTAT OU JUDICIAIRE

Des soins psychiatriques peuvent être décidés par un arrêté préfectoral qui permet l'admission d'une personne qui compromet la sûreté d'au-trui ou porte atteinte de façon grave à l'ordre

public. La notion d'ordre public qui intervient dans ce type d'hospitalisation sous contrainte pose beaucoup de problèmes d'ordre éthique dans le lien qu'elle institue entre les soins et les considérations sécuritaires. En effet, l'hospitalisation d'un patient et la levée de cette hospitalisation ne dépendent pas que de l'avis médical, mais aussi du Préfet qui se prononce sur chaque placement.

“ Est-ce que c'est à nous de reproduire les contraintes de la prison ? Sûrement pas ! ”

La décision du Préfet a autorité sur celle du psychiatre qui voit en cela une certaine forme de subordination des considérations médicales aux préoccupations sécuritaires : « Alors, on est toujours en position basse par rapport au juge, nous ! Ben oui, une décision judiciaire elle s'impose, on ne peut pas contester, on a aucun moyen de contestation d'une décision judiciaire ». (Médecin)

Plus particulièrement, les professionnels de santé ont évoqué le cas des patients admis en soins psychiatriques sur décision judiciaire dans le cadre d'une déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental. Une personne peut être jugée pénalement irresponsable, c'est-à-dire que plusieurs experts psychiatres ont estimé qu'au moment de l'infraction, elle se trouvait dans un état de trouble mental si important qu'elle n'était plus capable de discernement. Ces cas sont peu nombreux dans les services de soins mais mettent en grande difficulté les soignants. Dans ces situations-là, les médecins interviewés ont rapporté qu'il n'était pas rare de voir l'hospitalisation se prolonger alors que du point de vue médical elle n'est plus nécessaire : « Et bien en ce moment, on a un patient qui est tout à fait stabilisé, tout à fait amendé depuis qu'il prend son traitement, qui avait commis un double meurtre très très délirant, mais un double meurtre terrible, je ne sais pas quand est-ce que ce patient va sortir ». (Médecin)

Ainsi, la présence du patient en hôpital psychiatrique n'est plus pour une visée thérapeutique centrée sur le patient, mais bien pour la sécurité de la société : « On protège la société, c'est tout ce

qu'on fait. Oui ça, ça pose question. Oui oui, ça pose question. Mais on est très désarmés on n'a pas de substitut». (Médecin)

Ces considérations sécuritaires pour protéger la société interrogent quant à la place donnée à l'avis psychiatrique dans l'institution ou la prolongation d'une peine de sûreté qui crée un lien entre une privation de liberté et une évaluation médicale sans réelle perspective de soins : « On se retrouve à devoir assurer un enfermement pour protéger la société, voyez ? Donc du coup y'a vraiment une dérive là ; on ne fait pas un enfermement pour le patient mais pour protéger la société ». (Médecin)

Pour que ces patients sortent de l'hôpital, il est, en quelque sorte, demandé au corps médical de se prononcer sur la dangerosité future de l'individu : « Les HO judiciaires, pour les faire sortir, c'est très compliqué, c'est-à-dire qu'il faudrait que les psychiatres le demandent, ça serait de toute façon refusé et puis ensuite il y aurait des expertises. Ils redemanderaient à des experts judiciaires de se repositionner sur la dangerosité du patient ». (Médecin)

L'évaluation de la dangerosité est ardue dans ces situations comme l'explique ce médecin expert : « Est-ce que c'est la dangerosité ici et maintenant ? Ou bien est-ce que c'est la dangerosité d'une manière plus générale ? Les patients sont à l'hôpital psychiatrique, ils sont traités, ils vont bien ou relativement bien, la dangerosité, elle est quasiment nulle, mais on sait que s'ils sortent, ils ne prendront plus leur traitement... Donc ça veut dire qu'on les maintient à l'hôpital, non pas parce qu'ils sont actuellement dangereux, mais parce qu'ils vont l'être, à peu près sûrement, on n'en est pas sûr hein ? Mais très probablement ils vont être dangereux s'ils sortent parce qu'ils vont arrêter de prendre le traitement ».

La problématique est ainsi de pouvoir évaluer la dangerosité future. Mais comment l'évaluer dans un contexte d'incertitude ?

L'évolution légale actuelle, qui est fortement influencée par les principes de précaution, rend

encore plus prégnante la question de la responsabilité du psychiatre comme le soulève ce médecin : « Généralement ce sont des patients qui ont commis des crimes graves ou des meurtres ou des viols répétés, mais c'est souvent des meurtres globalement. Engager sa responsabilité en prédisant l'avenir, parce qu'il faut s'engager sur l'avenir, on ne peut pas dire, quand on dit " actuellement tout va bien " ; ça ne suffit pas. Il faut dire " actuellement tout va bien et ça va continuer ". Donc là vous savez qu'il y a un médecin psychiatre qui a été condamné au pénal parce qu'un de ses patients, en rupture de traitement, en fugue, avait tué quelqu'un et elle a été condamnée au pénal. Donc là moi je commence, je débute, mais moi actuellement je ne demanderai pas de levée d'HO judiciaire. Je n'engage pas ma responsabilité pénale ! Le système nous contraint à ça ! Enfin moi je n'engage pas ma responsabilité pénale sur l'avenir d'un patient, de statuer

“ On se retrouve à devoir assurer un enfermement pour protéger la société, voyez ? ”

sur le cas actuel du patient et de tout faire, de mettre en place un suivi pour que tout se passe bien, bien sûr, de prédire l'avenir, on ne peut pas ! On ne peut pas demander l'impossible aux gens. Moi je ne travaille pas à l'hôpital pour que ma responsabilité pénale soit engagée, à titre personnel, sur un acte médico-légal d'un patient.

Moi je n'ai pas fait psychiatrie pour éviter qu'il y ait des criminels. Non. J'ai fait psychiatrie pour aider des gens qui souffraient psychologiquement. Pas pour éviter qu'il y ait des meurtres. Ce n'est pas mon objectif, si ça peut le permettre tant mieux, mais moi je ne suis pas juge et je ne suis pas gardien de prison. Il y a vraiment une dérive sécuritaire. On n'est pas auxiliaire de justice, on n'est pas là pour maintenir l'ordre ».

Ainsi, bien que ces patients aient été jugés irresponsables de leurs actes, donc non incarcérables, ils se retrouvent finalement à être « détenus » en service psychiatrique : « J'avais fait une étude justement sur la durée des hospitalisations sous contrainte en fonction de la gravité de l'infraction et on s'aperçoit, enfin moi je m'étais aperçu à cette occasion que la durée de l'hospitalisation était en lien avec la gravité de l'infraction et pas avec la gravité de la maladie mentale. Donc de manière intuitive, disons, quand un type tue père et mère, il va rester à l'hôpital psychiatrique plus longtemps que s'il avait volé une mobylette quoi, même si les troubles mentaux sont les mêmes (...) et

puis y'a une espèce quand même, quoi qu'on en dise, de correspondance qui s'établit entre la durée prévisible d'une peine de prison et puis la durée d'une hospitalisation sous contrainte. On n'est pas en prison sauf qu'on est à l'hôpital psychiatrique alors que, pensent certains, on devrait être en prison. Donc y'a une espèce de mélange comme ça ». (Médecin)

Finalement, selon les interviewés, le fait que ces patients ne sortent pas entache le principe de justice en mettant à mal l'égalité d'accès aux soins. En effet, ces patients occupent des lits sans raison médicale au détriment d'autres patients qui auraient besoin d'être hospitalisés : « Globalement on a l'impression qu'on fait effet aussi de tampon pour l'autorité judiciaire, donc les HO sont pas levées, ils restent des jours et des jours, puis du coup effectivement ils prennent un lit de quelqu'un qui va plus mal et qui est dehors ». (Médecin)

À travers cette dernière situation, on voit combien le principe de précaution prévaut au plan politique et s'oppose à un principe éthique qui est celui de la justice aussi bien pour ce qui concerne l'égalité d'accès aux soins, que pour ce qui concerne la justice distributive (les budgets qui utilisent des moyens sanitaires à des fins qui ne sont pas sanitaires, limitent l'accès au soin des malades).

La justice demande à la psychiatrie de garder des individus non plus dans un but thérapeutique centré sur le patient, mais pour assurer la sécurité de la société. Cela pose donc la question du maintien en milieu sanitaire de patients qui ne relèvent plus de ce milieu mais du milieu pénitentiaire. Ce maintien, qui contribue à limiter les places disponibles pour les patients qui en ont besoin, fait de la psychiatrie une médecine inféodée de la justice et de l'établissement sanitaire un établissement de sûreté.

Pour conclure, il est important de souligner que la justice confie à la psychiatrie de nouvelles missions. Elle doit désormais savoir évaluer la dangerosité de personnes atteintes ou non de troubles psychiatriques et assurer la sécurité de la société.

De même que la justice est indépendante, la médecine ne doit-elle pas l'être également ?

Y a-t-il un lien de subordination entre psychiatrie et justice ?

En quoi cette éventuelle subordination permet-elle ou contrarie-t-elle la réalité du soin ?



Conclusions des résultats de l'enquête

L'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne-Franche-Comté, dans le cadre de sa mission d'observatoire des pratiques au regard de l'éthique, s'est attaché, entre 2016 et 2017, à explorer le domaine de la psychiatrie générale et à en dégager les problématiques éthiques rencontrées par les professionnels dans leurs pratiques.

Cette étude est une base riche, réalisée grâce aux professionnels qui ont accepté de se livrer et surtout de se montrer sous un jour qui n'est pas toujours en leur faveur, tant leur environnement est complexe, tant ils peuvent se sentir parfois seuls pour résoudre ce qu'on pourrait qualifier de quadrature du cercle...

Le premier constat que l'on peut faire, à la lecture de la littérature médicale consacrée au sujet, est que les questions d'ordre éthique sont assez peu présentes dans les écrits alors que les pratiques des professionnels du champ de la psychiatrie les mettent face régulièrement à la question des limites : limites de la personne, limites du savoir, limites du sens.

L'analyse des entretiens conduits auprès de différents professionnels de santé travaillant dans le champ de la psychiatrie générale ainsi que celle des sujets abordés dans les réunions des comités d'éthique des établissements spécialisés en psychiatrie montrent qu'ils affrontent des problématiques de nature éthique. Ces dernières se rencontrent dans trois grands domaines : les questions posées par les traitements et les soins sous contrainte, les questions relatives à la stigmatisation des personnes aussi bien que des lieux de soins et enfin les questions relatives aux limites de la psychiatrie et à la tendance à l'extension de son champ.

Concernant les questions posées par les traitements et les lieux de soins sous contrainte :

Il ne s'agit pas de questions rares puisque dans notre région, chaque année, environ 2 500 personnes hospitalisées en psychiatrie, soit 11,4 %, le sont sous contrainte, c'est-à-dire contre leur gré.

L'hospitalisation sous contrainte pose la question, dans notre société, des limites du respect de l'autonomie des personnes, en même temps qu'elle interroge la notion même d'autonomie de la personne lorsque le champ de la conscience de celle-ci est envahi par l'angoisse ou obscurci par des idées délirantes. Naturellement ce n'est pas tant la contrainte en elle-même qui pose question au plan éthique que le mésusage qui peut en être fait.

Pour les professionnels de santé interrogés, la Loi n°2013-867 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, est source de nombreuses problématiques de nature éthique. Ainsi, la place des tiers par rapport au médecin est source de questions éthiques à plusieurs niveaux : la compétence du tiers pour demander des soins sous contrainte, la responsabilité du médecin par rapport à la volonté d'un tiers demandant une hospitalisation sous contrainte et le respect du secret médical. Cette loi pose la question de la frontière entre justice et santé, du partage du pouvoir et de la compétence pour les décisions pour autrui entre le JLD et le médecin.

Concernant les questions relatives à la stigmatisation des personnes aussi bien que des lieux de soins :

La stigmatisation, dont sont l'objet la maladie mentale, les personnes malades, les professionnels de santé, voire les établissements qui accueillent des personnes atteintes de maladie psychiatrique, est probablement à la hauteur des peurs et des représentations de la folie. Celles-ci conduisent à enfermer, à mettre à l'écart et à concentrer les personnes atteintes de ces maux qui font peur, augmentant ainsi la peur, les représentations et donc la stigmatisation...

Le principe de justice qui est souvent invoqué dans le domaine de l'éthique est ainsi malmené par cette situation : au nom de quoi continue-t-on, comme au temps de la peste, à mettre certaines catégories de personnes hors du champ de la vue des autres en sachant qu'une conséquence de cette mise à l'écart, évoquée dans de nombreux entretiens, est une injustice *via* une inégalité d'accès aux soins somatiques.

On remarque assez clairement un cercle vicieux entre « discrimination-dévalorisation-marginalisation-exclusion » :

Discrimination

– Il apparaît nettement que ce sont l'ignorance des émotions qui sont souvent à l'origine de la stigmatisation : la peur ou la honte de la différence par rapport aux normes sociales ou morales, conduisant à des représentations fortement négatives conduisant à une dévalorisation.

Dévalorisation

– des personnes dont la maladie n'est pas prise avec le même sérieux que les « vrais malades somatiques » (il règne toujours une suspicion de simulation ou de recherche de bénéfices secondaires vis-à-vis des patients atteints de maladie psychiatrique) ;

– des soignants et des établissements qui soignent ces personnes ainsi que de la psychiatrie comme sous-spécialité médicale.

Marginalisation

– des personnes par leur concentration dans des lieux (de soins) et leur isolement de la société ;

– des lieux de soins psychiatriques souvent à distance des lieux des soins « somatiques ».

Exclusion

– des personnes malades en ce sens qu'elles disparaissent de la vue d'autrui du fait de l'enfermement ;

– de la psychiatrie du reste de la médecine.

L'exclusion renforçant la stigmatisation.

Concernant les questions relatives aux limites de la psychiatrie et à la tendance à l'extension de son champ :

Les professionnels interviewés posent pour nombre d'entre eux la question des limites de la psychiatrie. Il y a manifestement une tendance de notre société actuelle à psychiatriser ce qui ne relève pas toujours de la pathologie. C'est ainsi que la tendance se dessine d'en appeler à la psychiatrie pour toutes les formes de souffrances. Plus globalement, les personnes interrogées constatent une tendance à la psychiatrisation de ce qui sort de la norme et se demandent si cela n'est pas une forme d'instrumentalisation de la psychiatrie ou une forme de médicalisation de la différence.

Certains professionnels posent la question du sens du soin psychiatrique lorsque celui-ci est confronté à la question des limites du sens de la vie lorsque cette vie ne semble être que souffrance. La question du désir de mourir est posée par certains patients mélancoliques ou anorexiques. Au nom de quoi vouloir pour autrui le maintien de la vie dans ces situations ? Le devoir d'assistance vis-à-vis d'une vie en danger peut-il conduire à imposer les soins, éventuellement sous la contrainte ? Est-il pensable de laisser mourir les personnes suicidaires ? Est-il imaginable de les aider à mourir ou de leur faciliter la mort ?

À propos des limites de la psychiatrie, des questions fondamentales sont posées au fil de certains entretiens. La place dans notre société des personnes dites « déficitaires », se situe-t-elle en psychiatrie ? La question de la frontière entre délinquance et maladie psychiatrique n'est-elle pas une invention moderne pour refouler notre peur ? Mais plus « simplement » que signifie cette tendance à fusionner les concepts de psychiatrie et de souffrance psychique, voire de « santé mentale » ?

Est-ce que tout cela ne révèle pas une difficulté de notre société à aborder la question des limites, celles de la place de la norme, celles en miroir de la place des différences ?

Si on essaie maintenant d'avoir une lecture en creux de ces entretiens, il me semble que certains aspects qui pourraient être attendus dans le champ de l'éthique n'apparaissent pas ou peu dans la transcription des entretiens.

Les questions relatives à la notion de contrainte renvoient à l'incapacité ou à l'impossibilité à consentir. La personne atteinte d'une pathologie psychiatrique est-elle apte à consentir aux traitements ou aux lieux de soins ? À cette question, la réponse est toujours *in fine* binaire (oui/non) alors que l'incapacité totale ou absolue est rare et n'est pas forcément durable. D'autre part, cette limitation de la capacité à consentir ne signifie pas incapacité à comprendre. Autrement dit, les maladies qui entravent la capacité à consentir ne doivent pas empêcher le soignant d'informer. Elles devraient au contraire le conduire à redoubler d'attention sur cette question subtile et complexe de la communication. Il est étrange enfin que l'on ne s'intéresse qu'au refus des traitements (qui conduit à envisager la contrainte).

On s'intéresse assez peu aux situations beaucoup plus fréquentes de consentement aux traitements et aux lieux de soin.

Pourtant, qu'est-ce qui nous prouve que ces consentements sont vraiment éclairés et de ce fait, au nom de quoi les actes et traitements sont-ils respectueux des personnes si celles-ci ne savent pas à quoi elles consentent ?

Face aux situations complexes fréquentes, à la croisée de questionnements médicaux, moraux, légaux, sociaux, on peut être surpris qu'aucune référence ne soit faite dans les discours à la question des processus délibératifs. Les travaux de Jürgen Habermas sur l'éthique de la discussion^{23, 24}, comme ceux d'Edgar Morin sur l'interdisciplinarité²⁵, sont venus démontrer l'efficacité de ces dynamiques discursives et délibératives pour aborder les questions éthiques. A l'instar de ce que la loi prévoit en particulier pour les questions relatives à la fin de vie, on pourrait imaginer le développement de procédures collégiales, destinées à éclairer les nœuds de ces situations singulières, complexes.

Un autre point qui n'apparaît pas dans l'analyse des discours, ce qui ne veut bien entendu pas dire qu'il n'est pas présent dans la réflexion des professionnels, est la question de la iatrogénèse et la question de la dépendance aux thérapeutiques utilisées en psychiatrie. On aurait pu attendre en effet que soient évoquées la limite entre utilité et toxicité de certaines thérapeutiques en psychiatrie ; la question de la dépendance aux psychotropes ; celle de la surconsommation, qui est par ailleurs dénoncée, n'est ici pas évoquée dans le discours des praticiens.

23. Jürgen Habermas, *Morale et communication*, Paris, Editions du Cerf, 1997.

24. Jürgen Habermas, *De l'Éthique de la discussion*, Paris, Editions du Cerf, 1992.

25. Edgar Morin, « Sur l'interdisciplinarité », in KOURILSKY François (ed.), *Carrefour des sciences*,

Actes du Colloque du Comité National de la Recherche Scientifique *Interdisciplinarité*. Paris, Éditions du CNRS, 1990.

Au final, ce travail d'observation met en lumière la réalité des problématiques de nature éthique, la complexité des situations rencontrées dans le champ et dans l'exercice de la psychiatrie.

Il semble que les professionnels de santé exerçant en psychiatrie n'aient pas encore vraiment conscience de la nature éthique de certaines questions auxquelles ils doivent répondre.

Il sera intéressant de diffuser largement ce rapport afin qu'il fasse discussion et qu'il contribue à ouvrir le questionnement et à éclairer les professionnels ainsi que les décideurs et l'opinion publique sur cette zone d'ombre de notre société.

Par le Pr. Régis Aubry



Références bibliographiques

Ouvrages :

American Psychiatric Association, DSM-V TR,
Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris, Masson, 2013.

Boris Cyrulnik, Patrick Lemoine,
La folle histoire des idées folles en psychiatrie, Paris, Odile Jacob, 2016, 288 pages.

Alain Ehrenberg,
« Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. Point de vue »,
Revue française des affaires sociales, 1/2004, p. 77-88.

Alain Ehrenberg,
« Les changements de la relation normal-pathologique.
À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale »,
Esprit, No. 304 (5) (Mai 2004), pp. 133-156.

Erving Goffman,
Stigmate. Les usages sociaux du handicap, Paris, Les Éditions de Minuit, [1963], 1975.

Caroline Guibet Lafaye,
« Imposer la contrainte en psychiatrie : une question éthique » ?
N. Cano, J.-M. Henry et V. Ravix, *Liberté et contrainte en psychiatrie. Enjeux éthiques*,
Les Études hospitalières, collection « Actes et séminaires », p. 15-32, 2014, 978-2-84874-570-1.

Jürgen Habermas,
Morale et communication, Paris, Editions du Cerf, 1997.

Jürgen Habermas,
De l'Éthique de la discussion, Paris, Editions du Cerf, 1992.

Edgar Morin,
« Sur l'interdisciplinarité », in Kourilsky François (ed.). *Carrefour des sciences*, Actes du Colloque du
Comité National de la Recherche Scientifique *Interdisciplinarité*, Paris, Éditions du CNRS, 1990.

Jérôme Pélisse,
Caroline Protais, Keltoume Larchet, Emmanuel Charrier (dir.),
*Des chiffres, des maux et des lettres. Les experts judiciaires en économie, en psychiatrie
et en traduction*, Paris, Armand Colin, coll. « Recherches », 2012, 285 p.

Corinne Rostaing,
« Stigmate », in Paugam Serge (dir.), *Les 100 mots de la sociologie*,
Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? », p. 100.

Rapport :

Cléry-Melin P,
Kovess V, Pascal JC., Plan d'actions pour le développement
de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, Paris, 2003.

Textes de Loi :

Article R.4127-36 du code de la santé publique.

Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 reformée par la Loi n°2013-867 du 27 septembre 2013.

Circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (Circulaire Veil), portant sur le rappel des principes relatifs
à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016,
créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Site internet :

Marcelo Otero,
« Le fou social et le fou mental : amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres
institutionnelles », Sociologies [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 29 septembre 2010,
consulté le 28 mai 2017. URL : <http://sociologies.revues.org/3268>

Etat des lieux des sujets de nature éthique traités en comités d'éthique dans les établissements spécialisés en psychiatrie en BFC

Nous avons souhaité initier notre enquête auprès des comités d'éthique des établissements psychiatriques de la région afin d'avoir un premier aperçu de la nature des questions éthiques rencontrées par les professionnels.

Huit comités d'éthique existants dans les établissements psychiatriques publics et privés de la région ont été recensés en 2016 par l'EREBFC et ont été sollicités pour recueillir les cas cliniques et/ou les thèmes de réflexion traités en séances de comité d'éthique :

- CHS La Chartreuse à Dijon (21)
- CHS Pierre Lôo à La charité sur Loire (58)
- Clinique Château du Tremblay à Chaulgnes (58)
- CHS de Sevrey (71)
- Clinique Ker Yonnec à Champigny-sur-Yonne (89)
- CHS de Novillars (25)
- CHS St Ylie Jura à Dole (39)
- CHS de St Rémy (70)

Voici les principaux sujets recueillis et classés par thématique :

Relation affective / Sexualité / Contraception/ Maternité

- Intrusion dans la vie privée, la liberté affective et le mode de vie des patients.
- Sexualité et personnes admises en soins. Le principe de liberté sexuelle s'impose mais faut-il lui apporter des limites en fonction des pathologies psychiatriques et non en fonction de principes généraux ?
- Sexualité et contraception en unités fermées.
- QUID du consentement éclairé concernant la contraception ou la castration chimique chez des patients atteints de pathologies psychiatriques ?
- La procréation médicalement assistée dans le cadre de la maladie mentale.
- La grossesse et la périnatalité pour les personnes souffrant de troubles mentaux.

Contention et Isolement

- En psychiatrie, la contention et l'isolement thérapeutique sont des soins mais est-ce la solution ?

Liberté, Risque et Sécurité

- Liberté de circuler dans un établissement psychiatrique.
- Port du bracelet de surveillance des patients « fugueurs ».
- Comment assurer, dans les services libres, la même liberté d'aller et venir aux différents patients et lutter contre les fugues ?
- Questionnements à propos de la fermeture à clefs des chambres pour certains patients afin de permettre un endormissement plus rapide et éviter l'intrusion à risque de certains patients dans les chambres d'autres patients.
- Question de la vidéosurveillance dans les chambres d'isolement.
- Question du possible recours aux palpations au moment de l'admission du patient dans l'unité.
- Non-respect des libertés individuelles par le retrait des objets personnels en psychiatrie.
- La question du port du voile d'une patiente suicidaire.
- Mise en chambre d'isolement des mineurs dans les services de psychiatrie générale.

Consentement / soins contraints

- Le consentement éclairé : qu'en est-il en psychiatrie ?
- Libertés et contraintes dans le soin psychiatrique.
- L'Éthique et les soins sans consentement.
- Irresponsabilité pénale et soins sans consentement.

Le « Tout Psy »

- Que penser de la tendance sociétale contemporaine à demander une intervention de plus en plus grande de la psychiatrie ?

Violence

- La violence active ou subie en institution psychiatrique.
- À quelles conditions les actes de violence commis par des patients souffrant de troubles psychiatriques doivent-ils faire l'objet de plaintes et surtout ces plaintes sont-elles recevables ?

Traitement

- La question du consentement aux soins doit être posée lorsqu'un traitement psychotique entraîne des effets secondaires rendant impossible une activité professionnelle et nuisible à la qualité de vie du patient.
- Le rapport entre dangerosité et effets indésirables d'un traitement.

Fin de vie

- La fin de vie en institution psychiatrique.
- Les directives anticipées. Dispositif peu ou pas appliqué en psychiatrie.

Stigmatisation et accès aux soins somatiques

- Stigmatisation et prise en charge de maladies somatiques des patients psychotiques déficitaires.

Relation avec la famille

- Organisation de l'interdépendance entre le patient, sa famille et les soignants en tenant compte des libertés et des obligations légales de chacun des protagonistes.
- Comment répondre aux besoins et aux attentes d'une famille, quand la liberté individuelle du patient est mise en cause par la décision du corps médical, alors que le contrat de soin mis en place à la sortie est convenablement suivi ?

Secret médical et confidentialité

- L'intégration de la photo des patients dans le dossier de soin informatisé, avec opportunité de transfert du contenu de ce dossier sur une plateforme externe consultable par d'autres équipes soignantes.
- Débats autour de la dichotomie entre secret médical et partage d'information pour motif sécuritaire.
- La question du secret professionnel et du secret partagé.
- La loi de 2011, revue en 2013 et son application : les audiences publiques qui ne respectent pas la confidentialité, l'avocat obligatoire que le patient doit payer même s'il n'a rien demandé, la famille obligatoirement prévenue des soins en cas de péril imminent (sans tiers) même si le patient n'est pas d'accord...

Contact

Aurélie GENG

Responsable de la mission Observatoire

aurelie.geng@chu-dijon.fr

03 80 29 31 56

Cécile CORNET

Chargée de la mission Observatoire

cecile.cornet@chu-dijon.fr

03 80 29 31 54

Notes

Conception, réalisation et rédaction de l'étude

Aurélie Geng, Ingénieure de recherche au CHU de Dijon, Responsable des missions Réseau ComEth et Observatoire à l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne-Franche-Comté.

Cécile Cornet, Ingénieure de recherche au CHU de Dijon, Chargée de mission Observatoire à l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne-Franche-Comté.

Comité scientifique

Pr Régis Aubry, Médecin des Hôpitaux - Professeur Associé des Universités, Responsable du département douleur/soins palliatifs et du service de gériatrie du CHRU de Besançon, Directeur de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne-Franche-Comté et membre du Comité Consultatif National d'Éthique.

Pr Michèle Dion, Professeur émérite des Universités – Démographie à l'Université de Bourgogne, Présidente du Conseil d'Orientation de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne-Franche-Comté.

Pr Irène François-Pursell, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Chef du service de Médecine légale du CHU de Dijon, Présidente du Comité d'éthique institutionnel du CHU de Dijon et membre du Conseil d'Orientation de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne-Franche-Comté.

Pr Pierre Vandell, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Chef du service de psychiatrie au CHRU de Besançon et membre du Conseil d'Orientation de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne-Franche-Comté.

Pr Thierry Martin, Professeur des Universités - Histoire et Philosophie des Sciences à l'Université de Franche-Comté, Membre du comité d'éthique de l'Association Hospitalière de Franche-Comté (psychiatrie) et membre du Conseil d'Orientation de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne-Franche-Comté.

Pierre Ancet, Maître de Conférences - Philosophie des Sciences à l'Université de Bourgogne et membre du Conseil d'Orientation de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne-Franche-Comté.

Solange Breger, Cadre de santé en psychiatrie au CHU de Dijon et membre du Conseil d'Orientation de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne-Franche-Comté.

Complexité
Isolement
Exclusion
Troubles
Contrainte
Soins
Ethique
Psychiatrie
Réflexion
Autonomie
Contention
Stigmatisation

Consentement
Bienfaisance
Information
Famille
Sécurité

Souffrance
Limites