

**DROIT D'ÊTRE SOIGNÉ,
DROITS DES SOIGNANTS**

Collection
Études, Recherches, Actions en Santé Mentale en Europe
dirigée par Claude Louzoun

Bâtit un forum éditorial couvrant les champs de la santé mentale, de l'éthique et du droit, c'est affirmer en premier lieu une ambition de rencontre, de validation et de légitimation des approches critiques et transformatives. Y accueillir travailleurs de la santé mentale, hommes de loi, chercheurs, philosophes, représentants d'associations d'usagers, de familles et de défense des droits de l'homme, c'est bien sûr avouer une vocation interdisciplinaire. C'est avant tout mobiliser cette interdisciplinarité pour informer, traiter, débattre (et rendre accessibles aux professionnels et aux profanes) des enjeux, des problématiques, des élaborations, des pratiques, des réalisations qui œuvrent dans le sens de la communauté des citoyens. L'Europe est, de ce point de vue, un laboratoire et un vivier illustratifs de tous les progrès et de tous les dangers dans ces domaines. Offrir des espaces de critique pratique, de prise de position et d'exigence éthiques dans l'agir humain (tout à la fois social, symbolique, politique, technique, juridique) à l'œuvre dans ce vaste domaine et ses entrelacs, tel est notre objet.

Voir en fin d'ouvrage les titres déjà parus.

Sous la direction de
Carole Thiry-Bour
Alain Pidolle

DROIT D'ÊTRE SOIGNÉ, DROITS DES SOIGNANTS

*Ce livre est publié avec le concours de la Conférence des présidents des commissions
médicales d'établissement des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie.*

Conception de la couverture :
Anne Hébert

ISBN : 2-7492-0226-4

CF – 800

© Éditions érès 2003

11, rue des Alouettes, 31520 Ramonville Saint-Agne

www.edition-eres.com

Alain Pidolle

Pour une nouvelle donne

C'est en 1999, à la suite de l'affaire du sang contaminé, au cours des États Généraux de la Santé, que les aspirations collectives des patients et des usagers des services de santé sont apparues au grand jour. Nombreux étaient ceux qui pensaient que, comme dans d'autres grandes démocraties, il s'agissait de l'expression de la montée inexorable du consumérisme. Les motivations les plus profondes de ces revendications nouvelles, comme le libre accès au dossier médical, ont échappé à la plupart des professionnels de santé. Pourtant, l'événement était d'importance : pour la première fois dans notre histoire contemporaine se manifestait la disparition de la confiance que nos concitoyens avaient mise dans une institution : la médecine. Certes, il y a toujours eu des médecins incompetents ou ignares, d'autres préoccupés par l'appât du gain, mais il ne s'agissait là que d'individus. Pour chacun, la médecine, écartelée entre la compassion et les avancées scientifiques, restait au-dessus de tout soupçon. Ce n'est pas une médecine trop technicienne, trop scientifique ou trop déshumanisée qui perdait son crédit en 1999, mais bien l'institution médicale, qui entretenait trop de rapports avec le pouvoir et l'argent, et qui ne s'appuyait ni sur la science, ni sur la compassion. La médecine avait en quelque sorte perdu sa virginité ou sa sainteté.

Dans le domaine de la psychiatrie, les oppositions à cette « médecine spéciale », selon l'expression utilisée au XIX^e siècle, existaient avant l'anti-psychiatrie de Szasz, de Basaglia ou de Laing et Cooper. En effet, dans cette discipline, « faire le bien », c'est-à-dire soigner et guérir, passe quelquefois par la contrainte et la violence. Au XIX^e siècle déjà, le *no-restraint* s'opposait aux pratiques habituelles, qui pourtant perdurent encore.

Alain Pidolle, psychiatre, chef de secteur, président de la Conférence nationale des présidents de CME des CHS, Clinique de psychologie médicale, Phalsbourg.

L'ostracisme dont sont victimes les malades mentaux, ceux dont le comportement perturbe, dont la folie inquiète, ceux qui ne font pas de dépression – qui est une maladie comme les autres –, s'applique également aux lieux de soins où ils sont pris en charge : asiles, hôpitaux psychiatriques, rebaptisés centres hospitaliers spécialisés (CHS). Ces derniers ne s'apparentent pas au « double sanctuaire : celui de la science et celui de la charité¹ » que sont les hôpitaux généraux, car les CHS sont différents par leur localisation géographique, leur architecture et leur organisation. Certes, dans ces services spécialisés, la charité (entendons le soin par le rapport humain, la relation, le respect de la dignité de l'autre) et la science (le traitement médicamenteux, même si dans le domaine des psychotropes les progrès sont loin d'être aussi importants qu'en médecine somatique) existent, mais l'imaginaire public, entretenu par des scandales ou des pamphlets, les ignore et en fait des lieux de relégation.

Les personnels qui travaillent dans ces cliniques et dans ces hôpitaux subissent à leur tour ces images négatives. Qui ne connaît l'histoire de psychiatres fous ? Hors de ces institutions, l'image est meilleure ; le psychanalyste de ville n'a pas cette connotation péjorative qui accompagne le psychiatre hospitalier. Malgré tout, les soins de proximité dans la cité, hors de l'hôpital, qui sont donnés à 80 % des patients qui fréquentent le service public de santé mentale, sont méconnus de la population, mais également des professionnels de santé. Ce rejet de la maladie mentale, qui affecte le patient et ceux qui s'en occupent, existe également à l'intérieur des structures de soins : la maladie use les professionnels comme elle use les familles. Ici comme ailleurs, le mode de défense est le rejet et, paradoxalement, là où il devrait être entendu, là où il devrait être écouté, le malade est parfois rejeté, repoussé dans l'anéantissement psychotique.

Le discours du patient est mesuré à l'aune des catégories nosographiques, des symptômes, des troubles du langage ou du cours de la pensée ; les soins sont dispensés de manière presque ritualisée ou en suivant des protocoles désincarnés. Rares sont les lieux de soins où la parole personnelle du patient est entendue, où son discours peut s'ancrer dans un discours social plus large où il n'est pas réifié. Des transformations sociales, au travers notamment du développement de l'urbanisation et des comportements individualistes, entraînent une exclusion encore plus importante pour les malades mentaux. Cette exclusion, plus que l'évolution citoyenne, est à l'origine de la création d'associations de patients en psychiatrie. Ici se regroupent des patients souffrant de troubles obsessionnels compulsifs, là ce sont des agoraphobes, ailleurs on rencontre des associations d'usagers d'un hôpital ou d'un secteur. Ces regroupements ont en commun le fait de conforter le discours individuel du patient en le mêlant à celui d'autres personnes qui, comme lui, souffrent, contribuant ainsi à la création d'une identité sociale que lui refusent les groupes dominants.

Historiquement, les associations de parents de malades mentaux ont précédé les associations de patients. Elles ont tantôt dialogué avec les psychiatres, tantôt combattu ces derniers. Dans la plupart des pays occidentaux,

1. F. Dubet, *Le déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil, 2002, p. 198.

elles ont eu une action décisive sur l'amélioration générale des conditions faites aux malades mentaux, en particulier en ce qui concerne le respect des droits de ces citoyens. Tantôt en opposition avec les associations familiales, tantôt naviguant de conserve avec elles, les associations de patients et d'ex-patients ont rapidement pris une place importante dans la politique de la santé en France depuis les États Généraux de la Santé. Une législation est venue conforter cette place, qui entraîne une remise en cause des pratiques médicales et paramédicales, tout particulièrement dans le domaine de la psychiatrie.

Au-delà du respect des droits du patient, les professionnels recherchent l'alliance thérapeutique pour élaborer avec l'utilisateur un projet : projet de vie, projet de soins ; la famille du patient, ses proches, son entourage sont souvent – mais pas toujours – pris en compte dans ce projet et participent parfois à son élaboration. Aujourd'hui, les associations de patients deviennent des interlocuteurs, voire des partenaires « supplémentaires ». C'est l'ensemble des structures de soins qui sont amenées à s'ouvrir sous l'effet de la demande des usagers, ce qui implique de nouvelles difficultés de travail pour les infirmiers, les psychologues ou les psychiatres de ces institutions publiques au climat social morose, où la démotivation gagne du terrain. Le dossier médical n'est plus l'instrument de travail propre aux professionnels, où ce qui se joue dans l'intersubjectivité du colloque singulier est transcrit, faisant trace et sens. Il devient le catalogue des souffrances du patient, le registre méticuleux des soins proposés – acceptés ou non – et donnés, dont le contenu, encore plus confidentiel qu'auparavant, appartient désormais au seul patient.

Au conseil d'administration de l'hôpital, usagers et familles siègent et sont confrontés à une machinerie administrative qui oublie quelquefois que sa finalité est le soin. Consultés sur de nombreux textes réglementaires ou législatifs, les usagers se découvrent exister, eux qui auparavant n'existaient pas. Cette place nouvelle qui leur est donnée est à double tranchant : peu nombreux, pas toujours structurés efficacement, les usagers en psychiatrie restent, du fait de leurs troubles, des personnes fragiles. À moins d'être représentées par des « usagers professionnels » – ce qui n'est heureusement pas encore le cas en France –, les associations sont à la merci, sinon de rechutes de leurs dirigeants, du moins du stress que ces charges nouvelles et lourdes occasionnent.

La psychiatrie française, et tout particulièrement la psychiatrie publique, doit évoluer. Les inégalités d'offres de soins, les réponses désordonnées aux demandes de la population, les difficultés de professionnalisation de certains intervenants ou thérapeutes, la bureaucratisation de plus en plus envahissante de l'organisation des soins doivent être rapidement résolus, sous peine de dépérissement. La conférence des présidents des Commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie a pris le parti et le risque de l'alliance avec les associations d'usagers pour enclencher cette évolution. Certes, des institutions aussi différentes que des associations d'usagers, des associations de familles de patients ou des groupes représentant des professionnels hospitaliers ont des objectifs, déclarés ou non, parfois fort éloignés. C'est autour du droit des uns – les soignés – et des autres – les soignants – que nous avons choisi de continuer un dialogue déjà amorcé dans la *Charte de l'utilisateur en*

santé mentale, signée en 2000², et le *Livre blanc des partenaires de santé mentale France*, édité en 2001³.

Les articles du présent ouvrage sont pour la plupart issus du colloque « Droit d'être soigné, droits des soignants », organisé en novembre 2001 à Dijon par la Conférence des présidents des commissions médicales d'établissement des Centres hospitaliers spécialisés et l'Association nationale des psychiatres présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers, en partenariat avec des associations de professionnels : l'Association des directeurs gérant des établissements de santé mentale (Adesm), la Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine, l'Association des cadres infirmiers en santé mentale (Ascism), le Comité d'étude des formations infirmières (Cefi), l'Association nationale des infirmières et infirmiers diplômés d'État (Anfiide) ; de patients et de familles de malades : la Fédération nationale des Associations de patients et ex-patients en psychiatrie (Fnep-Psy), l'Union nationale des familles et amis de malades mentaux (Unafam).

L'injonction nous est faite de traiter le malade comme un sujet. À l'hôpital général, le travail infirmier est structuré par trois mondes, selon F. Dubet : *le monde des techniques*, qui est « à la rencontre de la science et de la maladie, rencontre définie par les protocoles de soins construits par les médecins⁴ » ; *le monde social*, « celui de l'organisation, de la gestion du service⁵ », lieu de rencontre des professionnels et des usagers ou de leurs associations respectives ; *le monde de la relation*, « monde subjectif de la rencontre entre des personnes, celle du soignant et celle du malade⁶ ».

En psychiatrie, la relation n'est pas ce supplément d'âme, comme le décrit F. Dubet pour les soins somatiques. Elle est au cœur du soin, elle constitue le levier qui peut permettre l'évolution du patient ; bien que construite entre deux subjectivités, elle ne s'apparente en rien à la compassion. De la même façon, le monde de l'organisation – la psychothérapie institutionnelle nous l'a appris – fait partie du soin en psychiatrie hospitalière ou ambulatoire ; il constitue le cadre qui permet à la relation d'être thérapeutique.

Alors que le monde technique, le monde organisationnel et le monde relationnel doivent être intimement intriqués pour construire le soin, l'institution soignante telle que nous la connaissons actuellement tend à séparer ces domaines, à bureaucratiser les comportements et à déresponsabiliser les acteurs. Une nouvelle donne nous est faite ; gageons qu'un « dialogue » entre les associations de patients, les associations de familles de patients et les professionnels favorisera la déstigmatisation et rendra les institutions de prévention et de soins en santé mentale plus pertinentes.

2. *Charte de l'usager en santé mentale*, signée à Paris le 8 décembre 2000 par M^{me} Dominique Gillot, secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés ; Claude Finkelstein, Jacques Lombard, Fnep-Psy ; Alain Pidolle, Yvan Halimi, Conférence nationale des présidents des CME des CHS.

3. *Livre blanc des partenaires de Santé mentale France*, Paris, Les Éditions de Santé, 2001.

4. F. Dubet, *op. cit.*, p. 218.

5. *Ibid.*

6. *Ibid.*

Carole Thiry-Bour

Droit d'être soigné, droits des soignants

Axer la réflexion sur le droit nous permet de mettre en lumière les évolutions récentes de la politique de santé, y compris la santé mentale. La psychiatrie publique connaît à nouveau d'importantes transformations, qui se traduisent, notamment, par un élargissement des besoins allant de la maladie mentale sévère à la souffrance psychique. Ces demandes sont fondées sur une définition élargie de la santé, dépassant les seuls aspects médicaux. En effet, le modèle qui sous-tend la définition de la santé mentale – dont la psychiatrie est une des composantes – tient compte des aspects biologiques, psychiques et sociaux. Cette approche globale des besoins en santé mentale, qui nécessite des réponses croisant le soin et l'action sociale, a d'importantes conséquences : sur les contours de la psychiatrie (cf. *infra*, p. 29, Édouard Zarifian, « Les fondements du soin en psychiatrie »), sur les pratiques professionnelles en psychiatrie, sur les interactions qu'ont les psychiatres avec les autres professionnels de la santé mentale, enfin, sur les relations entre les médecins et les malades, entre les médecins et les associations de patients.

Raisonner en termes de droit, c'est en premier lieu (re)donner toute sa place à l'être humain : la personne malade et la personne soignante. Longtemps perçu comme incapable et irresponsable, le fou n'avait aucun droit et par conséquent aucun devoir. Dans les discours actuels, nous sommes confrontés « non plus au rapport du soignant à la maladie mentale appréhendée comme problème médical et social, mais à celui du sujet humain face à la folie en tant que condition anthropologique, c'est-à-dire comme partie intégrante de "l'être homme"¹ ». Cet intérêt manifeste pour le sujet se traduit dans la politique de

Carole Thiry-Bour, sociologue, Conférence nationale des présidents des CME des CHS, Clinique de psychologie médicale, Phalsbourg.

1. P. Clément, « Entre "droits" et "nécessités de soins" : l'influence des représentations », *Pratiques en santé mentale*, n° 2, 2002, p. 8.

santé publique par une large place accordée à la défense des libertés individuelles. Cependant, dans le domaine des soins psychiatriques, comment concilier l'obligation de soins et la liberté individuelle ?

En second lieu, évoquer le droit d'être soigné et les droits des soignants signifie que, au-delà des échanges et des collaborations entre les professionnels et les patients, les relations sont aussi bien souvent marquées par une insatisfaction qui donne lieu à des revendications, tant du côté des soignés que du côté des soignants. Sur la forme, le fait que les usagers s'expriment et soient écoutés apparaît rassurant, car il s'agit là de la garantie de la reconnaissance d'une personne malade, certes, mais avant tout citoyenne. En revanche, sur le fond, en manifestant leur insatisfaction, les usagers donnent à voir que le respect des droits les plus fondamentaux, c'est-à-dire le droit aux soins et le consentement aux soins, n'est pas chose acquise. On peut souligner, au passage, la place considérable prise par l'utilisateur ou accordée à l'utilisateur – selon l'approche pour laquelle on opte – par les pouvoirs publics, à la fois dans les politiques de santé et dans les négociations en matière de décisions politiques. Certains auteurs font l'hypothèse que les revendications seraient le levier qu'utilisent les pouvoirs publics pour impulser le changement de politique. En clair, cette participation serait orchestrée par les pouvoirs publics, qui voudraient ainsi donner l'impression que les transformations des politiques de santé sont le fruit d'exigences portées par les groupes (de professionnels ou d'utilisateurs). Dans cette perspective, l'utilisateur apparaît comme « un atout stratégique du changement dans le système de santé² ».

Enfin, examiner les droits nous conduit à envisager la question corollaire des devoirs des patients et des responsabilités des soignants. Il est vrai que, en première approche, on a tendance à considérer les droits des soignés et les responsabilités des soignants, mais ce regard ne prend en compte qu'une dimension de la réalité. L'analyse nous semble plus riche lorsque, d'une part, nous croisons la dimension du droit avec celle du devoir, voire de l'obligation, et lorsque, d'autre part, nous inversons les termes de la proposition : les devoirs du patient et les droits des soignants.

DROIT D'ÊTRE SOIGNÉ : UN CITOYEN-MALADE

La Constitution de 1946 stipule que « la protection de la santé est garantie à tous ». Cet énoncé est repris dans l'article L. 1110-§ 1 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres

2. F. Vedelago, « L'utilisateur comme atout stratégique du changement dans le système de santé », dans G. Cresson, F.X. Schweyer (sous la direction de), *L'utilisateur du système de soins*, Rennes, Éditions ENSP, 2000, p. 55-73.

organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et à assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible³. » En outre, l'article L. 1110-§ 5 précise que « toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées⁴ ».

Pour autant, il n'en existe pas moins dans notre société de fortes disparités dans le domaine des soins⁵ : inégalités d'accès aux soins, inégalités dans la qualité des soins... Examinons succinctement la répartition de l'offre de soins psychiatriques : les alternatives à l'hospitalisation à temps plein se sont inégalement développées sur l'ensemble des secteurs. Une typologie des secteurs de psychiatrie générale établie par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) indique que, en moyenne, « un secteur psychiatrique offre 77 lits d'hospitalisation à temps plein et 35 places alternatives à l'hospitalisation pour 100 000 habitants, soit 112 lits et places au total⁶. Ce nombre peut varier de 35 à 225 et la part de places alternatives rapportée à l'équipement total de 0 % à 60 %. La densité des personnels est également restée très variable selon les secteurs. Celle des praticiens varie de 4 à 17 pour 100 000 habitants, celle des infirmiers de 30 à 150⁷ ». L'hospitalisation à temps plein rencontre actuellement de grosses difficultés : moins de lits pour faire face à plus de demandes. En 2000, on recense 63 000 lits en hospitalisation complète, soit 10 % de moins qu'en 1997, tandis que le nombre d'entrées directes en psychiatrie a augmenté de 4 % entre 1997 et 1999⁸. De plus, « la réponse hospitalière, univoque, centrée sur le fonctionnement d'un secteur, n'est plus fonctionnelle et entretient, au mieux, une stagnation de la qualité du soin, au pire une régression, car s'y rajoute l'installation progressive d'une pénurie chronique du nombre de soignants », écrivent Michel et Nicole Horassius⁹. Le droit aux soins, en terme d'accès, est donc loin d'être homogène selon que l'on est rattaché

3. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *Journal officiel* n° 54 du 5 mars 2002, p. 2.

4. *Ibid.*, p. 3.

5. A. Leclerc, D. Fassin, H. Granjean *et al.* (sous la direction de), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Inserm, La Découverte, 2000. P. Lombrail, « Éducation pour la santé et inégalités sociales de santé », *La santé de l'homme*, n° 349, septembre-octobre 2000. P. Aiach, D. Cèbe, « Différenciations sociales dans l'utilisation du système de soins », dans G. Cresson, F.X. Schweyer (sous la direction de), *op. cit.*, p. 75-83.

6. Le nombre de places alternatives rapporté à la totalité des lits et places disponibles donne le taux de diversification.

7. Cf. *infra*, M. Coldefy, F. Bousquet, « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », p. 111.

8. Source : DRESS.

9. M. et N. Horassius, « Droits des malades : information, consentement... dignité », *L'information psychiatrique*, n° 7, 77, septembre 2001, p. 679.

géographiquement à tel ou tel secteur. Si le débat actuel sur les droits des patients est capital, il ne faudrait pas oublier qu'il est étroitement lié à un autre sujet tout aussi crucial : celui des moyens matériels et humains affectés à l'organisation des soins en psychiatrie. L'amélioration du droit d'être soigné passe sans aucun doute par une meilleure répartition de l'offre de soins.

La loi du 4 mars 2002 rappelle que « la personne malade a droit au respect de sa dignité¹⁰ », au risque là encore de donner à penser que cela ne va pas de soi. Dans le même esprit, la *Charte de l'usager en santé mentale* signée le 8 décembre 2000 énonce que « l'usager en santé mentale est une personne qui doit être traitée avec le respect et la sollicitude dus à la dignité de la personne [...]. C'est une personne qui a droit au respect de son intimité [...], de sa vie privée ainsi qu'à la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales la concernant. [...] C'est une personne qui ne doit pas être infantilisée ou considérée comme handicapée physique ou mentale. C'est une personne dont on doit respecter les croyances et qui peut faire appel au ministre du culte de son choix¹¹ ». Considérant ces réitérations d'ordre éthique, faut-il à nouveau conclure que le sujet souffrant, et particulièrement le sujet ayant des troubles psychiques graves, n'est pas considéré comme un citoyen à part entière et que des atteintes sont portées à ses droits ? Incontestablement, il faut répondre par l'affirmative. Mais qui véhicule ce regard ?

Dire que le désordre mental dérange, que *le sens commun* en a une perception négative et stigmatisante – comme pour tout comportement déviant – et tend majoritairement, jusqu'à la naissance de la sectorisation, à la tenir à distance, à la contenir afin de préserver l'ordre public, n'est pas d'une grande originalité¹². En revanche (faire) admettre l'idée que les soignants, qui sont au plus près des patients, chargés de les protéger, peuvent bafouer leurs droits les plus essentiels est moins aisé parce qu'il y a là une profonde ambivalence. Il ne suffit pas en effet de proclamer le respect de la personne, sa dignité, son autonomie, encore faut-il que ces principes « entrent dans la réalité quotidienne du monde médical, ce qui n'a pas été le cas jusqu'à présent¹³ ». Le droit des malades est quelquefois perçu comme un obstacle. En effet, des récits de professionnels dénoncent certaines situations mettant directement en cause les soignants : « Le droit à l'intimité [...] auquel devrait pouvoir prétendre toute personne est sérieusement négligé avec le rituel de l'inventaire des effets personnels qui place le patient dans la dépendance des soignants et le prive de ce qui, concrètement, l'individualise¹⁴. » Dans le domaine de l'irrespect, la liste est longue : cela va du non-

10. Article L. 1110-§ 2 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

11. *Charte de l'usager en santé mentale*, signée par la Fédération nationale des associations d'(ex-)patients en psychiatrie (Fnap-Psy) et la Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers spécialisés, 8 décembre 2000.

12. M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961.

13. J. Catz, « Vers une médecine plus humaine », *Responsabilité*, n° 6, juin 2002, p. 25.

14. P. Clément, *op. cit.*, p. 7.

respect des dispositions de la loi du 27 juin 1990 quant au libre choix du médecin – principe rappelé dans la *Charte de l'usager en santé mentale*¹⁵ – aux droits pourtant dits « inaliénables », aux éventuelles mesures coercitives (interdiction de visites, de téléphone, de sortie dans l'enceinte de l'établissement) qui s'appliquent, dans certains services, indépendamment du mode d'hospitalisation¹⁶. Autant de pratiques arbitraires à l'encontre de la liberté du malade mental qui font dire à Madeleine Monceau qu'il existe « des zones d'incertitude dans l'application du droit, quels qu'en soient les motifs¹⁷ ». Paradoxalement, les images du malade mental aliéné, incapable et irresponsable n'épargnent pas les soignants : « Le rejet, l'agressivité latente – et parfois manifeste – que fait naître en nous le malade ; tous ces comportements, ces attitudes, ces discours qui instaurent un clivage entre le soignant – supposé non fou – et le soigné – qui l'est, a priori – ne sont en grande partie que la manifestation du rejet de cette folie qui nous hante », écrit Philippe Clément¹⁸. Les professionnels, qui sont au plus près du malade, ne peuvent faire l'impasse sur une mise à plat de leurs représentations, sans quoi l'élaboration de dispositions visant à améliorer les conditions de la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux ne dépassera pas le stade de la théorie.

DROIT D'ÊTRE SOIGNÉ, OBLIGATION DE SOINS ET ÉTHIQUE

Le droit d'être soigné, aussi fondamental soit-il, doit être réaffirmé, car il n'est pas respecté : privation de soins, difficultés d'accès et, quand accès aux soins il y a, fréquentes sont les atteintes aux droits des patients. Cette approche reste incomplète : en effet, à l'inverse de certaines personnes privées de soins, d'autres sont obligées de se soigner. Là encore, les notions de droit et de consentement sont biaisées par le caractère obligatoire du traitement.

Au nom du bien-être physique et psychique, les demandes de soins sont parfois métamorphosées en obligations de soins « normalisés », correspondant à la mise en place d'une normativité sociale¹⁹. Ce modèle trouve son explication dans les transformations des fondements de la médecine. Du paradigme de la médecine de la maladie, nous sommes passés, au cours de ces dernières années, à celui de la médecine de la santé, dans lequel s'inscrivent les concepts, nés dans

15. « L'usager a le droit au libre choix de son praticien et de son établissement, principe fondamental dans notre législation sanitaire de libre engagement réciproque dans une relation contractuelle, hors le cas d'urgence et celui où le médecin manquerait à ses devoirs d'humanité » (article L. 1111-§1 du Code de la santé publique et article 47 du Code de déontologie médicale).

16. *Ibid.*

17. M. Monceau, *Soigner en psychiatrie, entre violence et vulnérabilité*, Paris, Gaëtan Morin, 1999, p. 35.

18. P. Clément, *op. cit.*, p. 9.

19. Cf. R. Castel, *La gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Éditions de Minuit, 1981.

les années 1980, de promotion de la santé et d'éducation pour la santé dans le but de préserver, d'améliorer cette dernière. La santé, élargie à une triple dimension – biologique, psychique et sociale –, reçoit une définition positive. La santé n'est plus seulement l'absence de maladie, elle désigne un état de bien-être complet, physique, psychique et social. L'approche par la combinaison de ces trois axes – le physique, le psychique et le social – rend dans le même temps obsolète le principe de causalité exclusivement organique de la maladie, qui est dorénavant la résultante « d'une multitude de "causes" », aussi bien somatiques que psychologiques ou sociales. Il ne suffit pas d'un microbe, écrit Anne Golse, mais de la conjonction de celui-ci avec des soucis, des conditions sociales difficiles pour créer la maladie. Ces nouvelles « causes », les facteurs de risque, sont issues d'une nouvelle conceptualisation de la maladie, sous la forme de ce qu'on appelle le "risque"²⁰. La maladie constituant un risque, il s'agit de prévoir la survenue de cet événement, d'en établir les facteurs de risque en vue de le prévenir. « Les facteurs de risque deviennent ainsi une nouvelle figure d'un destin, particulier puisqu'il n'est plus inéluctable mais virtuel, qui impose de modifier le présent au nom d'un futur raisonnable. À travers ce changement radical s'introduit une nouvelle normativité, non pas biologique mais comportementale : l'individu *peut – et doit* – se rendre maître de son destin en acceptant de devenir producteur de sa santé et non plus consommateur passif du système de soins et surtout de sa propre vie. [...] Il nous faut désormais entrer dans un processus continu d'auto-production de soi, de contrôle de soi, dans un gouvernement de soi et une modélisation de soi qui soient productifs²¹. » À travers ces mutations se fait jour le processus de construction des sujets que l'on veut responsables et adaptables et la manière de les gouverner qu'ont les pouvoirs publics, via la gestion des risques qui permet de localiser l'irruption du risque²².

Reste que, dans cette optique, la maladie mentale demeure à deux titres au moins une stigmatisation sociale. En premier lieu, la question de l'autonomie du sujet, qui fonde cette nouvelle normativité comportementale qu'est la responsabilisation, est bien souvent mise en cause par le trouble mental, quand ce ne sont pas les représentations d'une personne aliénée – au sens où elle est incapable d'exprimer sa volonté – qui entravent l'autonomie de l'individu. En second lieu, cette stigmatisation se manifeste concrètement à travers la notion de sécurité, par l'exclusion du champ du droit ordinaire et par l'appartenance à un droit d'exception. En effet, les mesures d'hospitalisation sans consentement – l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) et l'hospitalisation d'office (HO) – sont des privations de liberté d'un type particulier puisque, fidèle à la loi de 1838, leur mise en œuvre ne requiert pas l'intervention de l'institution judiciaire

20. Cf. *infra* Anne Golse, « La médecine de la santé, nouveau fondement de l'institution psychiatrique », p. 55.

21. *Ibid.*

22. D. Fassin, « Gouverner des populations, produire des sujets », séminaire EHES, 2001-2002.

(pourtant seule compétente selon les principes élémentaires du droit qui caractérisent nos systèmes démocratiques²³), alors même que l'on parle sans cesse de démocratie sanitaire²⁴. Malgré l'autonomie relative du patient en psychiatrie et la nécessité de soins, dictée par l'ordre public, il apparaît indispensable, dans le sillage du paradigme de la médecine de la santé, de repenser différemment – en tout cas de façon plus cohérente – les soins sans consentement.

Actuellement, deux contextes de soins sans consentement²⁵ peuvent être distingués (cf. *infra*, Claude Barthélémy, « Éthique de la contrainte en psychiatrie », p. 69) :

– dans le cadre de l'hospitalisation en psychiatrie (HDT et HO), réglementée par la loi du 27 juin 1990²⁶, c'est la prise en considération du danger effectif ou potentiel que représente le malade pour lui-même ou pour autrui et la non-reconnaissance de la maladie qui motivent la mise en place de mesures à visée sécuritaire. La contrainte porte explicitement sur l'hospitalisation et implicitement sur les soins, ce qui signifie que le législateur amalgame l'hospitalisation et le traitement ;

– en dehors de l'hospitalisation en psychiatrie (car l'obligation ne se restreint pas à une hospitalisation, pas plus qu'elle ne se limite au champ de la psychiatrie), l'obligation de se soigner en échange d'une incarcération peut être plus ou moins contraignante. La loi de 1998 sur les délinquants sexuels²⁷ donne aux tribunaux le pouvoir de condamner à une injonction thérapeutique dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. La loi de 1970 sur les toxicomanes suspend l'action publique si « les personnes se sont conformées au traitement médical qui leur aura été prescrit et l'auront suivi jusqu'à son terme²⁸ ». C'est la même logique d'échange qui est à l'œuvre dans la loi de 1954 sur les alcooliques dangereux, avec un moindre aspect contraignant²⁹.

Soulignons toutefois les acceptions différentes du consentement sur les plans médical et juridique et les incompatibilités qu'elles génèrent. Sur le plan légal, il y a ou il n'y a pas consentement, lequel a pour objet les soins. La définition médicale, et particulièrement psychiatrique, est plus complexe. Elle insiste sur l'aspect contingent du consentement. Ce dernier a forcément un aspect pratique et ne peut être défini que par les professionnels concernés. Le consentement a de ce fait également une dimension construite et évolutive (il existe plusieurs

23. P. Clément, *op. cit.*, p. 9. Voir aussi J.-C. Cordier, F. Pouyollon, « Soins sans consentement », *L'information psychiatrique*, n° 7, septembre 2001, p. 700.

24. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, titre II : démocratie sanitaire.

25. Cf. B. Lachaux *et al.*, « L'obligation des soins, hors les murs aussi », *op. cit.*, p. 402, et B. Lachaux *et al.*, *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, n° 33, décembre 1999, p. 80. Le consentement étant défini de façon floue comme « un simple acquiescement superficiel ».

26. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative au droit et à la protection des personnes hospitalisées en raison des troubles mentaux et à leur condition d'hospitalisation.

27. Loi de 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles. Articles L. 3711-§1 à L. 3711-§5 du Code de la santé publique.

28. Article L. 628-§1 du Code de la santé publique.

29. J.-C. Cordier, F. Pouyollon, *op. cit.*, p. 701.

degrés de consentement : obligatoire, impossible, partiel, implicite, explicite) car il a pour objet non seulement le soin, mais aussi la personne³⁰. À l'évidence, « le consentement du sujet ne peut donc pas être totalement contenu dans l'espace impersonnel du droit, il doit être conçu comme un processus variable en fonction de la situation relationnelle et de son histoire³¹ ». Cette approche est partie intrinsèque de la psychiatrie dans la mesure où le recueil du consentement peut être perturbé, voire impossible, à une période donnée. Or, jusqu'à présent, la législation ne retient pas l'éventualité de variations dans le consentement³², mais des projets de révision de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation ont vu le jour³³. Le sujet est également examiné au plan européen³⁴ (cf. *infra*, Jean Claus, « Activités du Conseil de l'Europe dans le domaine de la protection juridique des droits de l'homme et de la dignité des personnes ayant des troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique », p. 233). Le *Plan Santé mentale : l'utilisateur au cœur d'un dispositif à rénover*³⁵, rendu public en novembre 2001, s'oriente au vu des projets de réforme vers une loi despécifiée d'obligation de soins pour toute personne dont les troubles nécessitent des soins immédiats et constituent un danger sanitaire pour elle-même et/ou pour autrui et qui refuse ou est empêchée de consentir à ces soins. Tout d'abord, le projet limite les procédures de contrainte aux situations thérapeutiques qui le justifient strictement. Ensuite, il innove en mettant en œuvre une observation du patient reçu au service des urgences durant 72 heures avant toute décision de soins, contraints ou non.

L'obligation de soins constitue toujours une entorse au principe d'adhésion du patient. Mais, depuis peu, la possible incompatibilité entre les logiques de soins et de protection des droits de l'homme est reconnue à travers la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui rappelle le droit pour le patient, préalablement informé des conséquences de son choix, de refuser ou d'interrompre un traitement, quand bien même sa vie s'en trouverait en danger. Cela constitue en toute logique le corollaire de l'infor-

30. M. et N. Horassius, *op. cit.*, p. 678.

31. B. Lachaux *et al.*, « Pour un abord clinique du consentement dans la relation de soins, ou peut-on consentir à bien autre chose qu'à un peu de vérité sur soi-même ? », *op. cit.*, p. 83.

32. J.-J. Kress, « Les problèmes de base du consentement informé en psychiatrie », *Annales de psychiatrie*, n° 2, vol. 13, 1998, p. 92.

33. H. Strohl, M. Clemente, *Rapport du groupe national sur l'évaluation de la loi du 27 juin 1990*, septembre 1997.

34. *Livre blanc sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique*, Groupe de travail du comité directeur pour la bioéthique (CDBI) du Conseil de l'Europe, janvier 2000.

35. B. Kouchner, *Plan Santé mentale : l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, novembre 2001.

mation du patient. L'article L. 1111-§ 4 énonce : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-§ 6, ou la famille, ou à défaut un de ses proches ait été consulté³⁶. »

NON-DEMANDE DE SOINS ET DROIT D'ÊTRE SOIGNÉ

Entre les deux extrêmes où tantôt le malade n'a pas accès aux soins, tantôt il est contraint de s'y soumettre, d'autres situations tendent à se multiplier et témoignent d'une mutation de la nature de la demande de soins, qui accompagne inévitablement les transformations des définitions de la maladie et de la santé et la manière d'appréhender ces dernières : il s'agit de la non-demande de soins. « Le symptôme ne peut alors être compris qu'en regard d'une histoire personnelle », souligne Charles Alezrah³⁷. Parce qu'elle ne parvient pas à être formulée par le patient lui-même, la demande de soins est relayée par un tiers : souvent un intervenant social lorsqu'il s'agit de personnes en situation de précarité. « On peut décrire deux extrêmes à cette non-demande, écrit Jean Furtos : la première se situe du côté de l'incurie, c'est-à-dire la perte totale du souci pour soi-même, pour sa santé, qui est l'un des points essentiels du *syndrome de désocialisation* [...] et du *syndrome d'auto-exclusion* [...]. Mais une autre extrême clinique se manifeste souvent : celle de la récusation active de la proposition d'aide. Que la non-demande soit passive ou active, elle fait signe de gravité psychique et elle est à respecter dans la mesure où la confronter en force renforce les défenses. Mais alors, comment l'entendre sans abandon à personne en danger ? Comment ne pas entrer dans un respect de pure forme de la liberté d'autrui, formalisme qui constitue une lâcheté dans l'attente idéalisée de la "demande"³⁸ ? » La souffrance psychique qui affecte nombre de personnes sans qu'elles puissent toujours l'exprimer comporte une dimension personnelle mais aussi une dimension sociale, comme l'explique Emmanuel Renault (cf. *infra*, « Mépris social et souffrance psychique », p. 43) : « La dimension sociale de la souffrance est un fait réel et le fait que la société produise massivement cette souffrance est sans doute la marque d'une irrationalité sociale qui doit être politiquement prise en compte. On doit à Axel Honneth [philosophe allemand] d'avoir mis en lumière le fait que dans l'expérience de l'injustice que vivent les plus démunis, ou plus généralement les victimes de l'ordre social, il y a bien plus que la conviction que des principes de justice sont lésés, il y a souvent le sentiment que la valeur même

36. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

37. C. Alezrah, « L'illusion de la transparence », *Professions santé infirmier infirmière*, n° 29, septembre 2001, p. 20.

38. Cf. *infra*, Jean Furtos, « Que signifie une demande de soin par un intervenant social ? », p. 175.

de l'existence n'est plus assurée, que les conditions qui permettent de garantir notre propre dignité ne sont plus remplies. » En fait, le rapport positif à soi est constitué par trois types de reconnaissance : la reconnaissance affective de l'amour et de l'amitié dont dépend le rapport positif à soi, appelé « confiance en soi » par Axel Honneth ; la reconnaissance juridique de la valeur de notre liberté, nommé « respect de soi » ; la reconnaissance de la valeur sociale de notre travail ou encore « l'estime de soi ». Selon que l'absence de reconnaissance se situe plutôt sur un plan affectif, juridique ou social, c'est soit la confiance en soi, soit le respect de soi ou encore l'estime de soi qui est atteinte et qui est à l'origine de la souffrance sociale.

DROIT D'ÊTRE SOIGNÉ : LES ASSOCIATIONS DE PATIENTS, MOTEURS DE CHANGEMENTS

En faisant leur entrée dans le champ de la médecine, les droits des usagers ont bouleversé le fonctionnement traditionnel des soins. La médecine française a longtemps été marquée par une relation médecin-malade de type paternaliste fondée sur une « confiance-attachement » – au sens où l'on s'en remet à quelqu'un³⁹ – qui souligne l'aspect profondément asymétrique du lien. Cette attitude trouve son explication pour une part dans une certaine conception de l'État héritée du modèle de la monarchie de droit divin, où l'individu n'est que l'usufruitier de son corps qui appartient à l'État, lequel peut par conséquent en disposer comme bon lui semble⁴⁰. Un deuxième élément réside, selon Michel Horassius (cf. *infra*, p. 77), dans le fait que « l'angoisse, la douleur, la diminution des ressources psychiques dues à la maladie induisent le patient à rechercher auprès de son médecin une relation particulière où ce dernier pouvait donner libre cours à ses sentiments de bienveillance et de bienfaisance ». Le paternalisme est apparu définitivement désuet dès lors que le recueil du consentement de la personne qui se prête à des recherches biomédicales, contenu dans la loi du 20 décembre 1988, s'est constitué en pivot et qu'il a été repris dans son principe par l'ensemble du champ médical.

Le patient est désormais acteur. D'un point de vue individuel, il exige son consentement à la réalisation des actes techniques, il exige de la qualité dans les soins, ainsi que toutes les informations qui lui semblent utiles, si bien qu'on a parfois le sentiment qu'à la relation malade-médecin se substitue une relation client-fournisseur de type consumériste qui entame sérieusement la « confiance en tant que remise de soi⁴¹ » prévalant jusque-là. En manifestant sa volonté, le patient affirme sa liberté et échappe ainsi à la soumission au médecin. La participation de l'utilisateur a également une portée collective : son implication est de plus en plus marquée dans l'élaboration des politiques de santé et dans le

39. G. Cresson, « La confiance dans la relation médecin-patient », dans G. Cresson, F.X. Schweyer (sous la direction de), *op. cit.*, p. 336.

40. S. Rameix, *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, Ellipses, 1996.

41. G. Cresson, *op. cit.*, p. 337.

fonctionnement des institutions de soins (cf. *infra*, M. Horassius, « Participation, dignité, liberté : enjeux et limites », p. 77).

Après le pouvoir des professionnels à l'hôpital⁴², peut-on maintenant parler du pouvoir des malades ? Dans une optique individuelle, en tant que citoyen, le patient est « dans une situation toujours égale à tous les autres en termes de droits et de devoirs », écrivent Bernard Lachaux et ses collaborateurs⁴³. « Mais il est comme malade dans une situation beaucoup plus inégale quand il s'agit d'être par essence confronté à la maladie et à la mort et d'attendre réconfort et soins de soignants supposés nantis de connaissances et donc de pouvoirs. » Si la situation dans laquelle se trouve le patient est sans conteste marquée par la vulnérabilité, ce qui a changé, c'est que cet état ne le réduit pas pour autant à une totale soumission face au pouvoir médical. Parler du pouvoir des malades dans une perspective collective, c'est faire référence aux patients regroupés en associations afin de défendre leurs intérêts. Cependant, en psychiatrie, la constitution d'associations n'a rien d'évident car, d'une part, les patients n'ont pas l'habitude de s'exprimer, d'autre part les pathologies dont ils souffrent les fragilisent. « La maladie désocialise, explique Claude Finkelstein, présidente de la Fnapp-Psy, et en même temps resserre sur soi-même. Cela ne nous vient pas à l'idée de rencontrer les autres et d'échanger nos savoirs et nos expériences⁴⁴. » Voilà pourquoi le soutien des soignants est indispensable : « Par expérience, nous pouvons dire que toutes nos associations ont été fondées avec le regard et l'aide plus ou moins importante d'une unité soignante ou d'un soignant. Il n'y en a pas une qui échappe à ce critère⁴⁵. »

Rapidement, les associations de patients comme celles de leurs familles ont vu s'accroître leur légitimité. Elles puisent leur reconnaissance dans le fait que les malades sont « des experts de leurs maladies, des experts d'expérience, et qu'ils le sont d'autant qu'ils sont délaissés par les institutions en charge des politiques de la santé et que leur pathologie est évolutive et chronique », pour citer Michel Callon et Vololona Rabeharisoa⁴⁶. « Les parents et les patients rassemblés en associations [...] sont devenus compétents et même professionnels, car ils savent de quoi ils parlent, sans recherche de notoriété et sans fauxsemblant⁴⁷. » On en trouve une illustration convaincante dans le domaine du sida avec le travail accompli par l'association Aides : « Au sein de ce collectif, les échanges ont été nombreux entre professionnels et malades, permettant aux

42. J.-M. Clément, *Les pouvoirs à l'hôpital*, Paris, Berger-Levrault, 1990.

43. B. Lachaux *et al.*, « Pour un abord clinique du consentement dans la relation de soins, ou peut-on consentir à bien autre chose qu'à un peu de vérité sur soi-même ? », *op. cit.*, p. 80.

44. C. Finkelstein (entretien avec), « La Charte de l'utilisateur, support à une éthique du soin », *Pratiques en santé mentale*, n° 2, 2002, p. 17.

45. *Ibid.*

46. M. Callon, V. Rabeharisoa, « L'invention de nouvelles formes d'association : l'exemple de l'Association française contre les myopathies », *Réadaptation*, n° 483, p. 25.

47. G. Baillon, « La rencontre comme point d'ancrage », *Santé mentale*, n° 59, juin 2001, p. 41.

malades d'acquérir une connaissance scientifique sur la maladie et sa prise en charge thérapeutique », explique Véronique Ghadi (cf. *infra*, « Les associations, moteur de changements à l'hôpital : une question de légitimité », p. 131). La visibilité de l'implication des patients et de leur entourage devient encore plus grande à travers l'exemple de l'Association française contre les myopathies (AFM), où la constitution du corpus de connaissances sur la maladie est le seul fait des malades et de leur famille, qui orientent les activités de recherche. Ce sont des « associations partenaires » à la différence des « associations auxiliaires⁴⁸ », comme Aides par exemple. La prise de conscience que le regroupement, en rompant avec l'isolement, permet de mieux affronter la maladie est un autre élément qui contribue à la reconnaissance des associations de patients. Ce sont toutes ces notions que l'on retrouve dans la « maladie-métier », catégorie élaborée par Claudine Herzlich à la fin des années 1960 et qui, plusieurs décennies après, a gardé toute sa pertinence. Concept qui désigne « l'expérience d'une maladie longue et éprouvante, [la maladie-métier] consiste à considérer que lorsque l'on est malade, la personnalité sociale ne s'anéantit pas mais se transforme et le rôle social est remplacé par un rôle du malade, rôle extrêmement actif. Être malade et parvenir à lutter contre sa maladie constitue un véritable métier⁴⁹ ».

En outre, dans leur pratique soignante, les professionnels ont compris l'intérêt d'une proximité avec les familles : « Le lien entre la famille et le patient est un point d'origine et un point de retour, c'est une ressource essentielle [...]. L'indifférence des soignants à leur égard annule les efforts thérapeutiques car, dans la vie quotidienne, parents et patients sont dans une interaction constante⁵⁰. »

Récemment, le rôle et la place des associations de patients et de familles de malades au sein de l'hôpital se sont vus confortés, comme en témoigne la loi de modernisation du système de santé, qui s'est largement inspirée des propositions des collectifs d'usagers. L'article 16 prévoit : « Dans chaque établissement de santé, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge⁵¹. » Cette commission a pour objectif de faciliter les démarches des malades et de leur entourage, de se prononcer sur la politique menée dans l'établissement s'agissant de l'accueil et de la prise en charge (elle est informée des plaintes qui sont adressées et peut par conséquent avoir accès aux informations médicales relatives aux réclamations). Au-delà de cette reconnaissance locale des associations à incarner l'usager, qui faisait quelque peu défaut jusqu'alors, il nous semble voir se profiler une profession-

48. M. Callon, V. Rabeharisoa, *op. cit.*, p. 25.

49. C. Herzlich (entretien avec), « Raconte-moi ta maladie », *Santé mentale*, n° 68, mai 2002, p. 24.

50. *Ibid.*

51. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

nalisation des collectifs d'usagers à travers l'agrément par l'autorité administrative compétente des associations « régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades. L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à sa représentativité et à son indépendance⁵² ». L'autre élément de la professionnalisation, exprimé dans le texte de la loi du 4 mars 2002, est l'accès des représentants des usagers à des formations leur facilitant l'exercice de leur mandat.

Sur les plans de la reconnaissance et de la légitimité de ces associations, ce sont d'extraordinaires progrès qui viennent d'être réalisés au cours de ces dernières années, si l'on en juge par cette approche développée dans les années 1950 par le sociologue américain Talcott Parsons⁵³ : « Le rôle du malade constitue [...] un mécanisme qui canalise la déviance, de telle sorte que deux très dangereuses virtualités se trouvent écartées : la formation d'un groupe de déviants et leur prétention à faire reconnaître leur légitimité. » Parlant de la relation médecin-malade, il poursuit : « Les malades sont liés, non pas à d'autres déviants pour former un "sous-groupe" ou une "sous-culture", mais chacun à un groupe de non-malades, son cercle d'amis et de familiers, et surtout à son médecin. C'est ainsi que les malades constituent un groupe seulement du point de vue statistique, mais se voient refuser la possibilité de constituer une collectivité solidaire. » Ce qui semblait être pure utopie dans les années 1950 est devenu réalité : « La maladie engendre ainsi une identité de groupe⁵⁴ [...] » On mesure le chemin parcouru !

Dans le domaine de la psychiatrie, l'Unafam et la Fnapp-Psy travaillent en étroite collaboration⁵⁵. « Ils sont devenus un partenaire à l'échelon local et national, exigeant, lucide et incontournable⁵⁶. » Leurs récents travaux ont fait reconnaître le concept de handicap psychique résultant de troubles mentaux et ses conséquences que sont l'isolement et les difficultés d'insertion dans la vie sociale⁵⁷. Leur objectif est de mettre en place pour ces personnes une stratégie d'accompagnement fondée sur un travail en réseau entre professionnels de la santé, du social et élus locaux, dépassant le traditionnel cloisonnement entre le

52. *Ibid.*

53. T. Parsons, « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne », dans T. Parsons, *Éléments pour une sociologie de l'action*, traduction de F. Bourricaud, Paris, Plon, 1955, p. 251-253.

54. M. Callon, V. Rabeharisoa, *op. cit.*, p. 25.

55. Ils ont publié *Le Livre blanc des partenaires de santé mentale France*, Paris, Les Éditions de Santé, 2001.

56. G. Baillon, *op. cit.*, p. 41.

57. M. Charzat, *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap – du fait de troubles psychiques – et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*, rapport à Madame Ségolène Royal, ministre déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes handicapées, mars 2002.

médical et le sanitaire. Pour ce faire, l'alliance des associations de malades et de leur famille avec les professionnels de santé crée une véritable synergie. À ce titre, l'idée, que l'on rencontre au détour de certaines publications, d'un contre-pouvoir que constitueraient les collectifs de patients nous semble peu fondée. Et si l'on adhère à la théorie de François Vedelago selon laquelle « l'utilisateur est construit comme un atout stratégique par les procédures mises en place dans le système de santé, dans le cadre de la modernisation des services publics⁵⁸ », cet usager a su, nous semble-t-il, tirer profit de cette situation en gagnant le droit d'exister et de contribuer à des actions (cf. *infra*, Paul Arteel, « La participation des patients, l'expérience flamande », p. 143).

DEVOIRS DU PATIENT ET DROITS DES SOIGNANTS

Les représentations habituelles de la maladie intègrent deux attitudes : se reconnaître souffrant et accepter de se faire aider. Pour le dire autrement, la société a, à l'égard d'une personne malade, des attentes de rôle. Sur ce point, les travaux de Talcott Parsons ont constitué un apport qui a inspiré d'autres sociologues⁵⁹. Pour Parsons, tout système social impose des normes en lien avec des valeurs qui renvoient à la culture. « La connaissance de ces valeurs permet aux individus ou aux groupes – les acteurs – d'élaborer un comportement correct en relation avec l'attente des autres à leur égard, et donc d'avoir à leur tour un comportement conforme à ces attentes⁶⁰. » Dans sa théorie de l'action⁶¹, Parsons dégage cinq couples de valeurs qui sont au fondement du système social et qui, malgré le choix possible de l'acteur entre deux opposés, agissent comme des contraintes. Parsons a notamment appliqué ce modèle à l'interaction médecin-malade :

- affectivité/neutralité affective : l'acteur peut se laisser guider par ses sentiments ou au contraire les brider ;
- orientation de l'action vers la collectivité ou, à l'inverse, vers soi ;
- universalisme/particularisme de l'action : c'est l'utilisation de critères généraux applicables de manière universelle ou, au contraire, ces critères sont spécifiques à chaque acteur ;
- qualité/accomplissement : l'évaluation de l'action d'autrui repose soit sur ses qualités individuelles, soit sur ses performances par rapport au résultat de son action ;
- spécificité/diffusion : l'acteur peut s'intéresser à un aspect qui touche la personne ou l'appréhender dans sa totalité.

58. F. Vedelago, *op. cit.*, p. 56.

59. Chez C. Herzlich, on retrouve par exemple l'idée de la maladie qui est une forme de déviance.

60. J.-P. Durand, R. Weil, *Sociologie contemporaine*, Paris, Vigot, 2^e édition revue et augmentée, 1997, p. 480.

61. T. Parsons, *The Social System*, New York, The Free Press, 1951.

Ce qui caractérise la pratique médicale, c'est la *neutralité affective*, l'*universalisme*, l'*accomplissement* et la *spécificité* (Parsons l'entend au sens où le médecin n'est compétent que dans son champ). De façon quasi symétrique, le rôle du malade se distingue par l'affectivité, le particularisme, la qualité. Ce modèle de conduite met en scène le « bon malade » – actif – tel que se le représente le sens commun : celui qui exprime une souffrance et met en œuvre une démarche pour se soigner. Or, dans le domaine des troubles psychiques, ces devoirs des malades ne sont pas toujours remplis parce que ces derniers ne sont pas toujours en mesure de le faire. Le rôle n'a pas été écrit pour le « mauvais malade ». Mais l'ordre social ne manque pas, lorsque l'attitude du malade n'est pas en conformité avec les attentes – pour faire vite, s'il ne fait pas la démarche de se soigner –, de lui rappeler ses devoirs, quitte à employer la contrainte⁶². « De tous les rôles, celui de malade mental n'est pas le mieux défini. Celui qui est contraint de le jouer n'est pas confronté à des réactions bienveillantes de l'entourage », écrit Louis Hecktor⁶³. Les droits des malades constituent alors de précieux remparts aux exigences de la société.

Des remparts, les soignants aussi en ont besoin : ce sont leurs droits. Se prémunir des risques du métier – ceux que les malades leur font courir (même si depuis la découverte des neuroleptiques la violence a été considérablement réduite) –, c'est avoir la garantie de travailler dans des conditions réunissant une sécurité optimale permettant de prévenir certains « dérapages » ou de contenir des états d'agitation. L'institution se doit de maîtriser ces risques. À la suite d'une blessure mortelle infligée par un patient à un infirmier, le 13 avril 2002, la profession interpelle l'opinion pour empêcher que cette histoire passe inaperçue : « Le silence des médias nous renvoie que la mort de Mohamed n'est pas un événement, qu'il est dans l'ordre des choses que des infirmiers [...] soient agressés ou tués par leurs patients. [...] Ce sont les risques du métier. Mais s'il y a risque, il doit y avoir compensation de ce risque⁶⁴. » Dominique Friard poursuit : « Lorsqu'un pilote de formule 1 meurt sur un circuit, on a beau dire que ce sont les risques du métier, aussitôt, il y a enquête [...]. On évalue les mesures de sécurité. On impose éventuellement de nouvelles normes, on progresse dans la prévention et la résolution des problèmes. Nous sommes en droit de nous attendre à quelque chose de similaire dans notre cas. Si nous voulons réduire les risques, il faudra bien s'atteler à cette tâche. Qu'est-ce qui s'est passé précisément, qui a fait quoi ? Comment était organisée l'institution ? »

Les textes qui suivent nous enseignent que les droits n'existent pas sans les responsabilités et inversement, ce qui semble être une évidence. Mais, en s'attar-

62. Cf., sur ce point, le concept de sociobiologie dont parle P. Rabinow : « Artifices et lumières : de la sociobiologie à la biosocialité », dans A. Ehrenberg, A. Lovell (sous la direction de), *La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, 2001, p. 299.

63. L. Hecktor, « Un rôle à jouer », *Santé mentale*, n° 68, mai 2002, p. 33.

64. D. Friard, « Nous n'oublierons pas », *Santé mentale*, n° 68, mai 2002, p. 15.

tant un peu sur le sujet, on s'apercevra que les responsabilités et les droits, aussi incontournables soient-ils, ne sont pas reconnus également. Si l'on attend des soignants et des soignés qu'ils exercent leurs responsabilités comme quelque chose allant de soi, les uns et les autres sont bien souvent obligés de réaffirmer, voire de revendiquer, leurs droits pour que ces derniers soient reconnus. Les droits constituent selon le cas une protection ou un moyen de protestation lorsqu'ils n'ont pas été respectés.

Traiter du droit d'être soigné, du droit des soignants nous renvoie à l'évolution du fonctionnement d'une société et à la place qu'y occupent les individus. Depuis les années 1960, nous assistons à la montée en puissance de l'individu responsable, en même temps que s'affaiblit « la place de la discipline dans les modes de régulation de la relation individu-société », pour reprendre les propos d'Alain Ehrenberg⁶⁵. Dans cet individualisme ambiant, l'homme veut faire valoir ses droits. En énonçant et en fixant des droits, tant pour les soignés que pour les soignants, des avancées importantes ont été faites en matière de respect des personnes ; reste maintenant à suivre les règles du jeu en les appliquant.

65. A. Ehrenberg, *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 2000, p. 15.

Édouard Zarifian

Les fondements du soin en psychiatrie

Quand on se pose la question : « Qu'est-ce que la psychiatrie ? », on s'aperçoit qu'il n'est pas très aisé de répondre. Certains s'en tirent facilement en disant que c'est une discipline médicale comme les autres. Si cela en fait rire quelques-uns, d'autres ne s'en amusent pas. On peut peut-être se demander d'où on vient ? Quand le mot « psychiatrie » est-il apparu dans le vocabulaire ? J'ai fait un constat : dans le *Dictionnaire historique de la langue française* de Rey, on apprend que l'on trouve ce mot pour la première fois en 1842. Il est mal traduit de l'allemand et qualifié de « terme théorique et rare ». Ce n'est qu'en 1900 qu'il entre dans le vocabulaire français ; le mot « psychiatrie » a donc cent ans. La psychiatrie commence il y a cent ans, puisque le mot nomme la chose. Avant, il y avait toute l'histoire des troubles mentaux. On en connaît la longue litanie avec des étapes importantes comme la distinction entre les délinquants et les exclus ou les marginaux. Puis on est arrivé à la notion d'aliéné et enfin à la maladie mentale.

Au plan de la discipline universitaire, la psychiatrie est fille de la neurologie : 1968 marque l'autonomie de la psychiatrie par rapport à la neuropsychiatrie. Je suis, du fait de mon âge, neuropsychiatre et j'ai eu comme patron des neurologues. Il a fallu du temps avant que certains universitaires choisissent de devenir psychiatres plutôt que de rester neurologues. Lorsque la psychiatrie a acquis son indépendance, une nouvelle section a été créée au Conseil national des universités (CNU) ; elle a été gérée pendant vingt-cinq ans, aussi bien en psychiatrie d'adulte qu'en pédopsychiatrie, par des neurologues. Au CNU, le professeur Michel Dugas, excellent neuropédiatre, a eu une influence considérable ; il a lancé une école qui perdure, caractérisée par une représentation très biologique de la pédopsychiatrie. Le professeur Serge Brion, ancien neurologue, était le président de la sous-section de psychiatrie adulte. Donc, étrangement,

nous étions représentés en tant que psychiatres par un spécialiste de l'anatomo-pathologie du système nerveux connu pour ses travaux sur les démences.

À partir de cette « indépendance » par rapport à la neurologie, on a fait de la psychiatrie une spécialité particulière. Le diplôme de spécialité de psychiatrie n'est pas national mais régional. Qu'il s'agisse de l'ancien CES ou du DES, il est marqué avant tout par une hétérogénéité de la formation. Quand vous êtes à Dijon, à Lille ou à Paris, et que vous allez consulter un cardiologue, vous allez voir un monsieur ou une dame qui partagent le même savoir, qui ont été formés par un même enseignement homogène et national. En psychiatrie, le contenu de l'enseignement est laissé à l'initiative des responsables régionaux et interrégionaux. Par exemple, quand on discute du statut de psychothérapeute, dire que tout psychiatre est psychothérapeute sans préciser la nature de sa formation est une escroquerie. On voit déjà l'étrangeté dans laquelle nous nous trouvons...

Quand on prononce le mot psychiatrie, il est très rare qu'on ne le lui accole pas un qualificatif. Dans le très beau livre *Histoire de la psychiatrie*, de Pierre Morel et Claude Quérel (qui est un historien), on ne trouve pas le mot psychiatrie dans la table des matières. On trouve une longue liste : psychiatrie clinique, psychiatrie biologique, psychiatrie transculturelle, mais pas psychiatrie. C'est à se demander si cela existe. Donc, à mes yeux, la psychiatrie n'est pas une et indivisible comme n'importe quelle autre spécialité médicale. D'ailleurs, quand on reprend le texte présenté par Bernard Kouchner lors de sa conférence de presse du 14 novembre 2001 et portant sur le Plan Santé mentale, le mot « psychiatrie » ou « psychiatre » n'apparaît que dans l'annexe cinq. On a donc évacué – consciemment ou inconsciemment – le mot psychiatre ou psychiatrie de la santé mentale.

Quels sont *les contenus de la psychiatrie* et, tout d'abord, le contenu est-il spécifiquement médical ? Empruntons à Vasseur, président de l'Association française de psychiatrie, sa classification en trois révolutions qui ont marqué la psychiatrie. Il date la première à l'époque de Pinel où les comportements dérangeants deviennent des maladies. Au fond, cela concerne l'individu. La deuxième révolution, c'est Saint-Alban : elle concerne les lieux d'hospitalisation. C'est, au retour des camps de concentration, la découverte de la psychothérapie institutionnelle. Enfin, la troisième révolution correspond à la politique de santé mentale dans le 13^e arrondissement de Paris, qui a très largement influencé l'élaboration et la construction de la politique du secteur. C'est la prise en compte du contexte. Il ajoute la découverte en 1952 des psychotropes, mais qui a abouti pour certains au « tout médical » ou au « tout biologique ». Y aura-t-il une quatrième révolution, correspondant au recentrage de la psychiatrie sur le psychisme ? Si la psychiatrie ne la fait pas, c'est au risque de se perdre.

En fait, les contenus de la psychiatrie, c'est-à-dire ses objets, peuvent être réduits à quatre grands domaines. Le premier domaine est celui des *pathologies mentales*. J'utilise le terme « pathologie ». On pourrait discuter longuement sur le terme « maladie », car il n'y a qu'en France qu'on emploie ce terme, et non « désordre » ou « trouble » comme on le fait en langue anglaise. Toute la classification du DSM est fondée sur cette notion de trouble que peut vivre un individu, qui n'est pas stigmatisé par un terme définitif. Quant à la notion de

maladie, elle renvoie au modèle médical et on en a fait certains abus. Cela n'est pas dévaloriser l'importance et la gravité de certains troubles psychiques que de dire que cela ne renvoie pas aux critères médicaux de maladie, c'est-à-dire à une origine microscopique, macroscopique ou moléculaire, à des symptômes objectifs et quantifiables et à un traitement pouvant être curatif et définitif. Deuxièmement, il y a *les conduites pathologiques*. Nous y sommes confrontés assez souvent, avec ou sans troubles psychiques, cela peut en être indépendant, comme les diverses addictions, comme les perversions des conduites, les actes agressifs. Le troisième volet est constitué par *les existences pathologiques*, qui s'expriment souvent par des affects anxio-dépressifs, qui concernent souvent des gens en situation d'exclusion. On est là dans le champ de la santé mentale. Ces troubles sont dus à une société qui impose une hyper-adaptation, cela est dû au malaise social, avec ses licenciements brutaux et ses conséquences. Enfin, il y a *la souffrance psychique*. Elle est profondément universelle et développée chez des gens ayant des pathologies psychiques, mais elle est inhérente aussi à tous les aléas de l'existence. Elle est totalement indépendante de toute pathologie mentale puisqu'elle est liée à la vie humaine. Faut-il la médicaliser ? Faut-il la psychiatriser ? Faut-il la traiter chimiquement ? Les deuils, les pertes, les désillusions génèrent de la souffrance psychique. Les événements existentiels, de plus en plus rudes par la perte de la solidarité et du lien dans nos sociétés, jouent sur des psychismes fragilisés dans leur singularité. « Quelle est mon identité ? » Beaucoup de gens avaient une identité par leur travail et, brusquement, cela n'existe plus.

On a vu apparaître des disciplines nouvelles comme la victimologie, la spécialisation dans la précarité, qui sont autant d'illustrations récentes du recours à la psychiatrie. La ligne de partage est théorique entre les différents spécialistes pouvant faire face aux questions qui viennent d'être évoquées. On peut schématiser : le psychologue a la compétence pour évaluer le sujet normal et l'orienter s'il y a une pathologie psychiatrique et, s'il a la formation adéquate, il peut proposer un traitement psychothérapeutique. Le psychiatre voit les sujets pathologiques, propose des traitements médico-psychologiques, puisqu'il est médecin. Le neurologue voit des sujets atteints de lésions du système nerveux. Si tout était comme cela, les choses seraient simples. Pourtant, le psychiatre est confronté à bien d'autres choses. Souvenons-nous d'un *Livre vert de la psychiatrie*, paru en 1994, qui avait demandé un réel effort de réflexion sur la réalité de la psychiatrie et qui montrait également la diversité de ses ambitions. En effet, la psychiatrie touche à des secteurs divers.

Tout d'abord, la médecine : si on supprime le symptôme, on est dans une logique médicale. Au-delà de la suppression du symptôme, on prétend proposer une réinsertion dans la société. On peut aller plus loin en imaginant qu'on peut parfois apporter un certain bonheur de vivre. On contribue également à une action sur la société en énonçant la norme et, aujourd'hui, de plus en plus, en absorbant les exclus. Enfin, les psychiatres ont aussi quelque chose à voir avec l'homme, donc avec eux-mêmes, puisque les psychiatres sont avant tout des hommes et des femmes qui défendent la valeur du sujet et, peut-être, certaines valeurs humanistes. On voit donc bien les contradictions possibles et les clivages

d'exercice du métier. On peut se demander comment le psychiatre peut être à la fois la soupape de sécurité de la société et le défenseur de la liberté du sujet. Comment peut-on être le garant du droit à être soi-même et également celui qui définit la norme pour la société ?

Parallèlement, la psychiatrie universitaire a la charge de l'enseignement. L'enseignement officiel est celui du modèle médical. Cependant, sous l'influence de pressions européennes, les instances universitaires s'interrogent en toute hâte : comment définir et former les psychothérapeutes ? Il n'y a pas de maquette nationale de formation des psychiatres au cours du DES ni de référence obligatoire à la sensibilisation à la psychothérapie ; en tout cas à la formation théorique, car la formation pratique est d'un autre ordre. C'est laissé à l'initiative de chacun. On peut passer, au cours de son DES, complètement à côté de cette dimension-là. La psychiatrie universitaire étudie la pathologie psychique avec les outils et le paradigme du somatique. On peut se demander quelles sont les avancées crédibles auxquelles elle a contribué depuis 1968. Les psychotropes ont un demi-siècle d'existence. Pendant ce temps, les connaissances sur les affections somatiques ont considérablement évolué au plan diagnostique, au plan étio-pathologique et au plan thérapeutique. Qu'en est-il des pathologies psychiques ? Certains de mes interlocuteurs, chercheurs en imagerie, disent que l'inconscient est dans les neurones, mais l'imagerie médicale n'aide pas au diagnostic de la souffrance psychique. C'est cela dont il faudrait les convaincre.

Rien n'est simple non plus parce que *la psychiatrie est atomisée*. Mais peut-il en être autrement ? Nous avons vu la diversité de son contenu et la diversité de ses modèles. Lorsqu'on est optimiste, on dit que c'est sa richesse, mais c'est aussi sa faiblesse. On est obligé de souligner l'hétérogénéité des pratiques professionnelles, qui peuvent aller d'une pratique exclusive à l'autre : tout « chimiatre » ou uniquement psychanalyste ; hétérogénéité de la formation : l'une officielle et universitaire, l'autre parallèle, officieuse, laissée à l'initiative de chacun ; hétérogénéité des modalités d'exercice, qui n'est pas uniquement public/privé ou associatif : aujourd'hui, le psychiatre se trouve de plus en plus impliqué dans la société. Ainsi, de jeunes collègues abandonnent la pratique pour travailler pour des entreprises et faire du *coaching* de cadres. Ensuite, il y a l'hétérogénéité des lieux de savoir. La Fédération française de psychiatrie avait essayé de rassembler les lieux de savoir et avait été étonnée de constater la multitude de micro-sociétés savantes qui existent en France. Lorsqu'on est cardiologue ou gastro-entérologue, il existe une seule société savante nationale. La Fédération française de psychiatrie, aussi louables qu'aient été ses intentions, n'a pas réussi à abolir cette atomisation. En deux mots, la psychiatrie existe-t-elle avec la robustesse des autres disciplines médicales, une et indivisible, ou est-elle une invention créée par un mot ayant cent ans d'existence ?

Les rapports de la psychiatrie avec la santé mentale constituent une autre question. La première étape est de s'interroger sur la place du psychiatre et de son savoir au sein de la santé mentale. On peut se demander, lorsqu'on lit les cinquante-six pages du plan de Bernard Kouchner, si la psychiatrie ne s'est pas diluée dans la santé mentale. Certes, d'autres métiers sont apparus qui ont créé d'autres offres. Les infirmiers spécialisés, les travailleurs sociaux, dont les

activités se développent, les psychologues hospitaliers, qui pèsent d'un poids réel en certains endroits mais pas encore partout, et il y a d'autres besoins de la population, d'autres demandes. On a cependant le sentiment que la psychiatrie a perdu tout intérêt pour le psychisme, qui était sa spécificité. Cela n'intéresse pas les enseignants officiels et, naturellement, c'est devenu le domaine des psychologues et des psychothérapeutes. Les psychiatres ont également perdu la maîtrise de l'utilisation des psychotropes au profit des médecins généralistes. Les psychotropes sont prescrits maintenant à 90 % par les médecins généralistes.

La psychiatrie s'est également fragmentée en micro-spécialités et c'est là quelque chose qu'elle partage avec le monde médical en général. On se spécialise dans le domaine de l'anxiété, dans celui de la dépression, etc. À côté de cela, le secteur peine à progresser. Pourquoi ? Lorsqu'on est acteur de soin dans un secteur, quelle que soit la spécificité professionnelle, on est un peu débordé par des tâches trop diversifiées avec des moyens qui sont en totale régression. Je suis le témoin de cette fabuleuse hétérogénéité des moyens existants selon les secteurs et, là encore, il y a une franche inégalité de l'accès aux soins selon les lieux géographiques. À l'hôpital général, on a parfois des difficultés avec la direction des établissements pour faire entendre ce qu'est la spécificité de la psychiatrie. Le PMSI est là. Il faut que les malades soient calibrés et leur durée de séjour standardisée. On est confronté dans le secteur au grand problème de l'articulation du sanitaire et du social : qui fait quoi ? On est aussi, et c'est à déplorer, en cloisonnement avec les confrères du secteur libéral.

Les critères administratifs sont économiques et nous travaillons tous à moyens constants. Pourtant, on nous demande d'innover. La voix des usagers s'élève enfin et elle se développe, ce qui est une bonne nouvelle. Mais les vocations se découragent. J'ai fait partie, récemment, d'un jury de concours de praticiens hospitaliers, il y a plus de 800 postes vacants. Je reçois de temps en temps des appels téléphoniques de directeurs d'hôpitaux qui me disent qu'ils sont dans un secteur sinistré, qu'il n'y a plus de titulaires. Il y a donc une hétérogénéité des secteurs parce qu'il y a des endroits où les gens ne veulent pas aller travailler. Les psychiatres libéraux font partie, avec les pédiatres, des spécialités médicales les moins rémunératrices et la vie du praticien hospitalier de secteur n'est vraiment pas une vie de rêve à certains endroits.

La santé mentale a le vent en poupe. Elle s'est confortée à partir des nouvelles exigences de la société, des besoins diversifiés des usagers qui se font entendre et, tout récemment, à partir d'une volonté politique. Celle-ci aura-t-elle une suite ? Souhaitons simplement que cet effort ne reste pas lettre morte.

Quelques propos, maintenant, sur les rapports de la psychiatrie et de la santé mentale et des alliances utiles entre les acteurs et les partenaires de la santé mentale. Le *Livre blanc* de Santé mentale France présente de l'intérêt. Il faut faire attention de ne pas programmer, évidemment sans le vouloir, la mort de la psychiatrie. La notion de « handicap psychique » a la volonté louable de déstigmatiser mais risque de déraper vers le handicap en général. Il y a le précédent de l'autisme où, pour des raisons défendables au plan financier, on a fait de l'autisme un handicap parce qu'il était pris en charge par les conseils généraux et par un budget différent du sanitaire et de la Sécurité sociale. Le mot « accom-

« accompagnement » est également un mot que l'on peut soutenir à condition qu'il ne soit pas obligatoire. Un accompagnement obligatoire veut dire une contrainte lourde pour le sujet et, si l'on n'y prend garde, on étouffe la spécificité de la psychiatrie.

Les bons sentiments sont parfois normatifs et la santé mentale, dans cette conception, ne laisse pas beaucoup de place à ce qui est la spécificité de la psychiatrie. Soit la psychiatrie, définissant mieux son identité et ce que sont ses rapports au sujet souffrant, se place à la marge de la santé mentale, c'est-à-dire comme acteur parmi d'autres au sein de la santé mentale, soit elle y est incluse. C'est le cas actuellement avec la notion de secteur où le chef de secteur est le chef d'orchestre des activités de santé mentale en secteur public. À ce moment-là, comme la psychiatrie ne pourra plus être hégémonique comme elle le fut par le passé (le chef de secteur décidait seul de beaucoup de choses, mais les temps ont bien changé), elle s'y dissoudra définitivement. La conférence de presse sur la santé mentale faite par Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la Santé, le 14 novembre 2001, est claire à ce sujet ; d'ailleurs, le mot « psychiatrie » n'apparaît que trois ou quatre fois dans les cinquante-six pages de son texte. Il y a eu des réactions. Il y a eu des réactions aussi au rapport de Piel et de Roelandt qui sont sans ambiguïté. On peut ainsi lire, de Jean-Michel Havet : « Rapport de type sociologique, il semble éliminer de la réflexion scientifique toute référence à un repérage psycho-pathologique, absence de réflexion qui confirme la nécessité de mettre en place des états généraux *de la santé mentale* [on parle bien de la santé mentale, on ne parle plus d'états généraux de la psychiatrie] afin de transmettre aux pouvoirs publics ce que nous savons de la psychiatrie. » Ils disent aussi : « Le *Livre blanc* de Santé mentale France témoigne d'une position non hostile à la psychiatrie. » Quelques lignes de Jean-Pierre Rumen : « La santé mentale ne connaît pas de critère universel si ce n'est de l'ordre du public et ceci ne comporte pas la prise en compte du désir, c'est-à-dire du sujet. Ainsi il ne faut pas hésiter à dire que le projet de redéploiement de la psychiatrie vers le champ plus global de la santé mentale n'est rien d'autre que le plan d'éradication de la psychiatrie comme activité n'ayant qu'à connaître et à répondre de la dimension mentale. » Il y a donc des gens qui réagissent et qui se font entendre.

Abordons maintenant le soin en psychiatrie. Donc, sans jouer sur les mots, on peut différencier les soins et le soin. Le soin s'adresse au sujet souffrant. Les soins englobent d'autres désirs que ceux du sujet souffrant ; ceux des proches, ceux de la société, ceux de l'ordre public. Il ne s'agit pas d'établir des frontières étanches, bien sûr, mais plutôt de positionner le psychiatre dans la spécificité de son action – dispenser le soin –, et les acteurs de la santé mentale, dont le psychiatre peut faire partie, dispenser les soins. Soigner est un terme emprunté à la médecine, et quand on soigne, en médecine, on aimerait bien impliquer la guérison. Que signifie la guérison en psychiatrie, sauf au plan symbolique ?

On a en psychiatrie des références à plusieurs modèles, qui sont le modèle médical, le modèle psychodynamique, le modèle social dans ce qu'il a de normatif. Évidemment, nous ne serions pas tolérés en psychiatrie si nous ne réintégrions pas le malade déviant dans la norme sociale. Il y a donc une pluralité et, de ce fait, une différence d'objectifs. Qu'est-ce que l'intérêt du sujet ? Par

qui est-il défini ? Peut-il être défini exclusivement par lui-même ? On a à répondre à l'intérêt des proches, de la société. Est-ce que ces intérêts sont en coïncidence ? Mettons également en perspective la question des outils de soins : du médicament à la thérapie analytique, de l'hypnose à l'électrochoc, de la thérapie cognitivo-comportementale à la sophrologie, faites la liste des soins qui sont proposés. Existe-t-il un fil conducteur à travers la finalité de ces soins ? Y a-t-il une homogénéité ? Aborder les soins, c'est nécessairement évoquer la manière dont s'intriquent et se distancient les aides sanitaires et sociales et les rôles de chacun. Quelle est la part spécifique du psychiatre et celle des autres acteurs de la santé mentale ? Le lieu du soin doit aussi être évoqué. Quand on est psychiatre libéral, on exerce dans un cabinet. Mais on doit réfléchir à cette proposition du politique qui nous édicte : maintenant vous ferez 40 % des soins en hospitalisation, 60 % des soins en externe. Je suis profondément d'accord, mais ça doit venir de nous. Est-ce que le politique oserait interférer sur un tel sujet dans une autre discipline médicale, chirurgicale par exemple, en disant : « Vous devez faire tant d'interventions par endoscopie, tant d'interventions à ciel ouvert » ? D'autres questions pourraient être encore évoquées : le soin sous contrainte ressort-il de la psychiatrie ou de la santé mentale ? Le soin sous contrainte est-il plus une volonté de la société ou plus une volonté du psychiatre qui a en tête la relation duelle ? De même que l'expert en psychiatrie est plutôt du côté de la justice : il utilise son savoir, mais pas toujours pour le bénéfice du détenu. Nous nous trouvons là dans une ambiguïté qui n'a jamais été suffisamment discutée. Au fond, est-ce que le soin spécifiquement psychiatrique n'est pas irréductible à la relation duelle ? C'est ça, la psychiatrie, l'art de la relation duelle.

Abordons maintenant ce qui a trait aux *fondements du soin en psychiatrie*. Aujourd'hui, on évalue tout et on nous demande d'évaluer les soins que nous faisons en psychiatrie, mais comment les évaluer ? Ce serait une grave erreur d'utiliser une méthodologie scientifique qui se réfère à l'objectivable et au quantifiable. Même pour le médicament, où l'on pourrait penser être dans le domaine du quantifiable et de l'objectivable, c'est une fiction totale ! Dans le domaine des troubles psychiques, l'évaluation des effets d'un nouveau médicament n'est jamais que la rencontre de deux subjectivités. La subjectivité de celui qui vient avec son échelle de comportement et celle de celui qui répond à ses questions. Cela n'est pas du tout pareil quand on a des signes objectifs et quantifiables, biologiques, électriques ou radiologiques. Nous ne sommes pas dans ce registre en psychiatrie ; on nous dit : on va évaluer l'anxiété grâce à une échelle de comportement et on a décidé que tels items y figureraient. Cela parce qu'il y a apparemment un consensus. Il faut voir ce que sont les consensus ! Savez-vous par exemple comment, dans le DSM, est établi le consensus qui détermine l'entrée et la sortie des entités nosologiques ? C'est fait par mailing ! L'Association américaine de psychiatrie, qui a beaucoup d'adhérents, envoie un questionnaire par la Poste à des professionnels, qui peuvent répondre ou non. Les organisateurs reçoivent par exemple deux cents questionnaires sur les dix mille envoyés et font des statistiques à partir de ces réponses. C'est le *Manuel diagnostic et statistique des troubles psychiques* ! Mais cela est une autre affaire. S'agissant des

psychothérapies, on parle beaucoup d'évaluation. Il faut voir que lorsque les assurances privées vont entrer en jeu en France, comme aux États-Unis, pour les remboursements on va demander d'évaluer les psychothérapies. Or, pour moi, il n'y a qu'un seul critère d'évaluation des effets d'une psychothérapie, c'est de demander son degré de satisfaction à celui qui en a été le bénéficiaire, c'est la seule chose qui compte à mes yeux ; les technocrates auront du mal à l'entendre, sauf ceux qui suivent une psychothérapie eux-mêmes.

En fait, le soin en psychiatrie n'a pas que des fondements médicaux et humains, mais il a – il faut le reconnaître – des fondements sociaux, légaux et même commerciaux. La médecine fondée sur la preuve n'a pas d'application dans le soin individuel en psychiatrie puisque on est le plus souvent dans l'intersubjectivité. Mais la subjectivité existe, c'est une donnée de réalité. Le psychiatre est quelqu'un qui devrait avoir appris à travailler tout d'abord sur sa propre subjectivité puis sur la subjectivité des autres. C'est un savoir qu'on doit avoir la fierté de revendiquer. Il a autant de valeur que ce qui se présente sous la forme statistique. Certes, pour faire bien, on publie aujourd'hui des algorithmes de traitement de la schizophrénie. Il existe aussi des « référentiels » – là aussi c'est un mot nouveau – du bon usage des médicaments et on organise des conférences de consensus. Il va y avoir une nouvelle conférence de consensus sur les schizophrénies. Il y en a eu une, remarquable, qui a été faite récemment en Belgique et qui a énoncé tous les biais que nous risquons de connaître dans le but d'élargir le marché des nouveaux « antipsychotiques ». C'est donc un leurre que de laisser entendre que la psychiatrie est scientifique, mais ce n'est pas une tare que de ne pas être scientifique. Est-ce qu'on demande par exemple à l'art d'être scientifique ? Le psychisme individuel ne se prête ni à l'objectivation, ni à la quantification, mais il existe pourtant tant qu'on est vivant. Un trouble psychique qui se prêterait vraiment à une approche scientifique – dans la panoplie des troubles psychiques, dont certains pourraient s'y prêter –, on appellera cela une maladie neurologique.

Une certaine psychiatrie rêve à la médecine, mais pour la médecine, la psychiatrie est encore un cauchemar. Lorsque j'ai ouvert les urgences psychiatriques au CHU de Caen, il a fallu amadouer durant un an le personnel soignant en somatique. J'ai dû inviter le surveillant-chef des urgences médico-chirurgicales, développer une relation personnelle avec lui, pour ne pas faire peur. Et j'ai entendu des réflexions – cela remonte à une dizaine d'années – du style : « Mais les infirmiers psychiatriques qui vont venir travailler vont pouvoir deviner nos pensées ! » Voilà où l'on en est en termes de représentation sociale. Les psychiatres qui rêvent à la médecine ne doivent pas oublier cette boutade : « Quand la psychiatrie dit à la médecine "je t'aime", la médecine lui répond "crève". » C'est ce qui se produit avec l'évaluation du psychisme dans la psychiatrie officielle mondialisée. Aux États-Unis, les fondements du soin en psychiatrie sont déterminés par les compagnies d'assurance et les industries pharmaceutiques. En France, dès que la Sécurité sociale co-existera avec les assurances privées, ce sera le cas. Pour l'industrie pharmaceutique, c'est déjà fait. Le DSM est un produit de cette collaboration et c'est l'industrie, en fonction des marchés, qui décide de ce que doit devenir la nosologie. Jacques-David

Beigbeder s'inquiétait du marketing des antipsychotiques qui permettra très bientôt de voir des schizophrènes partout. Ne jetons pas la pierre à l'industrie pharmaceutique, qui est dans sa pure logique, sauf qu'en face, en France, on ne trouve aucune autre information.

Développons la *justification de la spécificité en psychiatrie*. Il y a des voix qui s'élèvent défendant l'idée que la psychiatrie ne peut pas être noyée dans la santé mentale. Il est urgent de définir ce à quoi la psychiatrie est irréductible. Nombre de psychiatres exercent des fonctions diverses, parfois soignantes, dans le domaine de la santé mentale, mais qui ne relèvent pas d'une spécificité que l'on pourrait trouver auprès d'autres professionnels que les psychiatres. Dans le plan Santé mentale de Bernard Kouchner, nous avons vu quelles sont les solutions proposées pour pallier le manque de psychiatres. C'est une manière d'éradiquer la spécificité du psychiatre que de proposer des psychologues ayant des fonctions élargies au sein des secteurs – même si je respecte infiniment les psychologues –, des assistants généralistes qui pallieront le manque de praticiens hospitaliers. Les hospitalo-universitaires ont été saisis de la nécessité de monter des DU de formation des généralistes à la psychiatrie avec la validation de la spécialité par le Conseil de l'Ordre. Ainsi la citation d'un président de l'Association américaine de psychiatrie qui parlait dans un édit de la disparition programmée de la psychiatrie : « Les psychotropes sont prescrits par les généralistes, les psychothérapies sont effectuées par les psychologues, pourquoi aller voir un psychiatre ? Nous avons besoin d'un petit nombre de neuro-psychiatres collaborant avec des neurologues et des neurobiologistes. » C'est la position de nombreux universitaires de psychiatrie en France et, pourtant, des voix s'élèvent ! Ainsi la citation de Pierre Stael : « Non à la dépsychiatriation et à la démédecinalisation de la santé mentale ! La santé mentale ne saurait se confondre avec la psychiatrie. La souffrance psychique et la santé mentale ont-elles besoin de la psychiatrie et des psychiatres ? » Pierre Stael parle de « catastrophe sanitaire lorsque la santé mentale aura été vidée de la notion même de soin, de toute réponse médicale et psychiatrique adaptée, et de toute réflexion psychopathologique ».

La contestation, c'est bien, mais il faut définir ce qu'est la psychiatrie, ce qu'elle apporte et ce que n'apportent pas d'autres intervenants. Il faut pour cela faire certaines ambitions de toute-puissance. Ce n'est pas parce que je suis psychiatre et chef de secteur que je suis compétent pour diriger des identités professionnelles auxquelles je n'ai jamais été formé. Il faut revenir à la spécificité d'un savoir et d'une pratique : sommes-nous capables de les redéfinir ? Il ne faut pas médicaliser la psychiatrie plus qu'elle ne l'est mais « démédecinaliser » la médecine pour la rendre plus humaine, c'est ce que fait la psychiatrie de liaison. Des techniciens de haut niveau, chirurgiens qui font des greffes, cancérologues ou spécialistes du sida, nous disent : « On ne sait plus parler aux patients pour leur annoncer une mauvaise nouvelle, on ne sait pas parler aux familles. » Donc l'humanisation de la médecine passe par les psychiatres. Ils n'ont pas besoin d'hypermédicaliser leur discipline. Le psychiatre est le spécialiste de la souffrance psychique, qui s'exprime par la parole mais ne se mesure pas par une IRM. On peut voir en imagerie comment est le cerveau quand une personne

souffre, mais il n'y a que la parole et l'écoute pour savoir pourquoi il souffre. Rappelons-nous cette phrase de Guiraud qui disait : « La psychiatrie, c'est la science des maladies mentales. » Henri Ey lui répondait : « Non, c'est la médecine du sujet souffrant. » Un psychiatre doit rester le repère fixe d'un patient. Son itinéraire peut l'amener à circuler dans le vaste champ de la santé mentale, mais il serait bon qu'il revienne toujours vers le même psychiatre pour être entendu.

Dans cette perspective, nous sommes beaucoup plus efficaces. Osons énoncer notre spécificité auprès des pouvoirs publics : c'est la connaissance de la psychopathologie, c'est la connaissance du fonctionnement dynamique du psychisme, et la connaissance de la relation à soi et aux autres. Être psychiatre, c'est être gênant ! C'est gênant pour la société, qui veut la norme et l'harmonisation alors que nous défendons le droit à la singularité pour un sujet unique. C'est gênant pour la médecine, qui n'obéit qu'au modèle médical et qui méconnaît le psychisme, et c'est gênant pour l'administration, qui aime bien le PMSI et les groupes homogènes de malades. Beaucoup de choses lient et rassemblent les êtres humains mais ils ont leurs spécificités qui, lorsqu'elles ne sont pas reconnues, engendrent une souffrance psychique. C'est cette souffrance que le psychiatre – qui sait entendre la parole – doit contribuer à alléger.

Jacques Constant

*Droit des enfants à être soignés,
droit des équipes de pédopsychiatrie
à devenir soignantes*

LA QUESTION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE CHEZ L'ENFANT

Édouard Zarifian a dressé le constat des dérives actuelles de la politique de santé mentale pour les adultes : nos tutelles ne se soucient que de programmes communautaires destinés à des populations plus ou moins « ciblées », au risque d'oublier le sujet, son histoire singulière et sa psychopathologie. Cette problématique est au cœur de la pratique de la pédopsychiatrie depuis la naissance de notre discipline dans sa forme moderne, dans l'entre-deux-guerres, et depuis son extension dans le cadre de la politique de sectorisation (référence de départ : la circulaire de 1972). D'un certain point de vue, la discipline pédopsychiatrique est née du désir de certains psychiatres, souvent psychanalystes, de faire reconnaître dans sa spécificité la souffrance psychique de l'enfant, au prix d'une lutte contre sa méconnaissance par les adultes et, parfois même, par les psychiatres d'adultes !

La sémiologie pédopsychiatrique consiste à décrire cette souffrance psychique pendant l'enfance. Il faut ici souligner la complexité de toute sémiologie psychique durant l'enfance. Il existe une souffrance inhérente au développement le plus ordinaire. La nécessaire adaptation de la condition humaine se fait au travers de phases développementales qu'on a trop souvent prises pour des enfantillages alors qu'elles sont, au contraire, la forme fondamentale de l'angoisse humaine : peurs archaïques, évolution du lien d'attachement, qui « déchire et tisse », comme le disent Jacques Bourcy et Claude Barthélémy¹, « la trame de l'existence, de la naissance à l'adolescence » : angoisses de séparation,

Jacques Constant, *pédopsychiatre, chef de secteur, Chartres.*

1. Association nationale des présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers, *Le Livre vert de la psychiatrie*, Nantes, éd. Les Bulletins d'information spécialisés, 1994.

de castration, etc. Toute la psychologie de l'enfant a cherché à en rendre compte au xx^e siècle.

La difficulté de l'exercice pédopsychiatrique est que cette souffrance, inhérente à la condition enfantine, s'élabore le plus souvent de manière structurante, mais elle peut aussi parfois devenir pathogène (par sa durée ou son intensité) et paralyser alors le processus du développement lui-même. Cette souffrance, comme l'était jusqu'à peu la douleur physique chez l'enfant, est le plus souvent méconnue par le sujet lui-même et par les adultes qui l'entourent, ce qui pose le problème de la représentation de l'enfant dans la société. Elle se distingue de celle de l'adulte par les moyens dont dispose le sujet pour l'exprimer et l'élaborer, moyens qui dépendent de son âge et de son environnement. Enfin, cette symptomatologie, d'évolution plastique, est variable, en rapport avec la vulnérabilité mais aussi la résilience de chaque enfant.

LA QUESTION DU DROIT DES ENFANTS À ÊTRE SOIGNÉS

Croissance et dépendance définissent le statut de l'enfant. D'où l'ambiguïté sur ses droits, qui dépendent des adultes dont il dépend. D'où l'ambiguïté sur ses droits d'accès aux soins, qui passent par l'évaluation préalable de ses parents, ses enseignants, ses éducateurs. En pratique, cela veut dire que bien des enfants qui, pensons-nous, auraient pu et même dû bénéficier de nos soins, n'arrivent pas à nos consultations qui sont par ailleurs surchargées d'enfants dont nous n'estimons pas, après évaluation, qu'ils n'ont pas besoin de soins psychiatriques. Ainsi, la psychiatrie de l'enfant est toujours interrogée, et par tous ses partenaires, sur sa légitimité. Son savoir sur l'enfance (corpus théorique sur les lois de la croissance psychologique) ne lui donne pas le droit d'exercer un pouvoir sur l'enfant des autres (dépendance légale de chaque enfant). Il est donc dans la nature de la psychiatrie infantile de rencontrer des refus d'accès aux soins : « Mon enfant n'est pas fou », « Il ne faut pas le psychiatriser ». C'est pourquoi les équipes publiques de pédopsychiatrie sont engagées dans un incessant travail d'éducation sanitaire et dans un non moins incessant travail de tissage de réseaux avec tous les partenaires, au premier rang desquels les parents et les enseignants.

Du côté des parents, les professionnels des équipes de psychiatrie doivent maintenant être capables de traiter avec des parents mieux informés par Internet, par la télévision et par les associations de parents. Nous assistons à un changement positif de la pratique. Cette information n'empêche pas la dimension de la souffrance psychique de tous, enfants, parents, professionnels, car la maladie psychiatrique provoque toujours des plus-values de souffrance dans l'environnement. L'évolution des familles complique aussi la tâche des professionnels. Si les familles sont recomposées, il faut tenir compte de tous les acteurs qui gravitent désormais autour de l'enfant. Si les familles sont décomposées, il faudra travailler avec les institutions, établissements et partenaires qui se substituent peu ou prou aux parents déficients.

Du côté de l'école, la politique d'intégration officiellement proposée par l'Éducation nationale ne peut qu'obtenir l'adhésion des praticiens du soin pédopsy-

chiatrique. Finalité et moyen, l'intégration scolaire peut être la meilleure forme d'un projet individualisé avec ses trois parties : pédagogique, éducative et thérapeutique. Mais on sait que, derrière ces objectifs généreux, se cache parfois l'épuisement ou l'incapacité des institutions à faire face à leurs tâches. On voit ainsi des équipes psychiatriques qui se déchargent sur l'école d'enfants nécessitant des soins. Il s'agit alors d'inclusion en milieu scolaire et non pas d'une intégration. On voit aussi (plus souvent encore ?) l'Éducation scolaire exclure des enfants de l'école au nom même de l'intégration. On retrouve là les inquiétudes que Édouard Zarifian a développées au sujet de l'exclusion sociale des malades mentaux.

Enfin, le droit des enfants à être soignés passe aujourd'hui par le discours des *associations de parents*. Ces nouveaux partenaires, apparus depuis une quinzaine d'années dans le champ de la pédopsychiatrie, ont pris une importance incontournable. Plus exigeants parce que mieux informés, moins dépendants de professionnels de santé parce que plus unis, mieux responsables de l'avenir de leurs enfants, les parents regroupés en associations représentent, à mon avis, les partenaires de demain des équipes pédopsychiatriques. Cependant, de nombreuses associations de parents – c'est le cas pour les autistes – se sont créées sur le rejet des prises en charge psychiatriques et se sont d'abord présentées comme des adversaires des équipes pédopsychiatriques. Notons ici une difficulté spécifique à la pratique avec les enfants. Les associations sont des regroupements de parents qui défendent les intérêts de leurs enfants, bien sûr, mais de leur point de vue de parents. D'où, quelquefois, des caricatures : les équipes de pédopsychiatrie s'affirment comme défendant le « vrai » intérêt de l'enfant « contre » leurs parents ! Avec le risque, in fine, que les enfants soient privés par ce conflit de leur droit à être soignés, même si les parents ont raison d'affirmer leur droit à être éduqués. L'expérience d'un long travail avec des associations de parents d'enfants autistes montre que l'on peut individuellement dépasser ces contradictions. Mais elles restent prégnantes au niveau politique.

LA QUESTION DU DROIT DES ÉQUIPES À DEVENIR SOIGNANTES

Édouard Zarifian s'inquiète de la suppression, au ministère de la Santé, du bureau de la psychiatrie, aujourd'hui remplacé par celui de la santé mentale. Cette évolution est moins préoccupante pour nous car les équipes de pédopsychiatrie publique se sont toujours inscrites dans le cadre de la *prévention* et du *réseau de partenariat* qui définissent le champ de la santé mentale. Et cela pour la raison que l'enfant est un sujet en état de croissance et de dépendance :

– *Croissance = prévention*. Parce qu'elle s'adresse à des êtres en développement, la pédopsychiatrie a toujours eu la prévention dans ses objectifs. Notre but n'est pas seulement de répondre à la souffrance psychique immédiate (qu'il faut cependant repérer et soulager), mais d'éviter que cette souffrance n'entrave les lignes de développement futur. Cette nécessité d'articulation entre les troubles psychiatriques éventuellement déjà organisés et la perspective évolu-

tive du remaniement lié au développement a pour effet que la pratique de la pédopsychiatrie est nécessairement aussi une *pratique de la santé mentale dans l'enfance*.

– *Dépendance = réseau*. Parce qu'elle s'adresse à des mineurs en dépendance et à des adultes qui les élèvent et leur prodiguent un enseignement, la pédopsychiatrie aura toujours à traiter non seulement l'enfant mais aussi à traiter avec ceux qui ont la responsabilité de cet enfant. Elle est par nature un travail de réseau. Réseau entre adultes et institutions, comme le souhaitent nos tutelles, bien sûr. Mais surtout réseau d'élaboration et de transformation des représentations que les adultes ont de leurs rôles et de leurs images mentales à propos des enfants.

Cependant, cette inscription dans la santé mentale n'a de sens que si elle s'origine dans une *discipline psychiatrique*. Et on retrouve les questionnements de Zarifian sur la place laissée aujourd'hui par le jeu institutionnel et politique à l'activité, nécessairement subjective et subversive, de la psychiatrie. Zarifian nous a justement rappelé qu'il s'agit d'un problème de modèle. Le classique modèle médical (signes – diagnostic – traitement) reste nécessaire, mais il n'est pas suffisant pour fonder scientifiquement cette pratique humaniste et éthique que doit être la psychiatrie et avec elle sa fille, la pédopsychiatrie.

Il ne peut y avoir de place pour la pédopsychiatrie que si l'on accepte une certaine tension conflictuelle entre des représentations opposées. Du côté « pédo », les professionnels de nos équipes sont des professionnels de l'enfance. Ils sont du côté de la vie, de la fraîcheur, du développement vers l'avenir, de l'ouverture sur la nouveauté. Du côté « psy », les mêmes professionnels sont du côté de la pathologie mentale, de ses forces de répétition, de chronicité, d'immuableté et de mort. C'est avec ces deux représentations opposées qu'ils ont à composer pour affirmer leur champ de légitimité, dont les frontières se dessinent autant avec le monde des sciences de l'éducation qu'avec celui de la médecine.

Dans ce champ original, sans cesse fécondé par les apports de disciplines multiples, autant physiologiques que psychologiques, autant anthropologiques que médicales, les équipes ont à acquérir à travers leurs histoires collectives, à travers le brassage – parfois tumultueux – de diverses catégories professionnelles, une efficacité soignante. Pour cela, il leur faut connaître des références, des méthodes, apprivoiser des médiations, préciser des protocoles de soins. Le dispositif de soins ainsi réalisé ne peut pas se limiter à la technique. Il se soutient aussi de références éthiques. À ce prix, chaque projet thérapeutique peut devenir une expérience relationnelle singulière pour l'enfant, sa famille, les soignants et les partenaires. C'est cela le soin psychiatrique aux enfants. C'est cela que nous avons à faire comprendre aux enfants, à leurs parents, aux partenaires du réseau, à nos tutelles, à nos collègues et peut-être, finalement, à nous-mêmes.

Emmanuel Renault

Mépris social et souffrance psychique

Pourquoi parler de mépris social pour appréhender la souffrance psychique ? À première vue, la notion de mépris semble plus à même d'éclairer la souffrance morale que la souffrance psychique. Cependant, il sera ici question d'un type particulier de mépris, du mépris socialement institué que j'appellerai mépris social à la suite d'Axel Honneth¹. L'intérêt d'une problématique en termes de mépris social est précisément de fournir un cadre d'analyse des formes contemporaines de la souffrance d'origine sociale subjectivement ressentie. À l'heure où la psychiatrie se doit de répondre à l'exigence d'intervention psychosociale, elle ne peut plus se donner pour seul objet la maladie mentale mais elle se doit également de distinguer rigoureusement maladie mentale et simple souffrance psychique (même s'il est clair par ailleurs que les conditions de souffrance sociale extrême peuvent également avoir un destin pathologique²). Dans le rapport Lazarus, le refus de rabattre la souffrance psychique sur la pathologie et la volonté de l'appréhender à partir « de la

Emmanuel Renault, maître de conférences en philosophie, École normale supérieure, lettres et sciences humaines, Lyon.

1. Voir, par exemple, A. Honneth, « La dynamique sociale du mépris. D'où part une théorie critique de la société ? », dans C. Bouchindhomme, R. Rochlitz, *Habermas, la raison, la critique*, Paris, Le Cerf, 1996. Pour un développement du concept, voir E. Renault, *Mépris social. Éthique et politique de la reconnaissance*, Éditions du Passant, 2000.

2. C'est le cas des formes de grande précarité, qui ne constituent que l'une des catégories de la souffrance sociale, mais dans lesquelles on observe une imbrication complexe du psychique et du social. Trois types de constat s'imposent en effet à ce propos : *a)* les conditions sociales ont des incidences subjectives spécifiques qui peuvent être d'une extrême gravité, *b)* « l'exclusion peut aussi être la forme comportementale de précaire stabilisation dans le social de certaines économies psychotiques », *c)* la folie privée et la maladie du lien social peuvent se retrouver l'une par l'autre surdéterminées dans certains cas d'exclusion. Et l'on reconnaît là les embarras des demandes adressées à la psychiatrie par les divers professionnels de l'exclusion » (O. Douville, « Notes d'un clinicien sur les incidences subjectives de la grande précarité », dans *Psychologie clinique*, n° 7, 1999, p. 57-68).

demande des usagers et des intervenants sociaux » conduisait à refuser d'en donner une définition précise³. La situation n'est plus la même aujourd'hui puisque le soupçon porte sur l'idée même de souffrance psychique, qui suppose une articulation obscure de la précarité psychique et de la précarité sociale⁴. L'intérêt d'une approche en termes de reconnaissance est notamment de préciser ce rapport de la précarité psychique et de la précarité sociale, en permettant tout à la fois que la souffrance psychique soit saisie en son irréductibilité à toute pathologie mentale, et qu'elle soit interprétée dans l'horizon d'une demande de reconnaissance (de la souffrance) qui est la principale réponse que l'intervention psychosociale peut apporter⁵. On sait que la souffrance psychique est aujourd'hui considérée comme un indicateur de précarité sociale, ce qui fait craindre à certains que le concept de souffrance psychique réduise l'injustice sociale aux seules blessures de l'âme dans le cadre d'une nouvelle « sanitarisation » de la question sociale⁶. L'approche en termes de reconnaissance offre également une réponse à ce soupçon en rattachant la souffrance subjective à la lésion d'une attente située au fondement de toute exigence éthique (et donc irréductible à une simple variable sanitaire) : le désir de voir reconnu sa dignité.

1. En tant que souffrance d'origine sociale subjectivement ressentie, la souffrance psychique a une dimension sociale mais aussi une dimension personnelle car la violence sociale est reçue différemment en fonction de l'histoire personnelle des individus. On parlera de souffrance sociale pour désigner la composante sociale de la souffrance psychique et pour contredire le préjugé répandu qui réduit la souffrance à un phénomène privé, un phénomène qui ne concerne que le rapport intime d'un individu avec lui-même et sa propre histoire, qui doit donc rester dans la sphère privative de la famille et dans le secret du médical. Conformément à ce préjugé, les formes d'irrationalité sociale sont rarement conçues comme des formes de souffrance, mais plutôt comme des injustices, comme de simples infractions aux règles de la répartition des richesses et des honneurs, ou comme de simples négations des droits fondamentaux des individus. Pourtant, la dimension sociale de la souffrance est un fait réel, et le fait que la société produise massivement cette souffrance est sans doute la marque d'une irrationalité sociale qui doit être politiquement prise en compte. On doit à Axel Honneth d'avoir mis en lumière le fait que dans l'expérience de l'injustice que vivent les plus démunis ou, plus généralement, les victimes de l'ordre social, il y a bien plus que la conviction que des principes de justice sont lésés, il y a souvent le sentiment que la valeur même de l'existence

3. A. Lazarus, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale, février 1995, § 3, introduction.

4. A. Lazarus, « La souffrance psychique aujourd'hui : un concept évident et incertain », *Rhizome*, n° 5, juillet 2001, p. 1. Sur le rapport de la précarité psychique, de la précarité sociale et de la reconnaissance, voir également J. Furtos, « Précarité du monde et souffrance psychique », *ibid.*, p. 3-5.

5. A. Lazarus, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, § 3.1.

6. J. Lebas, « La souffrance psychique : un paradigme écran ? », *Rhizome*, n° 5, p. 6, et Z. Kessar, « Regard critique sur les usages sociaux et politiques de la souffrance psychique », *ibid.*, p. 13.

n'est plus assurée, que les conditions qui permettent de garantir notre propre dignité ne sont plus remplies⁷. Il est tentant de traduire ce constat en termes intersubjectifs en avançant la thèse suivant laquelle l'expérience de l'injustice provient du fait que les conditions intersubjectives qui permettent à un individu de conserver une image positive de lui-même ne sont plus remplies. Cette situation où l'existence quotidienne est prise dans des relations sociales qui lui interdisent d'obtenir une autre image de lui-même qu'une image dévalorisée, dégradée, définit indéniablement une forme de souffrance sociale. Il existe sans doute d'autres formes de souffrance sociale, mais l'on peut admettre que les formes de souffrance les plus caractéristiques de la crise économique et sociale durable que nous sommes en train de traverser relèvent du développement de différentes formes d'effondrement de l'image positive de soi-même (perte d'estime de soi, honte, envies suicidaires⁸...), phénomène que l'on peut désigner tout aussi bien par la catégorie de « troubles du narcissisme⁹ » ou de « crise de l'identité¹⁰ » (puisque l'identité n'est pas seulement la représentation d'une spécificité, mais également de ce qui fait la valeur de l'existence). La notion de mépris social désigne précisément les relations sociales qui impliquent que le rapport à autrui s'institutionnalise sous cette forme qui renvoie aux individus une telle image négative de soi-même.

Comment se constitue un rapport positif à soi-même ? Pour Axel Honneth¹¹, il est constitué dans des rapports à autrui où se satisfait notre désir de reconnaissance. Parler de rapport positif à soi, c'est parler de la manière dont l'image du moi se constitue dans des identifications primaires à ces « autrui significatifs » que sont les parents et autres modèles, c'est également parler de la manière dont le narcissisme se nourrit ensuite du rapport à autrui et de la manière dont les différents rôles sociaux endossés en viennent à constituer l'image que nous nous faisons de notre propre valeur. Le fait sur lequel il convient ici d'insister est sans doute que le rapport positif à soi étant intersubjectivement constitué, il est également intersubjectivement vulnérable. Lorsque le déni de reconnaissance est produit par l'action d'un individu particulier, ou d'une situation dégradante qui reste exceptionnelle sans pourtant être traumatique, le déni de reconnaissance produit une blessure narcissique aisément cicatrisable que l'on peut nommer souffrance morale. Que ce type de souffrance participe du normal plutôt que du pathologique, qu'en lui se joue une part du dynamisme d'une existence qui comporte à titre de dimension essentielle la lutte et la mobilisation de défenses contre la souffrance, c'est une évidence peu contestable. Mais le rapport positif à soi peut être plus profondément affecté, soit par des traumatismes qui peuvent être eux-mêmes « intrapsychiques » (dans la mesure où ils

7. Sur cette distinction de l'expérience de l'injustice et la négation des principes de justice, voir E. Renault, « Philosophie politique ou critique de la politique », dans *Actuel Marx*, n° 28.

8. A. Lazarus, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, § 2.1 et 2.2.

9. F. de Rivoire, « Au-delà du principe de réalité. Une recherche sur la psychopathologie de l'exclusion », *Psychologie clinique*, n° 7, 1999, p. 81-93.

10. C. Dubar, *La crise des identités*, Paris, PUF, 2000.

11. A. Honneth, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Le Cerf, 2000.

définissent l'histoire psychique la plus intime) ou « exogènes » (en tant qu'ils appartiennent à la violence d'une situation qui reste extérieure à l'histoire de l'individu¹²), soit par l'institutionnalisation de formes de déni de reconnaissance : la violence ne tient pas alors tant à la force traumatique qu'à la répétition sans fin et la nécessité d'une mobilisation permanente de différentes formes de défense et de déni de la réalité, dont l'une des formes est l'adaptation et l'identification aliénante à la situation et donc à la souffrance¹³, et ce que l'on peut appeler le « syndrome d'auto-exclusion¹⁴ ». C'est surtout le type de souffrance lié à ces formes de violences institutionnalisées qui sera dit social.

Axel Honneth renvoie la constitution du rapport positif à soi à trois types de reconnaissance : la reconnaissance affective de l'amour et de l'amitié dont dépend le rapport positif à soi, qu'il nomme « confiance en soi », la reconnaissance juridique de la valeur de notre liberté dont dépend le rapport positif à soi, qu'il nomme « respect de soi », et la reconnaissance de la valeur sociale de notre travail dont dépend le rapport positif à soi, qu'il nomme « estime de soi ». Cette typologie des formes de reconnaissance permet de distinguer différentes formes de souffrance sociale : a) la lésion de la confiance en soi du SDF qui ne parvient plus à lire le sentiment de sa propre intégrité corporelle et affective dans les relations qu'il entretient avec ceux qui appartiennent à l'autre monde, au nôtre (souffrance paradoxale puisqu'elle peut conduire à l'absence de souffrance résultant d'une « inhibition affectivo-cognitive¹⁵ », voire d'une « exclusion du psychique¹⁶ ») ; b) l'atteinte au respect de soi chez ces jeunes de

12. Nous reprenons cette distinction à P. Israël, « Le mal-être », dans J. Cournot *et al.*, *Le mal-être (angoisse et violences)*, Paris, PUF, 1997, p. 189-191. Pour une étude de la manière dont ces différents types de violence et de déni de reconnaissance peuvent conduire à détruire l'image positive de soi-même, voir les différents facteurs de la honte mis en lumière par Vincent de Gaulejac à partir de l'analyse de différents récits de vie : *Les sources de la honte*, Paris, Desclée de Brouwer, 1996, p. 61 et s.

13. À ce propos, voir l'analyse des mécanismes de la souffrance au travail par Ch. Dejours, « Note de travail sur la notion de souffrance », dans *Plaisir et souffrance dans le travail*, Éditions de l'AOCIP.

14. J. Furtos, « Épistémologie de la clinique psycho-sociale », *Pratiques en santé mentale*, n° 1, 2000.

15. J. Maisondieu, « De l'exclusion pathogène au syndrome d'exclusion », *Rhizome*, n° 4, mars 2001, p. 15.

16. L. Israël (« Le mal-être », dans *Revue française de psychanalyse*, 1997, p. 190) parle de « sacrifice inconscient du fonctionnement psychique le plus élaboré en faveur d'une volonté – pourrait-on dire instinctuelle – de survie » à propos de l'article de C. Smadja, « Impensable douleur » (*ibid.*, p. 181-187), où cette problématique est développée à l'occasion de l'analyse des rapports de la souffrance psychique et physique dans les camps de concentration nazis. Cette problématique est appliquée aux formes d'extrême précarité par C. Bonnet, M. Fournial (« La psychiatrie face à l'exigence actuelle d'intervention psychosociale », dans *L'information psychiatrique*, n° 8, oct. 1999, p. 811). À ce propos, voir également O. Douville, « Mélancolie d'exclusion. Quand la parole divorce du corps et retour », dans *Psychanalyse et malaise social. Désir du lien ?*, Toulouse, érès, 2001, p. 39-52, ici p. 48 : « Il se produit, pour certains patients et à certains moments, de telles déceptions de rencontre, voire de tels risques concrets, réels, de rencontre, que le sujet peut tout à fait supposer que ça ne vaut même plus le coup d'avoir une vie psychique. »

banlieue auxquels l'école, les centres-villes, le travail salarié, les boîtes de nuit, renvoient l'image de l'échec et de l'infériorité ; c) fragilisation de l'estime de soi chez ces salariés que l'on empêche de travailler conformément aux valeurs dont est porteuse leur identité de métier. Faut-il s'étonner que, lorsque cette lésion n'est pas assez profonde pour conduire à l'intériorisation de la honte – ou pire encore, à un état d'« éhontement » et d'« absence de demande » souvent décrit chez les SDF et, souvent, seulement apparent¹⁷ –, elle se manifeste précisément comme une demande de reconnaissance, que ce soit dans l'onirisme social des SDF (c'est-à-dire dans les récits mythifiés de leur existence passée, de leur défi aux autorités et de leurs projets¹⁸), dans l'exigence de « respect » des jeunes de banlieue ou dans la demande expresse de reconnaissance des infirmières.

Tous ces phénomènes sont caractéristiques de l'époque actuelle, et il est tentant de les rapprocher de l'une des formes de la souffrance psychique les plus caractéristiques du temps présent : la dépression. D'après Ehrenberg, c'est dans l'injonction vide à être soi et à se réaliser, notamment dans son travail, tout en assumant la responsabilité de sa propre réussite, que se trouverait l'origine de la déferlante dépressive actuelle, qui ne s'expliquerait plus tant par le modèle freudien du conflit psychique que par le modèle d'une dépense psychique auquel se référait Janet avant Freud¹⁹. L'analyse de la souffrance sociale en termes de reconnaissance fournit une interprétation alternative susceptible de laisser une place au conflit psychique. On peut en effet préciser la notion vague de rapport positif à soi employée ci-dessus en la référant aux rapports du Moi, de l'idéal du Moi et du Moi idéal. Le sentiment durable de sa propre nullité, qui est constitutif de la dépression, est le résultat d'un effondrement de la partie idéalisée du Moi qui n'est plus capable de se mesurer à l'idéal. Il n'y a certes pas ici conflit du Moi et du Sur-Moi (générateur de culpabilité et élevé au rang de paradigme par Freud), mais bien conflit, néanmoins, dans cette tension du Moi et de l'idéal de Moi.

On est ainsi conduit à l'hypothèse suivante : ce n'est pas tant la crise des valeurs qui laisserait un sujet s'épuiser en vain dans une solitude absolue, mais un ensemble de relations à autrui (celles qui sont caractéristiques de la dynamique de la désaffiliation, au sens de Robert Castel²⁰) qui ne sont plus assez stables et valorisantes pour permettre une construction identitaire réussie. Le facteur explicatif ne serait donc plus une psychologisation *effective* du social,

17. O. Douville, « Mélancolie d'exclusion », *Psychanalyse et malaise social*, p. 39-52, ainsi que p. 43-44 : « Bon nombre de personnes, de femmes le plus souvent, qui se présentent à nous comme si elles vivaient dans un état d'éhontement sont, bien au contraire, prises dans une grande honte de leur propre densité corporelle (il ne s'agit pas seulement de leur image narcissique) qu'elles n'arrivent plus à soulever, comme le Jeff de la très poignante chanson de Jacques Brel qui n'arrive plus à soulever son cœur gros. » Pour une critique de la prétendue « non-demande », voir S. Quesemand-Zucca, « Un + un = trois », *ibid.*, p. 61-65, et *Rhizome*, n° 2, sept. 2000, « Métamorphoses de la demande et engagement dans le soin ».

18. C. Lanzarini, *Survivre dans le monde sous-prolétaire*, Paris, PUF, 2000, p. 102 s.

19. A. Ehrenberg, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.

20. R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995.

entendue comme une substitution de l'initiative personnelle à des rapports sociaux absents, mais bien plutôt une socialisation négative dans des rapports sociaux qui renvoient le Moi à l'expérience de sa propre nullité et qui lui interdisent donc de se constituer comme idéal. Un tel modèle semble susceptible de rendre compte de la continuité des différentes formes de souffrance sociale, lesquelles relèvent non seulement de la dépression mais également des différentes formes de grande dévalorisation du Moi, aussi bien chez les jeunes de banlieue que dans les formes de grande précarité.

Il est difficile de ne pas diagnostiquer une perte du rapport positif à soi et une profonde haine de soi dans certaines formes de violence en zone de relégation sociale, et il est remarquable que cette haine de soi trouve parfois des formes d'expression presque explicites. C'est le cas notamment dans ces quelques vers d'un hymne de supporters du club de football de Stretford, rapporté par Philipp Cohen dans un article traitant des formes de violence extrêmes : « Nous sommes les gars de Stretford/Nous sommes l'équipage venu d'ailleurs/ Nous sommes les heureux élus/Nous détestons les humains²¹. » Privés de toute identification positive, ces supporters ne peuvent plus revendiquer d'identité, et donc de valeur, que par leur club, en associant leur valeur à une violence extrême elle-même tournée contre la réalité de leur propre existence humaine : humaine parce que trop éloignée de l'idéal hollywoodien qu'ils croient incarner.

Les situations de grande précarité se caractérisent par une destruction de l'identité plus radicale encore, puisque c'est le miroir narcissique lui-même qui en vient parfois à se fissurer. C'est ce que l'on constate dans les cas où non seulement l'image de soi, mais également son propre corps cesse d'être l'objet d'une valorisation, dans ces cas où la honte laisse la place à l'absence totale de pudeur : « C'est avec la ruine de toute pudeur – et c'est ce que manifestent ces personnes qui laissent fuir les orifices de leurs corps au vu et au su de tous – que l'exclusion confirme, de façon terrifiante, ses effets de psychotisation. Un sujet détruit dans l'investissement libidinal non seulement de son image, mais aussi de son érotisme orificiel le plus ancien, un sujet exclu de son intimité et de sa pudeur, exclu au plan anthropologique et psychique de tout espoir de partage, d'entre-deux²². » Entre la violence autodestructrice des quartiers de relégation sociale et cette forme extrême de dégradation de l'image de soi, y a-t-il autre chose qu'un passage à la limite ? On sera tenté de répondre par la négative en s'inspirant des analyses de Castel. De même que la problématique de la désaffiliation refuse d'établir une solution de continuité entre le monde des inclus et celui des exclus, entre les différentes formes de précarité et l'exclusion extrême, de même convient-il sans doute de rendre compte de l'unité des effets subjectifs de ce processus unitaire. Il semble difficile de concevoir ces différentes formes de souffrance sociale sur le modèle de la dépense psychique, et si l'on admet

21. P. Cohen, « We hate humans (sur l'antiracisme et l'antihumanisme) », *Lignes*, n° 25, p. 174-195.

22. O. Douville, « Notes d'un clinicien sur les incidences subjectives de la grande précarité », p. 64.

qu'elles relèvent de troubles du rapport positif à soi, on admettra également que notre époque ne souffre pas tant d'une perte du sens que de rapports sociaux rendant impossible une vie conforme à des identifications significatives et valorisantes ; ce qui signifie que c'est bien d'une aliénation, et non d'une fatigue, que sont tributaires ces différentes formes de la souffrance sociale, puisque la perte de tout rapport positif à soi est également la perte de toute capacité d'autonomie véritable. On notera également que l'aliénation n'est jamais complète et, par exemple, qu'il suffit souvent d'établir une relation de confiance avec le SDF pour que l'affirmation du choix de la condition ou la proclamation de l'absence de honte n'apparaissent plus que comme des bravades. Ici encore, c'est parce que l'aliénation n'est jamais un complet absentement de soi qu'une cure est possible²³.

2. Jusqu'ici a été pris l'exemple de formes de souffrances sociales archétypiques liées à des dénis de reconnaissance clairement identifiables. Mais les formes du déni de reconnaissance ne sont pas toujours aussi visibles, et elles peuvent néanmoins produire des souffrances bien réelles. Le déni de reconnaissance dont sont victimes les SDF, les jeunes de banlieue ou les salariés soumis à une forte dégradation des conditions de travail correspond à une violence tout à fait visible et perçue comme telle par les individus qui en sont victimes (comme en témoigne le renversement rapide de la honte en haine chez les SDF²⁴, où l'association de l'exigence de respect et du « j'ai la haine » chez les jeunes de banlieue). Il n'en va pas de même des formes de violence symboliques routinisées que peuvent produire l'environnement familial et certaines formes de l'organisation contemporaine du travail décrites, par exemple, dans un article saisissant des *Actes de la recherche en sciences sociales*²⁵, où l'on voit que la conjonction de l'exigence d'une soumission des corps et des esprits à l'image d'entreprise d'une part, du travail en bureau ouvert d'autre part, peut soumettre les salariés à une pression telle, bien que totalement intériorisée, que l'infirmerie apparaît comme le seul lieu d'expression personnelle. La violence symbolique du déni de reconnaissance est d'autant plus dure qu'elle est routinière et que la souffrance qu'elle engendre est incapable d'accéder à l'expression, masquée qu'elle est par le fonctionnement de l'institution et par son autolégitimation²⁶.

23. G. Swain, *Le sujet de la folie*, Toulouse, Privat, 1977.

24. O. Douville, « Mélancolie d'exclusion », p. 44-45 : « Ce que les cliniciens ont aussi relevé à propos de cet affect de honte – et ceci contrarie singulièrement nos ambitions altruistes – est que le sujet, une fois rendu à un semblant de dignité, peut réagir par de vives colères [...]. Et souvent, une fois la honte bue – parfois à pléines gorgées, à plein goulot –, c'est à une clinique de la haine que nous avons affaire [...]. C'est quoi la haine ? [...] Ce serait un montage qui se produit lorsque le sujet ne lâche pas l'autre. Un sujet qui ne lâche pas l'autre, c'est la topologie d'un sujet non encore exclu, qui, au fond, suppose encore qu'un autre existe et que, du même coup, consiste ailleurs – ne serait-ce que pour des autres, des différents, des étrangers, une dignité de corps, de langage, de culture. »

25. G. Balazs, F.-P. Faguer, « Une nouvelle forme de management : l'évaluation », dans *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1996, p. 68-76.

26. P. Baudry, « Conflit, image du corps et rapport à la mort », dans P. Baudry *et al.*, *Souffrances et violences à l'adolescence*, Paris, ESF, 2000, p. 13-38.

Ce type de situation violente mérite indéniablement d'être considéré comme une forme de mépris social dans la mesure où le déni de reconnaissance se voit ici institutionnalisé, la routinisation provenant du fait que le déni de reconnaissance définit précisément les relations sociales dans un cadre institutionnel déterminé, certaines familles, certaines conditions de travail. Pour préciser les analyses très schématiques proposées à l'instant, il faut également ajouter que tout déni de reconnaissance ne se solde pas par une demande de reconnaissance, exprimée directement comme dans les mouvements des infirmières ou, indirectement, par l'exigence de respect des jeunes de banlieue ou par l'onirisme social. Le destin du déni de reconnaissance est, bien entendu, beaucoup plus complexe. On peut en distinguer au moins cinq grandes formes.

La première forme correspond aux situations de la plus extrême précarité, dans laquelle la destruction totale du rapport positif à soi conduit à la perte de toute pudeur et à une simple identification de l'existence à la satisfaction des besoins²⁷. La seconde forme correspond au cas où le rapport positif à soi n'est plus présent que comme la forme qui permet la plus grande dévalorisation de soi, comme dans le cas de la honte intériorisée. Dans un cas comme dans l'autre, nous avons affaire à une intériorisation de l'image dégradée de soi-même renvoyée par autrui ou, plus généralement, par les modalités de l'interaction sociale, à une intériorisation qui s'accompagne d'une perte globale de capacité de réaction aux situations violentes dont l'individu fut et est encore victime ; seule l'intervention psychosociale peut alors réveiller ce qui reste du désir de rapport positif à soi.

Mais l'individu est également capable de réaction, et même la honte peut être réactive²⁸. On peut distinguer trois types de réaction au mépris social. La première est la réaction autodestructrice, dans laquelle la violence n'est pas tournée contre la situation violente elle-même, mais contre le Moi qui devient objet de haine du fait de sa non-conformité avec l'idéal du Moi. À cela correspondent les violences suicidaires, et peut-être plus généralement, si l'on en croit Patrick Baudry, les différentes formes de conduite à risque²⁹. La seconde forme de réaction correspond à ce que Winnicott appelait la « tendance antisociale ». Il s'agit d'une violence qui peut être interprétée comme une violence tournée contre la situation violente elle-même dans la mesure où elle est orientée vers le rétablissement d'un environnement perdu, susceptible de satisfaire les besoins du Moi³⁰. Une troisième forme de déni de reconnaissance correspond à la revendication consciemment tournée vers la situation violente, que ce soit par l'affirmation discursive de certaines exigences (exigence de respect ou de reconnais-

27. O. Douville, « Notes d'un clinicien », p. 64 : « Une identification ayant renoncé aux point idéaux qui font tenir le miroir narcissique va viser une collusion désespérée avec le rebut. »

28. V. de Gauléjac, « Sur la distinction de ces deux formes de honte », *op. cit.*, p. 70-71.

29. P. Baudry, *op. cit.*

30. D. W. Winnicott, « La tendance antisociale », dans *Déprivation et délinquance*, Paris, Payot, 1994, p. 145-158.

sance) ou par l'action protestataire des mouvements sociaux répondant dans un cadre légal aux différentes formes de violence politique illégales.

Le destin du déni de reconnaissance ne s'arrête pas là. Les spécialistes de la violence des adolescents insistent sur le fait que la violence est toujours l'expression d'une souffrance et que l'absence de reconnaissance du comportement violent par l'entourage est pire que le déni de reconnaissance qui produit cette souffrance. Absence de reconnaissance par l'entourage, qu'est-ce à dire ? Tout simplement qu'on ne veut pas voir que la violence a un sens, qu'elle comporte une part de légitimité, ou plus radicalement encore, qu'elle existe ; dans les deux cas : quand elle se dit une part de la valeur d'un individu. Les auteurs du rapport *Violence et souffrance à l'adolescence* insistent sur le fait que les relations des adolescents avec leur entourage, de même que leurs rapports à soi, sont alors durablement compromis dans de tels cas³¹. Que le déni de reconnaissance soit encore pire lorsqu'il est ainsi élevé à la seconde puissance, que, en tout cas, il engendre de nouvelles formes de souffrance, c'est ce que l'on peut voir, me semble-t-il, dans des relations qui concernent la souffrance sociale au sens strict qui a été donné à cette notion. Il est possible en effet d'interpréter les analyses de Christophe Dejours dans *Souffrance en France*³² suivant cette logique du déni de reconnaissance à la seconde puissance. La souffrance sociale est ici renvoyée au fait que les mécanismes de défense sont mobilisés par l'individu pour supporter la souffrance des autres, dans le cadre d'un processus destiné à légitimer le refus de reconnaître la souffrance de ses salariés, la dégradation continue de leurs conditions de travail et de la valeur qu'ils peuvent attribuer à leur activité professionnelle. Sans doute les conditions de travail du personnel hospitalier dans les établissements psychiatriques, et peut-être des travailleurs sociaux, du fait de la présence permanente de ceux qui souffrent manifestement plus que soi, reproduisent-elles un type de souffrance analogue³³.

3. On en arrive ici au deuxième intérêt de l'approche en termes de reconnaissance. Le concept de reconnaissance n'a pas d'intérêt seulement dans le cadre d'une étiologie de la souffrance, il est également le concept d'un besoin mais aussi celui d'une demande qui peut être satisfaite, ou ne pas l'être, dans des relations intersubjectives. Les relations intersubjectives dégradantes ou dévalorisantes produisent de la souffrance psychique lorsqu'elles sont socialement instituées et, dans la mesure où les rapports sociaux ne sont pas réductibles à la volonté individuelle, le problème du mépris social ne peut être considéré comme un simple problème moral. Cependant, les rapports sociaux ne sont pas totalement indépendants de nos volontés individuelles ; il en résulte que le déni de reconnaissance socialement institué pose un problème fondamentalement politique : le problème des modifications des institutions qui, structurellement, produisent une image dégradée ou dévalorisée des individus qui s'y socialisent.

31. P. Baudry *et al.*, « Introduction », *op. cit.*, p. 11-12.

32. C. Dejours, *Souffrance en France*, Paris, Le Seuil, 1998.

33. C. Thiry-Bour *et al.*, « Les conditions de travail des praticiens hospitaliers en psychiatrie publique », *L'information psychiatrique*, n° 10, déc. 2000.

Posés à partir du mépris social, les problèmes politiques débordent donc largement la sphère à laquelle on veut les cantonner : celle du respect des droits, celle de la répartition des honneurs et de la richesse. Ils concernent l'intégralité de notre existence en tant qu'être social dont l'existence est toujours institutionnalisée, et qui pourtant ne peut jamais être réduite à l'existence instituée puisqu'elle peut être amenée à souffrir de cette institutionnalisation. La théorie du mépris social qui vient d'être proposée ne s'attache certes pas à toutes les formes de souffrance liées à l'institution, elle ne s'intéresse pas à la forme de souffrance extrême qui passe, chez les autistes, par le refus de l'institution langage³⁴. Elle ne s'attache pas non plus directement à l'institutionnalisation lors de la socialisation primaire de la prime enfance, mais seulement aux types de souffrance qui dépendent des différents modes de la socialisation secondaire dans des institutions entendues comme modes de coordination des actions, et non plus seulement au sens du culturellement et symboliquement institué.

Il n'est certes pas facile de savoir comment nous y prendre pour vivre avec nos institutions. Les questions politiques traditionnelles du respect des droits et de la justice peuvent être réglées quasiment a priori parce qu'elles peuvent s'appuyer sur des règles. Il n'en est pas de même des questions politiques posées par les institutions ; d'une part, on voit mal quels principes supplémentaires appliquer pour déterminer la manière dont les institutions doivent être transformées, d'autre part, notre existence est toujours déterminée par ces institutions qu'il nous faut transformer, de sorte que nous sommes nous-mêmes partie prenante de cette transformation. La solution ne peut, ici, passer que par ce que Claus Offe appelle le « bricolage institutionnel³⁵ », ce qui ne signifie pas pour autant que ce bricolage doit se passer de tout principe. La plainte de ceux qui souffrent du déni de reconnaissance n'est sans doute pas le seul principe possible, mais c'est indéniablement l'un des principes possibles.

On peut donner en exemple de ces problèmes politiques et de leurs solutions le cas de l'intervention psychiatrique et des institutions psychiatriques. Dans les deux cas, le risque est grand de soumettre les individus souffrants à un déni de reconnaissance élevé à la seconde puissance. Olivier Douville remarque, à propos de l'intervention psychosociale, qu'une « psychologisation du social risque de reconduire des exclusions et des ségrégations supplémentaires³⁶ ». Les institutions psychosociales se sont généralement montrées conscientes de ce que le sujet déjà enfermé dans une identité socialement méprisée risque de subir un second enfermement : celui de l'« identité folle³⁷ ». Quesemand-Zucca insiste à ce propos sur le fait que le psychiatre doit prendre conscience que « dans l'échange supposé avec l'exclu, ils ne sont pas deux, le soignant et l'exclu, mais trois, le soignant, l'exclu et le tiers, représenté ici massivement par le social³⁸ ». C'est le mépris social lui-même que le psychiatre représente, non en tant que

34. B. Ogilvie, « Les frontières de l'autisme », *Le passant ordinaire*, n° 37, 2001.

35. C. Offe, *Les démocraties modernes à l'épreuve*, Paris, L'Harmattan, 1997.

36. O. Douville, « Mélancolie d'exclusion », p. 41.

37. S. Quesemand-Zucca, *op. cit.*, p. 62-63.

38. *Ibid.*, p. 63.

psychiatre représentant une fonction sociale particulière et doté d'un savoir spécifique, mais comme individu positivement socialisé alors même qu'il lui faut tenter de résoudre la souffrance qui résulte de ce mépris social.

Ces problèmes ont également trouvé des illustrations récentes dans le cas des institutions psychiatriques. Zarifian a insisté à différentes reprises sur l'exigence de deux conceptions opposées de la maladie et de la médecine, l'une centrée sur l'organe, l'autre sur le sens, l'une traitant des symptômes, l'autre des êtres humains doués de parole, c'est-à-dire des sujets souffrant et parlant dont la souffrance est porteuse de sens. À cette seconde conception correspond selon lui l'exigence de donner la parole au malade³⁹, dont on peut remarquer qu'elle constitue l'acquis fondamental de la *Charte de l'utilisateur en santé mentale*. Le point le plus caractéristique de cette charte est la prise en compte de l'utilisateur en tant que « personne qui ne se réduit pas à une maladie, mais souffre d'une maladie », ce qui justifie tout à la fois la participation active aux décisions le concernant, la possibilité de recours et la présence des associations d'utilisateurs. On retrouve ici un souci de ne pas élever le mépris social à la seconde puissance, puisque cette institution a notamment pour fonction d'accueillir les différentes souffrances psychiques, et notamment les victimes du mépris social.

39. É. Zarifian, *Une certaine idée de la folie*, Éditions de l'Aube, 2001.

Anne Golse

La santé, nouveau fondement de l'institution psychiatrique

Un état des lieux du dispositif de la psychiatrie publique montrerait à l'évidence un éclatement des lieux, des pratiques, des populations accueillies comme des formes organisationnelles. Face à un tel constat, on pourrait tirer un peu hâtivement la conclusion que cette institution semble dès lors vouée à une radicale hétérogénéité, là où pendant longtemps la forme ancienne avait fait son unité. Il serait peut-être plus prudent de faire l'hypothèse que ce dispositif est actuellement pris dans un mouvement de transformation qui lui fait quitter son objet historiquement constitué, la maladie mentale, pour lui en substituer un autre, la santé mentale et son avatar, la souffrance psychique. Dans ce mouvement qui s'effectue parallèlement à la transformation de la médecine somatique, c'est l'organisation même du dispositif de psychiatrie publique qu'est le secteur qui est en voie de dépassement.

LE CONSTAT

Le champ actuel de la psychiatrie publique est vaste¹. Les secteurs de psychiatrie générale ont drainé une population de 1 103 000 personnes en 1999².

Anne Golse, maître de conférences en sociologie, Laboratoire d'analyse socio-anthropologique du risque (LASAR), université de Caen.

1. Pour appréhender l'étendue du champ global de la psychiatrie, il faudrait ajouter un certain nombre d'autres données. Ainsi les psychiatres libéraux ont effectué 15 700 000 actes en 1997, soit 17 % de plus qu'en 1992 (sans compter le nombre des consultations privées assurées par les psychologues, psychothérapeutes, psychanalystes). Les établissements médico-sociaux issus de la loi de 1975 hébergeaient 712 000 malades mentaux chroniques en 1994. De leur côté, les cliniques privées ont effectué 113 000 hospitalisations en 1993. La plupart des chiffres qui suivent ne tiennent pas compte de l'énorme champ de la psychiatrie infantile, qui connaît la même diversité ainsi que la même augmentation de population.

2. Source DRESS.

Cependant, cette file active sous-estime l'activité réelle de l'ensemble de la psychiatrie publique, pour deux raisons essentielles. En premier lieu, il faut adjoindre à ces secteurs de psychiatrie générale les secteurs spécifiques que sont les secteurs de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie ainsi que les secteurs de psychiatrie pénitentiaire, les services de CHU non sectorisés ainsi que les quatre Unités pour malades difficiles. En second lieu, nombre d'interventions ne peuvent pas être quantifiées dans la file active, qui ne tient compte que de l'activité près des patients.

Cet indicateur peut être affiné et relativisé par une analyse plus précise des différentes composantes du dispositif. La répartition entre les trois filières que sont l'ambulatoire, le temps partiel et le temps complet, montre la prédominance de l'ambulatoire. Cependant, loin du dépérissement tant attendu de l'hospitalisation à temps complet, c'est à une transformation du modèle global de celle-ci que l'on assiste actuellement : après une phase de déclin, le nombre de personnes hospitalisées recommence à augmenter : + 15,6 % entre 1989 et 1997.

Ce déclin de l'hospitalisation à temps complet a été rendu possible par le transfert accéléré des malades vers l'hospitalisation de jour, à l'époque en voie de création. Ainsi, c'est l'augmentation importante de la file active de ce mode de prise en charge à temps partiel qui limite celle du temps complet. Mais avec un déplacement de la question de la chronicité : les hôpitaux de jour, à l'origine conçus comme lieux de soin, se retrouvent ainsi devant les mêmes problèmes que l'hospitalisation complète précédemment, à savoir augmentation du nombre de personnes prises en charge et durée de séjour longue. Ce qui amène le dispositif à se lancer dans la même stratégie de développement de formes plus souples que sont les centres d'accueil à temps partiel. Au total, entre 1989 et 1997, si l'hospitalisation de jour voit ses effectifs augmenter de 57 %, la file active des CATT³ augmente de 205 % et, depuis 1995, elle dépasse celle de l'hospitalisation de jour.

Il faut également remarquer que non seulement ce dispositif s'alourdit considérablement au fil des ans, mais que de plus il se complexifie. La minoration de la forme unitaire simple de l'hospitalisation à temps complet oblige désormais à parler en termes de trajectoires des usagers qui circulent entre ces trois filières de prise en charge que représentent le temps complet, le temps partiel et l'ambulatoire, voire entre les différentes modalités de ces filières. Ainsi, une personne peut être en premier lieu hospitalisée à temps complet puis suivie en temps partiel et ambulatoire, mais cela peut se traduire par une fréquentation du CMP pour les entretiens et les prescriptions médicamenteuses, des visites à domicile, la fréquentation de l'hôpital de jour et/ou du CATT certains jours, de l'atelier thérapeutique d'autres jours...

En ce qui concerne la population, jusqu'en 1993, on peut dire que la répartition diagnostique porte encore la marque du passé : pour partie la population caractéristique de la première forme de la psychiatrie issue du XIX^e siècle, psychose, démence et alcoolisme, et pour partie névrose et dépression, qui augmentent considérablement à partir des années 1960. Cependant, en 1993³,

3. Institut national de la recherche médicale, *Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale*, 16 mars-29 mars 1993.

une troisième population se fait jour, caractérisée par des diagnostics tels que les troubles de l'adaptation, du comportement, de l'alimentation, de la personnalité qui accompagnent l'inflation des diagnostics d'anxiété. L'augmentation de ces différentes catégories diagnostiques va de pair avec l'augmentation de la désaffiliation de la population suivie : entre 1993 et 1997, le nombre de personnes seules et/ou sans travail ne cesse d'augmenter alors que le taux de psychoses reste stable : environ un tiers des prises en charge.

Cet accroissement de population est lié à des transformations qui affectent le dispositif lui-même : extension des missions et diversification des pratiques. En premier lieu, les missions s'étoffent : psychiatrie de liaison ; service des urgences dans les hôpitaux généraux ; partenariat avec le travail social près des populations précarisées. Ensuite, à l'intérieur du dispositif, une tendance au dépassement du cadre sectoriel et de ses frontières, issus de la circulaire de 1960 et de la loi de 1985, est à l'œuvre pour redéfinir des missions intersectorielles de prise en charge de publics spécifiques. Enfin, le passage de l'ordre disciplinaire⁴ qui accompagne le modèle résidentiel de l'hospitalisation, à un ordre relationnel, la diversité des lieux, des publics et des situations sur lesquelles il faut intervenir, la diversité des références théoriques et des formes de prise en charge sont créateurs de gestes professionnels différents, au point d'interroger l'identité même du travail psy. Le travail infirmier est-il de réparer un carreau cassé chez un malade démuni qui relève d'un hôpital de jour, offrir un café dans un centre d'accueil, faire du théâtre avec un groupe de patients, faire la piquê de neuroleptique-retard, accueillir une famille en pleine crise ? Le travail du psychiatre est-il d'animer une réunion de synthèse à propos d'un malade avec différents intervenants extérieurs, écouter les gens parler de leur malheur intime, prescrire la molécule adéquate ou bien annoncer la mort d'un enfant à des parents ? Ou est-ce tout cela à la fois ?

On le voit, ce rapide constat met la psychiatrie publique sous le signe de l'hétérogénéité ; il amène à se poser la question de son unité et à interroger la place qu'elle occupe dans la société. Ni la maladie mentale, ni la forme sectorielle ne semblent pouvoir désormais définir ou contenir l'avenir de la psychiatrie publique, la redéfinition de cette dernière ne peut se faire qu'au prix de la rupture historique.

UNE NOUVELLE MÉDECINE

Pour entrevoir les changements qui affectent actuellement le savoir et la pratique psychiatriques comme son organisation publique, il faut faire l'hypothèse qu'ils sont pris dans un mouvement de transformation des fondements de la médecine. Médecine et psychiatrie quittent leur objet premier, la maladie, pour investir comme objet positif la santé, remettant en cause la séparation historique qui les avait constituées chacune, début XIX^e, sur un modèle de stricte séparation.

4. Cf. M. Foucault, *Le pouvoir psychiatrique*, Gallimard, Le Seuil, 2003.

En effet, la médecine s'est créée au XIX^e siècle en débarrassant le corps de ses adhérences sociales et subjectives et en opérant une coupure avec la médecine spéciale qui se crée à la même époque en investissant l'asile. Elle se place alors sous le signe de la maladie, la santé ne recevant qu'une définition négative, soit l'absence de maladie. Le savoir fondamental s'organise autour de la doctrine de l'étiologie monocausale : la maladie est un phénomène naturel et relève d'explications en termes de phénomènes organiques. Le savoir clinique s'organise autour de la lecture des symptômes et des signes, qui permettent de lire la maladie dans le corps du malade, qui n'en est que le terrain.

Cependant, depuis quelque temps, d'autres paradigmes émergeant viennent concurrencer ces anciens paradigmes à l'intérieur même du savoir médical et de ses pratiques : la santé vient élargir l'objet de la médecine tout comme l'étiologie devenue polyfactorielle élargit le régime des causes et, au nom d'une nouvelle conceptualisation de la maladie en termes de risque, une lecture multidimensionnelle de l'individu s'effectue sous forme des facteurs de risque.

La santé reçoit une définition positive, elle n'est plus seulement absence de maladie mais état complet de bien-être ou état d'équilibre avec l'environnement. De là découlent deux constatations majeures. D'abord, si la santé est vue comme une capacité d'adaptation à l'environnement ou comme état complet de bien-être et non plus absence de maladie, il n'y a plus de bornage positif à une santé par principe toujours améliorable. Le but de la médecine n'est plus de rétablir la santé mais de l'améliorer, voire de la maximiser. Ensuite, la maladie vient se loger dans les creux du mieux-être ; ce terme, ainsi que celui de troubles de la santé, marque la rupture de l'équilibre avec l'environnement ou les défauts de cette adaptation par rapport à cette nouvelle norme de « grande santé ».

Le pathologique se définit dans les creux du mieux-être comme trouble de l'adaptation, que celui-ci soit biologique, psychologique ou social, mais, *a contrario*, la maladie comme réalité objective devient une nouvelle allure de la vie. Ainsi, on peut être diabétique, ou plus exactement « porteur d'un diabète », et en bonne santé si on vit en bons termes avec son diabète, qu'on sait le prendre en charge tout en menant une vie professionnelle et affective de qualité. De même, on peut être porteur d'une schizophrénie et être en (relative) bonne santé si on est en bonne santé somatique et plus ou moins bien inséré dans des réseaux sociaux.

Par ailleurs, ces définitions de la santé qui intègrent les trois dimensions – biologique, psychologique et sociale – de l'existence remettent en cause les frontières que la médecine avait constituées pour se construire. Ne s'intéressant qu'au corps-machine physiologique, elle avait exclu pour ce faire les données sociales ou psychologiques que maintenant elle se doit de réhabiliter dans un nouveau savoir totalisant. Désormais, les difficultés psychologiques et sociales prennent place dans la longue liste des troubles de santé.

Cependant, cette remise en cause des frontières entre corps, psychisme et social, s'inscrit plus profondément encore dans la théorisation médicale puisqu'elle remet en cause le principe de causalité. Si, auparavant, le principe qui prévalait était que le malheur biologique ne pouvait s'expliquer que par une cause organique (ce que R. Dubos a appelé la doctrine de l'étiologie

monocausale⁵), il en va autrement actuellement : les maladies (ou les troubles de santé) sont le résultat d'une multitude de « causes » aussi bien somatiques que psychologiques ou sociales. Il ne suffit pas d'un microbe mais de la conjonction de celui-ci avec des soucis, des conditions sociales difficiles pour créer la maladie.

Ces nouvelles « causes », les facteurs de risque, sont issus d'une nouvelle conceptualisation de la maladie, sous la forme de ce qu'on appelle le risque. Pour comprendre les enjeux d'un tel changement dans le régime du savoir, il nous faut faire un détour par la technique assurantielle dont cette conceptualisation est issue. Dans cette technique, le risque est un événement qui a une certaine fréquence d'apparition à l'échelle d'une population. En effet, ce qui à l'échelle de l'individu est aléatoire (et soumis à trajectoire personnelle) présente à l'échelle de la population une certaine régularité. Si l'accident ou le mariage est imprévisible pour un individu, il est possible de connaître cependant la survenue de tels événements à l'échelle de la population car ils présentent une certaine régularité statistique. C'est d'ailleurs la fréquence d'apparition d'un phénomène qu'on qualifie de risque. En soi, aucun événement n'est risque, tout peut l'être du moment qu'on peut comptabiliser sa fréquence d'apparition à l'échelle de la population. On peut, de la même manière, connaître la fréquence d'apparition de telle ou telle maladie à l'échelle de cette population. De la même manière, la santé est un risque, c'est-à-dire une probabilité qui dépend elle aussi d'un certain nombre de facteurs qu'il s'agira de repérer : les facteurs de santé.

Une telle connaissance ne suffit pas en elle-même. L'important n'est pas de connaître la probabilité de survenue, mais de connaître à quelles variables (ou facteurs de risque) ces risques sont liés. Si le cancer du poumon est un risque qui atteint chaque année x individus de la population, mieux vaut connaître quels sont les facteurs auxquels est lié ce risque, c'est-à-dire quels sont les facteurs de risque de ce cancer. En d'autres termes, qu'est-ce qui distingue les personnes atteintes d'un cancer du poumon du reste de la population ? L'analyse statistique des grands nombres va montrer que le tabac est un des facteurs de risque, voire le facteur de risque principal dans ce cancer⁶.

Ainsi, les facteurs de risque sont les nouvelles causes dans ce modèle de savoir qu'est l'épidémiologie analytique. Ils permettent de connaître les causes des différentes « maladies » et troubles de santé que sont par exemple le suicide, les accidents de la route, les cancers, l'échec scolaire... Toute une partie de la recherche épidémiologique va dès lors consister à mettre au jour ces facteurs de risque pour tenter de les réduire. Ces facteurs peuvent être de toutes sortes mais relèvent principalement des variables d'environnement ou des caractéristiques individuelles, notamment des comportements. En effet, parmi les variables isolées, les comportements viennent occuper une place privilégiée ; conduites à risque, tabagisme, alcoolisme, boulimie, sédentarité... l'individu présentant ces

5. R. Dubos, *L'homme et l'adaptation au milieu*, Paris, Payot, 1973.

6. L. Berlivet, « Déchiffrer la maladie », dans J. P. Dozon, D. Fassin, *Critique de la santé publique*, Paris, Éditions Balland, 2001.

caractéristiques et présentant un risque plus élevé de développer les maladies qui y sont associées va se trouver rangé dans la catégorie de population dite à risque élevé et, de ce fait, cible spécifique d'un certain nombre de démarches visant à réduire ce risque par des campagnes de prévention, d'éducation à la santé... Si ce sont ses comportements qui le rendent malade, il faut qu'il y renonce et au contraire qu'il développe des comportements sains. Il faut qu'il produise et gère sa santé. Quitte à se faire aider dans cette gestion par le système de soins sous les multiples formes d'action sur les comportements.

Pour notre propos, ce qui est important, c'est que cette notion de facteur de risque reflète au moins trois changements essentiels pour la médecine : dans la conceptualisation de la maladie, dans le principe de connaissance et dans la temporalité de l'action « soignante ». En premier lieu, avec cette théorisation, ce qui s'introduit de manière centrale, c'est le fait qu'une maladie peut être connue autrement que par l'ancien modèle anatomo-physiologique. Elle peut être connue par le calcul. Elle n'est plus événement, elle est risque.

En même temps, si auparavant la connaissance médicale passait par le corps, terrain de la maladie, un nouveau modèle s'impose aujourd'hui, qui a pour fondement la population. Ce n'est plus la connaissance anatomo-physiologique qui dit quelque chose sur la maladie-événement mais la connaissance de la population qui dit quelque chose sur la maladie-risque. Ainsi, la population n'est plus conçue comme un ensemble d'individus mais c'est l'individu qui devient membre de la population. Ce n'est plus la clinique de l'individu qui tire la connaissance de la maladie, mais l'épidémiologie. Et avec elle le règne de l'expert dans un affranchissement de l'expérience sensible. La maladie-risque devient une pure abstraction, une virtualité que le malade ne peut ressentir ni le médecin, déceler.

Ultime conséquence de ce modèle, le principe d'action et la temporalité changent fondamentalement. Avec cette introduction du temps futur dans le calcul émerge l'idée fondamentale que si l'on peut prévoir la survenue d'un événement, on doit surtout tenter de la prévenir. À la limite, pas besoin de connaître une maladie, pas besoin de la différencier des autres, la seule chose rationnelle à faire, c'est d'éviter sa survenue, que l'on peut supputer du fait de la présence de ce que l'on nomme les facteurs de risque. Ainsi, il n'y a plus lieu de laisser les individus déprimer après un deuil ou développer un stress post-traumatique après un événement grave, il faut mettre en place dès que possible un suivi psy.

La temporalité change. Ce n'est plus le temps *a posteriori* de la maladie-événement mais le temps *a priori* de la maladie-risque. Autant il s'agissait auparavant de mettre en œuvre des moyens pour guérir après le déclenchement de la maladie et son diagnostic, autant il s'agit désormais d'agir sur ce qui est encore pure virtualité à l'échelon de l'individu. La nouvelle temporalité d'une politique globale de la santé est le futur, selon deux axes complémentaires : promotion de la santé en agissant sur les facteurs de santé, c'est-à-dire sur les facteurs positifs de santé (équilibre alimentaire, hygiène du sommeil, loisirs, vie associative...) et prévention des risques dès le repérage de l'existence des facteurs de risque.

Les facteurs de risque deviennent ainsi une nouvelle figure d'un destin – particulier puisqu'il n'est plus inéluctable mais virtuel – qui impose de modifier le présent au nom d'un futur raisonnable. À travers ce changement radical s'introduit une nouvelle normativité, non pas biologique mais comportementale : l'individu peut – et doit – se rendre maître de son destin en acceptant de devenir producteur de sa santé et non plus consommateur passif du système de soins et, surtout, de sa propre vie. Tout devient affaire d'information, de pédagogie ou d'éducation pour la santé, le but de toute démarche étant une prise de conscience de l'individu dans une démarche de gestion saine de sa santé, fragment de la santé collective.

Il nous faut désormais entrer dans un processus continu d'auto-production de soi, de contrôle de soi, dans un gouvernement de soi et une modélisation de soi qui soient productifs. Quitte à avoir l'impression de ne jamais en faire assez et à éprouver une culpabilité qui ne lâche pas de ne pas se conformer aux préceptes qui veulent notre bien-être. Et une même culpabilité à se sentir en échec alors qu'on fait tout ce qu'il faut pour que ça marche.

SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

Une telle transformation de la médecine ne peut pas laisser de côté la psychiatrie. À cela, un certain nombre de raisons qui tiennent à la psychiatrie elle-même et à sa propre dynamique de transformation. En effet, la psychiatrie suit une évolution conceptuelle parallèle qui la voit quitter son objet originaire, la maladie mentale, pour l'englober dans un nouvel objet plus large, la santé mentale. Avec la fin de la neuropsychiatrie, elle se redéfinit un nouveau territoire, la réalité psychique, et développe un nouveau concept globalisant, la souffrance psychique, qui regroupe l'étendue des troubles psychiques et justifie par là même son intervention. Par ailleurs, les pratiques se transforment radicalement au nom d'une gestion de la santé des malades chroniques ou au nom de la logique de complémentarité bio-psycho-sociale. Sous la poussée de ces transformations, c'est l'ensemble du dispositif qui se trouve en voie de réorganisation. La forme sectorielle, issue de la circulaire de 1960, est désormais trop étroite pour contenir l'avenir de la psychiatrie publique.

Conceptuellement, la réorganisation de la psychiatrie se fonde sur la même extension de son objet et selon des lignes de transformation identiques : même définition positive de la santé mentale, même définition de la maladie dans les creux du bien-être, même causalité bio-psycho-sociale, même importance accordée à l'épidémiologie pour repérer les populations à risque à partir des comportements. Rien ne vient mieux illustrer les transformations de la psychiatrie que le *DSM-III*⁷. Si on peut reconnaître, avec ses critiques⁸, que le *Manuel*

7. *DSM-III, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1983.

8. Cf. G. Lanteri-Laura, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Éditions du Temps, 1998.

diagnostique et statistique des troubles mentaux III consacre la rupture avec la construction du savoir psychiatrique autour de la notion de maladie mentale et qu'il devient pure accumulation de syndromes sans aucun référentiel organisateur, il est en même temps beaucoup plus. Le *DSM-III* est le paradigme de l'éclatement de la notion de maladie mentale et de la réorganisation du savoir dans le registre de la santé. Sa nouveauté réside dans le fait qu'il utilise les éléments fondateurs de la médecine de la santé. En premier lieu, étant tout à la fois manuel diagnostique et statistique, il est construit pour rendre compte à la fois de l'individu et de la population. Ensuite, il intègre le modèle bio-psycho-social puisque son principe multi-axial intègre les troubles somatiques et les troubles de l'adaptation sociale (axes III et V). Au total, les cinq axes permettent de décrire sommairement un individu dans les principales dimensions de sa vie et de sa pathologie. Par ailleurs il introduit un continuum sous forme de gradation dans les troubles de « léger » à « sévère », voire « très sévère ». Enfin, la promotion des comportements comme « maladies » ou troubles de santé à part entière permet de lier facilement maladie somatique et comportement dangereux pour la santé et, ainsi, de mobiliser l'intervention psychiatrique du côté des pathologies du mieux-être.

Cette intervention s'effectue désormais au nom de la souffrance psychique qui vient incarner le nouveau mythe fondateur de la psychiatrie, autrefois incarné par la notion de maladie mentale. En cela, le travail psychiatrique se rapproche d'une relation d'aide et de soutien dans une disparition de la notion de guérison à laquelle se substitue le modèle de la prévention sous de nombreuses variantes : empêcher la survenue d'un stress post-traumatique après un événement qualifié de traumatique, prévention de la souffrance au travail, notamment pour les métiers du social, prévention de la chronicisation des troubles aigus, prévention également des épisodes aigus chez les personnes dites « psychotiques chroniques stabilisées ».

Il semble ainsi que nous vivons actuellement une transformation décisive de la prise en charge des « psychotiques chroniques stabilisés ». L'utopie fondatrice du secteur, « insertion = guérison », a vécu. Elle a été remplacée par un modèle « stabilisation des troubles et adaptation psychosociale » grâce à la trilogie NAP⁹ + AAH¹⁰ + tuteur aux prestations sociales, à laquelle on a ajouté les structures sectorielles disséminées dans le social. Les pratiques sectorielles viennent, dans une visée de santé sociale, combler les manques et déficiences de la vie quotidienne. On peut ainsi être un psychotique chronique stabilisé en relativement bonne santé si on vit de manière plus ou moins bien insérée à l'extérieur grâce à cet étayage social.

Un nouveau modèle émerge actuellement, qui vise une gestion individuelle de la santé et de la maladie. Il s'agit, comme dans les programmes PACT¹¹, de

9. Neuroleptique à action prolongée.

10. Allocation adulte handicapé.

11. Les programmes PACT (psychoses : aider, comprendre, traiter) sont des adaptations françaises du *Program for Assertive Community Treatment* américain de sortie des malades mentaux stabilisés. On en trouve une description dans le livre de S. Estroff, *Le labyrinthe de la folie*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1998.

développer des programmes cognitivo-comportementalistes d'éducation à la santé et de contrôle de la maladie. Développement des habiletés psychosociales, des compétences adaptatives, des habiletés conversationnelles, du contrôle des événements stressants vont de pair avec des modules d'éducation à la maladie : connaissance de la maladie, éducation au traitement neuroleptique, contrôle des symptômes. L'idée sous-jacente est de rendre la maladie du malade identique à celle diffusée par les modules d'éducation à la maladie¹², dans un partage clair : ce qui est compréhensible est de l'ordre de l'individu, ce qui est incompréhensible de l'ordre de la maladie. Ainsi, comme tout individu, le psychotique chronique stabilisé – ou plutôt l'individu porteur d'une psychose chronique stabilisée – doit gérer sa santé et donc la maladie dont il est porteur dans l'auto-production de soi qu'est la santé.

Il est vrai que l'augmentation rapide de la file active oblige à reconsidérer la prise en charge des chroniques stabilisés et l'impasse actuelle dans laquelle se trouvent le temps partiel, et plus particulièrement les hôpitaux de jour. Ces derniers se verraient attribuer cette mission de développement des habiletés sociales et de formation à la maladie, les CATTP restant l'adjuvant nécessaire pour ceux qui nécessitent par la suite une prise en charge par le dispositif de psychiatrie publique. Mais il faut surtout faire l'hypothèse que le champ psychiatrique va à nouveau se cliver et/ou qu'on va assister à une répétition de la loi de 1975. Dans le cas de figure du clivage, on entérine officiellement ce qui existe déjà : une sphère médicalisée autour de cibles spécifiques et le traitement des pathologies aiguës¹³, une sphère de soins infirmiers pour les psychotiques chroniques stabilisés. Dans le cas d'une « nouvelle loi de 1975 », ces derniers – et surtout leur vie quotidienne – ne sont plus considérés comme relevant du dispositif psychiatrique. La médecine – mais cela peut souvent être de la médecine générale – garde le seul aspect stabilisation de la maladie. À côté se crée un nouveau champ médico-social et de nouvelles professions pour la prise en charge de cette allure de la vie qu'est la psychose chronique.

La visée de la psychiatrie publique doit désormais être beaucoup plus vaste. Dans une politique de réduction des risques, elle doit s'organiser en réseau de drainage de la souffrance psychique, de toutes les souffrances psychiques. À l'ancienne représentation de la maladie mentale, qui faisait de la psychiatrie une filière étanche, la souffrance psychique oppose la multiplicité. Cette souffrance est partout, autrement exprimée, dans le corps, dans le social. Tout est potentiellement porteur de souffrance psychique, comportement dépendant, malheur somatique, crise conjugale, catastrophe commune. Elle impose la psychiatrie comme partenaire indispensable de la médecine somatique, du travail social, de la prison, dans une nouvelle définition du pathologique comme ce qui a besoin de l'intervention d'un soignant.

12. Cf. R. Barrett, *La traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1998.

13. Cf. G. Swain, *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard, 1994.

De ce fait, la psychiatrie doit s'engager dans une logique de complémentarité avec les autres institutions que sont la médecine, le travail social et la prison. Là où auparavant des frontières étanches délimitaient des appartenances fortes et exclusives l'une de l'autre (nos fous, vos détenus, vos malades, vos pauvres), l'identité bio-psycho-sociale de l'individu amène avec elle une logique d'équivalence : nos fous sont aussi vos malades et vos pauvres, voire vos détenus. C'est ainsi qu'à la place de l'ancienne logique d'altérité, l'interinstitutionnalité est à l'ordre du jour : ce qu'on dénomme les nouvelles missions de la psychiatrie, notamment la psychiatrie de liaison et le partenariat avec le travail social, sont en fait à concevoir comme les nouveaux modèles de travail psychiatrique en voie d'élaboration. Ce qui avant incarnait les limites de la psychiatrie, son bornage par les autres institutions, devient désormais nouvelle voie d'entrée dans le dispositif psychiatrique, modèle de renouvellement des pratiques et point d'appel à la spécialisation et à la différenciation du champ psychiatrique.

Ce processus de réduction de l'altérité, déjà bien entamé du côté de la médecine, amène par certains aspects une déspécification du travail du côté de la prise en charge de la souffrance psychique des malades comme de celle des soignants, mais pour une autre part, il est porteur d'une spécialisation du travail en fonction des unités de médecine somatique où il s'exerce et/ou des pathologies de la dépendance repérées : psychiatrie spécialisée en neurologie, en alcoologie, en dermatologie. On verrait ainsi une cristallisation de noyaux à la périphérie au fur et à mesure que le noyau central de la psychiatrie se déspecifierait.

La réduction de l'altérité s'initie également avec le travail social, dont l'attente est forte depuis la mise en place du dispositif RMI. Des tentatives existent : des pratiques (dont beaucoup d'aide aux aidants) s'engagent mais, surtout, ces tentatives sont porteuses de l'exigence de repenser le travail auprès de l'exclusion sociale en des termes psychopathologiques. Il en va ainsi dans ce que J. Furtos appelle les « pathologies en rapport avec la non-demande¹⁴ » ou dans ce que J. Maisondieu nomme les « pathologies de la fraternité¹⁵ ».

Si, pour une part, le repérage de la souffrance psychique doit s'effectuer au plus près des lieux où elle s'exprime, son traitement doit s'effectuer le plus rapidement possible. Le modèle le plus pur de cette transformation est la réponse à l'urgence. Celle-ci ne se définit plus dans les termes psychopathologiques, liés à la notion de maladie mentale, mais plutôt dans ceux de la crise d'adaptation à l'environnement ou de rupture de l'équilibre individu/environnement. L'intervention en urgence a pour but de prévenir une aggravation des troubles et de dénouer la crise en engageant un travail le plus rapidement possible. Il s'agit, à travers ce qui se nomme le travail de la crise, de calmer et, si

14. Cf. J. Furtos, « Problèmes d'identité et partenariat dans le champ de la précarité sociale », dans M. Minard (sous la dir. de), *Exclusion et psychiatrie*, Toulouse, érès, 1999, p. 79-89.

15. Cf. J. Maisondieu, « Souffrance sociale et psychiatrie », *Actes du colloque régional*, Caen, 26-27 novembre 1998, p. 257-262.

besoin est, de faire advenir une demande de soins à plus long terme et de la faire circuler plus avant dans le dispositif. Mais il s'agit aussi, dans un aspect de promotion de la santé, de faire prendre conscience de ses problèmes à la personne en crise ainsi que des moyens d'y remédier. Ainsi, c'est l'événement qui fait entrer dans le dispositif ; cela est encore plus évident avec la psychiatrie de catastrophe, qui intervient au plus près de l'événement pour réduire le risque de stress post-traumatique. La qualité du dispositif psychiatrique se jugera pour partie à sa capacité à répondre à ces demandes, dont la décompensation psychotique n'est qu'un cas particulier, et donc à sa capacité de garder une disponibilité continue face à leur émergence.

VERS UNE NOUVELLE ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE

À travers ces transformations, c'est toute l'organisation du dispositif et sa place dans la société qui changent. Initialement inventée pour soigner mais aussi pour contenir la maladie mentale, la psychiatrie publique doit désormais traiter la souffrance psychique ou plus exactement la drainer, quel que soit son lieu d'émergence : famille, médecine somatique, travail social. Pour ce faire, vers l'extérieur, elle doit s'ériger en dispositif de réponse aux demandes externes de soulagement concernant les seuls besoins subjectifs, à l'exclusion de la prise en charge concrète du quotidien, laissée à d'autres institutions : famille, champ médico-social ou social. Vers l'intérieur, elle doit s'organiser en réseau interne de circulation et de traitement de cette souffrance psychique à travers ses différentes structures spécialisées, ce que révèlent les trajectoires des malades. Ce qu'on peut résumer ainsi : garder l'interface dedans-dehors toujours disponible, empêcher la stagnation et l'embolie interne face à la dépendance que la maladie mentale entraîne ou que certaines structures suscitent.

Il est vrai que le secteur tel qu'il avait été conçu à l'origine est pris dans la même suspicion que l'hôpital psychiatrique en son temps et au nom des mêmes arguments : sédimentation et chronicisation. La plupart du temps, il n'aurait servi qu'à déplacer le vieux modèle résidentiel/occupationnel vers l'hospitalisation à temps partiel et donc la dépendance des malades. Il aurait seulement déplacé dehors les murs et les malades et se serait maintenu en filière autonome. En voulant dépasser l'asile, la psychiatrie de secteur en aurait pour partie reproduit le modèle, et la bouffée d'oxygène par la création du champ médico-social n'aurait pas eu l'effet escompté. Le secteur serait resté prisonnier du cadre de pensée de la médecine psychiatrique orientée vers la maladie mentale.

En outre, inventé pour rapprocher la psychiatrie de la cité, il en aurait reproduit le schéma asilaire en imposant un cloisonnement en autant de petites unités de psychiatrie générale avec, chacune, une palette plus ou moins diversifiée de soins. À l'heure de l'intersectorialité, il est trop petit, trop cloisonné et trop obsolète : sa tendance généraliste et l'indifférenciation des soins dont elle est porteuse sont dépassées maintenant que certaines prises en charge se spécialisent, ses frontières gênent la circulation des malades et la distribution des soins spécialisés. *A contrario*, il est trop grand pour garantir le travail généraliste dont

la base est le CMP. Trop fermé, trop chronicisé, trop édifié autour de structures néo-asilaires, trop petit d'un point de vue organisationnel global des soins, le tout secteur est désormais la marque de l'archaïque.

Dans ce dépassement du « secteur de papa¹⁶ », que va-t-on en garder ? Sa vocation généraliste de proximité, fédérant plusieurs petites structures locales diversifiées, mais replacée au sein d'un dispositif élargi en réseau départemental, voire régional, et avec une multiplication des points d'entrée dans le dispositif au nom de la diversité des formes de la souffrance psychique. Des buts revus et corrigés qu'on pourrait qualifier ainsi : prévention des troubles qui résulteraient de la non-intervention et, au nom de la continuité des soins, gestion de la circulation du malade le long des réseaux du dispositif global. De ce fait, de nouvelles modalités d'intervention : prévention de la souffrance des aidants, psychiatrie de liaison avec le travail social..., couplées à un travail de construction des parcours individualisés des patients vers l'intersectoriel.

Dans le fond, le secteur risque de s'effacer avec l'asile, dont il incarnait le déperissement, car ils appartenaient tous deux au même socle de la médecine de la maladie. Une nouvelle organisation est en train de voir le jour qui remet en cause les fondements historiques de cette période de la psychiatrie. Cependant, cette transformation est grosse d'interrogations. Nous en retiendrons deux.

En premier lieu, si la souffrance psychique met à mal le capital collectif qu'est la santé, la demande subjective risque d'être un frein à sa circulation le long des réseaux psychiatriques. En effet, une politique de réduction des risques développe l'anticipation et vise à intervenir au plus tôt. Attendre la demande individuelle – et parfois sa lente maturation – est en cela trop coûteux en temps et trop porteur d'aggravation. De ce fait, ce qui est visé est l'intervention la plus précoce possible et l'effacement probable de la demande subjective *a priori* : on le voit bien avec ce qui est désormais le premier travail de la psychiatrie : faire naître la demande. Il semble qu'on retrouve là une des constantes du fait psychiatrique à travers son histoire : le fait qu'elle soit une institution qui intervient à la demande des tiers. Autrefois, à la demande du préfet ou des familles sous forme de l'internement, aujourd'hui, à la demande de la médecine, avec la psychiatrie de liaison, de la justice, avec les obligations de soins et, certes de manière encore balbutiante, du travail social avec l'interinstitutionnalité. Les tiers changent : c'est moins l'autorité publique et le réseau primaire de socialité¹⁷ qui sont les garants de l'individu que les réseaux secondaires que sont ces institutions.

En second lieu, il semble que le lien historique psychose-psychiatrie constitutif du premier socle se dénoue. Le moment originaire de la psychiatrie, même s'il s'est ensuite rapidement naufragé dans un enfermement de masse, tentait à sa manière de faire face au paradoxe de la psychose : ne pouvoir subsister sans

16. En référence à l'article de M. Reynaud, « Faut-il toucher au secteur de papa ? », *Synapse*, avril 1992, p. 25 –27.

17. On appelle socialité primaire les rapports sociaux fondés sur l'interconnaissance : parenté, relations de voisinage, camaraderie.

autrui tout en étant dans l'incapacité de créer des liens de réciprocité avec autrui. Le travail de secteur s'y confronte encore toutes les semaines et tente d'y faire face en créant des lieux de socialité particulière où être ensemble, même si on est voué à une certaine solitude.

En effet, il ne suffit pas de faire de la psychose une allure de la vie en société pour réduire ce paradoxe. Il faut plutôt observer la cohérence de cette nouvelle représentation de la psychose avec le critère de mesure de l'efficacité du système de soins, la santé populationnelle. La question qui doit être la sienne est celle-ci : en quoi tel soin améliore-t-il significativement la santé de la population¹⁸ ? La réponse est simple : la prise en charge des psychotiques chroniques stabilisés ne relèverait plus du système de soins, car elle améliorerait relativement peu la santé populationnelle alors que ces malades embolisent ce système dont la rentabilité serait beaucoup plus sûre si on le reconvertissait vers d'autres publics en souffrance psychique.

Se pose de nouveau la question d'une psychiatrie qui ne peut se renouveler qu'en abandonnant les populations qu'elle avait prises en charge auparavant¹⁹. L'histoire de la psychiatrie est l'histoire de ses abandons successifs et de sa quête d'un objet, qu'elle voudrait naturellement sien alors qu'il est construit en fonction des exigences sociales.

La souffrance psychique est désormais le maître mot de la psychiatrie, pur paradigme qui fonctionne comme désinséré de toute définition positive pour recouvrir les situations les plus diverses. Sésame de l'intervention psychiatrique, il semble même tirer sa force de son absence de définition, qui permet facilement de faire l'unanimité à peu de frais. Il semble qu'il y ait retour à un concept unitaire. Si la naissance de la psychiatrie comme médecine spéciale s'était effectuée au nom de l'aliénation, sa transformation s'effectue au nom de la souffrance psychique. Si à la révolution démocratique et à la montée de l'individualisme correspondait une construction de l'aliénation comme perte de la liberté et de la responsabilité, à quelle représentation de l'homme correspond la notion de souffrance psychique ? Que recouvre-t-elle ?

Si on reprend la technique assurancielle, dont la base est la notion de capital, il semble que l'idéal de notre société est l'homme productif qui gère son capital santé et participe au maintien du capital collectif qu'est la santé publique. Tout symptôme qui se signale comme défaut dans le bien-être est surtout un accroc dans ce capital-santé, qui nécessite une intervention du système de soins pour en prévenir l'aggravation. La souffrance psychique serait ainsi l'écart par rapport à cet idéal productif, à cette production de soi qui doit désormais être la nôtre. La multiplication des catégories psychiatriques (comme dans le *DSM-IV*)

18. Cf. *Les déterminants de la santé*, Institut canadien des recherches avancées, n° 5, septembre 1991.

19. Avec l'émergence du secteur, des populations entières ont glissé de la psychiatrie vers le champ médico-social, créé par la loi de 1975. Cela pourrait être le tour des psychotiques chroniques, qui, par ailleurs, du fait de leur responsabilisation de plus en plus fréquente par les tribunaux, se retrouvent incarcérés après avoir commis un délit ou un crime.

qui remplace les larges mailles que représentaient les anciennes nosographies témoignerait de la montée des exigences normatives de notre société et de son idéal de l'homme parfait, entièrement rationnel et productif, complètement adapté au milieu dans lequel il vit, c'est-à-dire entièrement adaptable à un monde en continuelle transformation, et de ce fait amnésique. On voit tout ce qui sépare le psychotique chronique stabilisé de cet idéal, qu'il partage mais qu'il ne peut atteindre en rien. Mais, surtout, si la souffrance psychique est la baisse de performance dans la fabrication de soi, l'écart par rapport à un idéal normatif de plus en plus exigeant, elle concerne chacun d'entre nous à un moment ou à un autre de sa vie. En cela, la psychiatrie de la santé fait désormais partie du paysage et accompagne de près ou de loin le déroulement de la vie de chacun.

Claude Barthélémy

*Éthique de la contrainte en psychiatrie**

Poser la question de l'éthique et de la contrainte revient à interroger la psychiatrie sous l'angle du conflit qui oppose la violence de la maladie à celle que la société légitime. Envisager les contraintes de soin psychique, c'est-à-dire les violences légales, que la société peut exercer sur un individu – les conditions de leur légitimité restant à définir – oblige à tenir compte du champ de la clinique psychiatrique, de celui de la pensée juridique et de l'éthique au sens du respect dû à la personne humaine, ou tout du moins à ce que l'opinion veut en connaître dans ce qu'elle accepte et ce qu'elle refuse, et qui fonde les lois.

UNE QUESTION INHÉRENTE À LA PSYCHIATRIE

La psychiatrie est par essence une discipline hétérogène : la plus humaine des sciences et la plus scientifique des sciences humaines. En ce sens, le débat sur la place de la psychiatrie dans la société se double d'un autre débat, interne à la discipline, constitutif de la psychiatrie elle-même et qui s'enracine dans ses grands courants originels, parfois conjugués, souvent opposés.

La question de la liberté

La question des libertés et des contraintes qui les limitent est consubstantielle, *ab initio*, à la psychiatrie elle-même, qui s'est constituée à l'ère moderne de l'apport conjoint de la réflexion médicale et de celle issue de la philosophie et du droit. Cela se repère d'ailleurs aisément lorsqu'on s'emploie à démêler l'écheveau

Claude Barthélémy, psychiatre des hôpitaux, chef de secteur, hôpital de jour, Villeneuve-sur-Lot.

* Cet article est déjà paru dans *L'Information Psychiatrique*, volume 79, n° 7, septembre 2003, p. 577-582.

de l'histoire de notre discipline : c'est bien sur le double socle d'une réflexion médicale et légale que se constitue la psychiatrie au sens où nous l'entendons aujourd'hui, lorsque Pinel signe son acte de naissance avec son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, à l'aube du XIX^e siècle. Pinel reconnaît le premier cette évidence, qui sera pourtant régulièrement occultée : la première contrainte qui s'exerce sur un malade mental n'est pas celle de la société mais celle de la maladie. Idée qui cheminera et trouvera son aboutissement un siècle et demi plus tard dans la célèbre formule d'Henri Ey : « La maladie mentale est une pathologie de la liberté. » Dès sa première étude, il affirme en effet : « Le but de la psychiatrie est la désaliénation du sujet¹. » Pour H. Ey, le travail, non sur la maladie, mais d'abord sur l'aliénation de l'homme malade par sa maladie prend valeur de postulat.

Cette double identité, la psychiatrie va l'assumer jusqu'à ce jour, au fait qu'à la différence de toutes les autres maladies qui peuvent être décrites comme des corps étrangers à la conscience, exogènes au sujet, même lorsqu'elles l'envahissent tout entier, le trouble mental infiltre le sujet jusqu'au plus intime de lui-même, jusqu'à ce point tout à la fois médical, juridique et philosophique qui définit le libre arbitre et la conscience de soi. D'une certaine façon, l'œuvre de H. Ey témoigne d'un point d'équilibre et de convergence entre les préoccupations médicales et philosophiques de la psychiatrie qui ne sera sans doute plus jamais atteint et qui explique pour une large part le regain d'intérêt à l'égard de son œuvre aujourd'hui.

La liberté en question

La psychiatrie ne saurait donc se reposer confortablement sur sa composante scientifique pour éluder un débat sur les libertés. Qu'en est-il advenu dans le dernier quart du siècle écoulé ? Il serait impossible de définir en quelques mots l'évolution de la composante médicale de la psychiatrie qui se caractérise particulièrement par la multiplicité de ses approches. Si peu de psychiatres soutiennent aujourd'hui l'idée d'une sociogenèse pure des troubles mentaux, on doit par contre noter qu'en perfectionnant les aspects scientifiques de la psychiatrie au travers des avancées des neurosciences comme de la connaissance des mécanismes cognitifs, beaucoup caressent et croient pouvoir saisir le rêve déterministe d'un homme neuronal dont J.-P. Changeux a pu écrire : « Sur les multiples claviers du grand orgue de la conscience s'improvise une partition sans organiste. L'exécutant est remplacé par un mécanisme autorégulateur². » On remarquera la convergence de cette perspective avec les tenants d'une machinerie inexorable de l'inconscient. La conscience ainsi escamotée, la liberté de penser et d'agir de celui qui croyait échapper à l'aliénation n'est plus qu'une illusion, une ultime coquetterie de la contrainte biologique ou des mécanismes du langage. La maladie mentale se résoudrait au fond à quelques simples erreurs dans la partition.

1. H. Ey, *Études psychiatriques*, Paris, Desclée de Brouwer, 1952.

2. J.-P. Changeux, *L'homme neuronal*, Paris, Fayard, 1983.

DES ÉVOLUTIONS CONTRADICTOIRES

Paradoxalement, dans le même temps où la science réduit la liberté de l'homme « normal » à une portion de plus en plus congrue, les contraintes légales que l'homme accepte de s'appliquer à lui-même se limitent ou s'étendent selon les évolutions de l'opinion sur la définition de cette normalité, de façon apparemment divergente, voire contradictoire. Elles visent à se limiter en ce qui concerne l'hospitalisation sous contrainte et le remplacement de la loi de 1838 par celle du 27 juin 1990 affirmant les droits du citoyen contre l'arbitraire de la société, voire de la maladie. Elles se renforcent et s'étendent dans le cadre de l'injonction judiciaire de soin, affirmant le droit de la société à contraindre les individus à se soigner.

L'hospitalisation sous contrainte

En ce qui concerne l'hospitalisation sous contrainte, d'une certaine façon, dans l'esprit de la loi de 1838, les notions d'aliéné et de citoyen s'excluent. Le sujet est d'abord le sujet malade qui doit être protégé et soigné et il ne redevient un citoyen que lorsqu'il cesse d'être un aliéné. La perte de la liberté intérieure est consubstantielle à l'aliénation. La liberté est d'abord à comprendre au sens politique du terme : c'est celle qui concerne les rapports des individus entre eux, la liberté qui s'arrête où commence celle des autres, celle que la loi limite et permet.

A contrario, en faisant de l'impossibilité de consentir la justification première de la contrainte, la loi de 1990 fonde cette contrainte sur une notion directement issue de la sphère conventionnelle du droit qui définit les conditions de validité du contrat. La notion d'aliénation a totalement disparu et celle de maladie s'affadit en troubles mentaux. Le malade de la loi caduque s'efface derrière le citoyen de la loi nouvelle. Pour la loi de 1990, la liberté est donc d'abord à entendre au sens métaphysique des philosophes et pose la question du libre arbitre : c'est celle qui concerne les rapports de l'individu à lui-même, c'est la liberté de vouloir ce que l'on veut et de vouloir ce qu'on ne veut pas encore. Une signature de l'âme, en quelque sorte, empruntant à la volonté stoïcienne la liberté de persévérer et à Descartes un pouvoir indéterminé de choix. C'est, pour reprendre le joli mot de Comte-Sponville, « une liberté rêvée³ » et peut-être même, pourrait-on ajouter, un rêve de liberté.

Ainsi, le XIX^e siècle paraissait raisonner en inférant le tout d'un malade d'une partie de ses conduites ; le XX^e siècle finissant attendait du sujet total qu'il se prononce sur ce que serait une de ses parties : l'acte, la maladie. De façon lapidaire, on pourrait dire que la vieille loi postule un sujet aliéné pour qui la maladie mentale pose la question de la désaliénation, la loi nouvelle postule un citoyen gérant sa maladie depuis la tour de contrôle plus ou moins vigilante de son libre arbitre. Ce qui justifie cette évolution est le recours à une éthique de la raison fondée sur la règle d'or de la réciprocité qu'on trouve au fondement de

3. A. Comte-Sponville, « Liberté », *Impact Médecin Hebdo*, n° 366, 16 mai 1997.

toutes les morales. On observera avec G. Swain⁴ que c'est l'impuissance supposée de l'insensé à la réciprocité qui justifiait avant Pinel son exclusion de la communauté humaine. La règle d'or l'y réintroduit. Ce n'est pas son moindre mérite.

Pour autant, le regard médical et clinique ne se laisse pas totalement subjugué et fait retour, questionnant le consentement comme l'impossibilité à consentir, là où le législateur ne l'attendait pas. Chacun s'accordera pour admettre que cette liberté idéale ne peut s'appliquer qu'à des êtres idéaux et présuppose le partage d'un idéal du Moi commun et l'échange entre le Moi conscient du médecin et le Moi conscient du malade, entre deux citoyens raisonnables et identiques, tournés vers le bien individuel ou collectif mais dépourvus de toute singularité subjective. Ni le soignant et son désir de soin, ni le soigné dans sa demande, si souvent complexe, trouble et ambivalente, dans son hésitation à reconnaître et à quitter la position défensive et régressive de l'aliénation et dans son soulagement à accepter une contrainte qu'il ne peut plus s'imposer à lui-même, ne peuvent se résumer dans cette définition.

Comment ne pas comprendre que derrière le consentement libre et éclairé aux soins devrait s'élaborer une psychologie et une psychopathologie du consentement faisant place aux multiples nuances qui s'accommodent mal du schématisme juridique et évoluant dans le temps, en lien avec l'évolution de l'état morbide et de la relation soignante ? Rien toutefois ne vient aujourd'hui remplir le fossé qui semble s'être creusé entre le sujet souffrant dont s'occupe la médecine et le citoyen idéal de la loi. L'instauration d'une période d'hospitalisation de 72 heures avant recours à la loi sur l'hospitalisation sous contrainte préconisée par le groupe de travail présidé par H. Strohl sur la révision de la loi du 27 juin 1990⁵ permettrait peut être de se donner les moyens de le combler, pour autant qu'il s'agisse d'une période de transaction tout autant que d'observation. Mais comment alors nommer cette période d'hospitalisation obligée et garantir les libertés individuelles ?

Les injonctions judiciaires de soins

Pour ce qui est du second volet de la contrainte, celui qui concerne les injonctions de soins imposées à des sujets réputés aptes à consentir et non passibles de l'article 122.1 du code pénal, on voit que le poids de la société et de son bras judiciaire tend progressivement à s'alourdir.

Ces injonctions concernent en effet des populations de plus en plus nombreuses avec des variantes propres à chaque cas et dont il serait utile de faire l'étude comparative ; alcooliques dès 1954, toxicomanes en 1970, délinquants sexuels depuis 1998, témoignant tout autant des intolérances de la société et des fluctuations de l'opinion vis-à-vis de certaines populations que de la définition d'un champ pathologique rigoureusement borné. Le champ n'en est d'ailleurs pas

4. G. Swain, *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard, 1994.

5. H. Strohl (présidente), *Propositions du groupe de travail sur l'évaluation de la loi du 27 juin 1990*, février 1996.

clos, d'autant moins que l'arsenal du Code de procédure pénale dans lequel peut puiser le juge ne prévoit aucune disposition spécifique à l'obligation de soins, par rapport aux autres obligations particulières que celui-ci peut prononcer en dehors de tout avis et de toute expertise médicale.

Dans cette affaire, il est bien difficile de discerner une ligne directrice qui s'appuierait sur quelque doctrine et encore moins sur l'étude de l'efficacité de tels dispositifs. Face à ces populations hétéroclites, l'opinion semble évoluer au mieux selon une théorie de la pratique telle que l'a définie Bourdieu⁶, développant un éclectisme pragmatique porté par des théorisations hétérogènes, voire contradictoires, au pire en fonction de ses aversions et des événements qui la mettent parfois brutalement en face des miasmes qui l'agitent et qu'elle veut d'ordinaire ignorer. L'affaire Dutrou a constitué un de ces paroxysmes.

Une traduction légale de l'imaginaire social

Ces évolutions s'inscrivent dans ce que C. Castoriadis⁷ a appelé l'institution imaginaire de la société. M. Zafirooulos⁸ a fait remarquer qu'en choisissant le couple médecin-malade comme rationalité identitaire, la métaphore médicale devient toujours plus dominante pour notre société. Mais il faut compléter cette remarque : la société tend à démedicaliser ce qu'elle accepte et à medicaliser ce qu'elle rejette. Il semble que ce soit moins désormais la peur du fou qui l'agite que celle de ceux qu'à un certain moment elle considère comme des délinquants ou des criminels. À titre d'exemple, J. Arveiller⁹ nous rappelle que c'est la question de l'homosexualité et sa dépénalisation dans le code pénal prussien qui sera la pierre de touche de l'aggiornamento opéré par K. Ebing et Moll en 1886, définissant le champ des perversions sexuelles. Rappelons inversement que c'est par un vote et non sur des critères scientifiques que les psychiatres américains ont décidé d'exclure l'homosexualité du DSM III.

Comment dès lors conceptualiser ce champ hétérogène où l'aliéniste ne reconnaît pas la démence et que l'opinion se refuse à considérer comme « normal » ? C'est bien la société qui définit, en fin de compte, le champ de cette naturalisation. Mais cette medicalisation de l'imaginaire social s'inscrit, comme on l'a vu, dans l'envahissement de l'imaginaire médical par la technoscience. La loi traduit cette double évolution en individualisant de nouvelles populations pathologiques au travers d'une représentation de plus en plus biologique et objectivée de l'homme. La loi sur les délinquants sexuels en est une parfaite illustration qui s'adresse à des populations que seul leur délit rassemble, qui subordonne le temps du soin à celui

6. P. Bourdieu, *Raisons pratiques*, Paris, Le Seuil, 1996 ; P. Bourdieu, *Propos sur le champ politique*, Paris, PUF, 2000.

7. C. Castoriadis, *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Le Seuil, 1975.

8. M. Zafirooulos, « Idéal médical et clinique du social », éditorial *Synapse*, n° 93, février 1993.

9. J. Arveiller, « Pédophilie et psychiatrie. Repères historiques », *L'évolution psychiatrique*, 1998, t. 63, fasc.1/2.

de la peine et qui n'établit aucune distinction entre les modalités légales du soin hormonothérapeutique et l'obligation de soin psychique. Nous avons longuement développé ce thème par ailleurs¹⁰.

Tout du moins, G. Lanteri-Laura, pour éviter tout scepticisme radical, nous propose-t-il une démarche méthodologique : « Nous devons envisager l'hypothèse où à partir d'un registre effectivement déterminé par l'opinion, l'observation clinique montre, dans une partie des sujets retenus et non dans tous, des caractéristiques qui ne doivent plus rien à l'opinion¹¹. » C'est vers quoi certains cliniciens se sont engagés. Concernant certains agresseurs sexuels, on se référera en particulier aux travaux de C. Balier¹² sur le démembrement du champ pervers. Encore faut-il se souvenir que l'étude clinique elle-même opère toujours avec des modèles préalables, eux-mêmes influencés par le *socius*. Tout *opus operatum* est issu d'un *modus operandi*.

À LA RECHERCHE DES PRINCIPES ÉTHIQUES DE LA CONTRAINTE

Quelles sont, dès lors, les conditions qui peuvent justifier une telle injonction adressée à des sujets réputés disposer de leur capacité à consentir ? Si la question posée à la clinique psychiatrique par l'injonction de soin semble l'être dans la relativité des morales, la réponse ne peut être cherchée que dans une réflexion posant les principes généraux d'une éthique de la contrainte. On regrettera que le comité national consultatif d'éthique¹³ n'ait pas cru devoir, à l'occasion de sa saisine sur la loi concernant les délinquants sexuels, nous éclairer de son avis sur ces principes. On se contentera, dans un si court article, de rappeler nos propres opinions sans développer l'argumentation qui les justifie.

La contrainte du soin n'est pas spécifique à la psychiatrie

La légitimité des contraintes qu'une société est en droit d'exercer sur un individu, d'une façon générale, en ce qui concerne l'obligation de soins, n'apparaît pas spécifique à la psychiatrie. Bien au contraire. Une telle contrainte peut s'exercer, légitimement ou non, à l'égard d'une population exempte de troubles mentaux. Elle peut concerner des soins somatiques tout autant que psychiques,

10. C. Barthélémy, « Réflexions sur les rapports de la psychiatrie et de la justice », *L'Information Psychiatrique*, n° 5, mai 1998.

11. G. Lanteri-Laura, *Lecture des perversions. Histoire de leur appropriation médicale*, Paris, Masson, 1979.

12. C. Balier, *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF, coll. « Fil rouge », 1996.

13. Comité consultatif national d'éthique, 71, rue Saint-Dominique, 75007 Paris.

– Avis sur la prescription de substances anti-androgéniques à des détenus condamnés pour les infractions à caractère sexuel, 7 décembre 1993.

– Recommandations sur un projet de loi « renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs », 20 décembre 1996.

parfois nécessaires à la préservation de la vie. La psychiatrie n'est au fond qu'un cas particulier d'un vaste ensemble qui peut concerner tout autant et mêle certains suicidants (qui ne sont pas tous pathologiques), le droit à l'euthanasie, les grévistes de la faim, les adeptes de sectes opposés à la modernité, les enfants victimes de l'abus ou de la carence des droits parentaux, les personnes sous tutelle, etc. Toutes les disciplines médicales peuvent être concernées et chaque cas mérite une réflexion éthique du corps social sur l'étendue des pouvoirs et sur la nature de celui qui doit le cas échéant s'exercer. Il apparaît donc souhaitable de déspecifier l'hospitalisation sous contrainte des malades mentaux comme l'ont déjà suggéré, voici trente ans, H. Mignot et H. Ey dans le *Livre blanc de la psychiatrie*¹⁴ et comme nous en avons repris la proposition dans le *Livre vert*¹⁵. Nous avons vu avec plaisir cette proposition reprise dans un récent rapport commandé à E. Piel et J.-L. Roelandt par le ministère de la Santé¹⁶.

L'obligation de soins psychiques ambulatoires

A contrario, l'obligation de soins psychiques ambulatoires concernant des sujets délinquants ou criminels considérés comme responsables nécessiterait un dispositif particulier tenant compte d'une approche dynamique et clinique du consentement, préservant les libertés individuelles et s'appliquant à toutes les situations sans distinction de populations.

Dans leur rapport *De la psychiatrie vers la santé mentale*, qui veut être un manifeste pour une psychiatrie citoyenne, E. Piel et J.-L. Roelandt proposent d'étendre cette obligation de soins ambulatoires comme alternative à l'hospitalisation, au bout d'une période de 72 heures, en dehors de toute mise en jeu de la justice pénale. Il y faudrait de toute façon une décision judiciaire mais ce serait, nous semble-t-il, une mesure beaucoup trop grave pour les libertés individuelles pour qu'on accepte de courir un tel risque. On voit bien que cette proposition repose sur une confusion aggravée des notions de sujet souffrant et de citoyen ci-dessus évoquée.

Les auteurs affirment d'ailleurs : « Les droits de l'homme et du citoyen sont inaliénables, les troubles psychiques ne les annulent en aucun cas¹⁷. » Si tel était bien le cas, rien ne pourrait justifier les soins psychiatriques obligés. Tout interneement s'assimilerait à une incarcération pour délit d'opinion et toute contrainte de soin à une peine. C'est cette confusion qui culmine dans l'application à la psychiatrie de l'article 5-2 de la Convention européenne des droits de l'homme assimilant

14. *Livre blanc de la psychiatrie française*, dans *L'évolution psychiatrique*, supp. n° 3, 1965, tome XXX, fasc II-1 et supp. n° 3, 1966, tome XXXI, fasc. III-2.

15. *De la psychiatrie (Le Livre vert)*, sous la direction de C. Barthélémy, Association nationale des présidents et vice-présidents des CME des CHS, Nantes, Les Bulletins de l'information spécialisée, 1994.

16. E. Piel, J.-L. Roelandt, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, rapport de mission, juillet 2001.

17. *Ibid.*, p. 11.

totalemment l'hospitalisation sous contrainte d'un malade à l'arrestation d'un délinquant. J.-P. Rumen¹⁸ fait justement remarquer qu'une telle affirmation a pour corollaire ce qui a fait considérer comme folle toute personne ne parvenant pas à être un bon citoyen dans le meilleur des États du monde, dans la fiction d'Huxley ou dans la réalité stalinienne.

DE L'ÉTHIQUE DE LA CONTRAINTE À L'ÉTHIQUE DU SUJET

On pourrait conclure en remarquant que, malgré la divergence apparente des solutions apportées selon la plus ou moins grande peur que lui inspirent ses objets, la société manifeste à travers le développement prévisible des injonctions de soins, comme à travers l'évolution de la loi sur l'hospitalisation sous contrainte des malades mentaux, une tendance de plus en plus forte à privilégier la pensée juridique au détriment de la pensée médicale et l'objectivité du citoyen aux dépens de la subjectivité de la souffrance, risquant de rompre les équilibres nécessaires.

Pourtant, les droits du citoyen ne sont pas nécessairement superposables aux devoirs vis-à-vis du sujet souffrant et l'homme ne saurait se réduire à sa citoyenneté. Les causes de cette évolution semblent évidemment à rechercher dans le poids de plus en plus considérable du droit et de l'objectivation de l'homme dans nos sociétés, mais peut-être aussi dans une certaine renonciation de la psychiatrie à assumer sa vocation clinique et son héritage asilaire dans le meilleur sens du terme : c'est-à-dire en affirmant son devoir d'accueillir et de soigner. Une éthique de la contrainte en psychiatrie ne peut s'autoriser que d'une éthique du sujet.

Si l'homme dans sa nature complexe est d'abord citoyen sur l'agora, individu social dans sa sphère privée, croyant dans son lieu de culte, il doit conserver le droit d'être d'abord un sujet souffrant dans un hôpital. Ce qui renforce la citoyenneté du malade est bon pourvu qu'il n'en coûte pas aux soins du citoyen. L'empiétement sur les autres de l'un de ces registres constitutifs de la personne ne peut conduire qu'à un appauvrissement et à un abus. L'empreinte croissante de la sphère du droit sur l'ensemble des rapports sociaux pourrait bien être le prochain.

Le XVIII^e siècle a théorisé, avec Montesquieu, la séparation des pouvoirs au sein de l'État. Le XXI^e siècle sera confronté à une nécessaire réflexion sur l'équilibre des pouvoirs au sein de la société civile et sur l'équilibre de ce qui se traduit de chacun d'entre eux en chacun d'entre nous. Tel pourrait être le projet d'une éthique du sujet laissant sa juste place et son espace propre de liberté à chaque élément de l'unité complexe qui constitue la personne, rejoignant l'idéal de mesure que nous a légué Aristote et le véritable fondement d'une authentique politique de santé mentale.

En attendant, pris ensemble dans les contraintes contradictoires de la loi, le psychiatre et son patient devront peut-être entrer ensemble en subversion et préserver, pour poursuivre leur colloque singulier, un espace clandestin, le seul sans doute où puisse s'entendre, au-delà du symptôme, la vérité du sujet.

18. J.-P. Rumen, *Lettre de la psychiatrie française*, n° 108, oct. 2001.

Michel Horassius

Participation, liberté, dignité : enjeux et limites

Au temps de la psychothérapie institutionnelle, notre but était de faire advenir le patient du statut d'objet qui subit à celui de sujet qui s'exprime. Nous allions dans le sens de l'histoire. Peut-être même avons-nous contribué, un peu, à la faire avancer. En tout cas, depuis, le sujet a pris la parole, s'en sert largement et c'est très bien ainsi. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire la Charte des usagers de la santé mentale et le *Livre blanc des partenaires de la santé mentale France*, ou bien encore d'assister aux journées tenues par les associations d'usagers et de leurs familles.

Tout le monde actuellement s'intéresse aux droits des malades, tout le monde s'accorde à leur reconnaître le droit de jouir de la plénitude des prérogatives inaliénables de leur citoyenneté.

À l'origine de cette évolution, on peut retenir l'influence de facteurs très différents, comme l'expansion des nouveaux moyens d'information qui permet aux patients une meilleure connaissance de leur maladie et une possibilité d'accession à l'esprit et à la pratique du consumérisme. Ou bien encore, dans un autre domaine, le rationnement obligé des dépenses, notamment médicales, qui va entraîner pour nos sociétés des choix douloureux que les responsables politiques seront tentés de partager avec les usagers.

Mais c'est surtout la montée de l'individualisme qui semble être le fait primordial. Bien que l'origine doive en être recherchée loin dans l'histoire des individus, le processus semble s'être accéléré au cours du dernier demi-siècle qui a été celui de l'émancipation des minorités exploitées, qu'il s'agisse des peuples colonisés, des femmes, des enfants, et maintenant des patients. Nous passons « des devoirs des médecins à l'égard des patients aux droits des patients face aux médecins ». Mais pas seulement face aux médecins, face également à l'État, du fait d'une modification du processus de décision publique, comme le

fait remarquer Véronique Ghadi. Au modèle dit paternaliste, où l'État, en s'appuyant sur l'avis des experts, prenait des décisions qui s'appliquaient à tous, succède une situation où il doit, l'État, bien que recueillant toujours l'avis des experts, tenir compte de l'opinion des membres de la société pour prendre des décisions qui soient considérées comme légitimes. L'État serait passé du rôle de décideur à celui d'animateur.

Depuis une cinquantaine d'années, tous les textes officiels vont dans le sens de *la reconnaissance des droits* du sujet majeur, dont le droit à l'état de santé est défini comme étant un état complet de « bien-être » physique, mental et social (le critère de bien-être est peut-être un peu utopique). Dans cette évolution, le droit à la participation est un élément essentiel, qu'elle soit individuelle – le droit, pour le patient, de participer à son processus de soins, après l'expression d'un consentement éclairé faisant suite à une information loyale, claire et appropriée – ou collective – le droit de participer au fonctionnement des établissements de soins et à l'élaboration de la politique de santé publique. Ainsi devraient s'épanouir deux notions nouvelles, également importantes sur le plan de l'évolution de nos sociétés bien qu'il soit difficile actuellement d'en estimer le degré. Il s'agit de la notion de « démocratie sanitaire » et de son corollaire, « le devoir d'éducation à la santé ». Cela veut dire que face à la maladie, les individus ne pourront revendiquer et exercer tous les droits de leur citoyenneté qu'en fonction de leur niveau d'éducation dans le domaine de la santé.

Tout cela est prometteur mais, quels que soient le niveau et la qualité de cette « démocratie sanitaire », il n'en est pas moins vrai que toute maladie vient plus ou moins en obérer l'exercice. Ce n'est pas seulement par un désir de comportement autocratique que s'est développée la relation paternaliste reprochée à la médecine française. L'angoisse, la douleur, la diminution des ressources psychiques dues à la maladie induisent le patient à rechercher auprès de son médecin une relation particulière où ce dernier pouvait donner libre cours à ses sentiments de bienveillance et de bienfaisance. D'autant que cette attitude paternaliste, selon Suzanne Rameix, spécialiste des problèmes de philosophie médicale, s'inscrivait dans une conception de l'État héritée du modèle de la monarchie de droit divin, où l'individu n'est que « l'usufruitier » de son corps, qui appartient toujours à l'État, à charge pour ce dernier de définir ce que l'on peut faire ou ne pas faire sur lui et, ainsi, protéger le citoyen de comportements dangereux à l'égard de lui-même.

Actuellement, en France, nous serions en porte-à-faux ou, plutôt, à la recherche d'une troisième voie entre notre paternalisme dépassé et l'autonomie anglo-saxonne qui implique une relation médicale construite sur le modèle des contrats passés entre individus libres et égaux. Pour nous, vouloir considérer la relation médicale sur le modèle du contrat social est une démarche très réductrice qui ne tient pas compte de la dimension psychologique inhérente à toute relation soignante. Il n'y a pas d'égalité entre le malade qui souffre, qui a peur et attend une intervention presque « magique » de la part du praticien, et ce dernier. Il n'y a pas non plus d'égalité de savoir, même si les médias modernes permettent une meilleure accession à la connaissance médicale. De plus, l'angoisse née de la pathologie vient limiter, chez le patient, les possibilités de

compréhension d'un langage médical difficile à communiquer, d'autant que ce dernier, le patient, n'est pas toujours disposé à le recevoir.

Tout cela vaut pour la médecine en général et, *a fortiori*, on peut se demander ce que devient cette notion de contrat et même l'exercice des droits récemment reconnus quand on aborde la psychiatrie, qui est le domaine des atteintes du psychisme, c'est-à-dire des possibilités d'expression d'un jugement et d'une volonté personnelle. Pour la communauté sociale, la liberté, ou sa possible privation, demeure toujours le point sensible en matière de soins psychiatriques.

Actuellement, des membres de la Communauté européenne, plutôt du Nord de l'Europe, sont très sensibilisés à ces problèmes de privation de liberté, avec notamment une position proche de celle du *Livre blanc* de la Commission européenne, *Psychiatrie et droits de l'homme*, qui prône la séparation des consentements à l'hospitalisation et au traitement. Il est vrai que cette Commission européenne, comporte de nombreux juristes qui, comme nous l'a appris le dialogue avec les magistrats au sein des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP), sont particulièrement attentifs à cette notion de privation de liberté externe qui, pour eux, fait grief, même justifiée par des raisons médicales évidentes. Ils ne sont pas les seuls à nourrir de telles peurs : les esprits même les plus éclairés de notre pays continuent d'être hantés par le spectre de l'« internement abusif ». Pourtant, l'expérience des CDHP nous apprend que, à part quelques cas, litigieux pour la plupart, il n'y a pas de véritable problème de privation de liberté parmi les quelque 50 000 cas d'hospitalisation sous contrainte qui sont accueillis, chaque année, par nos institutions psychiatriques. En revanche, c'est au niveau de la question du respect de la dignité des malades hospitalisés que se posent le plus de questions.

Les psychiatres n'ont pas attendu l'arrêt de la cour de cassation du 25 février 1997 pour se préoccuper du problème de l'information donnée, qui est un des éléments fondateurs de l'alliance thérapeutique. Mais, reconnaissons-le, ils s'en préoccupaient plutôt dans l'intimité de leur pratique, au sein de ce dialogue avec eux-mêmes où s'élabore la qualité de leur « art médical ». On peut admettre que ne pas faire partager cette préoccupation avec les malades et leur famille était dommageable. D'autant que l'expérience nous a appris que la maladie mentale, concernant l'ensemble d'une personnalité, se traite par la mobilisation de la globalité des potentialités du sujet.

Nous avons donc tout à gagner à ce que les malades et leur entourage réfléchissent et expriment leurs opinions sur l'information qu'ils souhaitent recevoir, en nous gardant toutefois de l'illusion de « transparence » et de l'excès d'« objectivation ». Le progrès scientifique pourrait faire croire, abusivement, que l'on peut accéder à un certain degré d'exactitude, de vérité qui serait partageable entre le malade et son médecin. En médecine, et plus encore en psychiatrie, il n'y a pas de vérité mais des réalités plus ou moins contingentes, d'autant plus complexes qu'elles sont appréhendées dans la dimension intersubjective, consciente et inconsciente, de la relation soignante. D'autre part, il convient de ne pas surestimer, quand il s'agit de patients graves, notamment psychotiques, le pouvoir du caractère objectif d'une information qui pourrait être reçue par une partie raisonnable du Moi de ces malades. Sans vouloir identifier le sujet à

sa maladie, le schizophrène à sa schizophrénie, tout psychiatre a appris à mettre en doute l'apparente approbation de ses patients ou, en tout cas, de ne pas mésestimer la complexité des motivations qui la déterminent. Enfin, l'excès d'« objectivation » de l'information risque de provoquer un phénomène de « chosification » du propos qui peut apparaître comme une sorte d'« artefact » du discours qui, s'il se répète, peut compromettre la crédibilité de la parole du thérapeute ou perdre son efficacité, n'étant pas intégré psychiquement, même s'il en reste des traces dans la mémoire des patients. Certains juristes pensent que la question de l'information va devenir le cheval de bataille de toutes les associations spécialisées dans la défense des patients, avec le risque d'une polarisation sur l'élément le moins subjectif – le diagnostic – aux dépens de la prise en compte de la personnalité de chaque malade, sur laquelle se fonde la singularité de la relation soignante.

La question du *consentement* est encore plus complexe que celle de l'information. La valeur de son respect est indéniable, individuellement, pour la qualité de l'alliance thérapeutique et, collectivement, pour la promotion de la « démocratie sanitaire ». Mais la grande diversité de ses formes d'expression en rend la pratique difficile. Nous sommes loin de la conception juridique, apparemment simple, pour laquelle il y a ou il n'y a pas consentement. L'expérience nous a appris que le consentement, dans la relation médicale, s'étend tout au long d'un spectre d'attitudes : contrainte, assujettissement, soumission, influence, dépendance, complaisance, assentiment, autorisation, permission, approbation, accord, engagement... Autant d'attitudes auxquelles s'ajoutent, en psychiatrie, des formes de consentement relevant du domaine du non-dit. Celui des consentements « paradoxaux » de certaines pathologies projectives graves où, pour prendre la décision nécessaire d'hospitalisation, il nous a fallu entendre l'appel d'une détresse infinie cachée derrière la véhémence de la protestation. Ou bien encore ces formes de consentement « implicite » où le patient, relevant en général du domaine de la psychose, sait, sans le nommer, quelque chose sur la réalité du mal dont il souffre. Comme il sait, également, que nous savons et nous sait gré de ne pas l'énoncer.

L'analyse critique de la participation à travers les aléas que la maladie mentale fait subir au processus d'information et de consentement ne doit pas être entendue comme une réticence vis-à-vis de ces dimensions constitutives de la relation soignante. Il paraît même souhaitable que, prenant leur place dans une réflexion psychopathologique, elles occupent encore plus les programmes de nos réunions scientifiques ainsi que ceux de la formation initiale et de la formation continue, dès que cette dernière sera sortie des limbes ministériels.

Revenons à la question de la *dignité*. Ne détaillons pas toutes les atteintes matérielles, morales et psychologiques qui mettent en cause la dignité des malades au sein de nos institutions ; la liste en est trop longue. Il est vrai que beaucoup d'efforts et de nombreuses améliorations sont en cours, mais il reste encore beaucoup à faire, comme en témoignent les CDHP. Cependant, une seule situation d'atteinte à la dignité mérite d'être évoquée : celle de l'inégalité face à l'offre et à la qualité des soins proposés, c'est-à-dire le non-respect du droit des patients de pouvoir bénéficier du meilleur soin possible, en fonction de

l'avancée des connaissances et de la diversité des méthodes thérapeutiques. Trop souvent, les malades ne sont pas soignés en fonction de leur pathologie et de leur phase d'évolution, mais en fonction du niveau d'équipement des institutions dont ils relèvent et où règne une grande disparité, ou encore de l'idéologie des médecins qui les reçoivent.

Définir la dignité est chose complexe. C'est la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 qui en a fait état la première fois, l'ajoutant aux notions de liberté et d'égalité présentes dans la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789. Selon Kant, elle est une caractéristique de l'homme en général. Ce qui rend les hommes égaux, c'est qu'ils sont égaux en dignité, donc tous également respectables. Le respect de la dignité des autres commence avec le respect de la dignité que l'on se doit à soi-même. Il s'agit donc, pour Kant, de se poser, d'abord, la question par rapport à soi-même : « Suis-je digne de respect dans mes actes ? » Et, ensuite, de poser la question par rapport aux autres : « Mes actes contribuent-ils à renforcer leur sentiment de respect d'eux-mêmes ? ». Ce sont là deux questions éthiques fondamentales qui devraient régir nos relations sociales et, *a fortiori*, que doit se poser toute personne impliquée dans une relation soignante.

C'est à un tel questionnement éthique que convie la Commission européenne « Psychiatrie et droits de l'homme » dans la note liminaire de son *Livre blanc* : « Rien ne saurait affranchir les thérapeutes et les professionnels au contact direct de la personne atteinte de troubles mentaux d'une réflexion critique et juridique accompagnant constamment leur activité. Il appartient à tout psychiatre [...] d'étayer en permanence son avis par le dialogue et la transparence sur sa démarche vis-à-vis de ses pairs, des patients et de la communauté. » Même si les CDHP vont voir leur existence et leur composition renforcées par la loi sur la modernisation du système de santé, leur pouvoir ne va pas en être accru pour autant et, de toute façon, leur influence éthique reste limitée parce qu'extérieure à l'institution. C'est une invitation à créer des instances à vocation éthique ouvertes de façon paritaire aux représentants des patients et de la société civile. Les CHU et les hôpitaux généraux le font actuellement, incitant leur personnel soignant à s'approprier, par la réflexion et le dialogue, la dimension éthique de leur pratique quotidienne.

Pour conclure, ce mouvement d'instauration d'une « démocratie sanitaire » est une grande chance de reconnaissance pour la maladie mentale et la psychiatrie. La mise en place de la politique de sectorisation avait permis le retour des patients au sein de la communauté sociale, mais pas leur acceptation dans les esprits et les cœurs. Aux murs de l'hôpital les malades voyaient se substituer des circuits de soin ségrégatifs reproduisant des cercles d'aliénation, ceux-là, communautaires. Peut-être allons-nous assister à la deuxième phase d'intégration, à une véritable acceptation de la maladie mentale de la part de la communauté sociale. Peut-être entrons-nous dans une époque où, selon le désir de Henry Ey, la « folie » cessera d'être vécue comme une malédiction, mais plutôt comme une manifestation consubstantielle de la condition humaine. Une époque où auront droit de cité ceux qui en souffrent et ceux qui tentent d'y porter remède.

Pour cela, il faut en revenir aux « fondamentaux », pour reprendre le langage des sportifs, notamment des rugbymen. Quels sont-ils en matière de soins psychiatriques ? *L'accession précoce à un système de soins dont la souplesse de fonctionnement et la diversité des modalités et des lieux d'intervention répondent au polymorphisme de la maladie mentale.* Cela veut dire la disposition :

- d'équipes d'intervention sur le terrain lors des premières manifestations de la maladie ;
- de structures d'accueil et d'observation de courte durée qui permettront d'affiner les orientations et de limiter au nécessaire les hospitalisations ;
- d'une procédure de protection juridique simple, en cas de soins sous contrainte : la production d'un seul certificat médical contrôlé rapidement par l'autorité indépendante compétente ;
- d'un ensemble de structures hospitalières diversifiées, dans leur organisation et leur localisation, en fonction de leur mission ;
- d'un système de soins ambulatoires, libre ou sous contrainte, indépendant des pôles hospitaliers et de leurs tutelles.

Évidemment, il faut du monde pour bien faire fonctionner un tel système de soins et, malheureusement, ce n'est pas la tendance actuelle.

Murielle Vitré

Il n'y a pas de pouvoir innocent

On ne peut pas régner innocemment.
Saint-Just

Marie-Annick, 18 ans, est hospitalisée pour une schizophrénie qui va évoluer vers une forme grave. Pour le moment, le symptôme le plus préoccupant est une anorexie grave : elle pèse 33 kg pour une taille de 150 cm (elle descendra jusqu'à 28 kg). Elle est admise dans l'unité de chroniques du service. Elle m'aborde un matin dans l'unité, et demande à pouvoir avoir au petit déjeuner autre chose que du café au lait sucré. Renseignements pris auprès de l'équipe, il s'avère que la cuisine livre le matin un bidon de café et un bidon de lait et que, pour simplifier le travail de l'équipe (nous sommes encore à l'époque du cadre unique et ce ne sont pas des ASH qui assurent le service hôtelier), les deux sont systématiquement mélangés. Quant au sucre, pour éviter que les patients n'en abusent, il n'est pas mis à leur disposition mais ajouté (selon l'humeur du moment et la personne présente) au mélange. Tout cela constitue une conduite institutionnelle d'une violence majeure, tant par la déniégation de l'individu que du sujet.

Cette brève anecdote permet d'aborder la problématique de la relation soignant-soigné en psychiatrie, dont le prototype est la relation médecin-malade telle qu'elle se décline depuis fort longtemps, bien avant la naissance de nos équipes pluridisciplinaires. Par définition, ce n'est pas une relation de parité, mais une relation asymétrique ; est-ce pour autant une relation de complémentarité ? L'inégalité signifie-t-elle automatiquement une structure hiérarchique ? Pendant longtemps, le médecin a été idéalisé, l'imaginaire lui attribuant une puissance d'autant plus importante que la médecine en elle-même était limitée dans ses capacités curatives. Le malade avait intérêt à croire que son médecin

pouvait tout faire, et le médecin avait intérêt à cultiver ce genre de croyance chez ses patients (a priori, hors de toute volonté consciente de manipulation ; ce qui n'exclut pas forcément cette dernière : Molière nous a brocardés vigoureusement, parfois féroce, mais il reste toujours aussi pertinent).

Les progrès de la médecine, son inscription dans une réalité pouvant être soumise à une pensée logique et à une critique scientifique ont changé la relation médecin/malade, avec un partage possible (plus ou moins important) des connaissances, des échanges autour du pronostic et des choix de traitement, etc. Ce qui débouche au mieux sur une relation de parité entre deux sujets et, au pire, sur une revendication éventuellement quérulente et judiciaire. Mais, de toute façon, la répartition du pouvoir reste inégale, ce qui est particulièrement vrai dans nos organisations avec possibilité de soins sans consentement.

Même si le patient revendique l'information, voire le pouvoir de décision (être opéré ou non, par exemple), l'aspect technique reste aux mains des soignants. Et l'exemple de Marie-Annick montre bien avec quelle violence ce pouvoir peut être exercé, en étant mis ici au service à court terme de l'institution. Il n'y avait aucun respect du sujet, pas de prise en compte du jeu entre besoin, désir et demande alors qu'il s'agissait typiquement d'une situation dans laquelle le recours à la psychothérapie institutionnelle s'impose, ou encore le modèle proposé par P.-C. Racamier dans *Le psychanalyste sans divan* : structuration de la réalité externe de façon à ce que le patient puisse étayer dessus le fonctionnement de sa réalité interne, et la réorganiser à son tour (nous sommes sur une hypothèse structuraliste telle que décrite par C. Lévi-Strauss).

Il est toutefois évident que, si l'organisation était mise à disposition de l'institution à court terme (avec une entropie maximum), elle ne l'était pas à moyen ou long terme puisque toxique, iatrogène et allant donc à l'encontre d'un objectif clairement affiché d'amélioration (sinon de guérison). Il y avait aussi une violence exercée par l'institution contre ses propres composants, contre les soignants. En effet, les événements ont évolué comme suit :

- les patients ont eu plus de choix pour leur petit déjeuner ;
- cet incident a été repris avec la patiente et a permis d'aborder sa relation à sa mère, qui n'a pas pu être suffisamment bonne en tant que mère nourricière ;
- la reprise avec l'équipe a mis en lumière le désaccord de la plupart des infirmiers avec cette pratique, leur soumission à la pression morale de quelques collègues pour qui l'ancienneté tenait lieu de qualification professionnelle (qu'il s'agisse de la surveillante, arrivée à ce grade « au bénéfice de l'âge », ou de deux ou trois infirmiers dans la même ligne).

Disqualifiés dans leur parole, niés dans leur individualité de soignants en désaccord avec une pratique de ce genre, il restait aux soignants une solution : partir, demander une autre affectation, avec la culpabilité et la honte d'avoir cautionné cela, de n'avoir pas réussi à le faire cesser. Solution dont ne disposaient bien sûr pas les malades, que l'on peut réellement qualifier, ici, de « captifs » du système. Tout cela pose enfin la question d'un hôpital qui accepte ce type de situation ; dans lequel les personnes en situation de décider ne se donnent pas les moyens d'être au courant, avec des médecins qui ne passent pas régulièrement dans ce type d'unités, abandonnées alors qu'y sont pris en charge

les plus lourds des malades ; d'un hôpital qui accepte de promouvoir des personnes incompetentes et/ou mal formées au niveau de responsabilité qui sera le leur.

Quelle solution ? Seule une parole libre, responsable permet au sujet d'exister et permet à l'équipe soignante de sortir de cet impérialisme dans lequel il est si facile de basculer, qui transforme le patient en « objet de mes soins ». C'est la qualité de l'écoute qui rend possible cette parité de sujet à sujet : mon humanité se mesure à l'aune de celle que j'accorde à mon vis-à-vis. « Ne faites pas à ma place ; laissez-moi faire seule ce que je peux faire seule, et aidez-moi pour le reste », tel était clairement le message de cette patiente.

Tout pouvoir contient en lui-même, toujours, la possibilité de l'abus de pouvoir. Le seul « garde-fou » est la parité que doit conserver toute relation entre deux êtres humains, chacun « embrassant » l'autre dans son individualité. À partir du moment où quelqu'un est désigné comme « un malade » par un médecin (ou comme « une femme » par un fondamentaliste de quelque religion que ce soit), l'aliénation est en route avec son cortège de violence.

Marie-Noëlle Clément

Institution psychiatrique : le droit et les coutumes

L'institution psychiatrique entretient depuis l'origine un lien ambigu avec la loi sociale. D'un côté, il s'agit d'un rapport d'extrême proximité, voire de confusion. En effet, l'institution psychiatrique « ou ce qui en tenait lieu » a assuré à l'origine un rôle paracarcéral dans lequel elle *faisait* loi (c'était le temps de l'hôpital général et des lettres de cachet) et elle assure encore aujourd'hui, dans une certaine mesure, un rôle de défense sociale. Mais d'un autre côté, la relation entre l'institution psychiatrique et la loi sociale est empreinte de distance et de méfiance parce que la première a longtemps fonctionné loin de tout cadre juridique établi et qu'elle est réticente à se conformer à ce cadre maintenant qu'il existe, en particulier dans le vaste domaine des droits de la personne. De plus, il faut souligner que le terme de « loi » a une place particulière dans le monde psychiatrique. On s'y réfère à tout bout de champ, et il devient finalement un gigantesque fourre-tout où coexistent de façon indifférenciée et sans hiérarchie la loi sociale, la loi symbolique, la loi de l'institution ou du service (on devrait alors plutôt parler de règlement). Mon propos n'est pas de dire que la difficulté de l'institution psychiatrique à se conformer au cadre juridique existant relève d'une mauvaise volonté de l'institution dans son ensemble ou des soignants qui y exercent, mais que le poids de la culture et de l'histoire de notre institution dresse sur ce chemin quelques obstacles.

C'est que, derrière les murs de cette institution peu banale, se sont succédé des modes de considération et de traitement des malades mentaux qui ont chacun laissé une part d'héritage. Et nous voilà aujourd'hui, soignants du XXI^e siècle, les dépositaires plus ou moins heureux ou embarrassés de tout ce que l'histoire de notre institution nous a légué. Qu'on le veuille ou non, c'est aussi avec ces traces que nous travaillons chaque jour. Et c'est du fait de ces traces, me semble-t-il, « ou peut-être de la manière dont nous ne pouvons ou ne voulons les

reconnaître », que nous peinons, au sein des institutions psychiatriques, à mettre notre pratique en pleine conformité avec l'esprit du droit.

Lorsque, jeunes internes ou infirmier(e)s, nous débarquons pour la première fois dans un service de psychiatrie, nous amenons avec nous un bagage de questions, de doutes, de pseudo-certitudes et même d'idéaux qui nous est propre. Nous découvrons alors bien vite une institution qui ne nous a pas attendus pour établir ses codes et ses règles, et si nous choisissons d'y exercer, nous acceptons implicitement de nous inscrire nous aussi, bon gré mal gré, avec plus ou moins de bonheur, dans cette configuration pré-établie. Les spécialistes du groupe et des institutions nous ont appris ceci : le but de l'institution, c'est l'institution elle-même. Pas le but affiché, bien sûr – celui-là est en général plus noble –, mais le but réel, celui qui organise au fond le fonctionnement institutionnel. Autrement dit, il n'est pas certain que l'institution soit faite pour les malades, elle tendrait plutôt essentiellement à sa propre survie ; il n'y a qu'à voir pour s'en convaincre, de quelle manière les patients qui la menacent en sont exclus. Sur ce chemin, elle est également amenée à ériger en mode de fonctionnement certaines « coutumes » qui contribuent à renforcer l'identité qu'elle s'est forgée tout en commémorant, parfois à l'insu de ceux-là mêmes qui les mettent en pratique, des éléments clés de son histoire et de sa culture. Ces « coutumes » sont des habitudes, des usages ou des règles de fonctionnement internes qui bien souvent égratignent la loi commune. Il ne s'agit pas de violations conscientes et délibérées du droit, mais plutôt de petites entorses répétées, guidées par le sentiment de bien faire (mais l'enfer est pavé de bonnes intentions !), et de petites lâchetés ou facilités bien compréhensibles au vu de la difficulté du travail de soignant en psychiatrie. Tous autant qu'ils sont, les établissements psychiatriques fonctionnent ainsi avec une part d'illégalité parfois tellement ancrée que l'on en vient à penser que ces « coutumes » se sont véritablement substituées à la loi. Les soignants s'emmêlent volontiers les pinceaux entre cadre juridique, règlement institutionnel, cadre thérapeutique, ils ont parfois chacun leur propre interprétation de certains points du règlement ou de certaines consignes – notamment entre équipe de jour et équipe de nuit – et les patients n'ont pas toujours tort lorsque, devant cette confusion généralisée, ils avancent que l'hôpital rend fou.

Quelques exemples touchant principalement à la question des droits de la personne illustreront autant de points névralgiques de notre pratique.

LE CONSENTEMENT AUX SOINS : UNE NOTION MOUVANTE

La loi de 1990 prévoit que l'hospitalisation d'un patient en psychiatrie peut se faire sur le mode de la contrainte si le patient ne peut donner son consentement éclairé aux soins, ou sur le mode de l'hospitalisation libre dans le cas contraire. Or, très souvent, ce n'est pas le consentement éclairé qui est recherché mais le consentement tout court. Un patient qui a donné son consentement à une hospitalisation libre peut tout à coup voir son séjour transformé en hospitalisation sur demande d'un tiers (HTD) s'il fait mine de demander sa sortie et que son

état n'est pas jugé satisfaisant. Ainsi, son consentement initial est-il vidé de son sens. S'il était considéré comme « éclairé », alors il fallait le laisser assumer sa décision de sortie. S'il s'agissait d'un consentement non éclairé, alors il fallait mettre en place d'emblée une HTD. Mais un tel changement de position de l'équipe soignante rend fou !

De même, il n'est pas exceptionnel que soit proposé aux patients un drôle d'ultimatum : « Vous avez besoin d'être hospitalisé, alors mieux vaut que vous l'acceptiez, sinon nous devons mettre en place une HTD. » Où est le choix ? D'autres patients, connus pour être particulièrement difficiles, ne sont acceptés dans certains services que sur le mode de la contrainte, car les possibles induits par une situation d'hospitalisation libre semblent trop difficiles à gérer. Est-ce là l'esprit de la loi ?

LES GARANTIES ET LES RECOURS PRÉVUS PAR LA LOI DE 1990

La loi de 1990 prévoit que toute personne hospitalisée contre sa volonté peut engager un recours. En pratique, les patients sont bien souvent tenus dans l'ignorance de leurs droits. Les visites « sans publicité préalable » des instances judiciaires ou administratives dans les services de psychiatrie sont rares.

La loi de 1990 est apparue à beaucoup comme un simple « dépoussiérage » de la loi de 1838. Elle est appelée à être révisée. Le législateur aura-t-il une fois de plus la frilosité de n'introduire aucun contrôle judiciaire dans les procédures de placement des malades mentaux, alors que seul le tiers judiciaire peut être véritablement garant de la protection des libertés individuelles ? Le préfet, qui intervient dans l'hospitalisation d'office (HO), est dans une logique de sécurité et non dans une démarche de garantie des libertés individuelles. L'idée d'un contrôle judiciaire dans les procédures de placement sous contrainte effraie beaucoup de psychiatres. Sans doute nous est-il difficile d'envisager cette intervention après avoir eu si longtemps les pleins pouvoirs dans ces procédures. Nous la vivons *a priori* comme une intrusion. Il faut pourtant savoir qu'en matière d'hospitalisation sous contrainte, la loi française n'est pas entièrement satisfaisante au regard de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, la raison principale étant la difficulté pour un patient de voir sa situation rapidement examinée par une juridiction civile.

L'INVENTAIRE : LA VIOLENCE D'UNE RÈGLE QUI FAIT LOI

Trop souvent, l'arrivée d'un patient dans un service de psychiatrie est marquée par le rituel de l'inventaire. Le patient se voit dépouillé de la majeure partie de ses affaires qui sont listées et mises sous clé. C'est une règle si communément répandue dans les services de psychiatrie qu'elle fait figure de loi et que personne n'a le loisir de s'y soustraire. Mais quelle violence que cette loi qui n'en est pas une ! Bien sûr, cela permet de vérifier que la personne n'est pas en possession d'objets dangereux. Bien sûr, cela permet de mettre ses effets à l'abri

du vol. Et pourtant, quelle humiliation d'être ainsi « mis à nu » et de devoir systématiquement demander aux infirmiers un pull quand on a froid, une cigarette quand on a envie de fumer, un slip propre quand on veut en changer, des serviettes hygiéniques quand on a ses règles. Quelle humiliation pour le patient que tous ses faits, gestes et désirs aient à passer par le bon vouloir ou la disponibilité des infirmiers ! Nous avons à nous interroger sur l'omnipotence que nous, soignants, nous nous donnons par cette pratique sur la vie intime des patients.

LES DROITS « INALIÉNABLES » DE LA PERSONNE

La loi de 1990 prévoit qu'il est des droits « inaliénables », que le patient soit hospitalisé librement ou contre son gré. Ces droits inaliénables sont le droit de communiquer avec les autorités administratives ou judiciaires, celui de consulter un avocat ou un médecin de son choix, d'émettre ou de recevoir des courriers, de consulter le règlement intérieur de l'établissement, d'exercer son droit de vote et de se livrer aux activités philosophiques ou religieuses de son choix.

La plupart du temps, le patient n'est pas informé de ses droits. De plus, comme ses contacts avec l'extérieur (sorties, visites, appels téléphoniques) sont souvent restreints « au moins au début » sur indication médicale, cela ne favorise pas l'exercice de ces fameux droits « inaliénables ». Comment contacter un médecin ou un avocat lorsque l'on ne peut pas téléphoner ? Comment exercer un droit de vote ou se livrer à un culte religieux lorsque les sorties du service sont interdites ou soumises à la disponibilité du personnel ? Là encore, par commodité, par sécurité, pour toutes sortes de bonnes raisons, nous nous octroyons une véritable mainmise sur les libertés individuelles du patient.

L'INFORMATION DES PATIENTS : ELLIPTIQUE, MON CHER WATSON !

La mise en œuvre de tout traitement suppose de fournir au patient une information claire et intelligible et que celui-ci puisse donner en retour un consentement éclairé. Très souvent, ladite information est elliptique, parcellaire, tronquée, donnée à la va-vite ou en des termes savants peu compréhensibles par le commun des mortels. Le problème se corse encore pour les patients soignés sous contrainte, qui ne sont donc pas à même de consentir aux soins qui leur sont nécessaires. Sommes-nous pour autant dispensés de les informer sur les types de soins que nous envisageons pour eux ? Certainement pas ! Comment expliquer, alors, que la plupart des patients ayant dû être traités par des sismothérapies soient incapables de dire qu'ils ont fait l'objet d'une telle indication ? Doit-on mettre cela sur le compte des troubles mnésiques induits par les électrochocs ? Ces patients disent en général qu'ils ont eu des « narcoses », et c'est sans doute ainsi qu'on leur a pudiquement expliqué les choses. L'information qui circule le mieux est celle qui est échangée entre les patients : tel vieux chronique

d'un service psychiatrique saura ainsi décrire au petit nouveau le déroulement du traitement ! Ce n'est pas tout à fait ainsi que la loi prévoit les choses.

L'ISOLEMENT : UN SINGULIER SILENCE JURIDIQUE

L'isolement des malades mentaux est en revanche entouré d'un singulier silence juridique qui laisse libre cours aux usages ou aux dérives dans une pratique qui, quel que soit le sens où l'on retourne les choses, est une mesure privative de liberté. Cette mesure est soumise à une décision médicale, sans contrôle juridique ni possibilité de recours ; tout au plus la loi se contente-t-elle de restreindre l'indication de chambre d'isolement aux seuls patients sous le coup d'une mesure de contrainte, tout en permettant de l'étendre aux patients hospitalisés librement en cas d'urgence, à condition de mettre leur situation en conformité avec la loi sous 48 heures (c'est-à-dire de mettre en place une HDT). Cependant, l'absence totale de contrôle rend ces dispositions théoriques. C'est dire que cette mesure privative de liberté ne souffre aucune limite dans sa mise en œuvre, ni d'ailleurs dans sa durée possible. On se retrouve ici dans le schéma séculaire de fonctionnement de l'institution psychiatrique.

La privation de liberté est une sanction, sauf dans l'institution psychiatrique où elle est considérée comme un soin. L'héritage de Pinel et de son traitement moral est encore bien présent. C'est en effet au début du xx^e siècle que le concept d'isolement comme moyen thérapeutique s'affirme avec force. Il ne s'agit pas d'une innovation, et on peut lui trouver de vieilles racines, en particulier dans le domaine religieux. Aux yeux de la religion catholique, le monde est mauvais et exerce une influence néfaste sur l'individu, qui doit lutter pour se rapprocher de Dieu et mériter son salut. Or, cette lutte pour un état meilleur est indissociable d'un certain isolement. Avec le traitement moral, il s'agit de changer l'homme par les moyens de l'esprit. Et, comme dans les ouvrages de dévotion, il reste question d'isolement pour échapper à un milieu néfaste, pour effectuer une réflexion sur soi-même, pour se préparer à une relation privilégiée avec le médecin, personnage qui aura théoriquement sur le malade une influence considérable et qui apparaît comme l'héritier du directeur de conscience des manuels religieux. C'est donc à tout un passé religieux que font implicitement référence les données de la psychiatrie naissante. L'isolement comme moyen de changer l'homme pour le rendre meilleur n'est pas inventé par Pinel, mais resurgit, en cette période de faillite de la foi chrétienne, sous une forme laïcisée. C'est dans ce contexte et sur ces bases qu'est élaborée la loi du 30 juin 1838. Barthélémy déclare ainsi à la Chambre des Pairs : « [...] L'isolement, en même temps qu'il garantit le public contre les écarts et les excès des aliénés, présente aux yeux de la science le moyen le plus puissant de guérison. » Heureuse coïncidence donc, qui permet qu'une loi aux exigences si diverses voie le jour ! Le principe de l'isolement thérapeutique apparaît donc comme l'élément clé du système, qui scelle le compromis entre exigence de sûreté publique et exigence d'assistance philanthropique et médicale.

Aujourd'hui, l'isolement est généralement utilisé comme réponse à une situation de crise. On peut bien sûr arguer de son caractère contenant pour un malade délirant et éclaté sur le plan psychique. Souvent, néanmoins, la chambre d'isolement est prescrite en raison de troubles du comportement : le patient est agité, ou violent, ou encore il risque de fuguer. Dans certains services, la prescription est systématique à l'arrivée pour tous les patients admis en HDT ou en HO. Le patient vit généralement l'indication de chambre d'isolement comme une sanction, et il serait mensonger de ne pas dire que la chambre d'isolement est effectivement parfois prescrite comme telle, même si cela n'est ni avoué ni avouable et que des pirouettes théoriques finissent toujours par tirer la mesure du côté du thérapeutique. Cette chambre, autrefois qualifiée de cachot, puis de cellule, tend d'ailleurs de plus en plus à être pudiquement rebaptisée « chambre de soins intensifs ». Mais ce n'est pas en modifiant l'appellation que l'on change la réalité de la chose et des pratiques qui y sont attachées.

Car si le principe de l'isolement laisse dubitatif quant au respect des libertés individuelles, les conditions de l'isolement interrogent quant au respect de la dignité des personnes. Il s'agit généralement d'une chambre nue, un lit scellé au sol, avec un simple sceaue hygiénique ou parfois, dans le meilleur des cas, des toilettes attenantes. Une lucarne de surveillance permet de voir le malade à tout moment, y compris lors des gestes les plus intimes. L'électricité comme la chasse d'eau sont commandés depuis l'extérieur par les infirmiers, et le patient n'a d'autre moyen d'appeler que de tambouriner contre la porte, ce qui bien souvent énerve les soignants au plus haut point. Les recommandations qui voudraient que le patient soit régulièrement visité par les soignants sont généralement respectées au début, puis de moins en moins lorsque l'isolement se prolonge ; de même, celles qui prévoient que l'indication soit revue chaque jour par le médecin (un patient entré le vendredi en chambre d'isolement y restera à coup sûr jusqu'au lundi, quel que soit son état). L'existence des références ANAES dans ce domaine est un premier pas, à condition que ces références ne constituent pas un palier minimum qui figerait la situation et permettrait de continuer à fonctionner hors d'un véritable cadre juridique.

LA VIOLENCE

Passons rapidement sur la question de la violence de certains patients sinon pour dire que certains troubles comportementaux mettent en évidence la nécessité de réponses qui n'appartiennent pas toutes au champ psychiatrique mais appellent un arbitrage judiciaire. Dans le cas, de plus en plus courant, où des actes délictueux sont commis par des patients dans l'enceinte d'un centre hospitalier, la réintroduction du tranchant de la loi est indispensable à plusieurs titres : elle constitue un repère structurant, permet de se démarquer d'une certaine confusion et joue un rôle réparateur pour les victimes. L'institution psychiatrique, plus que toute autre institution soignante, est trop longtemps restée un terrain hors-la-loi où la tolérance à toutes les formes de violence en a assuré la justification complice. Elle doit à présent s'engager sur une autre voie.

Il est également important de garder à l'esprit que la violence de certains patients n'autorise pas n'importe quelle réponse de la part des soignants, en d'autres termes que la fin – calmer le patient agité ou agressif – ne justifie pas les moyens. Un infirmier appelé « en renfort » pour aider à contenir un malade agité dans un service d'urgences psychiatriques a ainsi demandé à ce qu'on lui apporte un torchon ! Le but était de s'en servir pour serrer le cou du patient jusqu'à ce que celui-ci, du fait de l'anoxie, ait une légère baisse de vigilance et soit donc facilement maîtrisable ! Ses collègues se sont insurgés, n'ayant jamais eu connaissance d'une telle « technique thérapeutique », et ont marqué leur profonde désapprobation par le biais d'un rapport. Fortement agressé dans son identité soignante, cet infirmier a banalisé son geste, le présentant comme fort efficace et comme une violence nécessaire et licite compte tenu de l'état d'agitation du patient. La « hiérarchie », fondue dans un magma indifférencié où personne ne prend nommément position, s'est retranchée elle aussi derrière un discours banalisant, fruit de l'histoire et de la culture d'une institution soignante peu banale... La famille du patient, qui avait assisté à la scène, aurait pu porter plainte mais ne l'a pas fait. Ainsi reprit le ronronnement du moteur institutionnel, prompt à décourager les désirs réformistes les plus vivaces. Si la loi sociale n'est pas signifiée et si la hiérarchie interne peut être complice, comment envisager que certaines pratiques puissent être critiquées, condamnées et finalement éradiquées ? Ignorer l'existence du tiers judiciaire, c'est être dans la toute-puissance au risque de la violence et de l'arbitraire. Les institutions soignantes ne sont pas des îlots isolés du reste de la société. Si chacune d'entre elles a ses règles propres qui garantissent son homéostasie et sa survie, ces règles ne sont pas exclusives de la règle de droit commun. Institution judiciaire et institution soignante doivent travailler en partenariat pour garantir les droits du patient et la liberté de chacun dans une organisation concertée des soins.

L'intervention du législateur en matière de santé mentale est indispensable et même fondamentale, essentiellement dans le but de mieux garantir les droits des personnes. Mais cette intervention n'est pas suffisante. L'institution psychiatrique doit faire l'immense travail de revisiter ses pratiques au regard du droit, mais aussi au regard des enseignements épistémologiques et historiques.

Il semble fondamental que des ateliers de travail se mettent en place autour de la question du respect du droit et de la dignité des personnes en psychiatrie. Trois volets semblent particulièrement importants : l'intervention plus systématique de psychanalystes pour permettre une élaboration autour des questions de la violence agie, subie ou contre-agée ; des formations dispensées par des juristes visant à une meilleure compréhension du droit dans ses principes fondamentaux, mais aussi à un travail autour de situations concrètes, quotidiennes ; enfin, ce travail doit également comprendre une dimension historique.

L'institution psychiatrique est l'héritière d'une séculaire culture coercitive, que des mouvements réformistes tels que la psychothérapie institutionnelle ou l'antipsychiatrie n'ont que très partiellement entaillée. Un pan aussi important de son histoire que celui de « l'extermination douce » des malades mentaux pendant la Seconde Guerre mondiale n'a été dévoilé dans toute son ampleur que ces dernières années. Alors que certains d'entre nous travaillent dans les murs

mêmes de l'asile, dans des services qui parfois n'ont pas été réorganisés sur le plan architectural, ce travail de mémoire et de lien avec des habitudes ou des coutumes encore constitutives de notre pratique me semble essentiel.

Ces ateliers ne doivent pas seulement se tenir dans des colloques ou des sociétés savantes de médecins ou de juristes, mais sur le terrain même de l'hôpital psychiatrique, avec la participation de toutes les catégories de personnels et en sollicitant des intervenants pluridisciplinaires extérieurs à l'institution.

Jean-Marie Clément

Le système de soins est-il réellement organisé pour le bien-être des usagers ?

Parler de système, c'est faire référence à un ensemble organisé d'éléments mis en cohérence. Peut-on parler de système de soins ? Depuis la loi hospitalière du 31 décembre 1970, une carte sanitaire a été créée, d'ailleurs réduite à la seule carte hospitalière recensant les établissements de santé publics et privés. À également été mis en place un service public hospitalier réservé aux seuls établissements publics, y compris militaires, et aux établissements de statut privé à but non lucratif qui le demandent (participation au service public hospitalier) ou aux établissements privés à but lucratif qui également le sollicitent (concession de service public). Il est donc possible de parler d'un système de soins hospitaliers et plus globalement d'un système de soins car, depuis la création de la Sécurité sociale (ordonnance du 4 octobre 1945) et le conventionnement des médecins, il existe une organisation des soins ambulatoires, même si celle-ci peut paraître ténue.

S'il est relativement aisé de définir le concept de système de soins, il est hardi de vouloir donner un contenu objectif à la notion de bien-être. Voilà un concept polysémique complexe. Tout au plus pouvons-nous recenser les éléments participant au bien-être : les éléments hôteliers – fort importants – et, bien sûr, les éléments médicaux et soignants. Les principes fondateurs du bien-être résident dans cette part de liberté que chacun de nous revendique ; dès lors, le bien-être des usagers du système de santé réside dans le libre choix de son thérapeute et de son établissement de soins. Le libre choix permet l'expression pleine et entière de la confiance, qui est l'essentiel de la relation médecin-malade et, plus largement, soignant-malade. Cela concourt à la dignité humaine et il serait vain de négliger le libre choix en mettant en place des succédanés pour améliorer la qualité du système. Celle-ci ne se décrète pas, fût-ce par accréditation, elle s'impose au libre choix du patient. Est-ce réalisable ?

La question posée mérite un examen attentif et pondéré. De prime abord, tout va dans le sens du bien-être des usagers ; n'est-ce pas le credo de tous les gouvernants qui se sont succédé depuis les années 1970 où, avec la loi du 31 décembre 1970 et le décret du 14 janvier 1974, était enfin juridiquement reconnu le droit des usagers du service public hospitalier ? Dernièrement, le parlement n'a-t-il pas discuté une loi sur les « droits des malades et [la] qualité du système de santé » ? Si l'on continue d'en parler et de légiférer, c'est que tout n'est pas réglé.

Pour répondre à la question posée, il est nécessaire d'examiner successivement les éléments qui vont dans le sens du bien-être des usagers, puis de relever ceux qui sont de nature à le remettre en cause.

LES ÉLÉMENTS QUI VONT DANS LE SENS DU BIEN-ÊTRE DES USAGERS

Les usagers, c'est-à-dire, en droit, ceux qui ont le droit d'usage quel que soit leur état personnel de fortune ou d'influence, ont obtenu, depuis les années 1970, une reconnaissance de leurs prérogatives en tant que *sujets*, de droit ; jusqu'alors, ils n'étaient qu'*objets* de droit. Les principes du droit médical, repris par le droit hospitalier, sont la recherche de la dignité du patient, l'expression de sa liberté et le maintien d'une égalité d'accès aux soins. À ces principes fondateurs s'ajoutent des principes suiveurs, c'est-à-dire des principes sans lesquels les principes fondateurs ne pourraient exister : ce sont le consentement, l'information et la sécurité-qualité¹.

La reconnaissance du droit des malades est devenue une constante et la jurisprudence n'a cessé, depuis le fameux arrêt Teyssier rendu par la Cour de cassation en 1942, de comprendre le patient ; d'abord la jurisprudence judiciaire, puis, depuis les années 1960, la jurisprudence administrative. Dernièrement, le Conseil d'État s'est aligné sur la jurisprudence de la Cour de cassation en ce qui concerne la preuve de l'information du patient, qui doit être rapportée par le médecin (Cour de cassation, 1997, CE 2000).

Les éléments allant dans le sens du bien-être des usagers sont l'accès aux soins, libre et équitable, et la recherche de la qualité des professionnels et des structures.

L'accès libre et équitable

La liberté de choix du praticien est manifestement le premier des grands principes du droit médical. Comment peut-on imaginer une relation de confiance entre le malade et son thérapeute s'il ne peut y avoir le libre choix de ce dernier et la possibilité pour celui-ci de se récuser si le malade n'appelle pas sa confiance ? Le libre choix est apparu en droit hospitalier avec la loi du

1. Cf. J.-M. Clément, « Principes fondateurs et principes suiveurs en droit de la santé », *BHP*, n°44-45, janvier-février 2002.

21 décembre 1941 et son décret d'application du 17 avril 1943, qui ouvre les hôpitaux à tous les malades, quelle que soit leur condition sociale. Rappelons que jusqu'alors, les hôpitaux étaient réservés aux indigents ; mais la création des assurances sociales par la loi du 5 avril 1928 et la montée des mutuelles, puis des assurances complémentaires « santé », ouvraient de facto les hôpitaux à une clientèle payante auparavant indigente. Le libre choix va s'exprimer dès 1941 par la possibilité pour tous les hôpitaux « hormis les CHR [centres hospitaliers régionaux, créés en 1941 pour distinguer les hôpitaux des villes chefs-lieux de région] » de créer des « cliniques ouvertes », véritables parties de l'établissement ouvertes aux malades qui, moyennant une rémunération supplémentaire, pouvaient en appeler aux services du médecin de ville de leur choix. Ce système n'a pas été étendu aux hôpitaux psychiatriques relevant de la loi du 18 juin 1838.

Le système des cliniques ouvertes est tombé en désuétude au fur et à mesure que les hôpitaux ont été rénovés (on parlait dans les années 1960 de l'humanisation des hôpitaux) au point d'être réhabilité par l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996, qui ne parle pas de cliniques ouvertes mais de structures médicales ouvertes sur la médecine libérale. Entre-temps, la loi hospitalière du 31 décembre 1970 faisait acte du libre choix du médecin par le malade et de son libre choix de l'établissement d'hospitalisation. Ce libre choix n'a pas été abrogé et est inscrit dès le premier article du Code de la santé publique : « Le libre choix du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. » « Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux » (art. L. 1111-§ 1 CSP).

L'équité est le deuxième élément fort du bien-être du malade. Il est en effet nécessaire que quiconque, quels que soient ses moyens, pécuniaires ou autres, puisse accéder aux meilleurs soins. Ce principe de grande humanité ne souffre pas d'exception mais sa réalisation est parfois difficile. Sur le plan du droit, la loi dite CMU (couverture maladie universelle) du 27 juillet 1999 permet aux plus impécunieux de la société d'être assurés et de cesser, ainsi, d'être des assistés. Cette mesure, pour être symbolique, n'en est que plus remarquable d'une évolution sociétale tout au long du xx^e siècle, où l'on est passé d'une grande loi d'assistance, celle du 15 juillet 1893 permettant l'assistance médicale gratuite, à une grande loi d'assurance, celle du 27 juillet 1999 créant la CMU. L'équité, c'est aussi la possibilité d'accéder à des locaux d'hospitalisation rénovés, ce qui est désormais le cas presque partout en France métropolitaine et dans les DOM-TOM. Les transports sanitaires organisés autour des SAMU depuis le début des années 1970 permettent le meilleur traitement des urgences, sans considération de ressources. Les soins les plus élaborés, comme par exemple les transplantations d'organes, sont réglés équitablement par un établissement public : l'Établissement français des greffes, créé par la loi du 29 juillet 1994². Un arrêté du

2. J.-M. Clément, *Dictionnaire des principaux signes du droit et de l'administration hospitalière*, LEH, 2^e édition, 1999, p. 91.

6 novembre 1996, complété par un arrêté du 27 février 1998, fixe équitablement les règles de répartition des organes prélevés³.

La meilleure qualité des professionnels et des structures

La qualité des soins est tributaire de celle des professionnels ; pour cela, le législateur tout comme le pouvoir exécutif ont très tôt exigé une condition de diplôme pour les médecins (1802), les pharmaciens et les sages-femmes (1803) et les infirmiers (1922). D'autres professions de santé, nombreuses et diversifiées, ont été créées à compter des années 1960 pour tenir compte de la révolution technologique qui bouleversait dès cette époque l'art médical. Quiconque exerce un métier de santé doit exciper un diplôme d'État et être inscrit sur une liste départementale tenue par la DDASS. Parfois, les professions relèvent d'un code de déontologie (médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, etc.), parfois d'actes professionnels (infirmiers, manipulateurs en électrocardiologie, pédicures, etc.). La formation permanente a été exigée pour les médecins par l'ordonnance relative aux dépenses médicales du 24 avril 1996. On s'achemine vers un contrôle périodique des connaissances de ces professionnels pour leur permettre d'exercer leurs pratiques aux meilleures sources du progrès médical.

Dans cet esprit, quoique avec un sous-entendu économique, furent publiées à compter des années 1990 des références médicales opposables aux médecins (RMO), fruit des conférences de consensus organisées par les sociétés savantes et réunissant le meilleur de ces professionnels. Dans le cadre des soins aux malades atteints de troubles mentaux, la recherche de qualité a amené dès 1960 la sectorisation psychiatrique, qui permet au malade de rester dans son milieu de vie. Le mouvement anti-asilaire ouvrira les asiles à la société, libérant le malade mental d'un univers jusqu'alors plus carcéral que soignant.

Le souci de conserver la meilleure qualité de soins va entraîner l'obligation d'accréditation contenue dans l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996. Tous les établissements de santé vont devoir être accrédités. Les premiers rapports ont été publiés : près d'une centaine révèlent le souci incontestable de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de rechercher les meilleures conditions d'hébergement et de soins afin de privilégier le bien-être du patient.

Malgré ce bilan impressionnant, subsistent des carences que l'on ne peut ignorer.

LES ÉLÉMENTS QUI REMETTENT EN CAUSE LE BIEN-ÊTRE DES USAGERS

Comme toute institution, les hôpitaux perdent au fil du temps leurs objectifs de soins au service du malade au profit de la satisfaction des revendications des personnels. Il est incontestable que la diminution de la durée du travail va

3. J.-M. Clément, *Cours de droit hospitalier*, tome 2, p. 167 et s.

accélérer le maelström des personnels autour du patient au point que ce dernier ne saura plus vraiment qui le soigne. Les mouvements grévistes affectant périodiquement et de plus en plus fréquemment toutes les catégories des personnels, des médecins aux ASH, accentuent un déséquilibre psychologique que les malades ressentent mal. Cet aspect du mal-être des personnels rejaillit sur le bien-être des usagers au point de le remettre en cause. La crise de confiance qui traverse le monde hospitalier aura, *in fine*, un retentissement négatif sur les malades. Parmi les problèmes qui se posent, relevons la pénurie des professionnels et, de-ci de-là, des structures de soins dont la concentration en pôles hospitaliers régionaux ou départementaux ajoute au mal-être.

La pénurie des professionnels et des structures

Jamais il n'y a eu autant de médecins, d'infirmiers, etc., en France. Ne comptait-on pas 1 500 médecins hospitaliers en 1900 (18 100 médecins en France à cette date) contre 40 000 équivalents temps plein en 2000 ? (180 000 médecins en France). Or, 30 % des postes de PH ne sont pas pourvus ! La pénurie d'infirmiers est telle que d'aucuns en appellent à l'Espagne pour pourvoir quelques postes. Malgré tout, un décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 instaure les 35 heures hebdomadaires !... En psychiatrie, la pénurie des psychiatres est telle que l'on recourt à la suppression de nombreux secteurs. On en appelle de plus en plus à des médecins étrangers (praticiens adjoints contractuels) dont le statut, datant de 1994, a été amélioré par la loi CMU du 27 juillet 1999. On recourt aussi en psychiatrie à des médecins généralistes. Bref, on use de palliatifs pour compenser la perte des effectifs infirmiers depuis la suppression des écoles d'infirmiers de secteur psychiatrique en 1995.

Les établissements sont également en voie d'extinction – surtout pour les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) – dans les villes de petite, voire de moyenne importance. On ne compte plus le nombre de maternités supprimées (environ 300), laissant parfois de vastes territoires du centre de la France (départements du Massif central) démunis. Dans le Lot, par exemple, seules subsistent les maternités de Cahors et de Figeac, avec pour cette dernière la crainte d'une fermeture.

La concentration des services d'urgences dans les centres hospitaliers des chefs-lieux de département s'avère dangereuse eu égard aux délais d'attente que les patients doivent subir avant d'être examinés par un médecin. Ce système dysfonctionne au point que le ministre de la Santé s'est vu obligé de demander aux établissements périphériques (ceux dont les services ont été supprimés) de réserver des lits afin d'hospitaliser les malades encombrant les services d'urgences !... On atteint le point apoplectique. Peut-on parler de bien-être dans ces conditions ? Le système de soins dit « en réseaux » peut-il y pallier ?

La concentration en pôles hospitaliers

La notion de pôle hospitalier repose sur le concept de plateau technique, apparu avec la loi du 31 décembre 1970, qui avait réservé la carte sanitaire aux lits et aux équipements médico-techniques onéreux. La loi du 31 juillet 1991 a renforcé considérablement la concentration des équipements en créant un schéma d'organisation sanitaire (SOS) qui, au plan régional, autorisera les ouvertures des lits répartis en activités coûteuses (urgence, réanimation, néonatalogie, gynécologie obstétrique, etc.). Le système a vu ainsi la publication des décrets du 30 mai 1997 qui légitiment les schémas régionaux d'organisation sanitaire des urgences en supprimant beaucoup de services d'accueil d'urgence pour les transformer soit en antennes d'urgence, soit en unités de proximité d'accueil et d'orientation des urgences (UPATOU). La même concentration a été dictée par les décrets du 9 octobre 1998 sur la néonatalogie répartissant en trois niveaux les maternités et faisant que seules subsisteront celles réalisant au moins 300 accouchements par an.

Les pouvoirs publics, conscients des dangers de cette concentration, encouragent la création de réseaux de soins tels que prévus par l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996. La hiérarchie des soins ne semble pas aberrante, mais encore faut-il qu'il reste des médecins en nombre suffisant pour assurer le service au patient à son domicile. N'est-ce pas, là encore, un élément du bien-être que de rester chez soi autant que possible ?

Cette concentration entraîne l'anonymat des patients et celui de leurs thérapeutes, qui sied fort mal au bien-être. De plus, cette concentration entraîne une confusion des missions entre l'urgence et le soin programmé, bouleversant tout et entraînant une instabilité mal vécue tant par les malades que par les personnels. Cette massification des soins entraîne une judiciarisation excessive avec l'apparition du concept de démocratie sanitaire qui, pour être alléchant, n'en relève pas moins d'une méthode Coué préjudiciable à tous. Est-ce la constitution de « syndicats » des malades qui va solutionner la conception abstraite et bureaucratique qui préside à l'organisation du système de soins depuis la loi du 31 décembre 1970 ?

Au terme de cette étude quelque peu concise sur les éléments du bien-être hospitalier, les facteurs de crise sont si présents que l'on peut craindre une remise en cause brutale de l'ensemble du système. Pourtant, depuis une quarantaine d'années, les progrès matériels de l'hospitalisation ont été constants. Mais l'hôpital est certainement victime de son succès. On y recourt peut-être trop. On y panse peut-être à tort les plaies d'une société en souffrance : là, la psychiatrie est aux premières loges. Le recours systématique au droit, à la loi, au décret est néfaste. On ne dirige pas une société par décret, disait avec raison le sociologue Michel Crozier. On ne gouverne pas l'hôpital en imaginant qu'une commission palliera les carences d'une régulation bureaucratique. Il faut comprendre que la concurrence entre les structures n'est pas aussi dispendieuse que la concentration et, de plus, elle permet le libre choix du patient. Il est vrai qu'entre deux maux, il faut choisir le moindre. Peut-être l'avènement des pouvoirs dévolus par la loi aux associations représentatives des malades apportera-t-il cet air frais dont le système a bien besoin pour le plus grand bien-être des patients...

Serge Guibert

Les disparités de l'offre de soins en psychiatrie et leurs conséquences

Après avoir rappelé les missions de la psychiatrie publique (surtout en ce qui concerne les secteurs « adultes »), nous décrirons les inégalités observées et nous envisagerons quelques réponses possibles.

LES MISSIONS DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE

Elles sont théoriquement les mêmes pour tous, mais relativement difficiles à préciser.

1. Au départ, seule la notion de *maladie mentale* est mise en avant. Il va s'agir de soigner un être humain, « malade mental », dans sa globalité, à sa demande en hospitalisation libre ou par le biais d'une hospitalisation sous contrainte.

La circulaire du 15 mars 1960 précise : « Toute personne présentant des troubles psychiques, quels que soient son âge, sa pathologie, la durée de sa maladie, sa situation géographique ou sociale, doit trouver dans le secteur public de psychiatrie des soins personnalisés de qualité, cohérents et continus avec les garanties que seront respectés ses libertés, son libre choix. »

– Les principes mis en avant sont ceux de continuité, de proximité, de qualité des soins et de respect du libre choix.

– Il existe une participation aux actions de réinsertion, de réadaptation, de protection, mais aussi de participation à la recherche médicale, à l'enseignement : formation médicale continue, formation initiale.

– En 1990, une nouvelle loi se substitue à celle de 1838.

2. Apparaît ensuite la notion de *souffrance psychique*. Elle est indiquée comme faisant partie de nos missions dans un bulletin du Syndicat des psychiatres des hôpitaux dès 1990. Elle renvoie à un « mal-être », à des difficultés manifestes vécues par certaines personnes sans pour autant qu'une maladie mentale soit identifiable. Ses risques sont importants : elle peut favoriser une maladie somatique, empêcher l'adaptation sociale de l'individu. Elle est reprise dans le rapport d'étape d'août 2001 du groupe de travail relatif à « l'évolution des métiers en santé mentale » de la Direction générale de la santé sous la forme de « souffrance mentale invalidante ».

3. Le concept de *santé mentale* est désormais mis en avant. Il s'agit d'une notion qui échappe au sens strictement médical et qui concerne à la fois l'individu et la société. La santé mentale est une condition permettant à la fois un développement optimum de l'individu sur les plans physique, culturel et affectif, dans une mesure compatible avec la santé mentale des autres, et une représentation de la société qui permet à ses membres un tel développement tout en assurant son développement propre et en étant tolérante à l'égard des autres sociétés (Y. Thobie). Elle fait intervenir, outre des éléments biopsychologiques, des facteurs sociaux, économiques, culturels, politiques, etc.

4. Le psychiatre est maintenant sollicité pour répondre d'une façon spécifique, parfois sans beaucoup de réflexion, à travers des circulaires, des décrets, en dehors des pathologies cliniques¹, à de très nombreuses situations au cours desquelles le patient doit toujours être au centre des préoccupations. Ces circulaires ou ces décrets vont par exemple concerner :

- les urgences (circulaire du 30 juillet 1992),
- la psychiatrie de liaison,
- la prise en charge mère/bébé,
- la maltraitance infantile,
- les comportements addictifs,
- les pathologies de la personne âgée,
- la précarité : pathologies liées à l'exclusion, l'isolement,
- la douleur (circulaire DGS SQ2 DH 98.586),
- la prise en charge des victimes de traumatismes et cela d'une façon impérative²,
- la prise en charge des agresseurs, notamment sur le plan sexuel,
- la prise en charge des personnes en fin de vie,
- la prise en charge des personnes potentiellement dangereuses, etc.

5. D'autres missions de la psychiatrie peuvent être ajoutées. Elles ont trait à la prévention, à l'enseignement, à la recherche, à l'évaluation.

Le constat objectif de l'augmentation des files actives s'impose. L'augmentation est, depuis 1992, de 18 % en libéral, de 46 % dans le public. Par ailleurs, *le rôle des associations de malades devient prééminent, et le patient doit être de plus en plus acteur de ses prises en charge.*

1. Si la première édition du DSM, en 1982, faisait état de 106 pathologies, la dernière en décrit 300.

2. Le docteur Michel Patris fait remarquer que la thérapeutique devra « être précoce, brève, chirurgicale, déculpabilisante ».

INÉGALITÉS DE L'OFFRE DE SOINS

Nos sources statistiques sont celles de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Elles sont établies à partir des statistiques annuelles des établissements de santé en 1997. Il est à noter que seule l'activité liée à l'hospitalisation est recueillie, activité des personnels médicaux et non médicaux des établissements publics de santé.

1. Nous allons donner quelques chiffres. Globalement, la psychiatrie concerne 21 % de l'ensemble des lits de courte durée et 74 % des places en hôpitaux de jour et hôpitaux de nuit.

En ce qui concerne le personnel, 30 % des effectifs des infirmiers sont affectés aux soins de courte durée. Concernant les psychiatres, le total psychiatres salariés plus libéraux représente 13 % des médecins spécialistes. Le 1^{er} janvier 1999, il y avait en France 13 200 psychiatres : 6 300 (47 %) exerçant en libéral, 6 900 comme salariés (53 %) et, parmi ceux-ci, 6 200 au niveau des établissements de santé, dont 6 072 (88 %) ont une activité hospitalière.

2. Les disparités régionales et départementales par rapport au nombre de psychiatres sont évidentes. Si la moyenne nationale est de 22 psychiatres pour 100 000 habitants, on trouve : 88 psychiatres pour 100 000 habitants à Paris, 36 dans le Rhône, 34 dans les Bouches-du-Rhône, 12 dans la Mayenne, la Lozère, l'Eure, le Pas-de-Calais et l'Aisne, et moins de huit psychiatres dans les départements d'Outre-Mer.

Il est à noter qu'il existe un parallélisme entre la psychiatrie publique et la psychiatrie privée.

3. Intéressons-nous maintenant aux disparités départementales par rapport à l'offre de soins. Il existe une prépondérance du secteur public. Les chiffres que nous allons avancer le sont pour une population de 100 000 habitants. En psychiatrie adulte et en psychiatrie infanto-juvénile pour l'hospitalisation complète et l'hospitalisation de jour, si la moyenne est de 165 lits, les écarts varient de 1 à 9 : Seine-et-Marne : 72 ; Loiret : 78 ; Lozère : 646.

En hospitalisation complète, la moyenne est de 114 lits avec des écarts de 1 à 13 : Hauts-de-Seine : 41 ; Lozère : 547.

En psychiatrie générale, il faut noter des différences importantes entre les départements en ce qui concerne l'hospitalisation complète et l'hospitalisation partielle. La moyenne nationale de l'hospitalisation partielle est de 42 places, mais les écarts vont de 1 à 10 : Marne : 9 ; Haute-Vienne : 123.

Les disparités sont encore plus fortes pour la psychiatrie infanto-juvénile. La répartition des infirmiers reflète étroitement celle des lits d'hospitalisation.

4. Dans ces conditions, la DRESS a recensé cinq catégories de départements en fonction de leur nombre de lits et places et de leur densité en psychiatres. Elle distingue :

– Des zones de faible capacité en lits et places et de faible capacité en psychiatres : < 150 lits et places pour < 14 psychiatres pour 100 000 habitants. Il s'agit du quart Nord-Est, notamment le Pas-de-Calais, les Vosges, la Somme, l'Aisne, le Nord. S'ajoutent : l'Eure, l'Eure-et-Loir, le Loiret, la Saône-et-Loire, les Deux-Sèvres et les départements d'Outre-Mer. Très souvent, il existe peu d'exercice privé et la situation de la psychiatrie est très problématique.

– Des zones de forte capacité d'hospitalisation et de faible capacité en psychiatres : > 200 lits et places (surtout hospitalisation complète) pour < 14 psychiatres pour 100 000 habitants. Sont concernés l'Oise, la Meuse, la Haute-Saône, la Creuse, la Haute-Loire, le Jura, la Lozère, l'Allier, la Corse du Sud, la Manche, la Nièvre, le Lot et le Loir-et-Cher. On observe souvent un déclin démographique de la population et de l'économie. L'offre de soins psychiatriques est peu dynamique.

– Des zones de faible capacité d'hospitalisation et de forte capacité en psychiatres : < 150 lits et places (mais où l'hospitalisation partielle est souvent importante) pour > 16 psychiatres pour 100 000 habitants. Les départements concernés sont les suivants : la Meurthe-et-Moselle, le Doubs, l'Isère, la Savoie, l'Île-de-France, les Alpes-Maritimes, la Loire-Atlantique, l'Indre-et-Loire, le Bas-Rhin, le Var. Il existe une diversification des soins et un secteur privé bien représenté. La situation est donc favorable.

– Des zones de forte capacité d'hospitalisation et de forte capacité en psychiatres : > 200 lits et places > 16 psychiatres pour 100 000 habitants. Il s'agit de départements de l'ouest et du sud de la France : Ille-et-Vilaine, Finistère, Puy-de-Dôme, Haute-Vienne, Tarn, Vaucluse, Gard, Rhône, Alpes de Haute-Provence, Pyrénées-Atlantiques. Des raisons historiques peuvent être retrouvées (Bretagne, par exemple). On note de nombreuses possibilités d'évolution, l'hospitalisation privée est bien représentée.

– Les autres départements, au nombre de 45, dits « moyens », ont peu de caractéristiques marquées. L'homogénéité est donc difficile.

5. Le contexte démographique va être rappelé très brièvement. La diminution du nombre des psychiatres est programmée. L'âge moyen de la profession est élevé : 48 ans. Elle se féminise. Le maintien de 176 DES en psychiatrie aboutira inexorablement à une diminution de 40 % des psychiatres en 2020 (moins 5 398). Les inégalités géographiques augmentent.

CONSÉQUENCES DE CETTE SITUATION

1. Elle nécessite une réflexion sur le champ de la psychiatrie et sur le métier de psychiatre.

2. À court terme, sont déjà ébauchées ou réalisées des modifications de nos pratiques.

Sur le plan des structures, on observe une mise en place d'une transectorialité (fédération, département, etc.), par rapport à des pathologies spécifiques, à titre d'exemple, citons : les adolescents, les personnes âgées, les patients institutionnalisés dépendants, l'addictologie, la resocialisation, ou par rapport à des techniques spécifiques : l'art-thérapie, la musicothérapie, la thérapie familiale, la thérapie comportementale, les placements familiaux. Ces listes ne sont pas limitatives.

Sur le plan des équipes, une pluridisciplinarité s'impose avec un questionnement sur le rôle de chacun. Les psychiatres :

– N'interviennent-ils pas trop en première ligne et ne se sont-ils pas substitués aux généralistes (sans protestation majeure de la part de ceux-ci) ?

– Peuvent-ils être ceux qui diagnostiquent ? qui prennent en charge à court, moyen, long terme, le sujet, la famille, la société ? qui animent leur équipe, etc. ?

- Jouent-ils suffisamment leur rôle de spécialistes ?
- Assument-ils leur place dans la formation réelle ?
- Comment doivent-ils se situer par rapport aux généralistes et à leurs collaborateurs ?

Des réponses possibles peuvent être avancées :

- intervention essentiellement en seconde ligne avec un rôle de consultant, d'expert ;
- évaluation d'un patient renvoyé aux généralistes ;
- soutien du généraliste dans le suivi ;
- établissement de conseils opératoires pour certaines pratiques.

Le généraliste, quant à lui, mieux formé, ayant suivi des stages, assume le suivi et le traitement des malades. Ce type de réponse est apporté par le collège des médecins du Québec, où le chef du département de psychiatrie se voit confier l'organisation des services de santé mentale sur le territoire.

Toutefois, peuvent être mis en avant :

- le temps à consacrer aux malades mentaux ;
- la formation technique : le maniement des psychotropes ;
- la formation relationnelle ;
- une rétribution justifiée par des entretiens de longue durée ;
- et, surtout, un questionnement sur la psychiatrie : est-elle une spécialité médicale comme les autres ? Notre réponse est négative.

Le psychiatre n'est pas seulement un consultant qui donne un avis, il est aussi et surtout celui qui assure la prise en charge de patients à travers un savoir-faire relationnel. « La psychiatrie nécessite un savoir-faire autant qu'un savoir » (Paratte). Faisons aussi remarquer que l'aide des médecins généralistes sera forcément limitée. Ils sont également touchés par le *Numerus clausus*. Dans certains départements, les conseils généraux participent actuellement à la création de maisons médicales avec un succès limité. La réflexion doit également s'étendre : aux infirmiers, aux psychologues, au chef de service. Doit-il être le chef d'orchestre d'une équipe pluriprofessionnelle ? Le mot réseau doit naturellement être évoqué. Le réseau peut être médical, social, éducatif. Pour nous, un réseau est d'abord la qualité fonctionnelle des liens qui existent entre les différents intervenants.

3. Il est nécessaire de modifier la courbe médicale. L'augmentation du nombre des psychiatres en formation nous apparaît s'imposer et cela, quelles que soient les remarques concernant le nombre des psychiatres en France, le pourcentage public-privé, la comparaison avec les autres pays européens. Certains envisagent une limitation de la liberté d'installation. Elle n'est pas sans danger et doit émaner, nous semble-t-il, d'un choix politique. Les mesures actuellement prises – incitations financières pour les postes non pourvus, primes diverses – ne peuvent naturellement être rejetées mais elles ne règlent pas un problème structurel.

À moyen et long terme s'impose une révision des logiques actuelles de formation concernant la psychiatrie, avec une formation réelle à la psychothérapie et une diversification des lieux de stage, et à la médecine générale, avec des connaissances théoriques et des pratiques cliniques. En ce qui concerne les autres collaborateurs, est mis en avant actuellement, d'une façon peut-être schématique, le développement de la « relation d'aide psychologique ».

Gérard Delahaye

Une région sinistrée ?... Pas si simple !

Les inégalités en équipement sont considérables selon les régions. C'est ainsi que les moyens varient de un à sept, voire neuf, que ce soit en nombre de lits pour 1 000 habitants en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile, ou en nombre de personnels médicaux et non médicaux. Cette situation a été largement exposée dans de nombreux rapports, notamment dans celui du Conseil économique et social¹, mais aussi dans le rapport Massé².

CETTE INÉGALITÉ DE L'OFFRE EST INACCEPTABLE ET DOIT ÊTRE RÉDUITE

La réduction des inégalités et donc de la disparité de l'offre de soins nécessite des réponses urgentes pour tendre à l'équité en matière d'accès aux soins. Certains secteurs ont bien du mal à remplir l'ensemble des missions qui leur sont assignées, d'autant plus que celles-ci se sont largement étendues ces dernières années (augmentation des demandes adressées à la psychiatrie). S'il y a en effet en France une offre de soins globalement importante, elle est cependant mal répartie, avec des disparités encore plus fortes pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Cette disparité entre régions, entre départements, parfois même à l'intérieur d'une région, est encore accentuée par les problèmes de démographie médicale et non médicale constatés, particulièrement en psychiatrie. D'abord, dans le

Gérard Delahaye, directeur du Centre hospitalier Philippe-Pinel, Amiens.

1. Rapport du 1^{er} juillet 1997 (Prévention et soins des maladies mentales – Bilan et perspectives).

2. Rapport de la mission confiée par le ministre de la Santé en 1992 au docteur Gérard Massé.

secteur public, un constat peut être fait : à savoir que le nombre de postes de praticiens hospitaliers à pourvoir est supérieur au nombre de psychiatres disponibles sur le marché. Aussi, certaines régions sont-elles délaissées au profit d'autres, ce qui renforce bien évidemment les inégalités. La psychiatrie se trouve donc placée au rang des disciplines les plus déficitaires. De plus, une diminution des effectifs des professions médicales a commencé en 2001 et sera plus forte chez les psychiatres. Il en est de même au niveau du recrutement de certaines professions paramédicales, notamment des infirmiers ; difficultés de recrutement qui ne permettent pas, bien souvent, de mettre en place de nouveaux projets, voire d'assumer tout simplement toutes les missions du secteur.

QUELLE SITUATION EN PICARDIE ?

Après ces quelques considérations sur un plan national, pour ce qui concerne la région Picardie on retrouve bien évidemment ces disparités au niveau des trois départements de la région. Au niveau de cette région, le Schéma régional d'organisation de psychiatrie (un des derniers de France) a été arrêté par l'Agence régionale de l'hospitalisation le 26 janvier 2001.

Les éléments du bilan sont les suivants :

- Une faible progression démographique (la croissance provient essentiellement de l'Oise et particulièrement du sud de l'Oise).
- Une tradition de ruralité, sauf dans le sud de la région (Oise).
- Une forte précarité sociale et économique (fort taux de chômage, supérieur à 11%). Les régions les plus touchées sont Saint-Quentin, Chauny et Amiens.
- Un découpage sectoriel non homogène (25 secteurs adultes et 10 secteurs enfants). La population moyenne des secteurs est de 74 236 habitants, avec une dispersion forte au niveau régional (deux fois plus élevée dans certains cas) en psychiatrie adulte. En revanche, en pédopsychiatrie, il y a une certaine homogénéité des secteurs, mais de réels écarts entre les trois départements de la région.
- Des niveaux d'équipement variables selon les départements et les secteurs. L'indice global se situe dans la fourchette de l'indice national mais on constate des disparités fortes entre les trois départements (1,89 à 1,17). Des disparités importantes sont également relevées au niveau du taux d'équipement régional en place. Ce phénomène est encore plus marqué et accentué en pédopsychiatrie (de 1,63 à 0,74 au niveau de l'indice global). Un département, en l'occurrence le département de la Somme, est encore dépourvu de capacités d'hospitalisation complète dans ce domaine. Au niveau des alternatives, les taux varient de 1,17 à 0,65.
- Peu d'établissements privés psychiatriques (deux dans l'Aisne, un dans l'Oise).
- Une démographie médicale peu favorable à la région. On constate un déficit important de médecins puisque environ 30% des postes budgétés dans les établissements ne sont pas pourvus et la densité de psychiatres libéraux est très inférieure à la moyenne nationale. Les perspectives traduisent d'ailleurs un risque d'aggravation de la situation, ainsi qu'en témoigne l'enquête réalisée par les URCAM à l'horizon 2008.

Face à ce bilan, le Schéma régional d'organisation de psychiatrie a déterminé un certain nombre d'orientations régionales.

Améliorer l'accessibilité et la qualité de l'organisation

Cet objectif apparaît comme une réponse structurante à apporter à l'hétérogénéité des secteurs de Picardie. Une des conditions majeures du respect du droit des patients réside en effet dans l'égal accès à des modes diversifiés de prise en charge.

Recomposer l'offre de soins en santé mentale

Il s'agit, en l'occurrence, d'articuler des dispositifs autour d'une structure pivot : le CMP.

Diversifier l'offre

Il s'agit de répondre à l'hétérogénéité quantitative et qualitative entre les secteurs et les intersecteurs. La situation actuelle sur le terrain est la suivante. Dans le département de l'Aisne, un grand nombre de postes de praticiens hospitaliers ne sont pas pourvus par des spécialistes mais sont cependant compensés par des médecins généralistes, bien souvent à titre provisoire, ou par des vacances d'attachés, la plupart du temps également généralistes. Ce département rencontre donc d'importants problèmes pour les recrutements en personnels médicaux compte tenu du relatif éloignement du centre hospitalier départemental de Prémontré. Cet établissement psychiatrique a par ailleurs beaucoup développé ses activités et ses structures au niveau des hôpitaux généraux du département. Il convient de noter l'importante activité de psychiatrie au sein du centre hospitalier de Saint-Quentin.

Au niveau du département de l'Oise, le taux des postes pourvus dans ce département reste inférieur au taux moyen picard et le taux de rotation des praticiens hospitaliers reste élevé (plus de la moitié des départs de psychiatres picards vers d'autres régions est due à des praticiens du CHI de Clermont-de-l'Oise). Les postes de temps partiel sont de plus en plus difficiles à pourvoir et les difficultés de recrutement d'assistants commencent à apparaître, ce qui témoigne d'une relative incapacité à assurer la relève des praticiens en exercice.

Au niveau du département de la Somme, s'il y a encore un an et demi, deux ans, tous les postes de praticiens étaient pourvus au niveau du centre hospitalier Philippe-Pinel, ce n'est plus le cas puisqu'à l'heure d'aujourd'hui, quatre ou cinq postes sont vacants. De même sont vacants des postes au niveau des secteurs de psychiatrie gérés par les hôpitaux généraux.

Globalement, la région Picardie a du mal à retenir les internes en formation. Cette situation entraîne d'ailleurs une certaine surenchère entre les hôpitaux,

tant au niveau des personnels médicaux que des personnels non médicaux. On ne peut donc pas vraiment dire que la région Picardie constitue une région sinistrée en matière de psychiatrie, mais elle rencontre de grosses difficultés pour assurer ses missions et mettre en place l'ensemble des structures nécessaires. De plus, comme un certain nombre d'autres régions vraisemblablement, la région Picardie est amenée à gérer le paradoxe suivant : la psychiatrie a des besoins sans cesse croissants et l'offre psychiatrique est à développer, alors même que les moyens humains sont en diminution et ne permettent pas de répondre à toutes ces sollicitations. Ce phénomène a été aggravé par la mise en place de la réduction du temps de travail, le 1^{er} janvier 2002. C'est ainsi qu'il est difficile à l'heure actuelle de maintenir les activités de base de chacun des secteurs et intersecteurs.

Pour ce qui concerne le département de la Somme, où un certain rattrapage est en cours, des crédits sont attribués, particulièrement au centre hospitalier Philippe-Pinel d'Amiens, mais le paradoxe est que cet établissement n'est pas en mesure de mettre en place ses projets en raison de la difficulté très importante de recruter les moyens humains à cet effet.

Quelles solutions sont susceptibles d'être apportées ?

Un certain nombre de solutions ou de propositions peuvent bien évidemment être faites pour diminuer ou atténuer ces difficultés :

- Essayer d'attirer et de garder les internes en région Picardie.
- Agir au niveau du *numerus clausus*.
- Mettre en œuvre les dispositions du rapport Nicolas³ et notamment prévoir des mesures incitatives d'installation et de déplacement des personnels médicaux et non médicaux.
- Redéfinir les missions de chacun des acteurs de la psychiatrie, en précisant la palette de métiers pour répondre à l'offre, et les responsabilités de chacun.

Tous ces éléments ne peuvent pas être déclinés uniquement au plan régional mais doivent être traités au plan national.

Le dernier constat consiste à dénoncer le nombre important d'enveloppes ciblées arrêtées, que ce soit au plan national ou régional, au détriment des missions de base que n'arrivent pas à assurer complètement, loin s'en faut, les différents secteurs de psychiatrie, particulièrement au niveau de la région Picardie. En effet, alors même que les missions de base ne sont pas correctement remplies dans bon nombre de secteurs, on attribue sans cesse de nouvelles missions à la psychiatrie et cela, bien souvent, au travers d'enveloppes ciblées qui sont allouées au détriment de moyens courants de fonctionnement pour les équipes de base au niveau du secteur.

3. G. Nicolas, M. Duret, *Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale*, rapport d'enquête, juin 2001.

Frédéric Bousquet
Magali Coldefy

Une typologie des secteurs de psychiatrie générale

SYNTHÈSE

Les secteurs psychiatriques se caractérisent encore en 1999 par une grande diversité de leurs activités et de leurs moyens. Le rapport de la file active à la population couverte par les secteurs, qui s'élève en moyenne à 19 patients pour 1 000 habitants, varie de 10 à 38. La densité de lits et places va de 1 à 6, celle des praticiens de 1 à 4 et celle des infirmiers de 1 à 5. Une typologie construite à partir des données d'activité distingue cinq groupes de secteurs, avec l'existence d'un lien fort entre activité et moyens en personnels.

Les secteurs du premier groupe, spécialisés dans les consultations en centre médico-psychologique, accueillent moins de patients, mais offrent des prises en charge plus médicalisées que la moyenne.

Le groupe 2 regroupe des secteurs spécialisés surtout dans l'intervention en unité d'hospitalisation somatique. Ils accueillent 35 % de patients de plus que les autres secteurs et assurent surtout une prise en charge plus fréquente des urgences. Un tiers de leurs patients ne sont toutefois vus qu'une seule fois dans l'année.

Les secteurs du groupe 3 sont spécialisés dans l'hospitalisation à temps plein. Ils ont moins réduit que les autres leurs capacités d'hospitalisation à temps plein depuis 1993, et bénéficient d'un taux important d'équipement et de personnels peu qualifiés.

Le groupe 4 comprend un nombre réduit de secteurs qui développent des structures d'accueil tournées surtout vers l'insertion et la réadaptation. Ils bénéficient d'une présence médicale importante associée à une forte présence de psychologues et de personnels socio-éducatifs.

Frédéric Bousquet, Magali Coldefy, avec la participation de Gilbert Rotbart, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Ce texte est extrait du bulletin de la drees, Études et résultats, n° 163, mars 2002.

Le groupe 5 enfin peut être qualifié de « généraliste », avec une structure d'activité proche de la moyenne et un encadrement infirmier important. Encore largement tourné vers l'hospitalisation, il a néanmoins reconverti, entre 1993 et 1999, des lits d'hospitalisation vers des places dans des formes alternatives.

Depuis 1960, pionnière dans l'organisation en réseau des moyens thérapeutiques, la politique de sectorisation de la psychiatrie a constitué un développement novateur dans le traitement des maladies mentales et la prise en charge des patients. Les formes de prise en charge psychiatrique sont très diverses. À partir de l'analyse de l'activité telle qu'elle est collectée dans les rapports de secteurs¹, l'étude tente de déchiffrer cette diversité à l'aide d'une typologie des secteurs selon la spécialisation de leur activité, qu'elle met en rapport avec leurs moyens en équipements et en personnels et avec les caractéristiques socio-démographiques des populations de leur département d'implantation.

LES MODES DE PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

Les prises en charge ambulatoires

(sans hospitalisation liée à l'atteinte mentale)

Le plus souvent, les malades consultent en centre médico-psychologique (CMP), unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Depuis la circulaire de 1990, le CMP est conçu comme le pivot du dispositif de soins du secteur, il a pour mission d'organiser et de coordonner toutes les actions extra-hospitalières en articulation avec les unités d'hospitalisation.

Certains CMP sont aussi habilités à répondre à l'urgence psychiatrique. Ouverts 24 heures sur 24, ils disposent d'une permanence téléphonique reliée à des organismes d'aide médicale urgente, et organisent l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les soins d'urgence nécessaires. Il s'agit alors de centres d'accueil permanent (CAP).

Les soins ou interventions dans les hôpitaux non psychiatriques se développent également rapidement en liaison à la croissance des urgences ainsi qu'au développement de la psychiatrie dite de liaison. Celle-ci vise une prise en charge globale de l'état de santé physique et psychique du patient.

Les CMP coordonnent également les visites à domicile ou en institutions substitutives au domicile (maisons de retraite, établissements pénitentiaires ou autres structures médico-sociales) effectuées par les équipes soignantes attachées aux secteurs.

D'autres formes de prise en charge ambulatoire restent très marginales (démarches d'accompagnement, injections retard...) et très diversement enregistrées dans les rapports de secteur.

1. L'étude est réalisée à partir des données de secteur de 1999, dernière année connue de l'activité des secteurs de psychiatrie générale. Elle fait également référence aux données colligées au niveau national depuis 1993.

Les prises en charge à temps partiel

(de durée inférieure à 24 heures sans hébergement, sauf hôpital de nuit)

Quatre types de structures peuvent être distingués :

Les hôpitaux de jour prodiguent des soins polyvalents et intensifs durant tout ou partie de la journée, au cours d'un ou de quelques jours par semaine. Les protocoles thérapeutiques sont individualisés et sont en principe révisés périodiquement pour éviter la chronicisation et préparer la réinsertion dans le milieu de vie.

Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ont pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Ils se différencient en principe des structures précédentes par : une venue plus discontinue ; des activités thérapeutiques et occupationnelles qui les situent, en principe, en aval de l'hôpital de jour ; des équipes soignantes en général réduites et moins médicalisées.

Malgré ces différences de principe, CATTP et hôpitaux de jour ont parfois des activités difficiles à distinguer. En fait, le CATTP semble être une formule plus souple qui ne requiert pas d'enregistrement de sa capacité d'accueil à la carte sanitaire. Il n'impose donc pas d'autorisation préalable de création, ni de fermeture de lits en gage de sa création et mobilise moins de ressources que l'hôpital de jour.

Les ateliers thérapeutiques utilisent des techniques de soins particulières, notamment de groupes ergothérapeutiques, en vue d'un entraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale à partir de la pratique d'activités artisanales, artistiques ou sportives. Il s'agit clairement d'une activité de réadaptation, cherchant à développer les capacités relationnelles des patients. Les intervenants y sont très divers (infirmiers, ergothérapeutes, éducateurs, enseignants, psychologues).

Les hôpitaux de nuit permettent une prise en charge en fin de journée et une surveillance médicale de nuit et, le cas échéant, en fin de semaine. Ils reçoivent des patients qui ont acquis une certaine autonomie dans la journée mais ont besoin, sur une période donnée, d'une prise en charge la nuit et le week-end, qui constituent des moments de vulnérabilité et d'angoisse particulières.

Les prises en charge à temps complet

Les hospitalisations à temps plein constituent le mode « traditionnel » de prise en charge des malades dans un hôpital. Celui-ci peut être un centre hospitalier spécialisé (CHS), un centre hospitalier général ou régional (CHG, CHR) ou un établissement privé. Les patients y sont placés sous surveillance 24 heures sur 24. Ces hospitalisations sont en principe réservées aux situations aiguës et aux malades les plus « lourds ».

Les centres de post-cure sont des unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome. Même installés dans l'enceinte de l'hôpital, les centres de post-cure doivent être clairement différenciés des locaux d'hospitalisation à temps plein.

Les appartements thérapeutiques visent directement la réinsertion sociale. Par principe, installés en dehors de l'hôpital et intégrés dans la cité, ils sont mis à la disposition de quelques patients pour une durée limitée. Ils sont censés permettre au patient de mener une vie la plus normale possible mais nécessitent néanmoins le passage quotidien de personnels soignants.

L'hospitalisation à domicile (HAD) consiste en la prise en charge thérapeutique au domicile du patient, associée s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par son état de dépendance. Il s'agit de soins réguliers, voire quotidiens. Ce mode d'hospitalisation vise à permettre au patient de redécouvrir les gestes de la vie quotidienne dans son cadre habituel et garantit néanmoins la continuité des soins.

L'accueil familial thérapeutique place dans des familles d'accueil des malades mentaux de tous âges, dont le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible. Il offre une prise en charge sociale et affective en complément du suivi thérapeutique.

1,1 million de patients en 1999

En 1999, 1,1 million de personnes adultes ont été prises en charge dans les secteurs de psychiatrie générale. Les modalités de prise en charge ambulatoire sont de loin les plus fréquentes, ayant concerné 86% des patients de psychiatrie générale. Mais l'accueil dans une structure n'est pas nécessairement exclusif d'un autre : par exemple, un patient peut simultanément être placé en famille d'accueil, consulter en centre médico-psychologique (CMP) et participer aux activités d'un atelier thérapeutique. 27 % des patients suivis ont été pris en charge à temps complet et 11 % à temps partiel. La somme de ces trois pourcentages (124 %) constitue l'indice de mobilité des patients entre ces trois grands niveaux de prise en charge.

Une forte variabilité des modes de prise en charge selon les secteurs

La politique de sectorisation a eu, sur une longue période, un impact incontestable sur l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie : « désaliénation », diversification des modes de prise en charge, développement de formes nombreuses de structures alternatives à l'hospitalisation à temps plein. Néanmoins, les secteurs se caractérisent, encore en 1999, par une grande hétérogénéité dans la répartition territoriale de l'offre et les différentes formes de prise en charge des patients restent aussi très diversement mises en œuvre.

En moyenne, la file active (c'est-à-dire le nombre de patients vus dans l'année) est de 1 370 personnes par secteur, mais pour certains elle n'atteint pas 600 patients, alors qu'elle dépasse 3 000 pour d'autres. La taille des populations couvertes par les secteurs est aussi très différente. Si, en 1999, la population moyenne desservie par un secteur de psychiatrie générale est de 72 000 habitants, elle peut varier de 20 000 à 170 000 habitants. Ces situations extrêmes restent toutefois exceptionnelles, 50% des secteurs couvrant une population comprise entre 60 000 et 80 000 habitants.

Au bout du compte, le taux de recours (rapport de la file active du secteur à la population) s'élève en moyenne à 19 patients pour 1 000 habitants, mais il recouvre des disparités considérables selon les secteurs, variant de 10 à 38 pour 1 000 habitants, dues principalement aux différences de taille de leurs files actives. Les taux de recours sont également liés à la part de patients *vus une seule*

fois dans l'année, avec des disparités qui s'expliquent alors en partie par la prise en charge des urgences ou l'importance des interventions en unités somatiques.

La part de patients pris en charge exclusivement en ambulatoire varie aussi fortement selon les secteurs (de 40 % à 85 %), les taux les plus élevés s'observant dans les secteurs qui interviennent fréquemment en unités somatiques.

La prise en charge à temps partiel exclusive reste très réduite : 2 % en moyenne, allant de 0 à 6 % selon les secteurs. Cette part est restée relativement stable au cours du temps, mais elle recouvre des évolutions différentes des modalités proposées : l'accueil en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) est progressivement devenu le principal mode de prise en charge, devançant depuis 1995 l'hospitalisation de jour.

Avec en moyenne 12 % de patients suivis exclusivement à temps complet, des disparités entre secteurs sont également très fortes pour ce mode de prise en charge. La part de patients hospitalisés à temps plein, d'une part, varie largement, de 10 % à 47 %. D'autre part, les prises en charge alternatives à cette hospitalisation à temps plein restent globalement limitées, leur développement inégal et leurs formes variées selon les secteurs.

En effet, malgré une tendance globale au développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein, la diversification² de l'offre de prise en charge reste encore disparate.

En moyenne, un secteur psychiatrique offre 77 lits d'hospitalisation à temps plein et 35 places alternatives à l'hospitalisation pour 100 000 habitants, soit 112 lits et places au total. Ce nombre peut varier de 35 à 225 et la part de places alternatives rapportée à l'équipement total varie de 0 à 60 %. La densité des personnels est également restée très variable selon les secteurs. Celle des praticiens varie en effet de 4 à 17 pour 100 000 habitants, celle des infirmiers de 30 à 150. Pour les autres personnels, les disparités sont encore plus amples (de 11 à 73).

L'ACTIVITÉ DES SECTEURS

L'activité des secteurs est appréhendée à partir des données d'activité recensées dans les rapports de secteurs. En 1999, 804 rapports de secteurs ont été collectés et 795 ont pu être exploités.

Ces rapports recensent à la fois des données détaillées sur le personnel, la nature et les quantités d'équipements et de structures constituant l'offre de soins du secteur, ainsi que l'activité qui y est associée. L'importance de cette dernière est mesurée par la file active, c'est-à-dire le nombre de patients pris en charge par le secteur dans l'année. Chaque patient est compté une seule fois, quel que soit le nombre de ses recours au secteur dans l'année. Les données statistiques permettent d'identifier la file active associée à chaque modalité ainsi qu'à chaque grand niveau de prise en charge et au total des prises en charge de chaque secteur. Sachant qu'un même patient peut être suivi dans divers modes de prise en charge au cours de la même année, la somme des files actives par mode ou par niveau de prise en charge est supérieure à la file active totale.

2. Un taux de diversification peut être calculé en rapportant le nombre de places alternatives à la totalité des lits et places disponibles.

Les files actives ne tiennent pas compte du suivi hors secteur (patients vus par des psychiatres libéraux, admis dans des institutions hors service public). Elles ne tiennent pas compte non plus des personnes admises dans des structures médico-sociales (centres d'aide par le travail, ateliers protégés, foyers d'hébergement ou occupationnels pour adultes handicapés, maisons d'accueil spécialisées, foyers à double tarification pour adultes handicapés lourds).

Cinq types de secteurs

Après trente ans de fonctionnement, la grande diversité des formes de prise en charge selon les secteurs et l'apparente spécialisation de certains mettent en évidence des modes de développement ou d'adaptation très différents. La construction d'une typologie à partir des données retraçant leur activité cherche à donner une plus grande lisibilité à cette diversité. Elle permet de distinguer cinq groupes de secteurs de psychiatrie générale selon leur spécialisation sur tels ou tels segments de la prise en charge.

Pour le *premier groupe*, il s'agit d'une spécialisation dans les consultations en CMP très supérieure à la moyenne : elles concernent dans ce groupe 78 % des patients pris en charge, contre 62 % pour l'ensemble des secteurs. Le *groupe 2* rassemble, quant à lui, des secteurs spécialisés dans l'intervention en unité de soins somatiques : 38 % des patients y sont vus dans ce cadre contre 20 % en moyenne. Le *groupe 3* garde une activité fortement centrée sur l'hospitalisation à plein temps : 39 % des patients y ont fait l'objet d'une telle prise en charge, contre 26 % en moyenne. Le *groupe 4* se distingue, quant à lui, par une orientation plus spécifique vers des activités visant à la réadaptation et la réinsertion des patients. Un tiers des patients de ces secteurs sont concernés par de telles formes de prise en charge contre 4 % pour l'ensemble des secteurs. Le *groupe 5*, enfin, s'oppose aux précédents par son absence de spécialisation, présentant une structure d'activité proche de la structure globale. Les secteurs qui s'y rattachent peuvent être qualifiés de « généralistes ».

LA CONSTRUCTION DE LA TYPOLOGIE DES SECTEURS

Les traitements statistiques

Une analyse en composantes principales a été effectuée à partir des variables décrivant l'activité des secteurs en 1999. Les variables en compte sont leur part des files actives des différentes modalités de prise en charge dans la file active totale. Puis, une classification ascendante hiérarchique a été réalisée sur les 795 secteurs retenus dans l'analyse. Cette classification a permis de déterminer une typologie en cinq catégories de secteurs.

Des variables supplémentaires ont été projetées sur le modèle : Il s'agit d'indicateurs relatifs à l'équipement des secteurs (nombre de structures, nombre de lits et places, diversification des équipements, taux d'équipement) ; au personnel (médical, infirmier, socio-éducatif, personnel de réinsertion et réadaptation, psychologues et autres

personnels soignants) ; aux évolutions de l'activité et des équipements entre 1993 et 1999.

Des *données d'environnement* ont en outre été prises en compte pour éclairer la situation des secteurs et traitées en variables supplémentaires de la classification. Elles concernent : d'une part, l'offre psychiatrique hors secteur (les densités de psychiatres libéraux, de lits et places de psychiatrie dans le secteur privé non sectorisé, de lits et places des structures médico-sociales ; d'autre part, des indicateurs relatifs aux caractéristiques de la population environnante. Seules des informations au niveau du département d'implantation du secteur ont pu être mobilisées ; notamment sa richesse relative (PIB par habitant, potentiel fiscal,...), la distribution des aides et des minima sociaux (RMI, AAH), son caractère plus ou moins rural (part des retraités affiliés à la MSA), l'importance du chômage.

Le groupe 1 : des secteurs spécialisés dans les consultations en CMP

Ces 231 secteurs accueillent moins de patients que la moyenne. Ils disposent de moyens plus réduits, tant en équipements qu'en personnels soignants non médicaux, mais offrent, toutefois, des prises en charge plus médicalisées. Avec une file active relativement faible (environ 1 200 patients en moyenne en 1999 contre 1 400 pour l'ensemble des secteurs), ce groupe présente un taux de recours de 17 pour 1 000 habitants, contre 19 pour l'ensemble des secteurs étudiés, avec en outre un faible taux de renouvellement des patients. Leur spécialisation dans la consultation en CMP se traduit par moins de mobilité des patients entre les différents modes de prise en charge.

Les personnels y sont en nombre plus réduit que dans les autres types de secteurs. Qu'on les mesure en nombre ou en taux par rapport à la population couverte, les infirmiers, les aides-soignants et les agents de service hospitaliers y sont toujours en moindre importance. Par contre, les psychologues y sont plus nombreux qu'ailleurs et le nombre de médecins se situe dans la moyenne, révélant un mode de prise en charge plus « médicalisé ».

Le resserrement des moyens concerne aussi le nombre de lits et places³ par habitant, qui est inférieur à la moyenne générale (94 contre 112 pour 100 000 habitants) et le plus faible des cinq groupes. Ce constat porte à la fois sur les lits d'hospitalisation à plein temps (45 contre 55 en moyenne) et sur le nombre des structures dont ces secteurs disposent tels que les hôpitaux de jour, les CATTP, les hôpitaux de nuit et même, paradoxalement, les CMP.

Malgré une forte spécialisation vers l'activité des CMP, le nombre de ceux-ci y est en effet inférieur à la moyenne avec, en contrepartie, une activité plus importante (568 patients en moyenne contre 475 pour l'ensemble des secteurs). Cela peut notamment refléter la part plus élevée, dans ce groupe, des CMP ouverts plus de cinq jours par semaine.

3. Les lits regroupent ceux de l'hospitalisation plein temps, des centres d'accueil permanent, des centres de crise et d'hospitalisation de nuit. Les places rassemblent celles de l'hospitalisation de jour, de l'hospitalisation à domicile, en appartement thérapeutique, en centre de post-cure et en accueil familial thérapeutique.

La présence de ce type de secteurs est plus fréquente dans des départements densément peuplés et comptant une faible part d'allocataires de la MSA. La population de ces départements y paraît économiquement plus favorisée (PIB par habitant et potentiel fiscal élevés).

Le groupe 2 : des secteurs spécialisés dans l'intervention en unité d'hospitalisation somatique

Ces 215 secteurs accueillent près de 35 % de patients de plus que les autres, mais un tiers de ces derniers ne sont vus qu'une seule fois dans l'année. Plus que les autres secteurs, ils assurent une prise en charge des urgences. Leurs moyens en équipements et en personnel restent toutefois inférieurs à la moyenne. Le groupe 2 se distingue principalement par l'importance de ses interventions en unité d'hospitalisation somatique (38 % des patients du groupe contre moins de 12 % dans les autres groupes).

Cette activité prend plusieurs formes dont on ne peut précisément évaluer l'importance relative : avis diagnostiques dans les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique, ajustements thérapeutiques, mais aussi présence dans les services d'urgence des hôpitaux généraux. L'accueil des urgences psychiatriques constitue en effet une caractéristique de ces secteurs : 57 % d'entre eux réalisent une permanence dans les pôles d'urgence des hôpitaux généraux, contre seulement 29 % de l'ensemble des secteurs.

Deux autres spécificités du groupe peuvent être ainsi pour partie expliquées. La file active y apparaît beaucoup plus importante : 1 850 personnes dans l'année en moyenne. Près du tiers de ces personnes n'y sont vues qu'une seule fois dans l'année, cette proportion restant en dessous de 20 % dans les autres groupes. Toutefois, même si l'on soustrait de la file active le nombre de personnes vues une seule fois dans l'année (file active corrigée), le taux de recours y reste supérieur de 30 % (1 250 patients) à la valeur moyenne des quatre autres groupes (970 personnes). Plus souvent qu'ailleurs, les secteurs de ce groupe sont en outre rattachés à des centres hospitaliers généraux (CHG) (44 % contre 27 % en général).

Au regard de la taille de leur file active, ces secteurs disposent de moyens relativement limités. Les médecins et les psychologues sont légèrement plus nombreux qu'en moyenne, mais le rapport de leur nombre à la file active corrigée est inférieur de près de 10 % à la moyenne des secteurs. Ce même indicateur, calculé pour les effectifs infirmiers et les autres personnels des services de soins (en particulier AS et ASH), est, lui, inférieur de 20 % et le plus faible des cinq groupes.

Ces secteurs disposent également d'un taux d'équipement⁴ inférieur à la moyenne pour la plupart des structures à l'exception des CMP, centres d'accueil permanent et centres de crise. En particulier, le nombre de lits y est nettement inférieur à celui des deux groupes suivants, ce qui se traduit par la durée

4. Le taux d'équipement des secteurs rapporte les lits et places à la population couverte.

moyenne d'hospitalisation la plus courte des cinq groupes. Malgré cette moindre dotation en lits et en effectifs, la croissance de la file active de ces secteurs sur la période 1993-1999 a été bien plus forte que dans les autres groupes et de 22 points supérieure à la croissance d'ensemble.

Le groupe 3 : des secteurs spécialisés dans l'hospitalisation à temps plein

Ces 139 secteurs accueillent en moyenne peu de patients mais bénéficient d'un taux d'équipement important et d'un nombre élevé de personnels, notamment d'aides-soignants et d'agents de service hospitaliers. Ils ont réduit moins que les autres depuis 1993 leurs capacités d'hospitalisation à temps plein, avec une activité qui continue à croître de manière plus rapide. Au sein de ce groupe, les hospitalisations à temps plein ne constituent certes pas l'activité prédominante mais elles concernent 39 % des patients contre 26 % de manière générale. Les autres formes de prise en charge sont toutes restées assez peu développées.

La file active de cette classe est plus réduite que celle de l'ensemble des secteurs (1 164 patients en moyenne). Les populations couvertes diffèrent peu de la moyenne nationale, les taux de recours y sont donc aussi sensiblement inférieurs (17 patients pour 1 000 habitants). C'est également dans ces secteurs que l'on rencontre la proportion de patients hospitalisés depuis plus d'un an la plus importante : 36 % parmi les hospitalisés à temps plein présents en décembre 1999. La durée moyenne d'hospitalisation n'y est, toutefois, paradoxalement pas différente de la moyenne (48 jours), ce qui semble tout de même indiquer un effort de « déchronicisation ».

Avec un encadrement médical proche de la moyenne, la présence infirmière y est supérieure de 20 % et, surtout, le recours aux personnels soignants moins qualifiés l'est d'environ 50 %. Ces secteurs ont un taux d'équipement parmi les plus importants des cinq groupes : 132 lits et places pour 100 000 habitants. Cela est lié essentiellement au nombre élevé de lits d'hospitalisation à plein temps : 69 lits contre 55 en moyenne. L'évolution des secteurs de ce groupe sur la période 1993-1999 a, en outre, été très spécifique. Ce sont ceux qui ont le moins réduit leur nombre de lits d'hospitalisation à temps plein. Dans le même temps, et alors que leur file active totale s'est faiblement accrue, le nombre de patients hospitalisés à temps plein a, à l'inverse, augmenté.

Les secteurs du groupe 3 se situent plus souvent dans des départements cumulant une densité élevée en psychiatres libéraux ainsi qu'un taux de chômage et un pourcentage de bénéficiaires de minima sociaux importants.

Le groupe 4 : des secteurs en nombre réduit surtout tournés vers l'extra-hospitalier

Ce groupe rassemble seulement 32 secteurs. Avec une activité diversifiée, ils se distinguent par le développement de structures d'accueil originales,

rarement développées ailleurs. De taille variable en termes de file active ou de lits d'hospitalisation, ils ont en commun l'importance de leurs effectifs médicaux et socio-éducatifs. Leur présence est très concentrée sur l'Île-de-France et l'Ille-et-Vilaine.

Ce petit groupe de secteurs se distingue par la fréquence des prises en charge extra-hospitalières, à temps complet comme à temps partiel. Ils ont en effet multiplié les structures de type ateliers thérapeutiques, centres de post-cure, appartements thérapeutiques, accueil familial, hospitalisation à domicile. C'est également dans ce groupe que l'on trouve des structures d'accueil d'urgence de type centre d'accueil permanent ou centre de crise, qui restent globalement peu fréquentes ailleurs. Ces secteurs sont donc ceux qui ont les taux d'équipement alternatif⁵ à l'hospitalisation à temps plein les plus élevés, 40 % des lits et places contre 30 % en moyenne. Une part importante de leur activité est ainsi orientée vers la réadaptation et la réinsertion des patients. Au total, ces formes de prise en charge y concernent près du tiers de la file active contre 4 % pour la totalité des secteurs.

La part des patients vus une seule fois est la plus faible des cinq groupes, mais les patients pris en charge sont, d'un autre côté, plus mobiles : beaucoup plus fréquemment que dans les groupes précédents, leur trajectoire de soins mêle les prises en charge à temps complet, temps partiel et ambulatoire au cours de l'année.

Un autre point commun entre les secteurs de ce groupe est, quels que soient les indicateurs retenus, un niveau d'effectifs nettement supérieur à la moyenne. En particulier, les prises en charge y sont très médicalisées : le taux de personnel médical rapporté à la file active est le plus élevé des cinq groupes et de 30 % supérieur à la moyenne générale. Les personnels socio-éducatifs, les psychologues et les personnels travaillant à la réadaptation des patients y sont aussi beaucoup plus nombreux.

Ces secteurs semblent s'être développés assez récemment : la file active prise en charge à temps partiel y a crû très fortement entre 1993 et 1999, et on y note même, paradoxalement, une augmentation importante des patients pris en charge à temps complet (+ 48 % dans ce groupe contre + 5 % en général), mais surtout dans des formes autres que l'hospitalisation à temps plein.

Ces secteurs, pour la plupart d'entre eux rattachés à un CHS (27 sur 32), se concentrent majoritairement en Île-de-France et en Ille-et-Vilaine, départements densément peuplés et relativement riches (PIB par habitant et potentiel fiscal élevés). La densité de psychiatres libéraux y est importante, mais ce n'est pas le cas de l'offre médico-sociale.

5. L'accueil alternatif à l'hospitalisation à temps plein regroupe l'ensemble des lits et places autres que les lits d'hospitalisation à temps plein.

Le groupe 5 : des secteurs « généralistes »

Ces 178 secteurs ont une structure d'activité assez proche de la moyenne nationale. Ils disposent de capacités d'hospitalisation importantes, dont une partie a été reconvertie en hospitalisation à temps partiel sur la période 1993-1999. Bien que moins médicalisées que la moyenne, les prises en charge bénéficient d'un encadrement infirmier relativement élevé. Ces secteurs se situent plus souvent dans des départements ruraux. Ce dernier groupe de secteurs peut être considéré comme « généraliste », ne présentant pas d'orientation particulière de leurs activités. Leur profil se rapproche de la moyenne nationale, avec toutefois une moindre activité ambulatoire au profit des prises en charge à temps complet.

Ils ont en commun avec les deux groupes précédents la moindre part de patients pris en charge exclusivement en ambulatoire (60 % contre 66 %). Le lien avec la cité semble néanmoins être développé par des soins à domicile fréquents (31 % des patients en bénéficient contre 17 % en moyenne). Les interventions en unités somatiques restent, à l'inverse, très réduites. Toutefois, en temps partiel, ce sont les activités « classiques » de type hospitalisation de nuit, de jour ou accueil en CATTP qui sont particulièrement pratiquées. De même, les prises en charge à temps complet restent surtout orientées vers l'hospitalisation à temps plein, le suivi dans des structures plus ouvertes restant peu développé.

Ce groupe de secteurs « généralistes » apparaît globalement mieux doté que la moyenne. Le taux d'équipement en lits et places y est élevé, et les CMP, les hôpitaux de jour, les CATTP, les hôpitaux de nuit y sont également plus nombreux qu'ailleurs. Il bénéficie de l'encadrement infirmier le plus important des cinq groupes.

Dans un contexte d'augmentation relativement modérée de la file active (+ 36 % de 1993 à 1999 contre + 47 % pour l'ensemble), ce groupe de secteurs a fortement reconverti des lits d'hospitalisation en places dans des formes alternatives. Tout en conservant un nombre important de lits (63 contre 55 en moyenne), ces secteurs ont en effet réduit de manière sensible leurs capacités d'hospitalisation à temps plein (- 23 % sur la période).

Ces secteurs généralistes semblent se localiser davantage dans des départements ruraux, plutôt peu peuplés, avec une forte proportion d'allocataires relevant de la MSA. La situation économique y est relativement peu favorisée (PIB par habitant potentiel fiscal moins élevés qu'ailleurs). Ces départements disposent généralement d'une offre d'hébergement médico-social importante. Par contre, les psychiatres libéraux et le dispositif non sectorisé y sont moins présents.

Des différences pour partie structurées autour des personnels

S'il n'est pas possible d'établir une relation de causalité entre la structure des personnels et celle de l'activité, la typologie met en évidence un lien fort entre les deux. Ainsi, le groupe 4 dispose de moyens très développés dont le profil est très axé sur une présence médicale importante, associée à un encadrement par des professions spécialisées développé (psychologues, personnel socio-éducatif,

personnel de réadaptation). Le groupe 5, bien que disposant de moyens également importants, montre un profil moins spécialisé : moins de médecins et de psychologues, mais surtout beaucoup plus d'infirmiers.

Le groupe 3 (hospitalisation à temps plein) et le groupe 5 (généraliste) peuvent également être rapprochés en raison de l'importance des prises en charge à temps complet. La structure des personnels non médicaux de leurs services de soins apparaît toutefois différente. Le groupe « généraliste » a une proportion un peu plus importante d'infirmiers alors que le groupe spécialisé en « hospitalisation à temps plein » se distingue par une plus grande présence de personnels moins qualifiés (aides-soignants et agents des services hospitaliers). Il affiche aussi le taux d'équipement le plus élevé des cinq groupes.

Les deux premiers groupes de secteurs, dont l'activité est plus spécifiquement ambulatoire, ont enfin en commun une faiblesse relative de leurs effectifs d'infirmiers, d'aides-soignants et d'agents des services hospitaliers.

Une influence de l'environnement ?

Les résultats apportés par la prise en compte d'indicateurs d'environnement sont d'une portée limitée dans la mesure où ils ne reflètent que les caractéristiques du département dans lequel les secteurs sont implantés, compte tenu de l'indisponibilité des données dans leur zone précise d'intervention. Même si l'approche reste grossière, certains résultats méritent d'être soulignés.

Les secteurs du groupe 1 (CMP) sont plus souvent associés à des départements de forte densité et dont la population apparaît plutôt favorisée sur le plan économique. Les secteurs du groupe 2 (interventions en unités somatiques) sont plus souvent implantés dans des départements où la densité de psychiatres libéraux est inférieure à la moyenne nationale. Ceux du groupe 3 (hospitalisation à temps plein) se situent plus souvent dans des départements possédant une densité élevée de psychiatres libéraux mais avec un taux de chômage et un pourcentage de bénéficiaires de minima sociaux importants.

Les secteurs du groupe 4 (vocation de réadaptation et réinsertion) sont très concentrés sur la région parisienne et l'Ille-et-Vilaine. Enfin, les secteurs du groupe 5 (généralistes) sont plutôt associés à des départements ruraux bénéficiant d'une offre médico-sociale importante, mais moins bien dotés en matière d'offre psychiatrique complémentaire (psychiatres libéraux et lits non sectorisés).

Ces résultats, qui peuvent suggérer une adaptation de l'activité à l'environnement local, doivent toutefois être considérés avec prudence. La structure d'activité des secteurs s'explique en effet par une multiplicité de facteurs, sans qu'apparaisse forcément de lien clair de causalité.

Madeleine Monceau

À propos de la régulation à l'hôpital ou des modes d'évitement des situations potentiellement violentes

Les propos présentés ici ont pour point de départ une étude menée dans un établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie (Saint-Égrève, en Isère), en raison de l'augmentation, sur plusieurs années, des accidents de travail liés à des confrontations violentes soignant-soigné. Lors du démarrage de cette étude, courant 1993, les situations violentes à l'hôpital ne faisaient l'objet d'aucun débat parmi les personnels concernés, n'étaient reprises par aucune revue ou colloque professionnels, ce qui n'est plus le cas depuis. L'émotion¹ suscitée, au cours de l'été 1999, par la mort tragique d'une jeune infirmière, tuée par le malade qu'elle accompagnait, montre qu'un seuil a été franchi, semble-t-il, non seulement dans l'ordre de la gravité, mais aussi du point de vue de la préoccupation professionnelle, infirmière principalement², face à des conditions de travail jugées insuffisamment protectrices aujourd'hui.

UNE PRÉOCCUPATION NATIONALE

En réponse à cette préoccupation et dans le souhait d'aider les établissements hospitaliers à mettre en place, dans le domaine de la sécurité des biens et des personnes, des politiques préventives efficaces, la direction des hôpitaux a mis sur pied, dès octobre 1999, un comité de pilotage portant sur « la prévention des situations de violence dans les établissements publics de santé », dont les conclusions sont toujours attendues à ce jour. Par ailleurs et parallèlement, un

Madeleine Monceau, sociologue, Centre hospitalier spécialisé, Saint-Égrève.

1. Pour permettre à celle-ci de s'exprimer, un forum de discussion avait dû être ouvert sur le site SER-PSY.

2. Pour exemple, dans l'établissement de référence (Saint-Égrève), 94 % des victimes de contacts violents, côté professionnel, correspondaient à des soignants infirmiers et 96 % de ces confrontations avaient eu lieu à l'intérieur des murs.

rapport sur ce thème a été demandé en juillet 2001 par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité à l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales), rapport remis trois mois plus tard, en octobre 2001 (rapport n° 2001.110 sur le thème des *Violences subies au travail par les professionnels de santé* par MM. G. Costargent et M. Vernerey).

On se souvient aussi que le « protocole d'accord » (protocole « Aubry ») du 14 mars 2000 prévoyait une dotation de 100 MF pour financer les projets de prévention et d'accompagnement des situations de violence dans les établissements de santé. En 2001, 510 établissements ont déposé un projet en ce sens et 480 d'entre eux ont bénéficié de cette offre au titre de l'investissement, de l'équipement ou du personnel.

UNE COMPARAISON HEXAGONALE

La mise en perspective des résultats observés sur un site donné (Saint-Égrève) a nécessité, en l'absence de comparaisons, d'interroger les autres établissements de soins participant à la psychiatrie sur leur volume d'accidents du travail du même type (180 réponses reçues de la part des établissements sollicités). Si l'on s'intéresse plus particulièrement à un des constats apparus, on observe que les réponses obtenues montraient *une grande variété des niveaux de violence déclarée* par chacun des établissements concernés (observation conduite sur quatre années consécutives). Si l'on prend par exemple le chiffre inférieur ou le chiffre supérieur déclaré dans chaque catégorie d'établissements au cours de la même période, on voit que :

- les CHS se situaient sur une échelle pouvant aller de 11 accidents du travail (AT) (pour l'établissement déclarant le plus petit nombre d'accidents de travail) à 384 AT (pour l'établissement déclarant le plus grand nombre d'AT) ;
- les CHG, de 0 AT à 143 AT ;
- les CHU, de 9 AT à 199 AT.

On sait par ailleurs que ces écarts ne provenaient ni de la taille des établissements concernés, ni du nombre de leurs lits psychiatriques, comme l'indiquent les chiffres suivants : le nombre de 50 AT déclaré à plusieurs reprises par des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie pouvait correspondre à un hôpital de 200 lits ou de 1 000 lits. Ou encore, le CHU indiquant le nombre le plus bas d'AT (9 AT) représentait un établissement de 332 lits alors que celui qui affichait le nombre d'AT le plus grand (199 AT) correspondait, lui, à un hôpital de 226 lits.

PREMIER FIL CONDUCTEUR : LA VIOLENCE N'EST PAS UNE FATALITÉ

Cette diversité de positionnement quant aux relations violentes *in situ* appelle bien évidemment de nouvelles interrogations et renvoie à de nombreuses inconnues. Elle a au moins le mérite de nous montrer que, dans l'immédiat, la présence d'incidents à caractère violent dans les hôpitaux n'est pas une fatalité, mais doit être reliée à un ensemble de facteurs portant sur

L'organisation du travail, sur la sécurité interne, sur le climat des établissements, sur l'état des relations sociales au sein des établissements. Elle rappelle aussi l'attention qui, dans ce domaine, doit être portée de façon privilégiée aux conditions de travail des personnels ainsi qu'à la qualité de l'espace soignant-soigné. À ce propos, il peut être intéressant de noter que la série de recherches conduites à l'école sur le même thème concluait ses travaux en notant que « la violence n'est jamais un orage qui éclate dans un ciel serein », un constat fréquemment repris à leur compte par les soignants lors de leurs témoignages au cours des rencontres professionnelles consacrées à ce thème : « On courait dans tous les sens... On n'arrêtait pas... On sentait venir l'incident... »

DEUXIÈME FIL CONDUCTEUR : L'HÔPITAL, UN CADRE PROFESSIONNEL ET DONC, À CE TITRE, UN CADRE CONTENANT

L'hôpital, comme toute institution professionnelle, a l'obligation de protéger son personnel contre un certain nombre de risques. Les lois du 13 juillet 1983, article 11 n° 83-634, et du 31 décembre 1991 précisent le contenu de cette obligation pour l'employeur. La première rappelle que la collectivité publique est tenue de protéger les fonctionnaires contre les menaces, les violences, les voies de fait, les injures ou outrages dont ils pourraient être victimes dans l'exercice de leurs fonctions et de réparer le cas échéant, le préjudice qui en est résulté. Les articles 228-8, 433-3, 433-5 et suivants du Code pénal stipulent que « les fonctionnaires hospitaliers bénéficient de protections particulières (en particulier quand ils sont l'objet d'insultes, de menaces, de voies de fait) en tant que personnes chargées d'une mission de service public ». Ces protections particulières se traduisent par des sanctions plus lourdes contre les auteurs d'infractions, du fait même de la situation de service public.

D'un autre point de vue, l'hôpital, en raison des catégories de violences qui le traversent ou de l'insécurité ressentie parfois par ceux qui le fréquentent, représente un lieu d'une grande normalité sociale. En effet, la première victimation exprimée par les personnels hospitaliers correspond, ici comme au dehors, aux violences verbales (cf. la première grande étude de victimation publiée en France en juillet 2000, « 6 000 ménages enquêtés³ », ou les travaux disponibles sur ce sujet en milieu hospitalier⁴). Le sentiment d'insécurité ou d'inquiétude se situe, lui, davantage du côté des conséquences entraînées, ici comme à l'extérieur, par la non-résolution, préventive ou réparatrice, des problèmes rencontrés. On sait que dans la population générale ce sentiment se nourrit de l'insécurité réelle mais aussi des réponses non apportées par les instances prévues à cet effet ou encore par l'absence de réparation (14 % seulement des vols déclarés

3. P. Robert, R. Zauberman, M.-L. Pottier, H. Lagrange, « Mesurer le crime. Entre statistiques de police et enquête de victimation », *Revue française de sociologie*, 1999, XI-2, p. 255-294.

4. Cf. M. Monceau, *Soigner en psychiatrie. Entre violence et vulnérabilité*, Paris, Gaëtan-Morin, 1998.

aujourd'hui à la police sont élucidés, 86 % sont donc classés « sans suite » et 90 % des dossiers transmis par la police à la justice sont aussi classés « sans suite », par défaut de preuve le plus souvent).

Dans les hôpitaux, on observe également que la plupart des soignants victimes de confrontations violentes se sentent rarement « réparés », c'est-à-dire soutenus, compris, entourés, et parlent à ce propos d'une sorte de sidération des institutions qui ne savent pas faire les gestes les plus élémentaires pour prendre l'autre « à bras le corps ». Cette incompréhension, souvent vécue comme un abandon, est à l'origine de la plupart des vécus de solitude, de culpabilisation, d'exclusion fréquemment rencontrés dans ce type de situations. Ces vécus constituent ce que l'on appelle habituellement le deuxième traumatisme, souvent plus fort ou plus difficile à surmonter que le premier et souvent, aussi, source de démotivation. Pour cette raison, au minimum, les institutions auraient tout avantage à se préoccuper plus activement de ces séquences particulières.

L'IMPATIENCE DES CLIENTÈLES, LE STATUT DE PATIENT

Dans l'approche des causalités susceptibles d'entrer dans l'augmentation, souvent dénoncée mais jamais mesurée, des confrontations violentes soignant-soigné, on est obligé de noter l'impatience, plus grande aujourd'hui, des clientèles, ou encore leur exigence plus affirmée, sources possibles de formes multiples d'agressivité. On ne peut oublier que dans ce contexte précis l'agressivité renvoie aussi à la condition d'hospitalisé. Celle-ci, faut-il-le rappeler, conjuguée à la fois la peur, la souffrance, la fatigue, la dépendance, la dépersonnalisation. Elle implique aussi la non-maîtrise du pronostic, du plan de soins, de la date de la sortie, des allées et venues, des horaires, c'est-à-dire une suite d'inconnues et de contraintes. Une plus forte réactivité soignée peut aussi être interprétée comme une intolérance grandissante au statut d'hospitalisé, à la dépendance, voire à la soumission que cela implique. L'impatience rappelle aussi que l'hôpital est un lieu où tout est à négocier en permanence, en ce sens, un lieu où toutes les conditions sont réunies pour que les explosions soient fréquentes.

LES CONTEXTES FAVORISANT LES EXPLOSIONS VIOLENTES : LES ATTITUDES SOIGNANTES

On sait à ce propos qu'un ensemble d'attitudes allant de la non-réponse à l'esquive, à l'irrespect, à la discourtoisie des gestes ou des paroles, ou encore la brusquerie, l'intrusion non resituée, non accompagnée, constituent un terreau favorable aux tensions interpersonnelles. Elles signifient, en effet, à leur façon, que la personne soignée est délogée de sa position de sujet pour n'être plus qu'objet de soins. On sait aussi que la tension surgit quand l'implicite des accords partagés disparaît ou ne fonctionne plus.

À l'hôpital comme ailleurs, l'agressivité interpersonnelle renvoie à l'espace soignant-soigné, à cette relation fondamentalement asymétrique mais

néanmoins de réciprocité. L'agressivité apparaît, chacun le sait bien pour l'avoir expérimenté, quand quelque chose n'a pas pu se dire autrement, avant ou ailleurs, quand n'existe plus, entre les deux parties en présence, qu'un corps. Dans cette hypothèse, plus personne ne s'y retrouve par rapport à ses attentes profondes, ni le soignant ni le soigné, et là tout peut arriver, toute forme d'explosion verbale ou physique peut survenir d'un côté comme de l'autre.

LES STRATÉGIES PROTECTRICES OU LES FORMES DE RÉGULATION À IMAGINER OU À INVENTER

Suite à un incident difficile, il semble qu'il n'y ait pas d'autre choix (une fois les protections réglementaires et adaptées remises à leur place) que de « donner du sens », déconstruire ce qui s'est passé. Cela nécessite de prendre le temps de s'asseoir, de parler, de comprendre, de chercher les signes prédictifs, les accumulations, les maladresses, c'est-à-dire reconstruire le lien social.

Les travaux conduits sur le sujet dans des corps de métier soumis eux aussi à une forte agressivité (les enseignants, par exemple, ou la police, ou encore les surveillants de prison) ont montré l'existence et la pertinence, dans l'ordre de la prévention et de la protection, de deux modèles de fonctionnement tournant autour des notions de « cohérence » et de « cohésion » du groupe professionnel d'appartenance. La première notion (de cohérence) renvoie à la nécessaire harmonisation des réponses des divers intervenants impliqués dans un acte professionnel, la deuxième insiste sur la nécessaire unité d'action pour pouvoir travailler à la fois en confiance et en solidarité les uns par rapport aux autres.

L'acquisition et la sauvegarde de ces deux modèles de fonctionnement supposent d'instaurer dans l'unité de soins des repères, un cadrage à la fois d'ordre préventif et curatif. Dans l'ordre préventif, le cadrage s'appuie le plus souvent sur le rappel des droits et des devoirs des uns et des autres, patients aussi bien que soignants. Dans l'ordre de la réparation, le cadrage a intérêt, lui, à prendre acte du dépassement des choses et de leurs conséquences. Les expériences conduites dans ce domaine montrent que la réparation doit à la fois signifier le refus du dépassement, la demande de réparation et être attentive au maintien de la cohésion et de la solidarité du groupe. « Les pairs, c'est ce qui retient, c'est ce qui maintient⁵. » Par ailleurs, le traitement de toutes les formes de dépassement, qu'il s'agisse de l'agressivité physique ou verbale, des refus de soins... nécessite aussi d'être attentif à la tension, à la conflictualité possibles dans l'unité de soins, ainsi qu'aux marges de manœuvre laissées aux patients, aux modes de négociation autorisés.

5. D. Lhuillier, N. Aymard, *L'univers pénitentiaire. Du côté des surveillants de prison*, Paris, Desclée de Brouwer, 1997.

LES FONDEMENTS DES STRATÉGIES PROTECTRICES

Pour éviter de ne devenir que défensives ou sécuritaires, ces stratégies ne peuvent s'appuyer sur des représentations négatives de soi ou des autres, mais s'enraciner au contraire dans ce qu'est la mission de soins et dans les conditions que celle-ci exige pour se dérouler. Pacifier une unité de soins suppose, en toute bonne logique, de garder une vision positive de soi-même, de son activité et du lieu dans lequel elle se déroule. Elle suppose aussi, en juste retour des choses, qu'à l'engagement personnel des professionnels de terrain, réponde un engagement égal de leurs référents (pairs, responsables, décideurs), c'est-à-dire de l'ensemble de l'institution. En un mot, ne pas s'accommoder des violences à l'hôpital requiert de développer une culture du respect, d'anticiper, d'observer, d'évaluer, c'est-à-dire de repérer les signes prédictifs d'une montée de la tension interne ou de la conflictualité, ou encore, une fois la violence advenue, de refuser les dépassements et d'en demander réparation.

Véronique Ghadi

Les associations, moteur de changements à l'hôpital : une question de légitimité

Peut-on considérer que les associations de malades sont porteuses de changement de l'organisation du système de soins ? En fait, l'actualité de cette question est en partie liée au développement d'un discours faisant de l'utilisateur un acteur nouveau et incontournable dans le fonctionnement de ce système. Cela étant, ses demandes, attentes ou actions sont presque toujours médiatisées par les associations, de malades la plupart du temps, parfois par celles des consommateurs ou des usagers. Aujourd'hui, c'est donc aux travers des revendications des associations que se fait entendre la parole des usagers dans le système de santé, la principale exception à cette règle ayant été constituée par les états généraux de la Santé.

Cette prise de parole a-t-elle des impacts ? *Les associations sont-elles moteur de changements ?* Tout d'abord, pour qu'il en soit ainsi, il existe un préalable : d'une manière ou d'une autre, les associations doivent avoir été reconnues pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire qu'on leur reconnaisse une certaine légitimité à intervenir au nom des personnes malades dans l'organisation des soins et en particulier dans leur exigence à vouloir influencer sur les décisions prises dans ce domaine. Cette question de leur légitimité, et surtout du champ où celle-ci s'inscrit, est donc une question centrale à laquelle se heurtent de nombreuses associations et qui, paradoxalement, me semblent faire obstacle aujourd'hui à une reconnaissance plus grande de la place de l'utilisateur, au sens large, dans le système de santé. En particulier, cette question de la légitimité m'a toujours été renvoyée chaque fois que j'ai eu à travailler avec des collectifs d'usagers. Cette question peut être analysée à partir de différents domaines.

ÉTAT DE LA PRÉSENCE ASSOCIATIVE AUX DIVERS NIVEAUX DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le domaine de la recherche

L'implication des personnes malades et des associations de malades dans le champ de la recherche s'est d'ores et déjà traduite par des changements importants : elle a permis de financer certaines recherches qui auparavant étaient démunies de ressources, de motiver la communauté scientifique à s'investir sur des thèmes délaissés, d'identifier, de recruter et de stabiliser de nouveaux groupes de chercheurs¹. Plutôt qu'à une véritable coopération, la nature des actions semble avoir abouti à ce que certains définissent comme une effective *coproduction de connaissances*. Les champs du sida et de l'AFM² en fournissent de bons exemples.

L'exemple d'Aides

L'irruption brutale de l'épidémie de sida a conduit les nombreuses associations de malades qui se sont créées à cette occasion à négocier d'emblée leur position vis-à-vis du corps médical. Elles ont su profiter, durant les premières années de l'histoire de la maladie, de la faiblesse du corps médical, des gestionnaires et du politique, alors relativement déstabilisés par l'absence de thérapies efficaces, pour créer un rapport de forces qui leur était favorable. Elles ont ainsi pu imposer à la société un nouveau « regard » face à la maladie et influencer la mise en place d'un certain nombre de dispositifs de prise en charge et de financement. Elles ont suscité l'apparition d'un type d'approche de la prévention – mais aussi de la communication et de l'information vis-à-vis de la maladie – radicalement nouveau.

Mais, surtout, elles ont accordé très rapidement une place importante dans leur combat aux questions de la recherche et provoqué la multiplication de débats publics sur le sujet. Les associations se sont constituées en collectif pour pouvoir intervenir sur les modalités de la recherche biomédicale. Au sein de ce collectif, les échanges ont été nombreux entre professionnels et malades, permettant aux personnes malades d'acquérir une connaissance scientifique sur la maladie et sa prise en charge thérapeutique. L'acquisition des connaissances sur les dernières découvertes s'est faite en temps réel grâce à la diffusion rapide des informations au niveau mondial et, plus tard, à l'utilisation intensive du Net. La forte mobilisation des personnes malades couplée à la relative impuissance initiale des médecins en matière de thérapeutique ont ainsi contribué à asseoir

1. P. Larédo, B. Kahane, « Politique de recherche et choix organisationnels de l'Association française de lutte contre la mucoviscidose », *Sciences sociales et santé*, 1998, 16(3), p. 97-128.

2. V. Rabeharisoa, M. Callon, « L'implication des malades dans les activités de recherche soutenues par l'Association française contre les myopathies », *Sciences sociales et santé*, 1998, 16(3), p. 41-66.

un réel pouvoir des personnes malades : les associations, pour la plupart dirigées par des personnes malades, ont gagné leur participation aux réunions de concertation autour des protocoles d'essais thérapeutiques, établissant ainsi des relations d'égalité non seulement avec les pouvoirs publics mais aussi avec les firmes pharmaceutiques³. Elles ont critiqué la méthodologie classique des essais contrôlés (en réhabilitant l'approche bayésienne permettant de diminuer la durée des essais), discuté l'utilisation du placebo comme bras témoin, influé sur les critères de jugement utilisés et la sélection des patients et sont intervenues activement sur les conditions de mise en circulation des nouvelles molécules. Les personnes malades ont donc réussi à s'introduire dans un territoire jusque-là réservé aux experts (médecins et scientifiques). La reconnaissance des associations, leur participation à l'acquisition de connaissances se sont traduites par la création de forums hybrides⁴ qui ont contribué à mettre sur la place publique des problèmes auparavant confinés au monde de la science.

En réalité, les associations construites à partir du sida ont contribué à rendre plus visible l'intervention des personnes malades dans la recherche, intervention dont les principes et le mode d'action avaient en fait été antérieurement élaborée en grande partie par l'AFM, mais dans un contexte assez différent.

L'exemple de l'Association française contre la myopathie (AFM)

L'AFM fait partie de ces rares associations qui d'emblée ont été véritablement contrôlées par les personnes malades et leurs familles et dont la participation à la recherche a largement dépassé le cadre classique de l'aide au financement, où les fonds récoltés demeurent sous le contrôle des scientifiques. En effet, l'originalité de cette démarche associative provient de l'implication des personnes malades et de leurs familles dans le processus d'élaboration du corpus de connaissances initiales mais aussi dans la construction d'un savoir-faire autour de ce corpus. La rareté de la maladie explique en effet la faiblesse, pendant longtemps, des connaissances disponibles sur le sujet. Ce manque de données était aggravé par l'absence de recensement des personnes malades. Les médecins étaient par ailleurs dépourvus de tout moyen de traitement, les chercheurs n'investissant pas ce domaine. Les familles ont donc été les seules à décider de recueillir des connaissances sur le sujet. Pour cela, l'AFM a très tôt mis en place une série d'actions visant à rassembler des informations et à accumuler des connaissances primitives sur la maladie : les parents des enfants malades ont noté leurs observations sur la maladie, les ont fait circuler. Ils ont ainsi peu à peu « transformé leur familiarité avec la maladie en un ensemble de savoirs de base, rendus disponibles pour démarrer la production systématique de connaissances ».

3. J. Barbot, « Science, marché et compassion. L'intervention des associations de lutte contre le sida dans la circulation des nouvelles molécules », *Sciences sociales et santé*, 1998, 16(3), p. 67-96.

4. M. Callon, « Défense et illustration des recherches sur la science », dans *Imposture scientifique*, Paris, La Découverte, 1998, p. 253-267.

Ce sont donc les familles qui ont lancé l'activité de recherche sur le sujet et on peut affirmer que les personnes malades se sont construites à la fois comme des objets et des sujets de recherche. Elles ont également contribué au recensement des personnes malades, ce qui a permis par la suite la collecte d'ADN, outil essentiel de la recherche. « Grâce à la mobilisation de proto-instruments, les malades et leurs familles se mettent en position d'élaborer des savoirs quasi formels, transportables, accumulables et discutables. »

Un ensemble de connaissances mais aussi de matériaux physiques a ainsi été constitué : les personnes malades et leurs familles ont organisé méthodiquement les recueils de données, qu'ils ont ensuite analysées statistiquement, ont suivi la littérature scientifique internationale sur le sujet, en ont fait des synthèses qu'ils ont fait circuler auprès des professionnels pour les informer et les former, et auprès des chercheurs pour les inciter à s'investir, ce qui s'est fait de façon croissante de la part tant des chercheurs que des médecins, l'association continuant néanmoins à être le pilote des activités de recherche : organisation de colloques, participation des familles à des enquêtes épidémiologiques.

Aujourd'hui, même si l'équilibre entre scientifiques et personnes malades n'est plus le même, du fait de l'accent mis sur la guérison et donc sur l'effort de recherche, le choix des axes de recherche continue de se faire à partir d'échanges constants entre les personnes malades ou leurs représentants et les scientifiques, entre les besoins des uns et les intérêts des autres. Des dispositifs ont été mis en place qui permettent une collaboration étroite entre les personnes malades et les experts tout en maintenant le contrôle des premiers sur les seconds. Depuis le départ, les statuts de l'association prévoient une séparation entre les personnes malades et les scientifiques, le conseil d'administration étant composé uniquement des personnes malades ou de leurs familles. En dépit d'un investissement grandissant de la recherche dans ce domaine et de l'importance des fonds publics qui lui sont consacrés, les dirigeants se sont efforcés de faire en sorte que les personnes malades puissent garder le contrôle des activités de recherche de l'association.

Dans le domaine politique, au niveau national

Pour faire avancer leurs revendications au niveau politique, les associations ont mené des actions de lobbying auprès des pouvoirs publics. Pour ce faire, les associations de malades, mais aussi d'usagers et de consommateurs, se sont organisées au sein du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) afin de mettre en commun leurs ressources, de définir des objectifs et de mener des actions en faveur de la santé des usagers⁵. Leur démarche peut être vue comme un mélange entre actions de type consumériste et défense des droits fondamentaux de la personne⁶. L'action du CISS a été prépondérante, notam-

5. F. Petty, A. Bergogne, « Le pouvoir des patients », *Impact médecin Hebdo*, 1999, 451, p. 6-16.

6. P. Lascoumes., « Les malades au centre... et les professionnels au milieu ! », *Politique santé*, 1997, 4, p. 40.

ment en ce qui concerne la rédaction du chapitre sur les droits des usagers dans la loi sur la modernisation du système de santé, à propos surtout de l'accès direct au dossier médical et des modalités d'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

À travers cet exemple – mais il en existe d'autres (Vaincre la mucoviscidose, Association des malades diabétiques, Association des dialyséoniques, etc.) –, on peut considérer que les associations de malades et d'usagers sont devenues des acteurs incontournables des politiques publiques de santé, du moins à un niveau national.

Qu'en est-il au niveau des politiques régionales ?

La loi a prévu la présence des usagers dans les conférences régionales de santé et mis en place, à cet effet, un collège spécifique usagers. Ces derniers sont donc censés participer à l'élaboration de la politique de santé au niveau régional. Dans les faits, les modalités réelles de participation et leurs effets sont très inégaux selon les régions. Les résistances sont peut-être plus fortes de la part des collèges de professionnels et il apparaît que les associations sont souvent moins bien organisées et plus faibles à un niveau local. On peut notamment s'interroger sur l'existence d'une concurrence entre associations, principalement en matière de demande de financements et de reconnaissance, ce qui accroît le risque d'instrumentation par les régulateurs publics. Toutefois, une évolution se dessine qui tend à une meilleure organisation des associations sur le plan local. Ainsi, on voit naître dans certaines régions des CISS régionaux. Par ailleurs, certains dispositifs de l'État tendent à pousser les associations à s'unir, leur déléguant collectivement certaines tâches d'élaboration (par exemple les « dispositifs départementaux pour la vie autonome » en ce qui concerne la gestion du handicap).

Au niveau de l'hôpital ?

En ce qui concerne l'hôpital, le pouvoir d'action des associations reste réduit. En dehors de l'accompagnement individuel des personnes malades, les associations ont des difficultés à pouvoir interpeller collectivement les professionnels. La loi prévoit bien la présence de deux représentants d'usagers au conseil d'administration, mais leurs capacités d'action restent largement insuffisantes du fait des faibles moyens dont ils disposent pour remplir leurs missions, en termes de temps, de financement et surtout de formation : ils se retrouvent en effet projetés dans un milieu ultra professionnalisé usant d'un langage technique et ésotérique et ont souvent du mal à distinguer les différents enjeux. Ils ne sont que deux pour un travail qui demande un fort investissement, sans indemnisation jusqu'à aujourd'hui du manque à gagner pour les actifs, d'où le risque démontré que soient sélectionnés avant tout des retraités ou des personnes ne travaillant pas.

Par ailleurs, les questions récurrentes sur les critères et modes de désignation des usagers ont abouti à ne choisir que des associations très généralistes : l'absence de connaissances réelles et pointues sur l'hôpital, leurs priorités d'action ainsi qu'un modus operandi plus discret ne leur ont pas permis de s'imposer face aux professionnels. Les associations familiales, par exemple, n'étaient peut-être pas suffisamment armées pour s'imposer, contrairement aux associations de malades.

Or, les membres de ces dernières ont souvent été écartés des nominations du fait qu'elles étaient réputées ne représenter qu'une part infime des personnes hospitalisées, qu'elles étaient porteuses d'intérêts catégoriels et que, de ce fait, elles ne savaient pas ou ne voulaient pas étendre leur travail de militantisme au-delà de leur public concerné. On touche là au cœur du débat sur la place et le rôle des associations : sont-elles légitimes à représenter l'utilisateur lambda et donc à agir en son nom ? C'est cette question qui revient régulièrement face à l'injonction de prendre en compte l'avis de l'utilisateur et donc lorsqu'on recherche ses représentants. Comment « attraper » le bon utilisateur ? Les associations de malades sont-elles fondées à le représenter ? Sinon, qui ?

UN USAGER LÉGITIME ?

Aujourd'hui, on constate que, plusieurs années après avoir posé le principe d'une présence « usager » au sein de l'hôpital, celle-ci s'est peu imposée et que les questions autour de la légitimité des associations à représenter les usagers perdurent. Si cette question de la légitimité se pose de manière aiguë dans le cadre de l'hôpital, elle se pose à tous les niveaux, y compris aux niveaux régional et national.

Il convient en effet de rappeler que le régime politique dans lequel nous nous situons est celui de la démocratie représentative : en France, les citoyens sont représentés par leurs élus et ces derniers tirent leur légitimité de ce mode de désignation. Or, les associations d'utilisateurs ou de malades ne sont pas élues par les usagers : d'où proviendrait alors leur prétention à parler légitimement au nom des malades qui sont, après tout, des citoyens comme les autres ? Cette remarque est d'autant plus pertinente que l'on trouve des élus dans les conseils d'administration des hôpitaux. Pourquoi, alors, avoir prévu une représentation spécifique des usagers de l'hôpital ?

Enfin, au niveau de l'hôpital, les professionnels souhaiteraient pouvoir identifier des interlocuteurs fixes, ce qui n'est pas toujours possible quand les associations ne se sont pas organisées entre elles (parfois, elles ne se connaissent même pas) ou ne sont pas assez structurées individuellement. La recherche d'une association idéale qui, de par ses centres d'intérêt, serait susceptible de représenter l'ensemble des usagers, non malades ou malades aigus et chroniques, apparaît donc comme une utopie. Certains, néanmoins, continuent de mettre en avant la recherche d'un tel groupement, ce qui apparaît comme une manière détournée, devant la difficulté à trouver une réponse, de se « débarasser » en quelque sorte d'un utilisateur introuvable.

Autrement dit, faute de pouvoir se rapprocher de cet « idéal type », cette recherche d'un idéal sert de prétexte pour écarter les associations de malades de type AFM (myopathie) ou AFD (diabétiques) au profit des associations familiales ou de consommateurs généralistes, plus étoffées mais aussi moins engagées, moins combatives et plus malléables que les associations de malades. Cela explique que ce type de représentant soit souvent démuné et peu efficace, de l'aveu même de certains directeurs, ce qui s'avère d'autant plus vrai que ses liens avec son association d'origine sont souvent distendus et qu'il ne peut donc pas s'appuyer sur ses ressources. Par ailleurs, il y a également peu de liens entre ces représentants nommés au sein de l'hôpital et les autres associations, notamment celles de malades. Or, on peut imaginer que les personnes en charge de représenter les usagers au sein du conseil d'administration d'un hôpital bénéficieraient largement de la réflexion et des actions collectives de ces associations, et cela d'autant plus que ces dernières auraient su se fédérer au sein de l'hôpital. Cette alliance contribuerait certainement à conférer aux représentants des usagers un positionnement fort et légitime, reconnu par les gestionnaires et les soignants.

QUI EST LÉGITIME POUR REPRÉSENTER CET USAGER AU SEIN DE L'HÔPITAL ?

Plusieurs orientations existent concernant les modalités de choix des publics susceptibles de représenter le point de vue des usagers : la personne malade elle-même, sa famille, les élus ou des usagers profanes non militants.

La personne malade elle-même

Le premier réflexe consiste à se dire que le meilleur moyen de savoir ce que pense l'usager de l'hôpital et de ce qu'il faut améliorer est de le lui demander directement. Cela se fait notamment à partir des questionnaires de sortie, technique dont il faut bien voir les limites. Il peut s'agir de questionnaires généraux remplis à la sortie ou d'enquêtes de satisfaction. Or, cette manière de procéder tend à confiner le répondant à des préoccupations qui sont plutôt celles de professionnels, sans lui permettre d'exprimer véritablement et en toute liberté son point de vue, ses attentes ou ses besoins non satisfaits, ou de donner ses critères de profane en matière de qualité. Ces techniques sont donc utiles mais elles ne sauraient se substituer à des interventions plus actives et de nature collective.

Il peut être également envisagé, comme cela se fait dans d'autres pays, de proposer à d'anciens hospitalisés d'intégrer pendant un temps les missions de représentants des usagers. À ce titre, il est intéressant de ne pas se cantonner au milieu associatif et de sélectionner également des hospitalisés non membres d'associations, ce qui peut permettre de décaler la réflexion. Toutefois, si les membres d'associations ont déjà du mal à s'imposer dans ce milieu ultra profes-

sionnalisé que constitue l'hôpital, qu'en sera-t-il d'usagers profanes ? On constate en effet que, souvent, lorsque les usagers ne sont pas soutenus dans une réflexion qui leur permet une prise de distance par rapport aux propos des professionnels, ils peuvent être rapidement phagocytés par ces derniers et éprouver des difficultés à conserver un regard critique sur leurs actions.

Mais, surtout, les personnes hospitalisées ou malades sollicitées pour répondre à un questionnaire le sont sur un plan individuel, comme le serait un client de supermarché. Or, l'enjeu de l'intervention de l'utilisateur dans le système est plutôt celui qui tourne autour des modalités de construction d'une position spécifique à un *usager collectif*. Il existe un second point, que nous aborderons plus loin, qui tient à la nécessité de ne pas déconnecter l'action associative des personnes malades et de leurs familles de celle de l'utilisateur lambda. Autrement dit, comment faire pour que l'utilisateur collectif ne soit pas un nouvel acteur supplémentaire dans le système de santé mais qu'il conserve des liens étroits avec des usagers individuels.

Enfin, il existe un certain nombre de situations où le point de vue du malade est plus difficile à solliciter, qu'il s'agisse d'enfants en bas âge, de personnes déficientes intellectuelles, de malades psychiatriques, de personnes âgées désorientées. Dans ces cas, on fait souvent appel à la famille ou à l'entourage. Est-ce pertinent ?

La famille

Concernant les situations précitées, on a reconnu l'intérêt d'interroger les familles. Les familles sont des usagers de l'hôpital et, dans ces situations de moindre autonomie des personnes malades, elles sont souvent amenées à jouer un rôle actif. Toutefois, interroger les familles n'équivaut pas à interroger les personnes malades. Le point de vue des premières n'est pas superposable aux points de vue des seconds ; pour preuve les travaux menés par Isabelle Gasquet (AP-HP) sur la mesure de la satisfaction des personnes âgées. Un questionnaire a été mis au point et testé auprès des personnes âgées et de leur entourage. Le taux de réponses des personnes âgées a été très faible (environ 30 %) alors qu'il s'agissait d'entretiens avec un fort investissement en temps et en personne. Les raisons des non-réponses s'expliquent pour une large part par un handicap neuropsychique (77 % des non-réponses). Or, dans l'enquête précitée, une comparaison des réponses montre une discordance des points de vue entre la personne âgée et son parent sur pratiquement toutes les dimensions explorées, hors l'hôtellerie, à propos de laquelle les avis de l'entourage sont légèrement plus positifs.

Cela démontre donc, s'il en était besoin, que recueillir l'avis de l'entourage ne remplace pas le point de vue de la personne hospitalisée. En psychiatrie, si les premières associations à se positionner face aux professionnels ont été des associations de familles de malades, il y a eu ensuite constitution d'associations de malades qui se sont fédérées pour donner la FNAP-PSY, les personnes malades elles-mêmes ayant éprouvé le besoin de faire entendre leur propre parole, qui ne saurait être confondue avec celle de leurs familles.

Enfin, les réserves déjà émises dans le cas de la personne malade, concernant le fait de recueillir un point de vue individuel, s'appliquent à l'identique aux familles. Qu'en est-il alors d'une présence plus organisée, comme celle des élus locaux ?

Les élus

Nous avons vu précédemment que la présence des usagers dans le conseil d'administration et leur légitimité pouvaient se heurter à la présence d'élus au sein de ces mêmes conseils. Il est par ailleurs avancé le fait qu'il serait dangereux de déstabiliser ces élus en leur opposant des représentants d'usagers venant d'associations plus ou moins reconnues et dont la légitimité peut être discutée. Il me semble que cette opposition n'apparaît pas pertinente : il n'est pas constructif d'opposer ainsi a priori les principes de la démocratie représentative à ceux qui pourraient fonder une démocratie plus participative. Quelles que soient les modalités retenues, les élus sont et resteront les représentants du peuple et il leur incombe, à ce titre, de faire des choix et de prendre un certain nombre de décisions. La légitimité et l'action des représentants des usagers, notamment de ceux issus des associations de malades, se situent sur un autre versant : ils ne représentent pas les personnes en tant qu'elles sont pourvues du droit de vote, comme tout citoyen, mais ils sont leurs représentants en tant qu'elles ont expérimenté en commun des moments particuliers de leur vie et cela, dans le contexte spécifique de l'hôpital.

Les associations forment un collectif dont l'existence et la justification reposent sur des expériences partagées et cumulées. Si on peut le considérer comme un groupe porteur d'intérêts, ces intérêts ne sont pas ceux d'une catégorie de la population mais, par délégation, de tous les usagers de l'hôpital, pris à divers moments de leur vie, qu'on ne peut pas clairement identifier comme on le ferait pour la question des retraites et qui correspondent aux moments où ils ont été atteints dans leur corps ou leur esprit. En fait, les associations portent la parole et le vécu collectif qui résulte de la sommation d'expériences singulières de l'hôpital et de la maladie. C'est la raison pour laquelle il est si important de ne pas écarter les associations de malades fondées sur une pathologie particulière, car, au-delà des intérêts spécifiques qu'elles ont à défendre, elles peuvent témoigner de manière générale de ce qu'est le vécu de la maladie.

Il ne saurait donc y avoir opposition entre les représentants élus, mandataires du peuple, et les représentants associatifs, mandataires d'une expérience. Les premiers restent les décideurs prépondérants en tant qu'élus par les citoyens, les seconds nourrissent le débat public, contribuent à une meilleure instruction des dossiers, au même titre que les différents professionnels du système de santé, et peuvent être amenés à donner leur avis.

Un groupe de profanes

Des méthodologies venant du Danemark, d'Allemagne ou des États-Unis ont été importées en France afin de permettre à de vrais profanes de se construire cette parole collective si essentielle aujourd'hui en réponse à la crainte de voir uniquement des associations porteuses d'intérêts spécifiques parler au nom de tous.

Ces méthodes visent à réunir un petit nombre de profanes choisis pour les faire réfléchir sur un thème donné après leur avoir donné les éléments de connaissance nécessaires pour débattre du sujet. Le temps de formation doit être réellement interactif pour permettre aux usagers de s'approprier les connaissances qu'on leur soumet et formuler leur propre questionnement. Ces méthodes ont été utilisées en France pour la première fois sur la question des organismes génétiquement modifiés. Elles ont ensuite inspiré, avec plus ou moins de succès, les jurys citoyens des états généraux de la Santé. Mais ces méthodes, au vu de l'investissement tant financier qu'humain, interrogent sur leur généralisation.

Théoriquement, elles présentent l'avantage de solliciter le point de vue de l'usager lambda et de l'émanciper du discours porté notamment par les associations, pour ceux qui les redoutent. Toutefois, les modes de constitution de ces groupes ainsi que leurs effectifs, a priori limités, ne règlent pas la question de leur légitimité quand on relie celle-ci à la notion de représentativité au sens statistique du terme. Par ailleurs, d'expérience, il ressort qu'il est très dommageable d'exclure les associations du jeu : le mélange des usagers (profanes et éclairés) permet des débats très riches et très dynamiques, les uns poussant les autres à aller plus loin et *vice versa*.

En conclusion de ce point, il n'existe pas de voie meilleure que les autres, de méthode universelle pour représenter les usagers : aucun choix n'est complet en soi. La seule question est de savoir sur quels critères on choisit de légitimer une représentation. La représentativité peut être quantitative (statistique) ou qualitative. Mais, dans tous les cas, ce qui prime c'est la possibilité de faire surgir des voix différentes, des points de vue contrastés et de permettre qu'un véritable débat s'engage.

Dans ce cas, la représentativité ne se construit pas à travers l'agrégation ou la sommation des points de vue individuels mais plutôt à travers l'élaboration *de novo* d'un point de vue collectif. À ce titre, les associations sont les représentantes des usagers, même si elles ne sont pas les seules. Elles puisent leur légitimité dans l'expérience partagée de la maladie. C'est pourquoi il faut veiller au maintien du lien entre usagers profanes et usagers éclairés, parfois même professionnalisés.

Un double exemple pour terminer. Le CHU de Nantes avait souhaité consulter les usagers pour l'élaboration de son projet d'établissement. Un groupe a été constitué, comportant pour un tiers des associatifs et pour deux tiers des non-associatifs. Dans le programme de formation, Chantal Deschamps, professionnelle de l'AP-HP, est venue apporter son témoignage sur la constitution d'une maison des usagers à l'hôpital Broussais. Elle a expliqué que ce projet s'était

monté à partir de l'action conjointe d'associations de malades ou d'usagers et de personnes individuelles, et qu'il avait fonctionné parce que l'ensemble de ces acteurs s'étaient maillés et avaient ainsi, à force de persévérance, su s'imposer comme des interlocuteurs indispensables aux professionnels. Lorsque les deux représentants d'usagers ont été nommés, ils étaient suffisamment soutenus pour pousser loin leurs actions. Le groupe d'usagers de Nantes a particulièrement bien perçu l'intérêt d'un tel projet. Il s'en est inspiré pour proposer un « espace des usagers ». Il a conservé l'idée de mêler des individus et des associatifs, il a entendu la nécessité de mailler l'hôpital pour se faire entendre et a fait appel à l'ensemble des associations qui interviennent d'une manière ou d'une autre dans l'hôpital pour qu'elles les rejoignent. Il a choisi de se positionner en soutien des deux représentants des usagers. Enfin, il a retenu l'idée que ce qui était important, c'était de trouver une place dans l'hôpital et qu'une fois installé, il devait être l'initiateur de débats entre usagers, mais aussi entre usagers et professionnels, et que c'était à ce prix que les pratiques et les regards des professionnels sur les usagers changeraient.

Enfin, il apparaît souhaitable de rappeler que les associations ont été et peuvent continuer à être un moteur de changement dans un certain nombre de domaines et que l'on a beaucoup à gagner qu'elles puissent jouer ce rôle au sein des établissements de santé. Or, si on ne veut pas laisser les deux représentants d'usagers seuls face à l'ensemble des professionnels, il faut permettre aux associations d'entrer dans l'hôpital afin que, par leur prise de parole, elles puissent relayer l'action des représentants des usagers. Pour y aider, de nouvelles modalités d'intervention et de représentation sont à inventer : mélanger les modalités d'action et les acteurs. On l'a dit plus haut, le mélange associatifs/non-associatifs au sein de l'hôpital permettrait de ressourcer les représentants des usagers, de ne pas les déconnecter des demandes des malades et de porter de manière légitime leur parole tout en leur permettant de travailler aussi pour tous les autres utilisateurs de l'hôpital. Il s'agit de construire une sorte de voix collective dans laquelle se retrouveraient les voix individuelles. Mais cela ne se substituera pas à la gestion de sa maladie par le malade et à son besoin d'interpeller individuellement ses soignants. Du moins peut-on en espérer une meilleure négociation entre lui et eux, sur la base d'une confiance renforcée et d'un dialogue plus actif au sein de l'hôpital comme au sein du système de santé. Alors, les associations, moteur de changement ? Oui, très certainement, mais ce n'est que le début d'une aventure.

Paul Arteel

La participation des patients : l'expérience flamande

HISTORIQUE DE LA PARTICIPATION DES PATIENTS

Depuis les années 1960 et surtout à partir de 1970, on constate que des patients et d'anciens patients se regroupent au sein d'associations. Ce mouvement émerge dans le cadre d'une des grandes évolutions de la société, notamment le mouvement qui se crée après la seconde guerre mondiale et qui culmine au moment de la période de mai 1968. Le citoyen (grâce en particulier à l'impulsion des étudiants) remet en cause l'évidence du pouvoir et, surtout, des instances et des structures politiques. Ensuite, la toute-puissance du monde politique, religieux, de l'enseignement, des syndicats et d'autres structures de la société s'effrite tandis que la participation du citoyen gagne en importance.

Après l'énorme changement qui s'est produit à la fin des années 1960, des tendances importantes se dessinent. Les structures mêmes du pouvoir sont remises en cause et leurs dirigeants sont appelés à se justifier. Tout dirigeant qui échoue tant sur le plan politique, « où de tels échecs ont déjà été observés, que dans tous les autres domaines de la société, industrie, université, même l'Église », est remis en cause et remplacé si nécessaire. On constate qu'à tous les niveaux, les dirigeants sont élus plutôt que désignés (chef d'entreprise élu par ses actionnaires, responsable d'un laboratoire de recherche universitaire élu par les membres du laboratoire, etc.). On assiste à l'avènement du citoyen adulte, capable de se passer de l'encadrement d'un groupe. Son histoire personnelle, ses réclamations ou ses émotions sont entendues. Il a enfin voix au chapitre.

LA PARTICIPATION DES PATIENTS : UN ÉLÉMENT ESSENTIEL DE LA POLITIQUE DES POUVOIRS PUBLICS

À la fin du xx^e siècle, cette évolution est présente dans les passages suivants de la déclaration de politique des ministres belges de la Santé publique. Voici un extrait d'une note de politique adressée par les ministres fédéraux belges responsables de la politique en matière de santé publique¹.

« Une nouvelle vision des soins de santé mentale : le/la patient(e) comme point de départ ; demande de soins et participation :

Les patients sont avant tout des citoyens qui ont le droit de participer à la vie sociale. Les troubles d'ordre psychique constituent des entraves qui empêchent les patients de fonctionner en tant que citoyens à part entière. Ces difficultés ne devraient pourtant pas les empêcher de pouvoir participer pleinement à la vie sociale. Les patients ont droit à la reconnaissance de leurs compétences. L'octroi de cette reconnaissance, qui autonomise le patient en lui donnant la possibilité d'être un véritable acteur de la vie sociale (ce qu'on appelle l'"empowerment"), le pousse à organiser autant que possible lui-même son propre cadre de vie. Pour l'aider dans cette entreprise, nous voulons mettre rapidement en place un cadre légal fixant les droits du patient (ce qui concerne également les patients non psychiatriques). Les soins de santé mentale doivent apporter une réponse adéquate aux demandes de soins des patients, et doivent également favoriser la participation sociale.

La participation des patients aux soins de santé mentale est la première étape nécessaire vers la participation sociale. Les soins de santé mentale, traditionnellement pensés pour le patient, doivent évoluer vers des soins avec le patient. La participation des patients aux soins de santé mentale peut se concrétiser à différents niveaux : 1) dans le traitement et les soins eux-mêmes ; 2) dans l'organisation des soins ; 3) dans la prise de décisions politiques ; et 4) dans la diffusion d'informations. Comme les soins de santé mentale doivent contribuer à une plus grande participation des patients à la vie sociale, ils doivent être "socialisés". Cela suppose de faire une plus large place aux soins extra-hospitaliers et de mieux intégrer les soins dans la vie sociale sous toutes ses formes (par exemple l'habitat, le travail, les loisirs², etc.). »

Différentes formes et différents niveaux de participation

Sur le plan de l'individu

La participation sur le plan de la propre thérapie individuelle – considérée d'une manière très large – varie grandement d'un établissement de soins à un

1. M. Alvoet, F. Vandenbroucke, *La psyché : le cadet de mes soucis ? Soins de santé mentale : les voies de la participation et de la concertation*, Note de politique relative aux soins de santé mentale, ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

2. *Ibid.*

autre, d'un thérapeute à un autre et d'un patient à un autre, en ce qui concerne tant la prise de médicaments, la psychothérapie et d'autres activités thérapeutiques ou occupationnelles que l'organisation des loisirs, des week-ends et des vacances. Le recours au principe du « patient consentant car informé » (qui était déjà mis en œuvre pour les examens médicaux) lors de l'administration de nouveaux médicaments ou de techniques thérapeutiques neuves, appliqué en raison de l'influence grandissante des procédures entamées à l'encontre de médecins et d'établissements, semble s'imposer de plus en plus dans la pratique quotidienne. Parfois, on constate même que la volonté de participation est plus importante en psychiatrie qu'en médecine somatique. En Belgique, un projet de loi concernant la participation du patient est soumis à la Chambre des représentants³ et sa principale disposition concerne le fait que le projet s'adresse tant au patient psychiatrique qu'au patient somatique.

Les droits individuels mentionnés dans ce document sont :

1. Droit à l'information sur l'état de santé

Cette disposition octroie au patient le droit de recevoir les informations lui permettant de connaître son état de santé et son évolution probable. Il est important de souligner que ce droit existe en soi, sans qu'il soit déjà question d'un traitement proposé. Il n'est pas rare que, dans certaines situations, aucun traitement ne soit dispensé, soit parce qu'il n'en existe aucun dans l'état actuel des connaissances scientifiques (par exemple, pour de nombreuses affections génétiques, les patients au stade terminal), soit parce que le patient a laissé entendre qu'il ne voulait plus recevoir de traitement. Mais, même dans ces cas, le patient a un droit à l'information sur son état de santé à l'égard de son praticien professionnel. Afin d'éviter tout malentendu sur le sujet, on a décidé de prévoir une disposition indépendante, même s'il y a un risque de double emploi avec certaines parties de l'article suivant. Il s'agit d'une communication d'informations qui existe en soi et qui n'est pas liée à un consentement ultérieur.

Les informations à fournir concernent notamment le diagnostic, le comportement souhaitable dans le futur, par exemple en vue de préserver l'état de santé (entre autres, utilisation de médication, risques en cas de grossesse), etc.

Il convient de tenir compte du fait que le patient n'a le droit de recevoir que les informations qui le concernent personnellement. Il ne peut dès lors obtenir des informations relatives à une tierce personne. Afin de déterminer quelles informations doivent être données, la personne qui les fournit doit tenir compte du patient individuel. En effet, un patient nécessitera davantage d'informations qu'un autre ou des informations d'une autre nature. Le patient peut décider qu'en plus de lui, les informations seront communiquées à une tierce personne, une personne de confiance (ayant des intérêts analogues). Il peut arriver que ce soit le patient lui-même qui souhaite ne pas être informé sur son état de santé.

3. M. Alvoet, *Avant-projet de loi relatif aux droits du patient*, ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Royaume de Belgique.

Il s'agit du cas, inverse, de l'exception thérapeutique, où l'initiative de ne pas informer revient au praticien professionnel.

Comme le droit à l'information (cf. l'exception thérapeutique), le droit de ne pas savoir n'est pas absolu non plus. Un patient qui ignore, par exemple, qu'il souffre d'une affection contagieuse peut mettre gravement en danger non seulement sa propre santé mais également celle d'autres personnes. Pour cette raison, le praticien professionnel peut quand même informer le patient au sujet de son état de santé, en dépit de la volonté explicite du patient de ne pas être informé après qu'il ait consulté un autre praticien professionnel.

Le droit du patient de recevoir des informations sur son état de santé vaut également lorsque le pronostic est globalement négatif. À cet égard, il est important d'attirer l'attention sur le changement radical apporté par l'article 33 du Code de déontologie médicale, approuvé le 15 avril 2000 par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Alors que, par le passé, un pronostic grave pour le malade pouvait ne pas être révélé, la disposition modifiée prévoit que le médecin informe le patient au sujet du diagnostic et du pronostic en temps opportun ; cela vaut également lorsque le pronostic est grave, et même quand il ne laisse entrevoir aucun espoir. Dans le cadre de l'information du patient, le médecin doit tenir compte de sa capacité à supporter l'information. À cet égard, on peut se demander s'il ne serait pas possible de prévoir, pour le médecin, la possibilité de NE PAS communiquer pareilles informations afin de protéger le patient. C'est ce que l'on appelle l'exception thérapeutique. Cela signifie que des informations exceptionnelles (d'où le terme « exception ») sur l'état de santé et le pronostic ne doivent pas être communiquées lorsque ces informations sont susceptibles de causer un préjudice grave au patient (d'où le terme « thérapeutique » au sens où, pour la santé du patient, la non-communication est préférable à la communication).

2. Droit au consentement

Le patient a droit à la manifestation de son consentement éclairé, préalable et libre concernant toute intervention du praticien professionnel. Seule une disposition légale explicite permet d'y déroger. Le consentement du patient est donc requis pour toute intervention du praticien professionnel dans le cadre de sa relation avec le patient. Le patient a le droit de demander que le consentement soit consigné par écrit et ajouté au dossier le concernant. De même, les aspects financiers afférents à l'intervention doivent être présentés.

Les informations doivent être fournies préalablement à toute intervention et en temps opportun. Fournir les informations préalablement à l'intervention (par exemple sur la table d'opération en cas d'intervention chirurgicale) ne suffit donc pas. Il faut que ces informations soient communiquées en temps opportun afin que le patient ait suffisamment de temps pour consulter un ou plusieurs autres praticiens professionnels avant de donner ou non son consentement au sujet de l'intervention (deuxième opinion).

Il n'est pas renvoyé à l'exception thérapeutique. Cette exception vise à éviter que les informations nuisent au patient. L'exception ne peut être utilisée pour dissimuler des informations au patient concernant, par exemple, les risques liés

à une intervention, de peur que le patient ne puisse refuser l'intervention. Au contraire, les informations visent précisément à permettre au patient de prendre une décision en toute connaissance de cause. Il n'en reste pas moins que, lors de la communication des informations nécessaires à l'obtention du consentement, il est tenu compte de la capacité du patient concerné à supporter les informations.

En principe, en cas d'urgence, c'est soit le patient, soit le mandataire désigné par lui qui doit donner son accord pour toute intervention du praticien professionnel. Toutefois, dans les situations d'urgence, ce n'est pas toujours possible. Imaginons par exemple que le patient ne soit plus conscient, que l'intervention du praticien professionnel soit à ce point urgente qu'il ne soit plus possible de prendre contact avec le patient. Dans ce cas, il y a lieu de tenir compte en priorité de la volonté clairement exprimée, préalablement ou non, par le patient ou le mandataire désigné par lui. Si les choses ne sont pas claires, le praticien professionnel exécute immédiatement toute intervention nécessaire chez le patient et ce en application de l'article 422 bis du Code pénal. Ensuite, le praticien professionnel doit indiquer dans le dossier du patient qu'il a exécuté son intervention sans consentement puisqu'il s'agissait d'une urgence. Il va de soi qu'il y a lieu de respecter, dès que possible, l'obligation liée à l'information et au consentement. Cela signifie que c'est soit le patient, soit une personne qui le représente qui intervient.

3. Droits relatifs au dossier du patient

Le patient a droit à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr. Les normes auxquelles le dossier du patient doit répondre, entre autres, sur le plan du contenu, ne sont pas réglées à présent. Le patient peut demander au praticien professionnel d'ajouter certains documents dans le dossier le concernant. À cet égard, il peut s'agir, par exemple, d'une déclaration rédigée par le patient ou d'un article scientifique.

On a opté pour le droit du patient de consulter directement son dossier, sans l'intervention d'un tiers, qu'il s'agisse ou non d'un praticien professionnel. Les auteurs se sentent confortés dans leur choix par l'avis du Conseil national de l'Ordre des médecins relatif à la note conceptuelle, où il est dit à ce sujet que « le droit de consultation directe du dossier médical par le patient lui-même s'inscrit dans le prolongement du devoir d'information et de la communication ouverte autorisée ».

En ce qui concerne la raison du droit de consultation, remarquons que ce droit ne correspond pas en premier lieu au besoin d'informations du patient, comme on l'entend souvent dire. Il est répondu au besoin d'informations du patient au sujet de son état de santé ou de l'intervention que le praticien professionnel lui propose. L'initiative de fournir ces informations doit émaner spontanément du praticien professionnel. Il n'en reste pas moins qu'il y a lieu de répondre à la demande d'informations du patient. Le droit de consultation ne peut donc pas être considéré comme le moyen de remédier à une communication d'informations défaillante. Si le patient doit invoquer son droit de consultation afin d'obtenir a posteriori des informations dont il aurait déjà dû disposer précédemment, cela démontre que la communication initiale des informations a été défaillante.

La fonction spécifique du droit de consultation par rapport au droit d'information ressort également du fait que l'initiative de consultation doit toujours émaner du patient. Toutefois, il y a lieu de donner suite dans les plus brefs délais à la demande du patient de consulter le dossier qui le concerne. Initialement, il était prévu que le droit de consultation serait octroyé dans un délai maximum de quinze jours.

La consultation des annotations personnelles du praticien professionnel est exclue expressément, ainsi que les données concernant des tiers. Si le patient souhaite quand même consulter les annotations personnelles, il devra faire appel à un praticien professionnel et, partant, exercer son droit de consultation d'une manière indirecte. Cela répond à la préoccupation de la Commission de la protection de la vie privée qui est d'avis qu'il doit être possible dans tous les cas qu'un tiers, praticien – professionnel ou non – choisi par l'intéressé, prenne connaissance de toutes les données, y compris les annotations personnelles. Étant donné que la possibilité de consultation par le biais d'un praticien professionnel choisi est toujours ouverte, il n'y a pas lieu de craindre que la réglementation élaborée ne débouche sur la constitution de dossiers « doubles ». Le praticien professionnel choisi pourra quand même consulter toutes les données, quel que soit l'endroit où elles sont conservées, à l'exception des données concernant des tiers.

4. Droit à la protection de la vie privée

Le patient a droit à la protection de sa vie privée et cela, lors de chaque intervention du praticien professionnel, ainsi que des informations concernant sa santé. De ce fait, le droit à la protection de la vie privée concernant la santé est reconnu comme un droit à part entière du patient. Ainsi, on répond à la préoccupation du Conseil national de l'Ordre des médecins qui, dans son avis sur la note conceptuelle sur les droits du patient, a demandé au législateur d'accorder une attention toute particulière au risque que le patient encourt en raison de la possibilité d'obtenir une copie de son dossier. En effet, il n'est pas imaginable, selon le Conseil, que des tiers demandent au patient une copie de son dossier, ou même l'exigent, dans le cadre d'une procédure de recrutement, de la contraction d'un emprunt ou de son versement. Il faut donc veiller à ce que les tiers soient dans l'impossibilité de demander aux patients une copie de leur dossier.

La participation à la politique de l'établissement ou de l'initiative

Ce type de participation peut être mis en œuvre indirectement, par le biais d'une personne de confiance, ou directement, à travers la participation à la politique de l'établissement ou de l'initiative.

1. L'ombudsman des patients ou la personne de confiance des patients

En Flandre, une initiative a été mise au point par le docteur Hubert Ronse en collaboration avec la VVGG (Ligue flamande de santé mentale – Vlaamse

Vereniging voor Geestelijke Gezondheid). L'initiative consistait à désigner une personne de confiance des patients dans cinq centres de psychiatrie flamands. Cette initiative s'inspirait de la situation aux Pays-Bas, où, depuis quelques années, des services d'ombudsman sont actifs dans les centres de psychiatrie. Cependant, en Flandre, l'initiative n'a jamais pu se développer en raison du manque de soutien de la part des pouvoirs publics, sauf dans deux établissements, l'hôpital psychiatrique public de Rekem et le centre psychosocial Saint-Alexius d'Ixelles (Bruxelles). Dans ces deux établissements, les patients peuvent confier leurs plaintes, leurs aspirations et leurs suggestions à la personne de confiance des patients, qui intervient alors en sa qualité de défenseur ou de médiateur vis-à-vis des soignants ou de la direction.

En 2002, le gouvernement fédéral Belge a repris l'initiative de la VVGG et a commandé un projet pilote dans un certain nombre d'initiatives de soins de santé mentale⁴, tant à l'intérieur et à l'extérieur de ces *facilities* (structures extra-hospitalières protégées ou semi-protégées) que dans des services ambulatoires.

Dans le texte de base de ce document, on peut lire : « La fonction de médiation des plaintes prend toute son importance par rapport :

« À la position fragile des patients. Le patient est dépendant de la compétence et des soins du prestataire. Bon nombre de patients ont des difficultés à exprimer leur insatisfaction et à défendre leurs intérêts, leurs besoins et leurs droits. En offrant l'information et le soutien nécessaires, le médiateur peut contribuer à équilibrer le rapport de force inégal entre le patient et le prestataire, et à renforcer la position (y compris juridique) du patient.

À la difficulté d'autonomie et d'expression (citoyenne). Chez les patients dépendant de soins de longue durée, le sentiment d'estime de soi, la capacité d'autonomie et la capacité d'expression diminuent bien souvent. Leur offrir un soutien pour permettre d'exprimer leur insatisfaction peut renforcer ces capacités.

Au seuil élevé ressenti souvent par les patients pour exprimer leur insatisfaction. Par crainte de mettre en péril la relation thérapeutique, les patients n'expriment pas souvent leurs plaintes à la direction ou aux prestataires. Bien souvent, ils ne savent pas non plus comment exprimer leur insatisfaction ou n'en ont pas les aptitudes. Pour cette raison, il est important que le médiateur des plaintes soit une personne accessible et "de bas seuil".

Au besoin de soutien lors de l'introduction d'une plainte. Bon nombre de patients ne savent ou n'osent demander ce soutien à des membres de la famille ou aux prestataires de soins. Le médiateur peut offrir ce soutien, par exemple en écrivant ou en prenant la parole au nom du patient.

Au besoin d'écoute. Par manque d'encadrement et une trop grande charge de travail, les prestataires n'ont pas toujours suffisamment de temps et d'attention pour les patients. Une partie de l'insatisfaction peut être enrayée par le fait que le médiateur offre ce temps et cette attention.

4. A. Platteeuw, H. Jacobs, D. de Vleeschouwer, *Vision de base concernant le projet pilote Fonction de médiation en santé mentale*, octobre 2001.

Au maintien ou au rétablissement de la relation thérapeutique par la prise en charge des plaintes. Au sein des rapports "judiciarisés" dans le cadre du traitement des plaintes, tant le patient que le prestataire sont considérés comme parties adverses, ce qui peut entraver la relation thérapeutique. Il est préférable de trouver des solutions à l'insatisfaction dans le cadre des relations (de confiance) existantes sur le lieu même du travail. C'est là que le médiateur tentera de susciter et favoriser un climat de compréhension mutuelle des positions de chacun. La relation thérapeutique pourrait ainsi être maintenue, voire rétablie.

À la contribution à la qualité des prises en charge thérapeutiques. Le médiateur peut également remplir une fonction importante au niveau des structures. Les signaux et les plaintes rassemblés contiennent en effet de l'information utile à l'amélioration de la qualité des soins et des prises en charge. La transmission de cette information à la structure est donc capitale⁵. »

2. Objectifs

L'objectif principal de la médiation des plaintes consiste à offrir à la personne « patient » un lieu d'expression accessible où il peut en toute confiance faire part de son insatisfaction et des problèmes et questions y afférents. Le médiateur doit dissiper cette insatisfaction en offrant de l'information, des conseils et un soutien. La finalité est donc de renforcer la position, y compris juridique, du patient (= objectif individuel).

Faisant suite à ce premier objectif, ce que le médiateur tentera d'obtenir dépendra des objectifs du patient. Hormis les besoins précités, les objectifs possibles du patient peuvent consister en : l'obtention d'informations (sur les procédures de plainte, les droits du patient), la prévention, afin d'éviter qu'une situation similaire arrive à d'autres patients, l'obtention de ce à quoi il a droit (information, accès au dossier), la reconnaissance de la faute et/ou la réparation de celle-ci (excuses, empathie) et, le cas échéant, les sanctions pour le prestataire concerné (blâme, autres mesures, licenciement). L'insatisfaction doit être signalée et résolue le plus rapidement possible. De cette manière, le processus d'escalade sera évité et les malentendus n'évolueront pas en conflits irréparables.

Le second objectif poursuivi est la contribution au maintien, voire à la promotion, de la qualité de l'offre de soins, et cela en signalant les obstacles, les problèmes et les plaintes (structurels) dans la structure et en les rendant sujets de discussion. Cet objectif est de nature collective dans le sens où il concerne la prise en charge et la structure au sens large (c'est-à-dire à la fois la direction, l'équipe soignante et les patients).

5. *Ibid.*

Qu'entend-on par « plainte » ? Quelles sont les plaintes concernées ?

On entend par plainte toute expression d'insatisfaction, de mécontentement ou de désaccord formulée par le patient concernant le traitement – au sens le plus large – dans la structure (accueil, traitement thérapeutique, prise en charge, hospitalisation, soins, sortie).

Le médiateur se limite à la prise en charge des plaintes se rapportant à la relation entre le patient et le prestataire – au sens large – au sein de la structure. Le médiateur n'est dès lors pas compétent en matière de plaintes se rapportant aux autres patients ou à la famille. Le médiateur ne peut cependant pas faire l'économie d'informations et d'une orientation adéquates pour la prise en charge de ce type de plaintes, dans/ou à l'extérieur de la structure, de préférence au niveau le plus bas.

Qui peut faire appel au médiateur de plaintes ?

Seuls les patients peuvent faire appel au médiateur de plaintes. Lorsque des prestataires, membres de la famille ou tiers de bonne foi, expriment une plainte dans l'intérêt du patient, le médiateur doit partir du principe de subsidiarité : on entend par là que la plainte formulée doit toujours être discutée avec le patient. La médiation de plaintes se poursuivra à condition que le patient souscrive et partage la plainte. S'il est établi que le patient n'est pas capable de discriminer, le médiateur jugera en premier lieu de l'existence ou non d'un conflit d'intérêt potentiel. Pour ce faire, il partira du point de vue et de la position du patient. S'il s'avère que la plainte est également pertinente pour le patient, le travail de médiation sera poursuivi en veillant en permanence aux interférences éventuelles avec des intérêts qui ne seraient pas ceux du patient.

Principes de base de la médiation des plaintes

Le médiateur se positionne de manière indépendante par rapport au personnel de la structure et de la direction.

Le médiateur écoute tout patient et recueille toute plainte. Aucune plainte ne peut être mise de côté, même lorsque le médiateur ne soutient pas la plainte ou la juge irréaliste, ou que des prestataires l'imputent au syndrome, au comportement problématique ou au handicap du patient.

Le médiateur n'est pas le prolongement de la structure où il exerce sa fonction.

Le médiateur consulte toujours le patient quant à la stratégie à suivre pour avoir réponse à sa question/plainte. Ce dernier est également informé de toutes les démarches entreprises.

La médiation de la plainte se fait toujours au plus bas niveau, là où la plainte est née et non auprès d'un supérieur hiérarchique.

Le médiateur enregistre toute manifestation/formulation sur des formulaires spécifiques prévus à cet effet. Ces formulaires sont anonymes tant en ce qui concerne le patient que le prestataire.

La direction de la structure reçoit tous les six mois un rapport circonstancié avec un aperçu des plaintes et les commentaires du médiateur. De ce rapport, des actions peuvent être entreprises afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et des services offerts par la structure.

Lorsque le médiateur de plaintes est confronté à des plaintes de type structurel ou institutionnel, ou à des plaintes pouvant avoir des conséquences graves pour les patients, il le signale immédiatement aux instances compétentes.

La distinction entre la fonction de médiateur de plaintes et celle désignée par le terme « personne de confiance » (*patiëntovertrouwenspersoon* [PVP] fonction organisée depuis plus de dix ans par la VVGG) n'est pas toujours très claire. Pour certains, il s'agit même de deux notions désignant la même fonction (pour la VVGG, la fonction de médiation telle que définie dans ce document est similaire à celle du PVP). La fonction de médiation de plaintes est cependant clairement distincte de fonctions internes à la structure, comme celles de coordinateur de qualité ou de « gestionnaire de qualité » (*kwaliteitsmanager*, notion utilisée en Flandre).

Modalités de travail du médiateur : conditions et prérequis à la réalisation des objectifs

Le médiateur des plaintes est tenu uniquement de rendre des comptes à la plate-forme (ou à l'association de plates-formes) faisant fonction d'employeur. Afin de remplir sa mission de manière optimale, il dispose d'un certain nombre de droits et de devoirs :

- l'accès à tous les services/sections participant au projet pilote et à toutes les personnes ;
- la possibilité de parler à tous les patients ;
- il dispose de son propre local dans la structure lors de ses permanences ;
- tous les patients disposent également en tout temps du droit et des facilités pour s'adresser au médiateur (par une visite dans le local, la section/la chambre, par un contact téléphonique ou par écrit) ;
- le médiateur est, en fonction de l'organisation interne des structures, physiquement présent ou joignable à un numéro de téléphone un certain nombre d'heures par semaine. Les permanences et les modes de contact doivent être connus de chacun et clairement communiqués ;
- le médiateur a le droit de disposer de toute information nécessaire à l'exécution optimale de sa fonction ;
- règle de conduite : devoir de secret professionnel vis-à-vis de tiers concernant tout ce qu'il a appris et qu'on lui a confié lors de l'exercice de sa fonction ;
- lors de plaintes amenées par des tiers de bonne foi, le médiateur peut poursuivre le travail de médiation des plaintes dans l'intérêt du patient à condition que le patient souscrive à cette plainte ;
- le médiateur doit pouvoir participer aux réunions mensuelles⁶, aux supervisions éventuelles et à toutes les formations organisées par les plates-formes coordinatrices.

Un certain nombre de ces éléments fait partie intégrante du modèle de convention de collaboration entre les plates-formes et les structures participantes. D'autres éléments sont repris dans la convention de travail entre la (ou les) plates-formes et le médiateur. Les modalités pratiques doivent être discutées

6. Organisation probable d'une équipe de médiateurs par région ou par communauté.

avec chaque structure participante en fonction de son organisation et de ses spécificités, le cas échéant, la convention de collaboration doit être amendée avec des points spécifiques à la structure.

3. Les conseils de patients

Des conseils de patients peuvent être instaurés au niveau du service et un conseil de patient faitier peut être créé à l'échelle de l'hôpital. Des délégués de ces conseils pourront éventuellement siéger dans les organes décisionnels. Le cas échéant, il conviendra toutefois de veiller à ce que l'adoption d'un patient dans un organe de gestion ne soit pas considérée comme un alibi (dans la littérature anglo-saxonne, on parle alors de « tokenism »). Il est également possible d'associer des délégués des conseils de patients à certains aspects d'organisation, tels que les heures d'ouverture de certains services, les produits proposés dans la boutique, la sécurité, l'alimentation, l'infrastructure générale, etc.

On constate que cette participation est généralement limitée et qu'elle constitue plutôt un modèle consultatif. Certains établissements demandent l'avis des patients et, dans d'autres, les patients peuvent donner leur avis même si on ne leur demande rien. Dans certains établissements, cette participation concerne certains aspects de gestion, dans d'autres elle a trait à la politique globale.

4. La représentation des patients au sein des conseils, réunions du personnel d'encadrement, commissions des établissements.

Dans certaines initiatives ou dans certains établissements, un ou plusieurs patients siègent dans des conseils de gestion. En Flandre, on constate que des patients siègent dans des conseils travaillant sur des thèmes spécifiques tels qu'emploi du temps, sécurité, information, règlements d'ordre intérieur, etc. On constate aussi que des patients participent parfois à des réunions de personnel lorsque certains thèmes y sont abordés.

La participation au niveau national :
la représentation au sein de l'organisation existante

En Flandre, il existe au sein de la Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (vVGG) une chambre dite des représentants des patients. Il est fixé statutairement que la chambre des patients et des organisations de familles de patients est composée d'un nombre de membres équivalent à celui du secteur à régime interne et externe. Ici, le principe est le suivant : si les patients créent une association au départ de laquelle ils délèguent un représentant élu, ce dernier est considéré comme membre à part entière de l'association faitière. Chemin faisant, ce principe est devenu une évidence dans la pratique. Grâce à cette participation, le patient a la possibilité d'intervenir à plusieurs niveaux : fourniture d'informations, formation de l'image du patient, politique des pouvoirs publics, politique des établissements en matière de réflexion innovante, de promotion de la qualité et de défense de la personne, du consommateur et du citoyen.

Conférence belge de consensus sur le traitement de la schizophrénie

Lors de cette conférence de trois jours, la parole a été accordée en premier lieu aux patients. Des patients faisaient partie du jury qui a rédigé le texte définitif du consensus.

Des associations de patients créées à l'initiative des patients

La participation de patients et d'anciens patients peut être mise en œuvre dans plusieurs domaines et suivant diverses modalités. Parfois, ces initiatives sont prises par des aidants qui créent l'association et la transfèrent ensuite aux patients. À ce propos, on distingue essentiellement deux tendances.

Il existe des associations qui, bien qu'elles s'adressent à tous les patients psychiatriques, regroupent essentiellement des patients chroniques. Ces associations luttent surtout pour la défense des droits de la personne, pour un meilleur traitement et pour de meilleures conditions de vie.

Il existe des groupes d'entraide qui s'adressent à une pathologie donnée. Ces associations s'efforcent avant tout de trouver les informations les plus utiles ainsi que la meilleure aide professionnelle. Elles élaborent parfois leurs propres activités d'entraide avec, parfois, une orientation thérapeutique.

Les modèles suivants sont également utilisés :

- Le partenariat : les patients et les aidants élaborent ensemble des initiatives tout en tenant généralement compte du fait qu'il est important que soit maintenue la distinction entre celui qui aide et celui qui est aidé.

- Le modèle d'assistance : tout patient ou tout ancien patient souhaitant faire partie d'un système d'assistance mutuelle dont sont exclus les professionnels.

- Le modèle séparatiste : d'anciens patients qui aident des patients créent eux-mêmes des initiatives.

Les associations de patients choisissent des stratégies différentes :

- La stratégie d'amélioration a pour but d'améliorer l'aide professionnelle existante.

- La stratégie de protestation a pour but de supprimer (certains éléments de) l'aide professionnelle.

- La stratégie secondaire de substitution a pour but de fournir des soins en remplacement de l'aide professionnelle existante (groupes d'entraide essentiellement).

- La stratégie secondaire complémentaire : la propre organisation fournit des soins qui complètent ceux fournis par l'aide professionnelle existante.

La question de la représentativité, des compétences et de la valeur du patient individuel

Un premier point réside dans le fait que le « patient psychiatrique » n'existe pas. Pourquoi une personne atteinte d'un trouble psychiatrique est-elle appelée un patient psychiatrique et non un patient souffrant ou ayant souffert d'une dépression, d'une phobie, de schizophrénie ? On ne parle jamais d'un patient dermatologique ni d'un patient chirurgical, etc. La multiplicité des pathologies dont peut souffrir une personne rend impossible le concept du patient psychia-

trique, qui doit faire office de nom générique permettant de justifier une forme de participation. Une personne souffre d'une réaction d'angoisse aiguë qui ne se reproduit plus jamais, une autre personne souffre d'une phobie chronique de la saleté mais n'est jamais hospitalisée ; ces personnes peuvent-elles représenter le patient qui a passé quelques années dans un centre de psychiatrie en raison d'une psychose ? Existe-t-il des critères ? Faut-il au moins être traité par un psychiatre ou faut-il être hospitalisé pendant un certain temps ? Ces questions se posent évidemment à propos de la représentation des patients non hospitalisés. Dans le cadre du centre de psychiatrie, la participation sera naturellement le fait du patient hospitalisé.

Pour éviter ces nombreux écueils, on pourrait envisager une participation à la carte, sur mesure, de même que l'on propose déjà des thérapies sur mesure. Cette approche a l'avantage de la souplesse ainsi que d'une évolution persistante qui traduit ce qui se passe dans le monde sur le plan social en général. La psychiatrie est toujours un enfant de son temps. Le fil conducteur consiste en ce que les règles à appliquer vis-à-vis du patient participant sont identiques à celles qu'il convient d'appliquer à l'égard de n'importe quel autre citoyen. Il faut prendre les gens au sérieux. Il faut apprendre à les évaluer sur la base de leurs capacités et de leurs incapacités. Le mandataire parle au nom du groupe qui l'a délégué. Ce mandat confère une autre signification à la prise de position ou à l'élaboration de la décision. Le patient qui prend la parole le fait à partir de son expérience ou à partir de l'expérience du groupe qui l'a mandaté. Cette expérience est une donnée relative qui, dans le cadre d'une gestion, doit être considérée avec la même attitude critique que celle manifestée à l'égard de toute autre personne participant à l'élaboration d'une décision. L'apport du patient doit être jugé d'après son mérite réel et non d'après un préjugé soit d'infériorité soit, au contraire, d'« intouchabilité ».

Le patient étant mandaté, on attend de lui qu'il agisse en tant que mandataire, c'est-à-dire qu'il parle au nom du groupe et qu'il dise ce que le groupe lui a demandé de dire. Pendant les réunions, il doit très clairement faire la distinction entre ce qu'il dit au nom du groupe et ce qu'il pense personnellement. Dans les contacts individuels, il faut partir du principe de l'équivalence et de la réalité, comme on le fait dans la vie courante avec tout le monde. On tiendra toujours compte des capacités des gens et des caractéristiques qu'ils possèdent. Lorsqu'il s'agit d'un patient, ses capacités ou ses caractéristiques dépendent parfois de sa maladie. Être malade ne veut pas dire qu'on est incapable ou qu'on ne possède rien, et être sain ne signifie pas qu'on est capable de tout. En tout état de cause, il convient, comme avec toute autre personne, d'être alerte et de tenir compte de stratégies, de manœuvres, d'intentions négatives ou destructrices, de coalitions et de tout autre phénomène susceptible de compliquer la participation. Il convient de discuter et d'aborder ces facettes comme d'habitude.

Claude Finkelstein

Les souhaits des usagers en santé mentale

L'usager en santé mentale est une personne qui souffre. Actuellement, les maladies mentales sont mal reconnues. La « folie » fait peur, l'organisation actuelle des soins fait que la stigmatisation est importante. La maladie mentale est une maladie souvent fluctuante, n'altérant pas les facultés de la personne de manière durable. La réponse à ces souffrances n'est pas adaptée, peu identifiable, elle arrive souvent trop tard.

Que demandent les usagers, personnes à part entière, citoyens comme les autres ? Ils demandent simplement que la maladie dont ils souffrent soit reconnue, qu'une aide leur soit apportée. Ils demandent également à pouvoir choisir la thérapie qui leur convient. Ils demandent enfin à être respectés dans leur dignité.

Actuellement, une personne en souffrance psychique a beaucoup de mal à savoir qu'elle est malade, que la maladie dont elle souffre se soigne. Le concept de santé mentale est récent dans notre pays. La psychiatrie fait peur. Et ce ne sont pas les grands hôpitaux spécialisés, hors des villes, qui améliorent cette image. On côtoie régulièrement les personnes en souffrance psychique, et cela vaut aussi bien pour les malades qui souffrent de dépression, de schizophrénie ou de troubles bipolaires, qui en ont « souffert » de nombreuses années sans avoir recours à un spécialiste, sans que cette maladie soit réellement identifiée et qu'une thérapie soit proposée. Cela induit souvent l'entrée en psychiatrie par la crise, l'hospitalisation ayant lieu dans de très mauvaises conditions, invalidant fortement le futur de l'usager.

Alors, bien sûr, il faudrait que la société et ses représentants prennent enfin conscience du fait (pour rappel, l'OMS a déclaré qu'une personne sur quatre est touchée) et qu'une réelle politique de santé publique soit mise en place. Une campagne de déstigmatisation doit être lancée. Elle doit passer d'abord par une

information des généralistes sur les maladies mentales et leurs symptômes. Beaucoup de généralistes qui reçoivent ces personnes en « mal-être » leur répondent par une molécule « cache-symptôme ». Cela peut être très grave, car une maladie mentale soignée et prise en charge dès le début permettra à la personne qui en souffre de ne pas être désocialisée. Un réel réseau devra se mettre en place. Un réseau ne se commande pas. Il se suscite. Une prise de conscience des généralistes de l'importance de ces maladies, de l'aide qui pourra leur être apportée dans l'affinement d'un diagnostic, leur permettra de diriger une personne vers un spécialiste. Il est évident que, dans ce cas, le psychiatre aura à cœur de tenir le généraliste au courant de sa relation avec le malade. Certains praticiens hospitaliers ne délivrent pas d'ordonnance, renvoyant l'utilisateur vers son généraliste, avec une lettre préconisant la prescription. Cela permet un échange entre les deux praticiens, une connaissance du traitement par le généraliste, et l'assurance pour l'utilisateur d'être pris en charge de manière continue. C'est une des nombreuses pistes.

Un usager est une personne à part entière. Même si la souffrance psychique nous fait souvent oublier notre corps, c'est aux médecins de nous recentrer, de nous rappeler la devise : « Un esprit sain dans un corps sain. » Le généraliste est à la frontière. Il nous adresse souvent aux spécialistes : cardiologue, phlébologue, etc., presque jamais au psychiatre. Ou alors, c'est en désespoir de cause, quand la crise est présente ; nous avons alors l'impression d'être la « patate chaude » que l'on se renvoie. Dans ces cas de crise, alors que la souffrance est terrible, sentir que chacun autour de nous est déstabilisé augmente l'angoisse.

Nous sommes dans l'obligation de constater que le secteur, si envié dans les autres pays, ne répond pas à l'attente des usagers. Les CMP sont souvent confidentiels, pas très accueillants. Nous en apprenons l'existence à la sortie de l'hôpital, après la crise. Un rendez-vous est donné, à des heures difficiles pour les personnes sous molécules, l'attente est souvent longue. Si l'utilisateur apprend l'existence d'un CMP avant, et qu'il appelle, il est souvent « mal reçu » au téléphone. On peut soit lui conseiller d'aller dans le privé (longs délais d'attente), soit lui donner un rendez-vous dans six mois. La France a beaucoup de psychiatres en exercice, mais il est très difficile d'obtenir un rendez-vous ; à Paris, autant dans le public que dans le privé.

La psychiatrie déstigmatisée, bien organisée dans la sectorisation, pourrait déjà travailler dans la prévention, en amont de la crise. L'ouverture de conseils de secteur aux usagers au sens large (patients, familles, société civile) permettrait de mettre à plat la mise en place des moyens indispensables. Recentrer l'urgence, la prévention, tout cela demande de la concertation entre tous les partenaires.

Actuellement, les hôpitaux spécialisés vivent une mutation importante, qui ne se fait pas sans heurts. Une personne qui souffre devrait pouvoir être soignée, si cela est indispensable, dans un lieu proche de son domicile, avec une hospitalisation aussi courte que possible.

L'hospitalisation devrait être de bonne qualité, tant au niveau des soins qu'au niveau de l'hôtellerie. Pourquoi une personne qui souffre, qui a besoin d'être entourée, sécurisée, se retrouve-t-elle encore dans des chambres à

plusieurs lits, sans sanitaires individuels. Et que fait-on dans un hôpital psychiatrique ? Nous ne faisons qu'attendre, répondent les usagers. Attendre la visite du psychiatre (qui ne dure parfois que quelques minutes), attendre la distribution des médicaments, attendre le repas, attendre le coucher. Même si une mise au repos s'avère nécessaire, cette réponse n'est pas adaptée. Tous en souffrent et le disent. Que dire lorsqu'ils sont entrés à l'hôpital en crise, sous contrainte, ne sachant plus qui ils sont, où ils sont, et surtout quand ils sortiront de ce qu'ils appellent alors « l'enfer » ?

Une réelle politique doit être mise en place. La procédure d'accréditation, avec son auto-évaluation, a préparé le terrain. Maintenant, il est urgent que chacun, à son poste, remette en cause ses pratiques et, surtout, la dérive des institutions. Cela passe par une humanisation des services, une réhabilitation des structures. De petites structures, adaptées, proches du domicile, humaines, accueillantes doivent être créées. Les cliniques privées psychiatriques nous montrent parfois le chemin. Les personnes qui ne peuvent vivre seules doivent pouvoir trouver un lieu de vie adapté. Et ce ne doit pas être l'hôpital, lieu où nous ne devons que passer pour nous faire soigner, quand cela n'est plus possible en milieu ordinaire. Nous avons une palette élargie qui peut être mise en place, avec une aide sanitaire modulable : de très importante à très légère. Les maisons d'accueil spécialisé, les appartements thérapeutiques, les pensions de famille, les hébergements en milieu ordinaire et, enfin, la possibilité de vivre seul « normalement » mais accompagné : toutes ces solutions doivent être favorisées pour les personnes qui sont en souffrance.

Pour cela, il faudrait que le citoyen en général et l'utilisateur en particulier soit enfin reconnu comme un être humain. Un usager en santé mentale est également une personne qui peut et doit être soignée en somatique, une personne qui a droit à un logement décent, des propositions de soins adaptées et larges. Une psychothérapie devrait pouvoir être accessible à tous, par exemple.

Dans le social, également, tout reste à faire. L'allocation adulte handicapé ne devrait pas être suspendue en cas d'hospitalisation. Car, alors, toute la machine infernale se met en route. Le logement ne peut plus être payé ; le téléphone est coupé. Une hospitalisation un peu longue, et l'utilisateur se retrouve dans l'incapacité de reprendre sa place dans la société. Il faut y adjoindre ceux qui ont le courage d'essayer de retravailler et qui, la maladie étant fluctuante, perdent leurs droits et ne peuvent reprendre le parcours du combattant pour les obtenir à nouveau. Alors, la chronicisation se met en route, à la souffrance s'ajoute l'exclusion.

Tous les chantiers doivent être mis en route ensemble. Le regard des citoyens passera d'abord par celui des généralistes. Les psychiatres doivent repenser leurs pratiques et tout mettre en œuvre pour rénover les institutions dans lesquelles ils évoluent. Les administratifs doivent accompagner, en simplifiant les accès, en travaillant en réseau, en repensant les structures. Tous doivent avoir à l'esprit qu'une hospitalisation sous contrainte est une privation de liberté. Il faudrait rappeler que la médecine est au service de l'utilisateur. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé devrait aider à parvenir enfin à un partenariat constructif contre la souffrance. Un

partage des connaissances mutuelles, une écoute devraient faire partie du quotidien de la psychiatrie.

Nous avons tous les outils. Nous pouvons demander toujours et encore plus de moyens. Mais cela ne doit être que transitoire. Il est vain de croire que le changement n'aura pas lieu. Une redistribution des moyens, une réelle politique de santé publique, une organisation, *agir au lieu de réagir* : voilà les outils que nous devons nous donner. Et il ne faut pas oublier l'évaluation, sans laquelle toute politique est vouée à l'échec.

Nous sommes prêts à jouer le jeu avec vous. Nous sommes prêts à réclamer nos droits, mais nous savons que cela ne va pas sans des devoirs. Et le premier est de vous apporter notre connaissance de l'intérieur, notre respect pour votre savoir. Nous sommes des citoyens en souffrance, mais prêts à agir. Nous le ferons ensemble.

Jean Canneva

Le plan d'urgence demandé pour la psychiatrie dans la cité

L'Unafam constate que les personnes « handicapées psychiques » vivent désormais essentiellement dans la cité. Leur droit d'être soignées et aidées est-il reconnu ? Trop de ces personnes sont aujourd'hui « sans solution ». Il est vrai qu'il est encore nécessaire d'argumenter pour faire comprendre que le concept de « handicap psychique » n'est pas stigmatisant mais créateur de droits, comme les autres types de handicap : moteur, sensoriel ou mental, il faudrait dire désormais intellectuel.

La variabilité de ce handicap a été décrite dans le *Livre blanc* publié en juin 2001 par l'Unafam et ses partenaires¹. Le lien avec la prise de médicaments y a été clairement précisé ; la nécessité de distinction d'avec le handicap mental également. Désormais, la population importante que représentent les personnes souffrant de troubles psychiques doit pouvoir exister sous cette appellation et bénéficier, comme les autres catégories de handicaps, des droits qui en découlent.

Pour faire face à une absence de solution actuellement patente, l'Unafam confirme sa demande d'un plan d'urgence destiné à apporter à ces personnes, dans la cité, les hébergements et les accompagnements médicaux et sociaux adaptés qui leur sont indispensables.

Les six demandes du *Livre blanc* sont rappelées ci-après :

– Pour tous :

- 1) la continuité des soins médicaux,
- 2) le maintien de ressources minima,
- 3) l'obtention d'un hébergement adapté,
- 4) la mise en œuvre d'un accompagnement dans la cité ;

Jean Canneva, président de l'Unafam (Union nationale des familles et amis de malades mentaux), Paris.

1. *Le Livre blanc des partenaires de santé mentale France*, Paris, Les Éditions de Santé, 2001.

- lorsque c'est nécessaire :
 - 5) des services de protection juridique personnalisés ;
- lorsque c'est possible :
 - 6) des services d'insertion vers le travail.

Dans le plan d'urgence, c'est l'accompagnement dans la cité des personnes handicapées psychiques qui est désigné comme prioritaire. Cet accompagnement comprend à la fois la mise en œuvre de l'ensemble des éléments du plan et la recherche d'un minimum de lien social. Dans le cadre de cet accompagnement, l'obtention d'un hébergement pour les personnes handicapées constitue un préalable.

Les familles de l'Unafam ont l'expérience de l'accompagnement au quotidien. L'association connaît les équipes et les organisations médicales et sociales, voire les associations de patients qui ont su mettre en place des réseaux d'aide. Elle souhaite tout faire pour généraliser les solutions qui ont fait leurs preuves. L'Unafam considère que la mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement de proximité est une nécessité, non seulement *pour les personnes handicapées psychiques, mais aussi pour les « aidants »* (familles, entourage, professionnels en relation avec le public). À ce titre, elle interpelle directement les élus. L'expérience montre que ces accompagnements dans la cité sont réalisés à la fois par des équipes médicales et par des équipes sociales.

L'ACCOMPAGNEMENT RÉALISÉ PAR LES ÉQUIPES MÉDICALES

En l'état actuel de la science, les soins à caractère médical restent une nécessité dans la durée. L'hôpital demeure nécessaire pour les moments de crise. Il convient donc que les capacités d'accueil, à ce titre, demeurent. Sinon, c'est le droit d'être soigné qui n'est pas respecté. Hors de l'hôpital, la surveillance de la continuité des soins engage, de fait, la responsabilité des familles. C'est pourquoi l'Unafam milite en faveur de la continuité de l'accompagnement entre l'hôpital et la cité. Cela signifie que l'Unafam cherche à valoriser et à soutenir l'action des équipes médicales qui assurent également, en complément des soins médicaux proprement dits, un accompagnement social.

De son point de vue, la capacité à assurer en même temps les soins, l'obtention et le maintien dans la durée d'un hébergement et d'un accompagnement adaptés constitue un vrai critère de qualité pour ces équipes de proximité. C'est dans cet esprit que l'Unafam souhaite la mise en œuvre des conseils de secteur.

Dans la même perspective, l'Unafam souhaite mettre en valeur les services hospitaliers qui animent des activités, tant à l'intérieur de l'hôpital que dans la cité, en utilisant des modes d'organisation de type « club ». L'Unafam constate que ces méthodes d'animation paraissent particulièrement bien adaptées aux difficultés relationnelles très particulières des personnes handicapées psychiques. Appliquées dans l'hôpital, elles constituent un apprentissage à l'entraide et à la vie après l'hospitalisation. Dans la cité, elles supposent des lieux de rencontre mais qui devront constituer un moyen de concilier le respect

de la liberté des personnes accompagnées avec la nécessité de l'aide à apporter à ces mêmes personnes dans la durée. Enfin, ces clubs permettent une entraide entre personnes concernées, parfois à toute heure, qui s'avère très efficace contre l'isolement et dans le domaine de la prévention des crises. Ces clubs ne remplacent pas les structures de type foyer lorsque celles-ci sont nécessaires. Mais, parce qu'ils sont organisés pour gérer en continu l'accueil et les difficultés d'autonomie des participants, ils apparaissent particulièrement aptes à maintenir un minimum de lien social dans la cité et, aussi, à faciliter la régularité des soins au plus grand nombre.

L'ACCOMPAGNEMENT RÉALISÉ PAR LES SERVICES SOCIAUX DES COLLECTIVITÉS LOCALES

Les services sociaux animent également des services d'accompagnement organisés sous forme de clubs. Ces lieux d'accueil disposent d'une convention avec les services de soins pour les urgences. Ces réalisations présentent les mêmes qualités et avantages que celles animées en direct par les équipes médicales. Dans les deux cas, il y a bien collaboration entre les équipes médicales et sociales. Cette unanimité dans la qualité des résultats obtenus par ces structures « club » conforte l'Unafam dans son soutien aux deux types d'organisation. Loin de s'exclure, ces deux catégories de clubs se complètent et doivent être maintenues.

EN RÉSUMÉ

Dans un environnement en pleine mutation, l'Unafam constate que les médecins commencent à admettre la notion de handicap psychique, mais qu'il faudra encore beaucoup d'efforts pour faire reconnaître l'urgence, l'importance et la nature des demandes de la population en cause dans la cité. En outre, les collaborations, pourtant nécessaires, entre les services de soins qui dépendent de l'État et ceux des collectivités locales restent encore difficiles à mettre en oeuvre. Pourtant, toutes les réalisations qui paraissent les plus opportunes, du point de vue de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, sont bien le résultat d'une action commune des services médicaux et sociaux.

Le plan d'urgence demandé a pour objectif de fournir aux responsables de la cité des solutions réalistes susceptibles de répondre au droit, pour la population concernée, d'être soignée et au droit des soignants d'être reconnus dans le rôle indispensable qu'ils assument dans la cité.

Tout comme les accompagnements effectués par les services médicaux, les aides aux personnes concernées par les troubles psychiques apportées par les services sociaux sont une nécessité. Elles impliquent que des lieux et des personnels soient affectés au maintien du lien social tant pour les personnes handicapées que pour les « aidants », avec un souci tout particulier de proximité et d'accessibilité pour tous. Ces lieux sont des moyens de lutter contre l'isolement

et, à ce titre, ils permettent de réelles actions de prévention, de nature à diminuer les hospitalisations.

Les organisations créées par les collectivités locales ne se substituent pas aux dispositifs animés par les équipes médicales. Les deux sont nécessaires. Aucune ne peut prétendre couvrir la totalité des demandes. Par contre, il est indispensable que les deux entités soient effectivement reliées en réseau. Le rôle des élus dans le rapprochement des services locaux impliqués dans cet accompagnement apparaît déterminant.

Patrick Chemla

*Résistances...**

En guise d'introduction, cette citation d'H. Searles extraite du *Contre-transfert* (1972) : « Les patients qui souffrent de schizophrénie et que l'on estime à 47 % des malades internés dans les hôpitaux psychiatriques sont là, pour la plupart, pendant des dizaines et des dizaines d'années, non seulement parce qu'ils voient dans leurs semblables des êtres qui ne sont pas de la même espèce qu'eux, mais aussi parce que leurs semblables en viennent à accepter cela comme un fait fonctionnellement vrai. Si le mouvement psychanalytique lui-même se réfugie dans la phénotiazine et dans la génétique, ce qui pour moi est une fuite devant le problème, alors une longue nuit commencera pour tous ces schizophrènes – pour les malades actuels qui sont déjà perdus et pour la foule des malades à venir – et pour les quelques psychanalystes qui s'intéressent particulièrement à ce domaine. Ce sera aussi le début d'une longue nuit pour la profession psychanalytique en général et pour les patients, borderlines, névrosés¹, etc., que traitent les psychanalystes. Car une fois que nous aurons commencé à renoncer à notre effort d'observation, inlassable et sans préjugés, pour discerner dans le patient, grâce à une exploration empathique de ce qu'on appelle nos réactions transférentielles au patient, le fond d'humanité en lutte contre la psychopathologie qui l'assaille, notre fuite sera sans fin. »

Mon propos veut s'inscrire résolument dans cette transmission, dans une certaine « politique de la psychanalyse » ou, pour le dire autrement, dans le projet de nouer les textures hétérogènes du politique et de l'inconscient. Les propos de Searles datent donc de 1972 et témoignent de son souci constant d'une pratique de la psychanalyse des psychotiques, elle-même inscrite dans la

Patrick Chemla, psychiatre et psychanalyste, chef de secteur, Centre Antonin-Artaud, Reims.

* Ce texte est paru dans *L'Information Psychiatrique*, juin 1993, sous une forme remaniée et sous un autre titre.

1. C'est moi qui souligne cette diffusion de la « longue nuit » à tout le champ de la clinique.

clinique de Chesnut Lodge. Aujourd'hui, Chesnut Lodge a été fermée ; nous le savons notamment par l'intermédiaire des contributions de F. Davoine et J. M. Gaudillère, à un numéro de la revue *Nerveure* consacré à la psychanalyse aux États-Unis. Chesnut Lodge a donc été fermée, soulignons-le, suite à une évaluation produite par un comité issu de la clinique elle-même... À quand le PMSI dans la psychiatrie française ?... Il faut bien souligner l'aspect hautement symbolique de cette institution qui avait été le lieu principal de la transmission de la psychanalyse des psychoses aux États-Unis : depuis le travail de pionnier de Sullivan, F. From Riechman, Rosen, Searles et bien d'autres avaient construit tout un travail dont on refoule aujourd'hui l'aspect institutionnel.

C'est en relisant G. Pankow, racontant son voyage aux États-Unis dans les années 1950-1960, que l'on peut découvrir l'extension de la fonction psychothérapique à tout le personnel, et en particulier aux travailleurs sociaux (elle raconte cela avec d'ailleurs une certaine indignation dans *L'être-là du schizo-phrène*). Où l'on voit que les enjeux de la psychothérapie institutionnelle insistent bien au-delà des frontières et des marques déposées. Reste la question inquiétante : serions-nous entrés dans cette longue nuit que Searles nous annonçait de façon quelque peu catastrophiste ? La question me paraît plus intéressante que la réponse, hélas trop évidente et qui nous entraînerait vite dans les ruminations dépressives qui plombent les milieux psychiatriques.

L'enjeu serait plutôt de soutenir une ligne de résistance énergique, tant au niveau de la pratique que de la théorie, à la hauteur des enjeux de la catastrophe en cours (« Pendant la catastrophe, le travail continue... »). « Catastrophe » devant alors être entendu dans son sens premier, tel que R. Thom l'a repris pour sa théorie des catastrophes – le bouleversement morphologique, la transformation de la forme –, mais aussi dans son sens théâtral : le dénouement de l'intrigue. C'est parce que le dénouement des tragédies était souvent catastrophique que ce mot a pris tardivement un sens péjoratif². Comment donc accueillir ce bouleversement catastrophique et l'orienter vers autre chose qu'un « dénouement péjoratif » ?... Bien souvent, on met en avant essentiellement les enjeux bien réels de l'économique, la diminution du nombre des psychiatres, la disparition du statut d'infirmier psychiatrique, etc. Tout cela est bien réel et il nous faut ensemble lutter contre cette prégnance de l'économique, en remarquant d'ailleurs le côté prémonitoire des analyses de M. Foucault, prolongé aujourd'hui par G. Agamben (*Homo sacer*) : l'État moderne ne se contente pas d'administrer des biens, mais il produit aussi une biopolitique, une politique des corps et des esprits, de nouvelles normes aussi.

La promotion de la « santé mentale » paraît être un des paradigmes qui devraient ne pas aller de soi. Car la première des résistances est avant tout celle de l'esprit critique qui refuse les fausses évidences. Bien sûr, tout cela part de bons sentiments : désenclaver la psychiatrie, l'ouvrir sur le socius, etc. Moyennant quoi, on finit par laisser croire qu'il pourrait exister une santé

2. Selon le *Robert historique de la langue française*.

mentale et qu'elle pourrait être autre chose qu'une norme imaginaire, une idéologie... Il faudrait relire *L'ordre médical*, dans lequel Jean Clavreul démontait cette affaire-là depuis belle lurette. Pourtant, toute la découverte freudienne devrait nous prémunir contre ce genre de dérives. Freud est toujours parti du pathologique pour toutes ses découvertes ; et pour réintroduire non seulement la névrose mais aussi la psychose au plus intime du lien social prétendument normal. Qu'on se souvienne du scandale de la sexualité polymorphe de l'enfant, ou de la religion monothéiste comme névrose ou même psychose collective (dans *L'homme Moïse et la religion monothéiste*), etc. L'enjeu freudien, ce n'est pas la guérison (« toujours de surcroît ») mais un enjeu de méthode qui consiste à reconnaître le voisinage, l'homologie de méthode entre le psychanalyste et le délirant. Voilà qui devrait maintenir un certain trouble dans la normalisation et, surtout, le positionnement de chacun par rapport à son identité (pas seulement professionnelle). L'enjeu, ce serait pour chacun de reconnaître sa part de folie, de trauma et même de souligner que c'est par cette part que nous pouvons être thérapeutes, que d'ailleurs cette fonction thérapeutique au sens large peut être assumée par tout un chacun qui accepte de s'y tenir... ou qui s'y trouve assigné à son insu. C'est ce que la pratique quotidienne nous rappelle quand nous travaillons avec des patients psychotiques et borderline et qu'ils assument des soins mutuels d'excellente qualité, bien sûr à la condition d'un cadre où l'enjeu de la parole, du désir inconscient polarise tout un collectif.

Encore faut-il s'entendre sur le mot thérapeute. Une lecture judicieuse est celle de la traduction – interprétation proposée par F. Davoine – du mot grec *therapon* : « celui qui prend soin », mais aussi « le second au combat ». C'est à ce niveau, me semble-t-il, qu'on retrouve un véritable entrelacs de résistances qu'il s'agit de déplier. Il est bon de rappeler la nécessité de prendre acte de la possibilité que la fonction thérapeutique puisse être tenue par les différents membres d'un collectif, y compris les patients, et ne saurait être limitée à une catégorie patentée. On sait pourtant que c'est le lieu d'une farouche dispute en ce moment. Certains psychanalystes ne veulent même pas reconnaître la fonction soignante de leur art, ce qui correspond sans doute à une idéalisation, en rapport peut-être avec l'imaginaire de « l'être psychanalyste », peut-être aussi avec une idéologisation de la psychanalyse qu'il faudrait démarquer à tout prix de la psychiatrie et des psychothérapies. Il est vrai que l'enjeu actuel des dites psychothérapies est complexe, que ce vocable est fourre-tout et constitue actuellement le fer de lance d'une reconnaissance d'un statut problématique de psychothérapeute. D'où le projet illusoire de viser à une « validation scientifique », par l'ANAES ou d'autres, de ces psychothérapies qui pourraient ensuite être remboursées au moindre coût par la Sécurité sociale.

Opposons résolument un autre point de vue. D'abord, il faut remarquer que toutes ces thérapies sont obligées de se référer à la psychanalyse, soit pour la désavouer, soit pour simplifier, aménager, raccourcir la durée des séances, etc. Un bon nombre de ces méthodes se proposent donc de s'adapter aux nouvelles demandes : les gens veulent qu'on les débarrasse de leur symptôme le plus vite et le moins cher possible ! Bref, toutes ces méthodes promettent peu ou prou de réussir, de réduire, voire de supprimer, le symptôme.

Donc, il n'y aurait de psychothérapie possible, pensable qu'à partir d'une transmission freudienne. Question de méthode et non de protocole, de cure-type et de divan ! Il s'agirait de travailler non seulement avec Éros, mais aussi avec la réaction thérapeutique négative, la compulsion de répétition, les forces de déliaison, bref, tout ce qui a nécessité l'invention freudienne de la pulsion de mort. Pas de lendemains qui chantent, donc, mais une profonde inadéquation structurale du sujet par rapport à son désir et une inscription toujours problématique par rapport au collectif : il y a du malaise dans la civilisation qui ne pourra jamais se suturer et ça devrait rester présent, en arrière-plan de toute politique de santé publique. On pourrait trouver paradoxal, voire contradictoire, cette position avec l'affirmation que tout un chacun peut occuper une fonction psychothérapeutique.

Il s'agit effectivement d'un paradoxe à soutenir comme paradoxe et qui me place dans un certain écart par rapport aux positions communes prises par les associations de psychanalystes. Celles-ci, dans un souci de se distinguer des psychothérapies et de refuser un statut de psychanalyste, ont obtenu du ministère une sorte de statu quo. Mais, du coup, c'est la psychothérapie, sans plus aucune référence à la psychanalyse, qui se trouve au centre du projet ministériel de réforme de la psychiatrie³. Cela est fort regrettable, augmentant la scission entre psychanalyse et psychiatrie, méconnaissant justement les enjeux partagés du symptôme et de la demande, qui ne sont articulables qu'en passant par toute une production langagière, c'est-à-dire sociale. Une souffrance ne fait symptôme pour un sujet qu'en lui faisant retour du lien de l'Autre, qui ne peut se soutenir que de toute une construction symbolique (à la jonction de l'imaginaire social et du symbolique).

Les phénomènes d'éclosion de nouvelles maladies, comme le syndrome des personnalités multiples, ont été amplement étudiés et il nous faut garder à l'esprit cette inscription du symptôme dans l'imaginaire social. D'autres exemples, issus de notre pratique, pourraient être mentionnés, mais je dirai quelques mots au préalable du lieu d'où je parle : le collectif du centre Antonin-Artaud à Reims. C'est un lieu qui s'est voulu d'entrée de jeu en rupture avec l'institution, à l'entrecroisement du politique et de la psychanalyse, et qui après avoir traversé assez vite les mirages de l'antipsychiatrie, s'est résolument ancré dans une retrouvaille – réinvention de la psychothérapie institutionnelle – et dans un compagnonnage de travail avec F. Tosquelles, J. Oury, P. Delion, G. Michaud et bien d'autres.

Et pourtant, notre dispositif est résolument extra-hospitalier, conçu comme une mosaïque d'institutions tenues par des jeux de langage, jouant des effets de circulation et de production de sens, tout en étant relié à un service d'hospitalisation à la clinique Henri-Ey à Reims⁴. Cela à partir d'un CMP-CATTP, d'un réseau

3. Plan Santé mentale, *L'usager au centre d'un dispositif à rénover*, 14 novembre 2001, par ailleurs fort intéressant.

4. Ouverte depuis deux ans, jouxtant le Centre hospitalier universitaire mais gérée par l'EPSDM.

d'appartements thérapeutiques et d'appartements protégés, d'associations fondées et cogérées avec les patients sous la forme d'un club thérapeutique autour de la circulation d'objets de réalité : logement, chantiers, formations, atelier d'expression, repas, voyages, etc. Bon an mal an, cent cinquante patients, une vingtaine de soignants gravitent dans cette constellation. Des échanges parallèles plus ou moins reconnus se constituent bien souvent entre les uns et les autres, sans qu'il soit d'ailleurs besoin de forcément les instituer. Tout ce dispositif a été décrit ailleurs⁵ et se soutient d'un travail incessant d'élaboration du quotidien, de ce qui tente à se montrer sur la scène sans pour autant faire encore symptôme. C'est tout le travail d'un collectif désirant que de construire les praticables pour qu'un symptôme puisse être reconnu et accueilli, une demande se formuler et s'élaborer, pour peut-être aboutir à un échange d'objets de réalité et, au-delà, à un échange de paroles.

Toute cette fabrique de la psychothérapie analytique des psychoses ne cesse de nous former à l'inconscient, de nous former aussi à accueillir et travailler notre part de folie insoupçonnée comme fonds commun de l'humain. C'est à partir de cette formation permanente que nous avons pu accueillir autrement les multiples demandes, plus généralement ce qui vient et qu'il va s'agir de mettre au travail. Un seul exemple sera évoqué, mais d'autres pourraient l'être. Il y a une quinzaine d'années, j'accepte d'animer un débat sur la crise d'adolescence avec deux animatrices santé de la mission locale. Hasard objectif, toujours est-il que quelques mois plus tard, elles viendront me demander d'animer un groupe Balint dans leur institution pour que leurs collègues « soient plus à l'écoute des jeunes ».

Après réflexion, je vais formuler ma réticence à convaincre les fameux collègues, ainsi qu'à pratiquer une sorte d'injonction à l'écoute, et un premier dispositif va se mettre en place. Trois infirmiers proposent de donner un peu de leur temps pour assurer des moments d'accueil dans les locaux de la mission locale, toute l'équipe se tient prête pour une écoute téléphonique et je me tiens en arrière-plan sans démarrer le groupe Balint. Nous allons ainsi apprendre à nous connaître, par de multiples réunions, et c'est en nous appuyant sur une personne qui porte la demande et dirige le pôle santé (C. Lesage) que nous en arriverons au dispositif actuel. J'anime un groupe de supervision dans les locaux d'Antonin-Artaud une fois par mois. Ce déplacement a été souhaité par l'équipe de la mission locale dans un souci de discrétion par rapport à leur direction, et aussi pour permettre un déplacement psychique.

Un seul infirmier (O. Delecaut) s'est maintenu, mais avec une fonction d'accueil tout à fait reconnue. Depuis un an, il co-anime avec une personne de la mission locale et les jeunes qui le veulent bien un club thérapeutique. Il aura fallu pas mal de temps pour que cela soit possible et tolérable de part et d'autre. Moyennant quoi, une formule autre que l'entretien construit une scène très

5. Cf. P. Delion (sous la direction de), *Actualités de la psychothérapie institutionnelle*, Éditions Matrice, et P. Delion (sous la direction de), *L'autisme et la psychose à travers les âges de la vie*, Toulouse, érès, 2000.

investie où les jeunes viennent jouer des histoires d'une violence traumatique toujours surprenante. Par ailleurs, une psychologue (V. Jouvel) et un psychiatre consultent à temps partiel dans les locaux de la mission locale, où ils accueillent autant les membres de l'équipe que les jeunes, et, faut-il le souligner, où ils sont eux-mêmes accueillis. Enfin, certains jeunes viennent consulter à Antonin-Artaud et, quelquefois même, engager des thérapies.

De la même manière, pourrait aussi être décrit le long cheminement singulier qui a conduit à un travail analogue avec le Centre communal d'action sociale (mené par ce même collègue, Y. Amhis, avec cette fois une éducatrice de rue, S. Fonds). À chaque fois, au-delà des personnes et des histoires institutionnelles, une rencontre, une demande inaugurale qui pour se déployer aura dû être déplacée et élaborée. Le paradoxe est que cette méthode et la fiabilité de notre présence auront permis de faire surgir toute une série de demandes par rapport à la psychanalyse. Pas forcément des demandes d'analyse, ni une demande toujours déçue de réponse, mais, à partir de la nécessité qu'il y ait du répondant et d'un certain partage de la réalité du malaise, la possibilité toujours précaire de faire face à l'intraitable en produisant de nouvelles formes habitables. Que ces habitations, ces constructions, soient précaires ne constitue pas le moindre paradoxe. Et pourtant, il n'y aurait pas d'autre possibilité, c'est tout « l'enseignement de la folie » que d'habiter ces espaces difficiles pour espérer faire surgir un brin de transfert et mettre l'inconscient à l'œuvre.

Simon Daniel Kipman

*Quelques réflexions
sur l'évolution possible de la sectorisation*

La brume estompe la terre : un homme suit son rêve.
Tan Da (1888-1939)

Le secteur, ou plus exactement la sectorisation, est en question depuis qu'elle est née, et même bien avant. Les brumes gagnant du terrain, il a fallu ensuite la maintenir, la revitaliser, la remanier, tout en se posant la question de savoir s'il fallait encore tenter ou s'il était encore possible de la sauver. Son agonie, liée à une absence de politique de santé digne de ce nom dans notre pays, rend nécessaire ce retour sur les bases de la sectorisation. De récentes décisions ministérielles, quel que soit l'enthousiasme des flagorneurs et le soutien des réalistes, ne changent pas grand-chose à la donne (on peut utilement se reporter à l'analyse qu'en fait Nicole Garret Glonnaec). Dans un contexte général entièrement converti à l'économie de marché (ou, si l'on préfère, au capitalisme libéral, ou, pour rester plus près de nous, à la logique assurantielle et au *managed care*), il convient aux soignants que nous sommes de penser à des systèmes de distribution des soins qui tiennent compte du malade, de son entourage, de son environnement et des conditions de travail des soignants. C'était déjà ce qui était au cœur des préoccupations des pères du secteur, d'autant plus que, face à cet enserrement progressif et accéléré, la pauvreté des réflexions consensuelles est patente ; du « plus de moyens » traditionnel, mais hors de la réalité actuelle et la bonne œuvre réduite, à un résidu communautaire ou communautariste dans un contexte de consumérisme forcené. Je n'ai à offrir que quelques réflexions, que quelques rêves d'un homme solitaire qui a grandi professionnellement dans la pensée et l'activité du secteur.

Aux deux mots-clés qui animent les décisionnaires, à savoir économie et substitution, nous pouvons opposer quelques mots plus simples dont nous avons tous expérimenté la validité : *cheminement du malade, évolutivité, compatibilité* (attention, pas comptabilité !) et *la psychiatrie existe !*

La psychiatrie existe, je l'ai rencontrée. Elle existe au moins depuis 1968 comme une discipline autonome. Depuis cinquante ans, elle ne se résume plus à la seule psychiatrie asilaire, puis publique. Sa relative discrétion scientifique n'empêche pas que tout un chacun a eu contact avec un spécialiste de santé mentale directement (faut-il rappeler que les besoins et demandes augmentent et augmenteront encore et que un quart de la population, quel que soit l'état de développement du pays, a, aura ou aurait besoin de soins psychiatriques), par le biais de sa famille ou de ses amis, voire par le biais de la radio ou de la télévision. La représentation de la psychiatrie a changé dans le public, même si l'image de la maladie mentale a peu évolué (encore que...). Malgré la relative discrétion des psychiatres français sur la scène internationale, le modèle français continue à faire rêver et à inspirer des politiques et des programmes de santé mentale, sans se soucier de la dégradation actuelle de ce modèle.

Le cheminement du malade pourrait nous servir de guide. Tout le monde parle de centrer le dispositif autour du malade, mais c'est un malade réifié, figé dans l'instant. Or, un malade bouge et c'est sa trajectoire que nous pourrions prendre en compte avec ses projets (thérapeutiques) et ses ratés, avec ses passages obligés (dimensions sociales et financières, par exemple), etc. Placer la sectorisation autour ou à partir du cheminement du malade permet d'inclure la prévention, le dépistage, les soins précoces, les interventions médicales et sociales multiples. À partir de là, on sort obligatoirement de l'hospitalocentrisme dominant. L'équipe de secteur n'est pas le centre gravitationnel du système, mais accompagne le malade tout au long des prises en charge. Je vous éviterai les détails et digressions sur ce thème.

Dans le même ordre d'idées, il faut parler de *l'évolutivité*. Si on bouge un malade, il évolue aussi. Ce que semblent oublier toutes les classifications et normes proposées. On ne peut donc travailler avec un malade qu'à partir de contrats de plan partiels. Le diagnostic lui-même, notre référence constante, évolue lui aussi : un psychotique se « névrotise », une psychose se dégage ou décompense. Les soins et traitements dont nous disposons sont bien moins riches : on change de drogue ou de dose, mais les classes thérapeutiques sont assez réduites. On doit donc tenir compte de la double évolutivité du malade et de sa situation. En un mot, on ne peut plus parler de sectorisation sans introduire la dimension du temps, dimension qui empêche toute fixation, stagnation ou blocage. L'évolutivité se situe à tous les niveaux, en cascade : évolutivité du malade et des représentations familiales, évolutivité de la disposition des soignants (discontinuité des soins, continuité du suivi) et de leur rôle. Là encore, il y aurait sans doute beaucoup à dire de la discontinuité des soins, mais contentons-nous de semer des petits cailloux. L'évolutivité du système est elle aussi en cause. Il ne s'agit pas, comme c'est la mode, de réévaluer les lois de temps en temps, mais de prendre en compte que des mesures organisationnelles mettent du temps à se mettre en place et que voter ou décréter une directive n'est pas un

exercice de pensée magique. Ainsi, on peut toujours vouloir faire participer les généralistes aux soins psychiatriques : il faudra environ vingt-cinq ans pour que ceux-ci soient majoritairement formés pour cela. Il faut donc recommencer à faire avec ce qu'on a. *Idem* pour les effets de la remontée, semble-t-il en route, du numéris clausus en médecine, et en psychiatrie bien sûr.

La *compatibilité* est une autre dimension indispensable... Vous connaissez la formule : la guerre est chose trop compliquée pour être confiée aux seuls militaires. Le cheminement d'un malade psychiatrique est chose trop compliquée pour être confiée à un seul psychiatre, aux seuls psychiatres. Mais le cheminement doit cependant rester cohérent et harmonieux. Il y a donc des ponts, des passages, des échanges à prévoir autour du malade, échanges eux-mêmes évolutifs, qui incluent tous les acteurs de la chose (réseau). Un exemple pour éclairer mon propos : la majorité des malades passent à un moment ou à un autre, sinon tout au long de leur trajectoire, entre les mains des psychiatres privés. La majorité d'entre eux travaillent à temps partiel en milieu institutionnel. Leur « carrière » elle-même peut être évolutive. On doit donc incorporer à la sectorisation une compatibilité des statuts (privé, public, associatif) permettant à la fois à un psychiatre de passer quelques années en clientèle privée, quelques années en service public, quelques années en secteur, ou quelques années en institution sans perdre la cohérence d'une carrière (salaire, retraite, etc.). Mais cette compatibilité des statuts permettrait aussi de différencier auprès du malade le rôle de consultant (continuité de suivi), de soignant (éventuellement temporaire, lié à une forme d'approche ou une institution, etc.).

Tout cela est fragmentaire. Simplement, dans une ambiance particulière, réifiante et objectivant les faits, instrumentalisant malades consommateurs/clients et soignants (applicateurs/vendeurs), toute réflexion faite sur un renouveau de la sectorisation doit impérativement intégrer les éléments suivants : dimension du temps, avec son corollaire de l'évolutivité et du développement ; celle de la souplesse et du changement de la clinique, celle du meilleur soin possible qui n'est pas statistique mais liée au confort du malade et des soignants. À ce prix, et à ce prix seulement, une politique de santé pourra naître. Et gageons que cette politique-là ne sera pas la plus chère, même si elle rapporte moins aux industriels de la santé.

Jean Furtos

Que signifie une demande de soins par un intervenant social ?

Restituons à la question son contexte : nous sommes en présence d'un homme ou d'une femme en précarité sociale ou d'un adolescent très difficile suivi par les services de la PJJ et le juge des enfants. Il s'agit de comprendre logiquement et cliniquement pourquoi la demande de soins est faite assez souvent à un service médical d'urgence par un intervenant social. En y réfléchissant, les réponses semblent presque aller de soi.

La demande de soins par un intervenant social signifie d'abord l'absence de demande directe par la personne considérée et pose donc la question de la non-demande.

Il faut aller bien, psychologiquement, même si l'on souffre, pour avoir « l'autre dans sa tête » et pouvoir s'adresser à lui en cas de besoin sérieux. Il faut aller suffisamment bien pour se représenter à soi-même ce qui va mal, ce qui fait mal, ce qui manque, pour pouvoir le présenter à l'autre dans une demande en bonne et due forme. Il faut enfin reconnaître les institutions, ne pas les récuser dans leur représentation légitime d'un tiers, dans leur capacité à reconnaître... celui qui a besoin d'être reconnu.

On peut décrire deux extrêmes à cette non-demande : la première se situe du côté de l'incurie, c'est-à-dire de la perte totale du souci pour soi-même, pour sa santé, qui est l'un des points essentiels du « syndrome de désocialisation » (Patrick Declerck¹) et du « syndrome d'auto-exclusion » (Jean Furtos²). L'incurie se manifeste comme une passivité quasi totale avec disparition de la demande.

Jean Furtos, psychiatre, directeur scientifique de l'ORSPERE-ONSMP, Centre hospitalier Le Vinatier, Bron.

1. P. Declerck, *Les naufragés*, Paris, Plon, 2001.

2. J. Furtos, « Épistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy) », *Pratiques en santé mentale*, n° 1, 2000.

Mais une autre extrême clinique se manifeste souvent : celle de la récusation active de la proposition d'aide³.

Que la non-demande soit passive ou active, elle fait signe de gravité psychique et elle est à respecter dans la mesure où la confronter en force renforce les défenses ; mais alors, comment l'entendre sans abandon à personne en danger ? Comment ne pas entrer dans un respect de pure forme de la liberté d'autrui, formalisme qui constitue une lâcheté dans l'attente idéalisée de la demande.

Quant à la récusation, forme de forclusion de la loi du père, signe localisé de psychose, elle incline à une position pragmatique qui consiste, là encore, à ne pas la confronter de plein fouet mais à se souvenir que rarement toute aide et toute personne aidante est récusée ; il s'agit « simplement » de trouver par quel biais, par quelle personne, contourner cette récusation. On comprend qu'il ne s'agit pas de s'obstiner idéologiquement sur les procédures de droit commun ordinaires, précisément les premières à être récusées.

Une demande de soins par un intervenant social signifie que cet intervenant a d'abord rencontré dans son cadre professionnel la personne qu'il souhaite introduire dans le circuit du soin.

Cela revient à dire qu'il y a un besoin social manifeste qui passe par des objets sociaux de type logement, minima sociaux, emploi, stages, etc. Cela signifie aussi que, au moins temporairement, le cadre social de cet intervenant est dépassé dans le seul maniement des objets sociaux qui ordonne sa compétence au sein d'une relation d'aide qui en permet ordinairement la pratique. S'il s'agit d'un adolescent en grande difficulté, l'intervenant social est souvent situé dans le cadre éducatif ou judiciaire.

On doit accepter que cette demande, qui apparaît brusquement, voire brutalement, souvent sans pertinence clinique aux yeux des soignants de l'urgence, a pourtant une histoire : cela fait des semaines, voire des mois, que le travailleur social, l'éducateur, essaie d'amener cet usager, son client, à venir aux urgences ou au CMP. Cela signifie clairement que la demande de soins est située dans une histoire de relation d'aide, et donc que les soignants ne sont pas contraints à la toute-puissance d'être les seuls en position aidante. Mais peuvent-ils l'admettre facilement dans le brouhaha de l'urgence, où tout semble sortir d'un chaos à ordonner par une réponse médicale immédiate ?

Cela signifie, en définitive, que nous sommes en présence d'une demande classique de soins à la demande d'un tiers social.

Cette notion est bien connue en psychiatrie publique du côté des procédures d'hospitalisation par contrainte. Mais là, dans la question qui nous occupe, il n'y a aucune obligation juridique, pas nécessairement de maladie mentale, et en cas de dangerosité, elle n'est pas couverte par l'obligation de soins. Cette demande a souvent le prétexte d'une urgence vitale, d'un danger imminent et, presque aussi souvent, la valeur d'une action symboligène. La rencontre dans l'urgence

3. J.-P. Martin, « La récusation de l'aide comme symptôme », *Rhizome*, n° 2, septembre 2000.

d'un souci vital (une question « de vie ou de mort ») et d'un souci symboligène est soumise à l'acceptation aléatoire des soignants, c'est-à-dire à la finesse de leur compréhension, puisqu'il n'y a pas de texte légal, à la différence de l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) ou de l'hospitalisation d'office (HO). On comprend l'importance de la théorie de la pratique des soignants : que représente cet intervenant social pour cet homme, cette femme ou cet adolescent amené(e) en urgence ? Dans le même type de situation, une personne socialement bien intégrée serait conduite avec insistance par son conjoint, ses enfants, ses parents, un ami proche ou lointain et n'aurait certes pas besoin de l'intervention d'un tiers social payé par la République pour demander à sa place. À ce point, qu'on nous pardonne d'insister sur l'importance d'une théorie du soin adéquate à la société précaire dans laquelle nous vivons, c'est-à-dire sur la nécessité de connaître la clinique psychosociale.

LA CLINIQUE PSYCHOSOCIALE ET SES PARTICULARITÉS

La clinique psychosociale est définie par la souffrance psychique qui apparaît sur les lieux du travail social ; souffrance psychique reçue par les intervenants du social comme une entité à la fois incertaine et indiscutable qui empêche le travail de réinsertion.

Les caractéristiques de cette clinique psychosociale sont multiples :

- La faiblesse ou l'abolition de la demande dont nous avons déjà abondamment parlé, qui favorise le recours à l'urgence. Cette faiblesse rend la souffrance empathique de l'intervenant social d'autant plus vive que la personne aidée dénie sa propre souffrance. Il se mêle bien sûr à ce vécu intersubjectif des éléments d'impuissance professionnelle douloureusement perçus par les aidants.

- Un brouillage des frontières entre ce qui revient au psychologique et ce qui revient au social. L'une des conséquences en est l'inversion sémiologique paradoxale, très fréquente : la personne parle de sa souffrance et de ses représentations mentales traumatiques au travailleur social, et lorsque celui-ci l'envoie consulter un psy, ce qui vient est la pauvreté, le manque de logement, le manque de travail, bref, des éléments concernant les objets sociaux et non mentaux. Cette inversion, si elle est contre-transférentiellement mal vécue, donne ce qui est malencontreusement appelé « le syndrome de la patate chaude », c'est-à-dire que chacun renvoie à l'autre sa propre impuissance professionnelle et tente de se débarrasser d'un patient, d'un usager qui dépasse apparemment les limites de sa compétence. Tout ne vient pourtant pas de la mauvaise foi : l'appréhension de cette inversion sémiologique permet une écoute compréhensive à la fois aux travailleurs sociaux et aux pys, chacun dans leur cadre propre. En même temps, elle invite vigoureusement à un travail de lien entre les différents intervenants. Ce brouillage des frontières du psychique et du social peut aboutir à des usagers qualifiés par certains de « ni-ni⁴ » : ni

4. Rapport ORSPERE-FNARS, *Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale*, Résultat de deux recherches-actions, décembre 1999, p. 29.

psychiques, ni sociaux. Il s'agit évidemment qu'ils redeviennent et psychiques et sociaux. C'est-à-dire que les parts psychiques et sociales réapparaissent dans leur complémentarité selon cette phrase de Freud : « L'opposition entre la psychologie individuelle et la psychologie sociale, qui à première vue peut nous paraître très importante, perd beaucoup de son acuité si on l'examine à fond⁵. »

– Une autre caractéristique de la clinique psychosociale est qu'elle passe ordinairement par la médiation des objets sociaux (logement social, foyer, mesures éducatives, argent, stages professionnels, etc.).

– Enfin, le but premier de la clinique psychosociale n'est pas de revenir sur le passé et ses traumatismes mais de partir des difficultés du présent, qui ont tendance à « coucher » la personne sur le plan existentiel, social, somatique ; le but est que l'usager puisse conserver dans le présent des médiations qui autorisent la possibilité d'un avenir. Rien n'empêche les professionnels de porter en eux, provisoirement, la part du passé traumatique que la personne ne peut psychiquement intégrer.

Cette clinique psychosociale telle que nous la définissons s'observe préférentiellement chez les usagers bénéficiant des minima sociaux, c'est-à-dire, en gros, pour les 10 % de la population française vivant en dessous ou autour du seuil de pauvreté. Sur le plan épistémologique, est-il licite de valider le terme de clinique ? Ne risque-t-on pas de tomber dans des problèmes de confusion de rôles, de perte des identités professionnelles et dans une sorte de polyvalence post-babélique⁶ ? La réponse doit être nuancée : du côté des cliniciens psys (psychiatres, psychologues, infirmiers en psychiatrie), ils peuvent reconnaître une authentique clinique psychosociale apparaissant sur les lieux du travail social, avec une vision singulière, sémiologique, métapsychologique et intersubjective de la souffrance psychique ; ainsi, par exemple, lorsque les psys travaillent hors les murs, dans les CHRS, à partir de secteurs de psychiatrie publique ou dans les néofilières (RMI, mission locale, etc.). De ce côté-là, on assiste effectivement à une clinique qui passe dans certains cas par l'analyse de la pratique, et dans d'autres cas par des néocadres de type cothérapique, les psys allant vers les lieux et les institutions où se déroule cette clinique psychosociale (dispositifs interfaces, co-constructions entre les filières du sanitaire et du social).

Par contre, du côté des intervenants sociaux, même si l'on observe des éléments cliniques indiscutables, ce terme de clinique doit être manipulé avec précaution pour qu'on ne puisse pas parler trop vite d'une psychothérapie universelle qui rajouterait des éléments de confusion dont on n'a pas besoin dans cette zone où le nombre des « ni-ni » rend justement le travail difficile. C'est pour cette raison que nous avons proposé, dans un travail de l'ORSPERE⁷, la notion de « pratiques de santé mentale » ; cela signifie que les intervenants du social s'impliquent effectivement de personne à personne, reçoivent les excès

5. S. Freud, *Psychologie des foules et analyse du moi, essai de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 123.

6. Après la destruction de la tour de Babel, la langue « unique » est perdue.

7. Rapport ORSPERE-FNARS, *op. cit.*, p. 49-59.

empathiques et transférentiels qu'ils peuvent traiter pour partie au sein de la relation d'aide qui est la leur, dans le but d'avoir des effets psychiques qui concourent à l'effectivité du travail d'accompagnement. Mais, pour ce faire, il convient que certains éléments de prise en compte du psychologique soient légitimés, professionnellement acceptables, et traitables dans le cadre des dispositifs sociaux. Les excès transférentiels peuvent être aussi traités dans les analyses de la pratique ou via le partenariat avec les soignants, dans un partage des rôles. Les pratiques de santé mentale reconnaissent, répétons-le, des effets psychiques (narcissisme, don, action, pensée, parole, etc.) au travail de l'intervention sociale.

LE MOMENT DE L'INTERVENTION DU TIERS SOCIAL

Lorsque le dépôt de souffrance psychique intoxique (littéralement, du point de vue psychique) la relation de l'intervention sociale, il devient évident que le travailleur social présente à une structure soignée une demande de soins, et là nous revenons au titre de cette communication : « Que signifie une demande de soins par un intervenant social ? » Dans nombre de ces demandes, l'intervenant social est extrêmement soucieux de la limite de son cadre d'intervention et du risque de rejet ou de rétorsions émanant de lui ou de son institution vis-à-vis de la personne usager. Le recours au service d'urgence devient la demande du dépôt urgent d'une situation possiblement mélancolique de désespoir et d'impuissance qui nécessite un repos transféro-contre-transférentiel sans passage à l'acte (sans rejet ni rétorsion).

Les discussions éthiques concernant le secret partagé sont importantes à considérer, voire à théoriser. Elles ne sont pas insurmontables dès lors que l'on se souvient que le secret professionnel est au service de l'usager. À cet égard, discriminer les niveaux de l'intime, du privé et du public permet d'avancer très notablement. Mais cela est un autre point que nous ne traitons pas ici. Nous devons ajouter que le soin peut être authentiquement nécessaire du point de vue le plus classique, qu'il s'agisse de schizophrénies camouflées en « cas sociaux », de dépressions « froides », « chaudes » ou mélancoliques, d'états maniaques ou hypomaniaques, d'épisodes paranoïaques, tout en sachant également le rôle majeur de l'alcoolisme, de ses complications, de l'épilepsie souvent non ou mal traitée, et des pathologies somatiques nombreuses qui assaillent les personnes en grande difficulté sociale avec, à l'horizon, la question de la mort.

L'OUVERTURE DU CHAMP DE LA SANTÉ MENTALE

La santé mentale n'est pas synonyme de psychiatrie, même si les CMP ont maintenant tendance à s'intituler « centres de santé mentale ». Au mieux, ce terme fonctionne comme un euphémisme déstigmatisant, et au pire, comme la confiscation par la psychiatrie d'un champ englobant qui ne lui appartient pas, mais où elle intervient en fonction de ses compétences propres. C'est ainsi, me

semble-t-il, qu'il convient de comprendre le projet de santé mentale annoncé par le ministre Bernard Kouchner (novembre 2001). Le champ de la santé mentale se polarise autour de la préoccupation active portant sur le couple mal-être/bien-être des personnes, qui peut aider à vivre ou empêcher de vivre (pathologies). Une politique de santé mentale consiste dans la polarisation du champ par la préoccupation active de ceux qui sont en charge, chacun dans son cadre propre. Mais les cadres propres empiètent nécessairement les uns sur les autres. C'est dans ce contexte qu'il convient de situer la demande de soins d'un intervenant social. L'exigence devient que chaque métier ait une définition précise et évolutive de la théorie de sa pratique : ainsi peut être garantie à la fois sa spécificité et l'obligation de refuser l'autarcie. Dans ce champ, est-il besoin de le préciser, la place des décideurs politiques fait partie intégrante de « la préoccupation de ceux qui sont en charge », elle est même essentielle sur le plan des choix collectifs proximaux, nationaux et au-delà.

Pascal Bourdon

L'évolution de la demande de soins : l'obligation et la nécessité

L'OBLIGATION ET LA NÉCESSITÉ

Notre société privilégie la rupture, le changement, valorise la technique, l'adaptation rapide et l'immédiateté tout en prônant la communication (qui n'est pas forcément synonyme de transmission). Certaines pratiques médicales, par souci de modernité ou besoin de médiatisation, enfourchent parfois imprudemment ces valeurs. Dans un tel univers, impitoyable comme une série B, abordons un contexte de soins à l'écart de ces valeurs, et que nous pourrions qualifier d'insolite si la situation n'était pas celle d'une obligation et d'une nécessité.

Mon propos sera concentré sur certains aspects de la demande de soins, dans une situation qui associe des frustrations majeures et une disponibilité constante, bien qu'un peu ritualisée. Ces clients que vous devinez banalement singuliers vivent des journées d'une régularité exemplaire, preuve d'une organisation sans faille, peuvent se positionner en consommateurs de nos prestations publiques, directement ou par le truchement d'un tiers. Sur le plan médical, ils présentent peu de pathologies psychiatriques avérées et franches (psychoses) mais, le plus souvent, des troubles de la personnalité d'évolution chronique et des pathologies du passage à l'acte dans des contextes actuels et passés.

Il serait donc possible de parler de nos interventions en maison de retraite pour anciens psychopathes ruraux ou encore de quelque asile, hôpital psychiatrique peu accréditable, sinon historiquement intéressant. En fait, ma fonction de psychiatre de secteur, chef de service et praticien hospitalier en psychiatrie générale, s'est trouvée récemment enrichie de l'organisation des soins et de la prise en charge des détenus d'une maison d'arrêt et d'un centre de détention,

nécessité ancienne par éthique et nouvelle par obligation (à moins que ce ne soit l'inverse).

Contrairement à ce que certains pourraient imaginer après les surprenantes décisions du mois de mars 2002 qui « confièrent » brutalement cette mission aux centres hospitaliers et centres hospitaliers spécialisés de proximité, la description qui suit est avant tout le résultat de notre volonté d'organiser un système de soins ambulatoires auprès des détenus, sans négliger les besoins d'hospitalisation. Cela pour préciser que ce modèle de soins n'a qu'une valeur facultative et locale et qu'il sera autant le fruit du hasard que de la nécessité.

Historiquement, le terrain n'était pas totalement vierge, puisqu'il existait un passé et un passif ; la maison d'arrêt (200 places) d'Auxerre bénéficiait déjà d'interventions psychiatriques, effectuées sans moyens supplémentaires par le centre hospitalier spécialisé dans l'attente du poste de temps partiel sollicité depuis cinq ans. Un temps plein infirmier et un mi-temps de psychologue représentaient les seules certitudes budgétaires de prise en charge quand nous pouvions recruter les personnes. Les hospitalisations étaient et sont toujours réalisées dans le secteur de psychiatrie générale qui a, dans un cadre intersectoriel, la responsabilité des soins psychiatriques auprès des détenus de la maison d'arrêt. Le centre hospitalier général de proximité a la charge de l'unité de consultation en soins ambulatoires (UCSA), complètement distincte des services de psychiatrie.

En mars 2001, les établissements publics, bien dotés à la veille des trente-cinq heures et néanmoins très disponibles du fait de leur souplesse et de leurs moyens, se voient confier la reprise en main de l'organisation et des soins des établissements de détention, baptisés à une époque « chalandonettes ». En ce qui concerne les heureux bénéficiaires icaunais (habitants de l'Yonne), il s'agit du centre de détention de Joux-la-Ville, situé à trente kilomètres et trois quarts d'heure de route vicinale d'Auxerre, sur un site qui n'aurait pas déplu à l'auteur du *Désert des Tartares*. Sur un plateau proche d'Avallon, comme sur une île, cohabitent ainsi quelques surveillants et quatre cents détenus, dont cent vingt femmes.

Les modalités de reprise furent simples : les psychiatres consultant auparavant – à l'exception de l'un d'entre eux, intervenant une journée tous les quinze jours – ayant déserté la forteresse quelques semaines auparavant, il a fallu reconstituer totalement l'équipe de soins, qui se compose actuellement d'infirmiers (sept personnes sur deux équivalents temps plein), de deux psychologues (réintégration de deux personnes sur un équivalent temps plein, embauchées par les prestataires précédents), de trois psychiatres, couvrant l'équivalent d'un ETP (temps partiel plus temps d'intérêt général plus vacataire). Comme à la maison d'arrêt cette équipe est distincte de celle de l'UCSA – l'occasion faisant les larrons –, il fut créé une équipe commune, dite de carceralité, intervenant sur les deux sites. Toutefois, tous les membres de cette équipe exercent pour les deux tiers de leur temps dans d'autres champs que celui des soins aux détenus.

QUELQUES OBJECTIFS

Une pratique de psychiatrie de liaison, voire de réseaux, s'est organisée avec les CDPAT et les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), avec possibilité d'hospitalisation sous une forme, exceptionnellement de contrainte, le plus souvent consentie (par conséquent en SMPR). Fondées sur une approche clinique et une philosophie de prévention, nos interventions se donnent comme but principal de « banaliser » les soins auprès des détenus. Simplement.

DES CONSTATATIONS

Préalablement à l'implantation des équipes, nous avons rencontré les équipes des services pénitentiaires. Cela a permis :

- une réassurance des soignants ;
- de protéger les soignants d'un sentiment de captation par les institutions d'emprisonnement ;
- de préparer l'évaluation des procédures utilisées pour installer les équipes.

Mais notre arrivée dans l'univers de la détention fut vécue comme une invasion et la nécessité d'une vigilance vis-à-vis des phénomènes d'absorption reste de mise. *Car nous sommes confrontés à des processus connus qui font partie de notre histoire hospitalière et qui conditionnent fortement la demande de soins.* Considérons quelques éléments disparates qui semblent faire partie du paysage coutumier des soins en milieu carcéral. Nos prestations rassemblent des particularités qui ne sont pas sans rappeler quelques souvenirs :

- elles s'adressent à une clientèle, une population d'individus qui souffrent et parfois consultent ;
- l'origine de la demande n'est que rarement identifiable (institution ou détenu ?) ;
- le contenu n'est pas formulable dès le premier entretien (souffrance personnelle ou gêne institutionnelle ?) ;
- nous rencontrons des dysfonctionnements de groupe (c'est une alchimie qui dépasse la simple addition des individus), identifiables par expérience hospitalière et dont les soignants s'extraient à peine après plusieurs décennies d'asile psychiatrique ;
- les ambiguïtés de la contrainte imprègnent le soin ;
- le retrait social et affectif est aussi le moment du soin ;
- le soin n'avait pu se faire auparavant par carence, méfiance ou refus ;
- la précarité est omniprésente ;
- la iatrogénie institutionnelle est omniprésente, déformant ou recouvrant les souffrances individuelles.

Malgré ou à cause de ce qui précède, le soin doit aboutir à une resocialisation, même si la guérison n'est pas toujours et complètement au rendez-vous. Certains infirmiers, non sans humour, reconnaissent que l'ambiance évoque étrangement ce qu'ils ont rencontré jadis dans les hôpitaux psychiatriques, notamment du fait des processus institutionnels. Ce retour en enfance psychia-

trique constitue probablement ce qui rebute bon nombre de professionnels, qui se sont convaincus au fil des années de l'absolue nécessité d'un soin ambulatoire. Les lieux du soin et l'amélioration de la santé mentale sont étroitement liés, passant de la contrainte à la demande. Ces deux dernières notions sont encore très souvent un luxe pour personnes qui vont bien. Il faudra bien se convaincre que la santé mentale pourrait aussi exister en des lieux où la précarité et la non-demande s'appuient l'une sur l'autre. À moins d'y exercer uniquement par masochisme particulièrement élaboré !

S'agit-il de l'ultime ironie, de la dernière aubaine ou du dernier paradoxe d'une société qui prétend soigner sans prévenir ? Mais si ce soin doit durablement s'inscrire en milieu carcéral, qui se chargera de veiller à ce qu'il ne soit pas dévoyé par un enfermement légal, qu'il finirait par cautionner, même s'il ne peut plus nous être imputé ? L'irruption du soin dans un milieu clos par nécessité devrait, pour faire sens, être dérangeante, au même titre qu'elle le fut dans les asiles d'aliénés.

Dès lors, une double perspective s'offre à nous :

- rester étranger aux problématiques des établissements de détention, si simples soient-elles (par exemple la mixité) ;
- aborder dans le cadre du devoir de soin quelques aspects des fonctionnements de toute collectivité lorsqu'ils touchent à l'intimité de l'individu (aspect plus particulièrement sensible et porteur d'espoirs thérapeutiques chez les délinquants sexuels, les adolescents).

Mais ne risquons-nous pas, avec notre expérience asilaire et d'enfermement, d'être particulièrement dérangeants en la « ramenant » (en nous mêlant de ce qui ne nous regarde pas) ou *a contrario* d'être rattrapés par notre passé ? Répétition ou devoir de mémoire ? De façon pragmatique, ces quelques perspectives devraient inciter à la mise en œuvre rapide :

- de procédures communes sanitaires et judiciaires concernant l'hospitalisation et l'installation des soins auprès des détenus, quel que soit l'endroit ;
- de formations conjointes sous forme d'accès aux principaux concepts psychopathologiques et d'aide aux aidants.

Cela pourrait faire l'objet d'une conception de l'organisation des soins, de modalités d'intervention et d'évaluation rapprochant la médecine pénitentiaire d'une pratique de psychiatrie de liaison qui maintiendrait l'esprit du soin à une juste distance des néo-tentations carcérales.

POUR NE PAS CONCLURE...

Il semble que la population des détenus, s'il n'est pas certain qu'elle présente une morbidité différente de la population générale, pourrait par contre « offrir » une réflexion psychopathologique et un enseignement clinique très riches, à l'image du creuset qu'a pu être à une autre époque l'hôpital psychiatrique, quand il s'est agi de réfléchir sur la psychose par exemple. La « nouvelle » psychopathologie trouverait certainement de riches enseignements à se confronter *in vivo* à ces semblables si précarisés dans leur intimité et dans leur lien à l'autre.

Jacky Sauzeau

Droit de soigner et responsabilité du professionnel : quelles obligations ?

Mon point de vue est celui d'un professionnel de l'intérieur qui a été soignant, puis enseignant et qui, aujourd'hui, œuvre en tant que membre d'un département qualité au sein d'un centre hospitalier en psychiatrie. Par ailleurs, je préside une association professionnelle infirmière (Comité d'études des formations infirmières), laquelle collabore avec d'autres associations pour la mise en place d'une spécialisation infirmière en psychiatrie et en santé mentale.

Depuis quelques années, il existe dans le monde de la santé une forte incitation, notamment législative, à plus de participation, plus de citoyenneté, plus de démocratie, plus de qualité, plus de visibilité, ce qui ne veut pas dire pour autant transparence. Tout cela se traduit par plus de présence des usagers et des professionnels dans les affaires de l'hôpital, et revêt un caractère inéluctable.

Par ailleurs, le soin devient un bien de consommation qui modifie la relation soignante vers une relation de service évoquant la relation « client-fournisseur ». Relation que l'on veut qualifier, mesurer et pour laquelle l'utilisateur manifeste de plus en plus d'attentes et d'exigences à satisfaire immédiatement, occultant quasiment le temps du soin. De même, l'autorité des professionnels est de plus en plus contestée par des usagers mieux informés, plus nomades, plus organisés, plus cultivés. Le malade que l'on croyait patient devient usager, voire citoyen.

Ensuite, l'accréditation, pas forcément désirée par les professionnels, nous oblige à montrer que nous sommes de bons professionnels et que nous travaillons bien ensemble pour le bien-être du patient. À ce titre, il faut admettre que si nous avons une culture qualité individuelle (les infirmiers ayant toujours été très soucieux du bien-faire), il n'existe pas pour autant de culture collective d'un management de et par la qualité.

Enfin, cette accréditation vise à initier dans nos établissements des démarches qualité qui remettent en cause fondamentalement l'organisation verticale et la logique de service des hôpitaux, obligeant par là même les professionnels à de nouveaux apprentissages individuels et collectifs. Tout cela déplaît à la nature humaine, qui a horreur du changement et qui vient interpellé les rapports de pouvoir à l'hôpital. Cependant, nous sommes condamnés à évoluer, même si nous ne sommes pas les initiateurs de cette révolution culturelle.

Aussi est-il utile de reposer la question du rôle des professionnels infirmiers, de la mission du service infirmier et des conséquences que cela revêt en termes de devoirs, de droits et de responsabilités. Nos devoirs sont aujourd'hui de bien accueillir – au sens de prendre soin – des personnes qui se confient à nous ou qui nous sont confiées, en ayant conscience que le soin à l'autre est aussi une prestation de service. Donc, nous devons soigner et bien soigner selon les règles de l'art ou, du moins, en nous référant à de bonnes pratiques, reconnues et validées par la profession, tout en rendant compte de ce que nous faisons.

Bien soigner, aujourd'hui, c'est aussi bien informer le patient et sa famille en donnant un éclairage suffisant pour plus d'autonomie et en intégrant que le soigné veut savoir et donner son avis. À ce titre, la maladie mentale, maladie de la relation à l'autre, doit être considérée comme une autre maladie, mon expérience m'a enseigné qu'il demeure toujours une partie saine qui s'oppose à la partie malade. Notre devoir de professionnel, c'est aussi, après vingt-cinq ans, d'assumer l'autonomie qui nous est reconnue à travers le rôle propre de l'infirmier. Celle-ci doit s'affirmer par le développement de capacités relationnelles et d'une maturité émotionnelle nous permettant de nous engager dans la relation soignante au sens psychothérapeutique du terme, individualisée et personnalisée.

Pour autant, ce potentiel thérapeutique de l'infirmier en psychiatrie ne pourra s'exprimer que si des droits lui sont reconnus par la communauté, et en premier lieu si l'on considère que derrière chaque professionnel il y a une personne. Il est bon de rappeler cette évidence en période de gestion des ressources humaines, gestion qui nous paraît plus souvent relever de l'administration des choses que du gouvernement des hommes. Cette reconnaissance suppose bien sûr les moyens de remplir notre mission dans le cadre d'une organisation des soins et d'un travail de qualité qui prennent « soin » des soignants et qui favorisent leur développement professionnel, que ce soit dans le cadre d'une régulation, d'une supervision, d'une formation, de l'accès à la littérature professionnelle. En quelque sorte, le droit à un temps pour penser les soins et le travail.

À ce titre, il est primordial que les actes infirmiers en psychiatrie soient réellement reconnus, dans le cadre du nouveau décret de compétences infirmières, en termes de soins et non pas de surveillance de ceci ou de cela. De même, la participation des infirmiers aux décisions qui les concernent, que ce soit dans les soins ou dans le travail, est un droit élémentaire qu'il est bon de rappeler à l'ère de la participation et du partenariat. Les usagers en santé mentale ne seront réellement reconnus que le jour où les professionnels infirmiers qui les prennent en charge le seront, professionnellement et socialement parlant.

Enfin, pour terminer avec les droits, tout soignant doit pouvoir être protégé et défendu par son institution, notamment quand il est victime d'agressions. Aujourd'hui, les incivilités et les violences au travail sont nombreuses et inacceptables à l'encontre des soignants, tant de la part d'usagers confondant droit aux soins et toute-puissance, que de supérieurs plus soucieux d'exercer le pouvoir que de faire autorité.

Entre l'exigence relevant du devoir et l'attente découlant du droit, il y a la reconnaissance du service infirmier, partenaire institutionnel identifié comme un prestataire de soins médicaux et infirmiers, attaché à des valeurs humanistes qui en ont fait la grandeur. À ce sujet, il semble que l'intégration du directeur de soins à l'équipe de direction ait créé une perte de repères professionnels au sens où l'infirmier général apparaît bien souvent comme un directeur des ressources humaines bis, éloigné des préoccupations cliniques.

Pour un service infirmier acteur et auteur, il est de la responsabilité de l'infirmier citoyen d'investir dans le cadre des relations sociales à l'hôpital toutes les instances qui concourent à la vie de l'établissement (conseils de service, CSSI, CA, CME). Pour favoriser cet engagement, il serait bon que ces compétences sociales requises soient initiées en cours de formation initiale.

De même, face à l'individualisme ambiant et la reconnaissance discrète des associations professionnelles infirmières par les pouvoirs publics, il paraît de la responsabilité des infirmiers de retrouver un sens du collectif, même si la profession a beaucoup de difficultés à s'unir. Pour autant, chaque association est une pierre à l'édifice professionnel et les grands acquis infirmiers l'ont été pour la plupart par la « militance » associative.

Cependant, force est de constater que dans le débat actuel, sur les droits des malades, sur l'avenir de l'hôpital, les infirmiers sont les grands absents, même si d'aucuns œuvrent pour cette affirmation. Cette absence provient pour une part d'un rôle propre qui tarde à s'affirmer et donc de prestations de soins qui ne sont pas toujours bien identifiées, notamment dans le domaine des soins psychiatriques. De même, peu d'évaluations de ces soins sont disponibles. Il appartient au service infirmier et à ses cadres de développer des outils de mesure, en favorisant par exemple les enquêtes de satisfaction auprès des usagers, qui sont de nature à faire progresser et reconnaître la prestation infirmière. Le patient peut nous aider à valoriser ce que nous faisons et amener l'établissement de santé à considérer le binôme soignant/soigné comme étant le véritable « client » de l'institution hospitalière.

L'engagement professionnel suppose de vouloir être présent dans les lieux et instances où les décisions relatives aux soins et à la profession sont prises, cela dans le cadre de politiques de soins infirmiers clairement énoncées, tant dans leurs dimensions conceptuelles que thérapeutiques ou organisationnelles. En qualité de professionnels, nous ne pouvons nous contenter d'être concernés, il nous faut aussi être impliqués, faute de quoi d'autres sauront décider ce qui est bon pour nous.

Jean-Paul Lanquetin

L'agitation en psychiatrie : quels repères pour quels soins ?

Devant la complexité du phénomène avec ses aspects psychopathologiques, psychodynamiques, institutionnels, traiter de l'agitation correspond à traiter de notre réalité d'infirmier en situation. Dans notre clinique infirmière, nous retrouvons des états d'agitation dans une gamme importante de pathologies. Du Moi sans enveloppe dans l'accès hypomaniaque de la psychose maniaco-dépressives à l'état délirant manifeste, mais aussi dans les pathologies déficitaires et les organisations prépsychotiques ou caractéropathiques, ou encore dans l'augmentation des pathologies astructurées avec leur majoration dans les désinhibitions liées aux ivresses alcooliques ou toxiques, les degrés de conscience sont très divers. Il faut donc évacuer l'illusion d'une causalité linéaire et, devant l'aspect forcément polysémique, proposer une définition plus transnosographique qui se base sur des invariants. Prenons la définition générique du *Petit Robert*, qui définit l'agitation comme « un état de ce qui est agité, parcouru de mouvements irréguliers en divers sens ». On note un ajout pour la définition psychiatrique de l'agitation qui serait alors « une manifestation extérieure, physique et motrice, d'un état d'excitation ». C'est donc bien un état d'excitation interne qui se manifeste par le corps, autrement dit le pulsionnel prédomine sur la pensée.

LA QUESTION DEVIENT ALORS : QUI S'AGITE, QUAND ET COMMENT ?

On peut dire que chaque malade peut présenter à un moment ou à un autre un état d'agitation, suite à un interdit posé par le personnel soignant ou suite à un sentiment, fondé ou non, de ne pas être compris ou entendu, sentiment qui prend alors un écho particulier avec la pathologie elle-même. Nous pourrions

émettre l'hypothèse qu'il y a eu, dans la prise en charge collective, une rupture de la chaîne associative « penser/dire/agir ». Du coup, par l'absence de paroles, par la rupture de communication verbale, un élément de compréhension n'a pas pu être mentalisé par le malade, comme le rejet d'une permission, le refus d'une cigarette, la non-disponibilité de l'infirmier, la modification d'un traitement, voire encore un rappel au cadre vécu dans une frontalité cassante, éléments qui viennent réactiver la difficulté intra-psychique.

Les modèles les plus retenus pour expliquer l'agitation sont liés soit :

- à une frustration dans le modèle pulsionnel ;
- à la situation infantile et régressive de l'hospitalisation dans le modèle socio-génétique ;
- à la promiscuité, au territoire dans le modèle environnementaliste ;
- aux modèles psychopathologiques impliquant le profil psychologique du sujet.

Pour autant, aucun modèle ne paraît surdéterminant. On dira qu'il n'y a pas un élément déclenchant qui produit de l'agitation mais plutôt une succession d'éléments du quotidien qui l'ont provoquée, en interaction avec l'état émotionnel du patient. Vient alors l'hypothèse, plus souvent explorée aujourd'hui, qu'une agitation ou une situation de violence constitue le plus souvent la résultante d'incidents évoluant à bas bruit et non pris en compte ou repérés : l'idée d'un construit. Il s'agit d'un repérage d'éléments de l'avant-crise qui pose pour l'infirmier la question de la prévention : il doit se placer dans *une double tension, une tension de programmation de soins et une tension de réactivité*¹ aux événements, à l'ambiance. Alors, quels repères utilise-t-on dans nos pratiques quotidiennes en intra-hospitalier ?

Effectuons une incursion à partir d'un état des lieux. Nous sommes un début d'après-midi, aux environs de 13 heures 30 devant la porte du pavillon de psychiatrie générale de mon CHS de province. Mon passe, ce sixième doigt de ma main d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP), ce « sésame » de la maîtrise de l'espace, s'engage dans la serrure – passage du seuil du dehors au dedans, délimitation du périmètre, zone de la permanence. L'enveloppe familière de l'unité délivre alors ses messages et ses premières informations (qui varient bien sûr suivant la culture, l'architecture et la superficie des services). En fait, il s'agit des premiers repérages qui se dessinent : une tension sourde, diffuse, confuse qui vient du groupe patient déploie ses signes avec leur cortège de résonances contagieuses. Les enveloppes sonores parlent – silences ou plus sûrement éclats de voix aux accents définitifs, claquements de portes, déambulations bruyantes, à la recherche d'un caféisme ou d'un tabagisme dont on perçoit qu'il ne peut être qu'imminent. On peut entendre une accélération des pas dont on devine une destination incertaine, une exposition aux collisions. Les lieux d'accueil habituels ne répondent plus à la mise en dérive de la tension interne. C'est le patient qui ne cesse de changer de chaîne de télévision, d'entrer et de sortir, de

1. M. Monceau, *Soigner en psychiatrie, entre violence et vulnérabilité*, Paris, Gaëtan Morin, 1999, p. 116.

demander ou d'allumer une cigarette avant que la précédente ne soit consommée. Ailleurs, c'est l'espace sonore qui est attaqué, relayé par le volume prononcé des appareils audio. Quelques voix s'élèvent pour pointer cette attaque du non-respect de la tacite règle commune, mais elles se taisent illico ou alimentent le processus. Les patients contenus tapent à leur porte de chambre, sporadiquement, désespérément, rageusement, dans cette codification d'un registre si particulier dont un patient dira qu'elle reste justement une manière de ne pas rester isolé, cette expression étant à entendre, pour lui, comme le langage de la manifestation résiduelle de l'enfermement. Sa fréquence, son volume ou son absence ayant valeur de signes cliniques des vécus, de l'acceptation du cadre. Dans l'unité, les demandes des patients s'amplifient, se font fébriles, pressantes, répétitives, débordant ici sur le temps de la relève, s'immisçant dans ce moment et dans cet espace. Parfois, on observe une agglutination de patients dans le hall ou, au contraire, un regroupement dans les lieux les plus périphériques, d'où nous viennent des échos éloignés.

Signes objectifs, éléments subjectifs mais qui s'appuient sur de l'objectif. Un sentiment de malaise se dessine, l'appréhension gagne les nouveaux venus car cela n'est pas habituel, ce n'est pas comme les autres jours...

EXCITATION GROUPELE, DIRAIS-JE ?

Phénomène de compression des volumes évoquant la nécessité de maintenir une pressurisation. Une envie, pour l'infirmier, d'ouvrir les portes pour que l'excitation dégage ailleurs... Une envie de pouvoir jouer avec les volumes qui lui évitera de prendre sur lui cette fonction de réguler la pression.

Le temps de la relève est là. Un moment qui permet de passer du perçu à la vérification auprès de l'équipe. Des perceptions mises en mots par les collègues : « Ça craint, c'est lourd, c'est tendu, il y a de l'électricité dans l'air, c'est explosif... », ou les expressions : « Ils brassent, ils montent, ils grimpent ... » On est averti, prévenu en quelque sorte autour de la constitution de ces éléments repères d'avant-crise, de cet état précurseur où le patient est différent. Il présente un état de tension croissante liée à l'installation d'une réactivité excessive. Il y a une sorte d'état d'alerte, et on retrouve un état de non-quiétude du groupe soignant. C'est une période d'insécurité accompagnée d'éprouvés particulièrement communicatifs aux soignants. D'ailleurs, les dossiers de soins infirmiers (DSI) et les cadres de soins sont alors consultés avec une attention particulière. Une attention qui vaut actualisation de nos repères : où en est-on de nos actions ? Seront-elles suffisantes ou à réévaluer ? Les étudiantes infirmières, les intérimaires infirmiers éventuels, extérieurs à l'équipe, questionnent, interrogent sur le niveau de normalité : « Est-ce toujours comme cela ? » La question posée serait : « Dois-je m'inquiéter, moi aussi ? » Il arrive quelquefois que l'on interrompe la relève sans savoir précisément sur quel patient intervenir.

Ces jours-là, d'autres signes du fonctionnement institutionnel s'activent. Souvent, les autres catégories professionnelles regagnent leur lieu d'attribution, renforcent leur clôture et étirent ce temps de séparation fonctionnelle définissant

de manière implicite ce *no man's land*, laissant soignants et soignés dans une frontalité, ou il nous restera à recréer un abord basé plutôt sur une obliquité. D'ailleurs, l'infirmier anticipe en demandant au médecin : « Et en cas d'agitation, que fait-on ? » Dans la plupart des cas, il y a une prescription médicamenteuse : « En cas d'agitation, injection de... ». Quand l'infirmier demande : « Que fait-on si le patient s'agite ? », en fait, il fait part de son inquiétude parce qu'il doit *agir* (obligation de répondre). Derrière cette demande, il y a la question : « Comment prévenir la crise que je sens poindre ? Comment éviter d'en arriver là ? » Est-ce que constater le nombre de « en cas d'agitation » sur les feuilles de prescriptions médicales pourrait être un indicateur de la représentation psychique des états d'agitation dans les services de psychiatrie ? Leur nombre et leur addition pourraient-ils alors constituer un indicateur du niveau de tension ou d'inquiétude ? Comme pourrait l'être également le niveau de fermeture retrouvé dans l'unité ? L'infirmier interroge la prescription comme si elle pouvait être *la solution*, alors que nous savons tous que ce n'est qu'un élément de la solution, *la prescription ne dégageant pas de la prise en main*.

L'institution elle-même trouve ses solutions par l'instauration de protocoles, d'outils de sécurité (alarmes...) et d'interventions, généralement masculines, quand il y a échec de la contention des signes avant-coureurs. En tout cas, il faut aller voir de plus près, « prendre la température », recenser les sources de tension, aller chercher des éléments de compréhension. Nous intervenons quelquefois sur le groupe, les sous-groupes pour évaluer les *possibilités de ré-individualisation*. Nous allons au contact direct des patients. Il s'agit d'affirmer notre présence, de renouer avec une position d'immersion dans le groupe soigné. Il s'agit d'un holding, de faire en sorte que l'enveloppe contenant des soignants tapisse à nouveau les murs de l'unité. C'est notre fonction de permanence de l'objet qui a tendance à fondre devant la prégnance de la tâche. Il nous arrive d'intervenir indirectement sur le ou les auteurs en intervenant sur le groupe, en mettant en dérivation l'attention des spectateurs sur une autre scène. Il s'agit en fait de sécuriser le groupe et d'augmenter ses propres capacités de régulation, d'autorégulation, son seuil de tolérance, d'aider à la constitution d'une histoire collective qu'il est beaucoup plus difficile de maintenir dans les faits. Il est question ici de la rotation élevée des admissions et de son corollaire, la baisse de la durée moyenne de séjour (DMS).

L'évaluation prioritaire reste : « Quel patient serait concerné ? » et mène à la recherche du ou des acteurs principaux et leur recensement. Notre action serait de proposer une réponse individuelle pour tenter de freiner la communication de l'excitation et de ses effets ricochet. Pour cela, nous allons au-devant de chaque patient pour dialoguer, comprendre, avec la question qui serait : « Qu'est-ce qui se passe aujourd'hui en vous ? » Dans ce cas, l'infirmier fait appel à la parole. Une parole qui peut donner lieu secondairement à d'autres paroles, à un entretien, à une prise en compte.

NOUS SOMMES AMENÉS À TENIR UNE POSITION TIERCE
ENTRE LE PATIENT ET LES CAUSES

Cette représentation du tiers agit comme un pivot dans notre fonction d'infirmier psychiatrique : tiers médiateur, tiers modérateur, tiers conciliateur, tiers séparateur... Dans tous les cas, il s'agit de contribuer à la mise en représentation de la souffrance du patient et, à travers l'expression du symptôme, lui proposer de regarder *sa part de responsabilité* dans ce qui lui arrive, puis, au final, contribuer à son élaboration en problématique. Dans notre pratique, la référence à l'équipe, au mandat, a cette fonction de nous légitimer et fait alors tiers dans notre relation.

De même, on peut remarquer que, lors des situations de fortes tensions, de pré-agitation, lorsque nos capacités contenantes sont mises à mal, attaquées, débordées sous l'emprise émotionnelle, il se forme une collusion entre le « Moi professionnel » et le « Moi personnel ». Le temps de cette collusion est souvent le lieu d'une augmentation de la présentation exaltée, voire le moment productif d'un geste agressif. Cet instant agit comme un *effet de bascule*.

Ce repérage effectué nous rappelle alors la nécessité d'être à deux dans ces quelques situations pour limiter la figuration frontale qui donne appui à l'exaltation et, dans ce jeu retrouvé de triangulation par la présence d'une tierce personne, se dégager d'une emprise. Il s'agit aussi de repérer, pour en limiter les effets, les manifestations de l'identification projective, dont un des premiers signes pour l'infirmier se traduira par l'atteinte à sa capacité de penser, la perte de la fluidité associative. De manière générale, les malades expriment le vécu d'un droit que l'on supprime ou les effets de la gestion des contraintes liées aux hospitalisations sans consentement. Dans ces cas-là, on peut parler d'un bouleversement dans le cadre réel et, du coup, des repères. Par exemple, le ou les patients diront, quand le balcon doit resté fermé : « On étouffe, on ne respire plus » ou, autre cas de figure : « Le repas était dégueulasse, il n'y avait plus de café à midi, la télé est en panne », et il a manqué quelqu'un pour s'en inquiéter rapidement. D'autres fois, il s'agira simplement d'atténuer les effets des paroles provocatrices, quand la proximité vire à la promiscuité. Dans ces moments où les effets de la concentration topographique viennent attaquer le droit à l'intimité de chacun, à travers la possibilité de se soustraire momentanément au regard de l'autre.

On retrouve un patient qui ne veut pas partager la chambre, un autre qui ne supportera pas le symptôme du voisin ou sera envieux de son cadre d'hospitalisation, etc. Des éléments qui peuvent alimenter une poche persécutoire, une frustration non mentalisée. D'autres fois, l'excitation des patients prendra appui sur la réalité du contexte architectural, une salle de bains pour vingt-quatre malades, une salle télé avec six places, pointant alors, peut-être, des lieux différenciateurs pas suffisamment marqués... Certaines agitations récurrentes peuvent être interrogées comme mode de fonctionnement, avec à la clef l'obtention de bénéfices secondaires. L'exemple de l'enfant qui s'agite peut servir de modèle de pensée et renvoie à notre fonction de pare-excitation. Et nous savons que la position d'hospitalisé crée une situation de dépendance infantile et

favorise une régression. Mais cette évaluation et ces interventions sur le groupe et les réponses individuelles sont-elles toujours possibles ?

AVONS-NOUS TOUJOURS LES MOYENS ?

En nous arrêtant sur ce point, nous constatons qu'il est difficile d'évaluer la charge de travail en fonction d'une stricte rationalisation clinophilique : ce comptage de la charge par lit occupé. En psychiatrie, nous savons que deux ou trois usagers peuvent utiliser et mobiliser, à un moment donné, la quasi-totalité des réponses et des disponibilités soignantes présentes. Avec les effets de contagion, la réticularité, l'amplitude et la rapidité des fluctuations de la charge de travail restent à nos yeux une difficulté centrale de la pratique infirmière en intra-hospitalier.

Le temps intra-hospitalier oscille entre la crispation temporelle de l'urgence ainsi constituée et un temps tourné plutôt vers l'étirement synchronique. Nous sommes, dans ces moments-là, appelés à travailler sur un fil qui a tendance à s'amenuiser. La priorité devient l'évaluation des opérations à effectuer, c'est-à-dire le regroupement des tâches techniques et relationnelles liées à un travail de décodage et d'évaluation : « Qui vais-je rencontrer... dans quel ordre de priorité... quel outil... quelle reprise... pour prévenir ? ». Une planification de la charge physique devant s'organiser avec la charge fixe du quotidien : organisation du service, soins infirmiers prescrits, soins infirmiers programmés... L'évaluation de la charge en soins ne devrait-elle pas être la résultante des impératifs habituels du service pour sa gestion quotidienne et de la prise en compte de l'état de situation de tension, ou, plus généralement, de cette part d'imprévisibilité comme dimension permanente du soin ? Pour prévenir une crise, il faut donc impérativement dégager du temps pour être sur le groupe ou avec le patient. *Prendre du temps pour mettre en pensée ce qui se passe.*

C'EST UNE QUESTION DE CLINIQUE

Lorsque ces temps humains sont absents, c'est-à-dire le temps de la relation, il y a surcharge avec augmentation de l'inquiétude. En allant un peu vite, l'infirmier perd sa capacité à contenir, à prévenir, à anticiper, c'est-à-dire à prendre soin. La charge psychique, la tension, le stress deviennent pesants. Dans ce sens, les conditions de travail sont attaquées. Nous sommes soumis alors à une constante obligation de réponse, où nous perdons notre capacité d'anticipation. La journée de travail s'écoule et l'on se sent vidé. Le travail réalisé reste alors modeste, l'adaptation à la tâche primaire a été bousculée. L'entretien infirmier avec Hubert a été interrompu, puis reporté ou annulé. La famille de Jacques n'a pas trouvé de disponibilité pour répondre à ses questions. Mon travail d'écriture est resté improductif. La perfusion de Jeanne s'est résumée à la pose du flacon. Peu d'éléments cliniques à rapporter pour aujourd'hui, *et pourtant...*

Ces éléments cliniques sur le groupe trouvent difficilement leur place dans le dossier de soins infirmiers et dans nos outils de soins individualisés en général.

Pour parler de ce travail préventif de désamorçage, ce travail d'ajustement au plus près d'une réactivité soignante, Madeleine Monceau² parle de fonction de régulation. Elle la définit comme l'ensemble des mécanismes mis en œuvre pour modérer, ordonner, pacifier, contenir, permettre le maintien de l'équilibre interne, la coexistence ou le vivre ensemble. Pascale Molinier³ parle de « l'invisible travail des infirmiers » et de ces « savoir-faire discrets » ; des *missions flottantes*, déléguées de fait à la permanence infirmière, mais assurant paradoxalement la stabilité de l'ensemble.

Cette zone ne mériterait-elle pas d'être transformée en outil et de permettre ainsi un travail de prévention ou de neutralisation des acmé anxieuses et de leurs montées pulsionnelles ? L'image qui me vient quand je prends mon service en unité intra, c'est d'être un peu un chauffeur de bus, ou un skipper pour ceux qui préfèrent la métaphore marine. Dans les deux cas, ma mission est d'assurer le transport mais surtout d'amener tout le monde à bon port. Pour cela, il me faut veiller à ce que le climat relationnel soit propice au bon déroulement du voyage, tenir compte des codes, des stations et de la météo. J'anticipe les virages et je lève le pied à la vue des ralentisseurs. Bref, tout le contraire d'une conception « Orangina » (avec l'imagerie qui s'y associe).

Prenons une autre image qui fait partie de nos références professionnelles collectives, un peu mythique et fondatrice. C'est l'image du patient plutôt imposant, genre bûcheron canadien, « la puissance de sa voix, ses trépidations, la table qu'il renverse et la chaise qu'il brandit nous montrent qu'il n'est plus maître de lui-même » ; l'inquiétude nous gagne... et nous voyons notre collègue infirmière (si possible jeune, frêle et menue pour les besoins de l'image) se lever, s'avancer vers lui à mains nues avec sa seule compétence pour bagage et trouver les mots justes, le ton apaisant, la fermeté dissuasive, pour *mettre des notes sur la partition, des paroles sur la musique*, passer de *l'agitato* à *l'allegro*, du *moderato* au *molto*. Quelle technique aura-t-elle utilisée ? Celle des petits pas qui accompagnent, sans la diriger, l'expression de la décharge tensionnelle, celle du « puising » qui absorbe, enveloppe les éclats les plus sentencieux, ou l'utilisation d'une position basse qui lui permet de sortir de l'asymétrie des places en réinstallant une réciprocité ?... Quel registre aura-t-elle déployé ? Ce mouvement du regard qui se détache des extrémités des membres pour soutenir, tenir et contenir. Aura-t-elle joué d'une présence silencieuse dans un au-delà des mots, un non-verbal, en attendant que le trop-plein s'évacue, que les émergences sauvages se dissipent ? Ou aura-t-elle psychodramatisé son mode de réponse ? Se sera-t-elle « inspirée », pour soutenir son action, du modèle de l'objet « détruit-trouvé » de Winnicott⁴ – l'idée que « l'objet est toujours en train d'être détruit, attaqué » et que c'est de sa capacité à survivre, c'est-à-dire à rester permanent et stable, sans exercer de représailles (détruire à son tour), qu'il

2. *Ibid.*

3. P. Molinier, « L'invisible travail des infirmiers », *Santé mentale*, n° 42, novembre 1999, p. 44.

4. P. Bruckner, *L'euphorie perpétuelle – Essai sur le devoir du bonheur*, Paris, Grasset, 2000, p. 186.

pourra se constituer en objet externe pour le sujet ? Le sortant de l'alternative « moi ou lui » (dialectique que toutes les guerres ont réinventées), le patient cherche à être *contenu*, ce qui est différent de chercher à avoir une *contention* (matérielle ici). Il ne s'agit pas de réduire dans le sens d'annuler, mais de faire en sorte qu'il reste un espace d'expression acceptable : contenir, absorber sans annuler, abraser et en laisser des traces vivantes.

Mais pour que notre infirmière ait pu mener à bien cette action d'amortissement et d'absorption du tumulte de l'état de tension du patient, il a fallu un *préalable organisateur*. Celui d'avoir pu nouer au plus tôt un *échange significatif* avec le patient. Appelons-le intentionnalité soignante, rencontre, engagement, il s'agira toujours d'un temps de *prise en compte* de l'attente, d'un éprouvé de la sensibilité à autrui, d'un ressenti des vitalités résiduelles, d'une personnalisation de l'offre qui évacuera la vacuité relationnelle, la relation blanche, ou ce que Oury nomme le fatras des conventions. Portés ici par des investissements soignants individualisés qui peuvent trouver leur expression dans les actions du projet de soins individualisés, le patient et nous, pourrons plus facilement nous repositionner sur cette accroche. L'ensemble de ces « savoir-faire discrets » a une particularité, « c'est l'invisibilité de leurs actions qui est gage de leur réussite », et ils ne deviennent visibles que dans l'échec de leur déploiement.

À CE STADE, QUE NOUS DISENT LES PROTOCOLES ?

Le protocole vient après, il traite mais ne prévient pas, comme si l'organisation pensait le prescrit mais ne prenait pas en compte l'émergence de l'urgence. Ne serait-il pas nécessaire de travailler l'avant, l'interposition, l'interstitiel⁵, valoriser les espaces de désamorçage pour ne pas en faire des espaces sans soutien et, au final, pour diminuer les manifestations de l'après avec ses éclats bruyants ? Les protocoles nous aident à l'amélioration des *contenants*, et du contenant de la profession infirmière, mais n'abordent pas les *contenus*, dont nous avons besoin. Contenus à formaliser, à faire exister sur le papier. Ainsi, le travail infirmier supposerait de faire les bons choix au bon moment entre prescrit et urgent, entre organisation du travail et besoin du patient, entre tâche et régulation.

LE CHOIX EST-IL TOUJOURS POSSIBLE ?

Entre le prescrit, exécution d'une consigne d'un côté et obligation de faire de l'autre, il y a au milieu la réalité de notre exercice et la question qui serait : « Comment l'exécute-t-on ? » Le « comment » ferait appel à un mélange d'initiatives et de compromis propre à chacun afin de contractualiser une solution

5. R. Roussillon, « Espace et pratiques institutionnelles – Le débarras et l'interstice », dans *L'institution et les institutions* (collectif), Paris, Dunod, coll. « Institution et culture », 1988, p. 157.

avec le patient. « Entre ce qu'on nous demande et ce que cela nous demande. » Ce qui pourrait également être une définition du rôle propre infirmier pour cette version narcissisée de la fonction dans sa valorisation artificielle. Est-ce que le rythme des tâches va me permettre d'exercer mon savoir-faire et mon savoir d'action ?

En tout état de cause, cette zone ainsi constituée dans l'écart de ce qu'on nous demande et de ce que cela nous demande reposera sur le concept de « l'ordre négocié » développé par A. Strauss⁶. C'est tout ce travail de prévention des désordres, fait d'initiatives, d'inventions, de réactions aux petits riens du quotidien, de temporisation, d'anticipation, d'attention, de vérification, d'observation, de liberté de jugement, d'ajustement de consignes, de négociations, encore et enfin, pour cette part déniée de notre réalité de travail. Bref, un espace de latitude individuelle dans l'obligation du faire, dans l'obligation de régir ce qui nous échoit. C'est aussi l'exemple du comment faire une injection à un patient hostile et sous contrainte, *avant la limite de la coercition*. Domaine qui relève d'une « expérience sensible » pour P. Molinier⁷, d'un « principe de délicatesse » pour P. Bruckner⁸ quand il parle de « retrouver une relation de civilité sachant concilier déférence et souplesse pour déjouer l'agressivité, fluidifier les contacts et les brassages humains, la co-présence ». On retrouve la toile de fond, l'arrière-pays, tout le ciment d'un travail sur les perturbations de la « relation d'attachement⁹ » qui jette les bases d'une mise en confiance. Celle-ci favorisera la compliance au traitement et proposera une modélisation d'un mode de vie en commun.

Elle continuera à se travailler dans l'axe contrainte-acceptation-assentiment-consentement. Enfin, il s'agit de la réunion d'éléments concourant à une « qualité d'ambiance relationnelle¹⁰ ». Mais, il faut toutefois accepter que parfois *le pulsionnel reste à l'état brut*, direct, mettant en échec nos tentatives de mise en dérivation. La contention s'impose et devient l'action sur le corps du patient. Notre pratique devient une pratique à bras le corps, au *corps à corps*, quand *l'accord a fait défaut*. C'est la réalité du rapport de force, de la mesure coercitive passagère (limitation de la mobilité, isolement, traitement, etc.) pour corriger l'excès de réactivité, poser la limite qui est la nôtre à ce moment de cette présentation, quand *accepter le patient n'est pas tout accepter du patient*. C'est la maîtrise physique de l'agitation, similaire à certaines situations d'admission où il s'agit d'approcher son corps, le saisir, le tenir pour limiter sa motricité. Être tenu pour sentir que l'on tient à lui, pour ne pas être victime d'un lâchage – holding de quelqu'un qui chute. Ici, un contact, un toucher peuvent suffire à calmer, le geste

6. A. Strauss, *La trame de la négociation – Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 1992.

7. P. Molinier, *op. cit.*, p. 47.

8. P. Bruckner, *op. cit.*

9. Comité d'étude sur les formations infirmières (CEFI), Association nationale des infirmiers et infirmières diplômés d'État (ANFIIDE), *Une spécialisation en santé mentale et en psychiatrie : pour qui, pour quoi ?*, Propositions, septembre 2000.

10. G. Anselme, J.-P. Lanquetin, P. Quinet, « Les soins infirmiers en intra-hospitalier », *Soins psychiatrie*, n° 194, 1998, p. 24.

entourant et posé venant fait rupture avec le vécu d'agression. Là, l'injection pratiquée agit instantanément, avant toute cinétique du médicament, comme si le malade amorçait un début de distanciation avec son agi. Dans ces situations, il me paraît important d'être coude à coude, pas d'avoir les coudées franches. Enfin, il existe ces moments où nous sommes débordés par l'expression violente du patient agité (ou ressenti comme tel) et contaminés par son effet désorganisateur.

LÀ, LA PEUR EXISTE

Quand elle n'a pas totalement envahi notre espace psychique, on utilise la parole dans une sorte de congruence avec l'action. Une parole qui accompagne, qui commente, explique, faisant rupture avec la scène violente, qui est toujours une absence de mots, de paroles. Nous pouvons observer que parfois la mise en contention se transforme en scène ludique, engageant alors un contact chaleureux, pour l'un comme pour l'autre, sans doute distancié de nos fantasmes réciproques de dangerosité. On observe régulièrement que, dans l'après-coup, le patient revient parler avec des souvenirs précis avec les infirmiers qui ont agi et, à distance, évoquer cette scène comme inaugurale de la relation établie ou comme moment toujours fort.

EN TOUT CAS, LE PATIENT ENREGISTRE NOTRE ACTION

Dans le cas d'une agitation dans son unité de soins, la loi sectorielle nous mettrait dans le souci en quelque sorte de penser l'après, d'anticiper la construction thérapeutique, et donc nécessairement d'investir la relation. « C'est notre patient », dit-on d'ailleurs dans une *constante d'appropriation*, et l'action aujourd'hui, ici et maintenant, déterminerait demain. On rappelle que 90 % des agitations d'entrée ne donnent pas lieu à récurrence. Mais il se peut que la peur s'installe, disséminant son incapacité à penser, envahissant la psyché du ou des soignants, attaquant nos capacités, apportant ses contenus d'angoisse et de déliaison.

Et là, il paraît légitime d'avoir peur, nous sommes là justement pour nous occuper de personnes qui sont hospitalisées, aussi, autour de cette notion de dangerosité. Cela nous amène à des éprouvés violents dans l'immédiat mais qui parfois, secondairement, nous obligent à l'évitement phobique au malade : on peut même parler d'un trauma qui touche et blesse le narcissisme professionnel. C'est puissant et destructeur. La contagion de la peur d'un patient existe, la banalisation et ses manifestations dans le silence aussi.

À l'issue de ces repérages d'actions infirmières, ressortent deux problématiques principales. Celle liée à *l'importance de la fonction régulation dans son aspect préventif* et celle de *l'impact de cette réactivité sur l'organisation des soins*. Il en va de la qualité des soins. Prendre en compte cette dimension nous ferait passer un saut qualitatif, celui d'un effectif dit « de sécurité » à un effectif de soins. C'est-à-dire

un effectif en deçà duquel un soin n'est plus possible. À cette fin, il nous faut inventer nos théories du dimanche soir à 17 heures¹¹, nos outils, échelles Beaufort de la régulation, notre thermométrie de l'engagement... C'est-à-dire amener à la lumière ces compétences de l'ombre, rendre bruyant ces savoir-faire discrets, arrimer et ancrer ces missions flottantes, faire parler ces zones muettes, mettre en pensées ces « habitus », faire visiter ces arrières-pays, rendre visible enfin ce travail invisible.

L'hôpital psychiatrique, avec sa mission de contenir pour soigner, est moins interrogé par les autres disciplines qu'il y a une vingtaine d'années. Touché par la déstabilisation de la psychiatrie, fragilisé dans l'assise identitaire de ses personnels (voir le problème des diplômés), il se retrouve, une fois retombé l'idéal enthousiaste constitutif de nombreuses pratiques sectorielles, dans l'obligation d'avoir à penser de nouveau l'enfermement. Nous, infirmiers, sommes en première ligne de ces contradictions.

Il reste à souhaiter que des pensées suffisamment fortes permettent à chacun d'accompagner et de dépasser la contradiction originelle entre enfermement et soin, et là, la place est ouverte aux associations d'usagers. Nous devons rester vigilants pour que cette recherche ne trouve pas sa solution dans un tout sécuritaire, au lieu d'un travail sur le sécurisant qui ne serait qu'une réaction institutionnelle à travers des solutions comportementalistes dont l'opérateur ne tiendrait plus suffisamment compte des aspects psychiques des états d'excitation. Nous souhaitons maintenir vivace l'idéal, quelquefois mis à mal, de soigner des individus souffrant de difficultés psychiques, tel que Guy Baillon l'exprimait sur le site Serpsy : « Nous avons choisi une profession avec le désir d'en diminuer progressivement le danger, non en éloignant l'homme, mais en tentant de s'en rapprocher. »

11. N. Derabours, E. Digonnet, A.-M. Leyreloup, D. Friard, *Vous avez dit violence ?*, Journée vidéo de Montpellier, 23 mars 1999. www.serpsy.org

Christian Bonal

Peut-on gérer les inégalités ?

Les réflexions qui vont suivre sont nées à partir des expériences recueillies par ma participation aux travaux de la Mission nationale d'appui en santé mentale. Les inégalités sont quantitatives et qualitatives. Les premières sont amplement soulignées. Quant aux secondes, chacun les connaît :

– La France sectorisée et non sectorisée au sein du service public, c'est-à-dire implicitement choix et non-choix d'un type de malades plutôt qu'un autre pour les praticiens.

– La sectorisation publique (absence de sectorisation en cliniques privées alors qu'elles représentent près de 17 % de l'offre).

– La recomposition du public et l'absence de recomposition pour le privé à but lucratif (sauf par la faillite, peu envisageable en psychiatrie privée puisque la clientèle est largement captive).

Pour le service public, à l'intérieur des 830 secteurs de psychiatrie adulte et des 350 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, disparités en termes du nombre de la population prise en charge (de 30 000 à 200 000 habitants pour la psychiatrie générale), du nombre par rapport à la sociologie (type de population), du cadre géographique (étendue des secteurs, secteurs urbains ou ruraux), des moyens médicaux et paramédicaux (de 1 à 25 et de 1 à 225) pour 700 000 habitants et de la formation des professionnels, de la composition et, surtout, de la différenciation des métiers au sein des équipes pluridisciplinaires. Nette différence du type de l'offre médicale sans possibilité réelle de choix pour les patients (comportementaliste ici, biologique là, systémique ailleurs, etc.).

Ce paysage induit une dynamique relationnelle duelle : d'un côté, les gardiens des moyens (tutelle et administration hospitalière), de l'autre les demandeurs, source des dépenses et qui ne comprennent pas toujours les refus, surtout lorsqu'ils ont mis leur savoir-faire et leur temps au service de projets. Et,

comme toujours dans un monde duel, il y a les tiers, ceux qui se situent institutionnellement et intellectuellement aux articulations (sans compréhension mécanique de ce terme), aux jointures des systèmes. Ces tiers sont d'emblée en situation de devoir trier, au niveau des projets présentés, ceux qu'ils estiment porteurs (et qu'ils doivent favoriser) et ceux qui ne le sont pas. Cette fonction d'aiguillage est aussi un rappel du gage de sérieux du projet et d'une cohérence médicale d'ensemble. Ces tiers sont dans la même position symbolique que celle de l'État à un niveau plus déconcentré, État qui, par ses organes institutionnels, devient arbitre entre différents acteurs, faisant à la fois respecter les règles du jeu mais aussi écartant (c'est la sanction) les hors-jeu. Ces personnes ont des outils à leur disposition. Outils créés pour la plupart pour la législation hospitalière issue de la loi de 1991 et des ordonnances de 1996. Notions de projet (établissements, services), schémas d'organisation, contrats d'objectifs. Ils servent à mieux articuler la dynamique de l'offre avec une meilleure répartition spatio-temporelle des besoins.

La conception des outils change : la lutte contre les inégalités prend racine de plus en plus à partir de la notion de besoins, très corrélée à la montée en puissance des usagers et à leur place nouvelle dans les institutions. Mais qu'est-ce qu'un besoin de soins ? En particulier en santé mentale ? C'est avant tout partir du subjectif des individus, de la personne. Mais tout ce qui est subjectif est-il admissible par la communauté ? Que penser de l'exemple de cet homme qui, deux ans après son amputation, s'est vu greffer une main (à grand renfort médiatique) pour se faire réamputer quelque temps après ? La seule prise en compte des besoins subjectifs des personnes ne suffit donc pas et il convient de redire que la somme des besoins subjectifs, si multiples et divers soient-ils, ne suffit pas à établir une politique égalitaire ou de réduction des inégalités. Elle ne détermine pas non plus les besoins d'intervention, et donc les correctifs, et n'améliore pas la situation en ce domaine. En revanche, elle marquera, en un temps et un lieu donné, ce qui est de l'ordre du possible, ce qui permettra une meilleure lisibilité des besoins et une plus grande satisfaction des patients.

Peut-on dire qu'actuellement, en France, nous avons une connaissance suffisante des inégalités tant devant la maladie (en termes épidémiologiques et de santé) que par rapport à l'offre ? Bien sûr, de multiples outils existent (fiches de patients, rapports annuels de secteur, dossiers de patients), souvent standardisés : enquêtes un jour donné, enquêtes INSEE, etc. Ces outils font aussi état des ressources disponibles en termes d'offre (SAE, PMSI). Ils ne font jamais la description d'un état de santé mentale à un moment donné, sur un territoire donné. La perspective santé publique manque ici. Ces outils sont, de plus, *insuffisamment mis en perspective* (des croisements entre les fiches patients et la catégorie socio-professionnelle ou avec le nombre de professionnels disponibles). Ces objectifs égalitaires d'intervention sur l'ensemble des secteurs auprès d'une population sont alors mal mis en évidence. La réponse (tendance actuelle) est donc de multiplier les programmes plus ou moins volontaristes auprès d'un segment de population parfaitement repéré (par exemple, PRAPS-PRS suicide) pour déterminer les objectifs d'intervention et, à partir de là, déterminer les interventions utilisées et produites. Les moyens mis en œuvre, les formations des profession-

nels accroissent les inégalités pour une population qui ne trouverait pas sa place parmi une segmentation, mais, paradoxalement, devraient répondre à un besoin citoyen de santé publique. La lutte contre les inégalités doit donc être le croisement de ces programmes avec une prise en charge dans un cadre général de la population.

Pour déterminer les inégalités, il faut partir de l'existant, voir si ces inégalités doivent être comblées et pourquoi. La situation future doit être clairement et consensuellement désirée. Il s'agit alors de prendre des mesures inégalitaires pour combler les inégalités. C'est, par exemple, en termes d'offre, ce qui s'opère actuellement avec la répartition interrégionale des crédits Sécurité sociale en matière de dépenses hospitalières, en faveur de certaines régions. Il faut toujours, alors, disposer d'un certain nombre d'indicateurs dont la rusticité fait consensus. Les indicateurs, en batterie, forment des faisceaux convergents, permettant de déterminer les écarts à combler. Cela est valable autant pour l'offre que pour le besoin de soins. Mais il reste la gestion de l'urgence. Comment y faire face ? Un exemple : une grève à l'Assistance publique a eu concrètement pour résultat de réduire à néant cinq ans de redéploiement financier entre cette administration et le reste des hôpitaux franciliens.

Faut-il alors des fonds spécialement affectés, des politiques très ciblées (y compris en matière de formation) sur des éventails d'action beaucoup plus larges que maintenant, quitte à réduire les marges de manœuvre et l'autonomie des établissements ? Comment peut-on intégrer le changement en routine dans chaque hôpital, alors que plus de 90 % des ressources sont déjà pré-affectées, que les marges de manœuvre sont faibles, y compris pour les chefs de services médicaux ? Questions récurrentes, d'autant que les politiques incitatives sont étroitement encadrées et ne permettent qu'un jeu très faible pour les décideurs. Tout accroissement de l'autonomie accroît les inégalités et n'a pas de fin en soi, ni de justificatifs sauf ceux, communément admis, de gestion de proximité.

Mon avis personnel est que cette politique de réduction des inégalités passe avant tout par une mutation culturelle du monde hospitalier. C'est l'obligation de passer d'une culture individualiste, fondée sur le service et son projet (souvent seul projet du chef de service), à une politique plus collective ayant du sens au niveau des établissements, des interétablissements, et constituer ainsi des politiques macro et micro. Dans le respect de l'autonomie (capacité à faire des choix de manière indépendante) : privilégier la continuité (c'est-à-dire privilégier la capacité de mobiliser les ressources de l'offre assurant la continuité thérapeutique), puis l'efficacité (bénéfices démontrés et valables du service fourni pour l'utilisateur par le service). L'accessibilité et la prise en charge en continu des troubles mentaux pendant toute leur durée, au moyen de toutes les composantes hospitalières (intra et extra), sociales et médico-sociales, dans toutes les dimensions (de la prévention à la réinsertion ou l'insertion), doivent être les critères majeurs des études de dysfonctionnement. Ces critères favorisent l'équité et, à mon avis, une plus juste destination des ressources. Ils mettent aussi en relief les pratiques professionnelles, aujourd'hui encore trop univoques, de par la formation initiale ou continue (ou plutôt l'absence de diversification des formations) des professionnels.

L'égalité est une tension. C'est le choix possible, y compris pour l'utilisateur, de discuter ou de ne pas accepter les méthodes par lesquelles on le soigne si, bien entendu, il manifeste le désir de ce choix. Cette tension vers plus d'égalité et d'équité est synonyme de plus en plus de coordination. Entre professionnels, entre services, entre établissements, entre services sociaux et services de soins. Tous les objectifs de soins s'intègrent dans des objectifs de santé qui incluent toujours une dimension sociale. Toute situation désirée est d'abord dépendante d'une situation actuelle parfaitement et, surtout, très finement analysée. L'écart que l'on souhaite combler est mis en avant. Cette méthode, très rustique, déclivable dans le temps par palier d'intervention, peut déterminer une politique claire de réduction des inégalités servie par des moyens jugés alors adéquats dans leurs objectifs.

Isabelle Robineau

Les droits et l'information du patient : une valeur peut en cacher une autre

Droits et information du patient : DIP, ces initiales sont devenues un véritable néologisme pour les responsables qualité et tous ceux qui pratiquent le jargon de la qualité en feuilletant au quotidien le *Manuel d'accréditation* de l'Anaes¹. L'Anaes est chargée d'organiser la procédure d'accréditation, rendue obligatoire pour tous les établissements de santé depuis 1996, afin qu'ils s'engagent dans une démarche d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins². L'évaluation et la qualité sont des paradigmes issus du monde industriel qui, progressivement, sont venus s'appliquer au champ de la santé. Ils répondent, entre autres, aux exigences émanant de tout un chacun, à un moment donné de notre vie, puisque nous sommes tous usagers de soins à l'hôpital : nous souhaitons y être bien accueillis, informés et bien soignés.

Parallèlement, les professionnels de la santé souhaitent être reconnus objectivement dans leur savoir-faire et maintenir le niveau de confiance accordé par le public et les financeurs, qui veulent des garanties de qualité, de réduction des risques et une plus grande lisibilité de l'activité de l'hôpital. Déjà, en 1991, ces termes sont évoqués dans la loi hospitalière ; depuis 1996, ils s'inscrivent au cœur de la politique hospitalière. La procédure d'accréditation vise à améliorer l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé, y compris les pratiques professionnelles. Cela concerne non seulement les services de

Isabelle Robineau, responsable qualité, présidente de l'Association nationale des responsables qualité en psychiatrie, EPS de Ville-Évrard.

1. Agence nationale d'accréditation et de l'évaluation en santé.

2. La qualité des soins, selon l'Organisation mondiale de la santé, se définit comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

soins, mais aussi les services administratifs et techniques de l'hôpital, qui doivent s'articuler en cohérence autour de la prise en charge du patient.

Le *Manuel d'accréditation* sert de guide méthodologique et de solide base de références vis-à-vis desquelles les établissements doivent s'auto-évaluer, repérer leurs dysfonctionnements et mettre en place des actions correctives. L'ensemble de ces objectifs qualitatifs est fondé sur le principe de la place centrale accordée au patient quant à la continuité et la coordination des soins et quant à son niveau de satisfaction. Toute cette démarche est elle-même évaluée lors de la visite d'experts de l'Anaes, donnant lieu à un rapport d'accréditation rendu public et consultable sur le site Internet³. Le manuel est composé de dix chapitres qui ont trait à l'organisation des soins, l'organisation du management de l'ensemble des secteurs d'activité, et enfin à l'organisation de l'évaluation de la qualité et de la prévention des risques. Les droits et l'information du patient en constituent le premier chapitre, ce qui n'est pas un hasard : ils représentent un enjeu majeur dans la rencontre du patient avec le dispositif hospitalier, quels que soient le patient et l'établissement.

Sur le terrain de la psychiatrie, ces mesures suscitent une vaste réflexion auprès des professionnels, car elles viennent changer la donne au sein de la relation soignant-soigné, dans un univers où l'accès aux droits reste encore problématique pour un certain nombre de patients. La maladie mentale qui, lors de sa phase aiguë, peut amener un sujet à être soigné sans son consentement, engendre des risques supplémentaires de non-respect des droits si les restrictions des libertés individuelles médicalement justifiées qui l'accompagnent (hospitalisation sous contrainte, isolement, contention) ne font pas l'objet d'une véritable politique d'établissement.

À partir du chapitre DIP, nous allons voir comment ces séquences de prise en charge du patient, qui restent particulièrement « sensibles », peuvent être abordées du point de vue des responsables qualité. La fonction de responsable qualité en psychiatrie est nouvelle ; elle s'est développée au cours de ces cinq dernières années, au fur et à mesure de la mise en place de l'accréditation en France. Les responsables qualité sont les référents permanents de la démarche qualité dans l'établissement. Ils sont chargés de mettre en œuvre la politique qualité, de planifier les actions d'amélioration, d'évaluer leur efficacité en impliquant le plus possible les acteurs. Ils donnent une cohérence à la démarche, en collaboration étroite avec l'ensemble des professionnels, à tous les niveaux de la hiérarchie hospitalière (la direction, les services médicaux, para-médicaux, techniques, administratifs), et les représentants des usagers et de leurs familles. Ils préparent ainsi l'établissement à l'accréditation à l'aide du *Manuel d'accréditation* de l'Anaes et d'outils spécifiques issus du champ de la qualité. Pour ce faire, ils organisent, encadrent et forment des groupes – projets pluriprofessionnels chargés de mener à bien des plans d'améliorations transversaux au sein de l'établissement.

3. www.anaes.fr

Or, s'il y a bien un point commun qui unit les responsables qualité en psychiatrie, ce n'est pas tant le circuit du linge, les protocoles de prévention des escarres (cf. la baisse de la durée moyenne de séjour dans notre discipline) ou la colonisation des canalisations par les légionelles, que la façon dont l'établissement psychiatrique va pouvoir s'organiser à partir d'une démarche d'amélioration du respect des droits et d'information des patients. Le chapitre DIP comporte neuf références qui reprennent les principes énoncés dans la Charte du patient hospitalisé. Il y est question de l'accès à des soins adaptés, de l'information du patient et de ses proches, du principe général de consentement préalable, de liberté individuelle, du respect de la personne et de son intimité, du droit à la vie privée et à la confidentialité, de l'accès aux informations contenues dans les dossiers médicaux et administratifs et des voies de recours.

L'intérêt du manuel de l'Anaes, même s'il reste très « hospitalocentré », repose sur une approche organisationnelle autour de quatre axes :

On affirme des grands principes à partir desquels on élabore une politique : DIP référentiel 1 : « L'établissement inscrit les droits fondamentaux et l'information du patient dans ses priorités. » Cela suppose leur adoption explicite dans le projet d'établissement (DIP 1 a), par la direction, la commission médicale d'établissement et la Direction du service des soins infirmiers (DIP 1 b).

On organise la mise en œuvre de cette politique : l'établissement s'organise pour faire connaître la Charte du patient hospitalisé à l'ensemble des professionnels (DIP 1 c) (et pas seulement les soignants), quitte à leur proposer des formations (DIP 1 d), et sa communication au patient (DIP 1 e).

On y associe les usagers eux-mêmes ; ceux-ci doivent être tenus informés des conditions concernant leur prise en charge, recevoir une information la plus accessible possible sur l'identité des professionnels auxquels ils ont à faire (DIP référentiel 3), une explication adaptée sur leur état de santé et le traitement qui leur est proposé (DIP référentiel 4). En outre, leur consentement éclairé est recherché, à défaut, celui de leur entourage (DIP référentiel 5). Enfin, « les réclamations et/ou les plaintes des patients font l'objet d'une gestion particulière » (DIP référentiel 8). L'établissement doit même les faciliter.

On évalue le respect des droits des patients (DIP référentiel 9). Cette référence représente une véritable opportunité pour recentrer l'ensemble de l'activité hospitalière dans une veille permanente concernant le respect des droits et de l'information des patients.

L'objectif poursuivi par l'Anaes n'est pas, comme dans une charte, uniquement déclaratif. À charge pour l'établissement d'apporter la preuve que, sur l'ensemble de ses services, le patient, quel que soit son mode de prise en charge, n'a à souffrir d'aucune discrimination, est respecté en tant que personne dans sa liberté individuelle (sauf les conditions particulières prévues par la loi de 1990), sa dignité, son droit à l'information, la protection de la confidentialité des informations le concernant, sa vie privée et son autonomie. En outre, ses besoins physiques, psychologiques et sociaux doivent être pris en compte, tout comme la dimension douloureuse.

À travers cette démarche, au regard de ces attentes, plus les dysfonctionnements auront été repérés de façon objective, selon une méthode participative

impliquant les acteurs déjà cités, plus les droits et l'information des patients auront de chance de pouvoir faire l'objet d'actions d'amélioration lisibles, acceptées par tous et efficaces. Par exemple, l'élaboration du livret d'accueil pour les patients hospitalisés, ainsi que le questionnaire de satisfaction, peuvent dépasser la simple mise en conformité. Ces supports d'information posent de véritables problèmes d'accompagnement par les soignants auprès de patients qui ne sont pas toujours en mesure de les lire, de les comprendre ou de les remplir. En même temps, ils peuvent devenir de véritables occasions d'échanges soignants-soignés et peuvent ainsi revêtir une dimension thérapeutique. La Charte des usagers de la santé mentale, qui s'adresse plus largement à tout patient en contact avec les soins psychiatriques, majoritairement ambulatoires, peut être abordée dans les structures extra-hospitalières. Il en va de même pour la gestion, par les soignants, de toute information donnée au patient sur le déroulement de sa prise en charge, sur sa maladie et son traitement. Il s'agit d'un état d'esprit qui doit s'imposer au cœur des pratiques quotidiennes et qui mérite une sensibilisation particulière car, sur le terrain, elle ne va pas de soi.

Une politique de formation des soignants sur les droits des patients peut être proposée à ceux qui sont amenés à pratiquer des restrictions de liberté. La liberté d'aller et de venir reste trop souvent dépendante de l'architecture des locaux des unités d'hospitalisation, qui ne permet pas aux patients hospitalisés librement d'exercer ce droit. Cette question peut être abordée au sein des équipes et être réévaluée régulièrement.

Comme l'annonce le titre, la valeur que représente le respect des droits de l'homme et du citoyen pour les patients de la psychiatrie en révèle bien une autre : celle d'un changement culturel nécessaire de l'hôpital psychiatrique, dont l'accréditation peut être le moteur. Bien que la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé vienne renforcer sensiblement leurs droits, notamment celui d'accéder aux informations médicales les concernant, la France reste en retard en matière de respect des droits et de l'information des patients par rapport aux recommandations du Conseil de l'Europe.

Les professionnels de la psychiatrie ne sont pas toujours à l'aise avec la gestion thérapeutique des libertés individuelles : certains persistent à penser que les patients relevant de la loi de 1990 n'ont plus leur mot à dire, alors que les principes rappelés dans les chartes ne concernent pas seulement 20 % des usagers hospitalisés, mais 100 % des usagers suivis par les secteurs. En outre, on peut se demander s'il n'y a pas un bénéfice thérapeutique lorsque la question des droits, de l'information et de leurs limites est clairement posée avec le patient. Si toutes ces questions sont abordées de façon claire dans le quotidien de chaque équipe, de chaque service, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sera plus facile à mettre en place.

Que nos établissements s'assurent d'une politique centrée sur le patient, et tous les dysfonctionnements des processus hospitaliers dus au cloisonnement institutionnel se résoudront plus aisément. C'est le pari des responsables qualité en psychiatrie.

Hélène Bellon

Droit à l'information des patients : le cadre réglementaire

HISTORIQUE

En même temps que se transformait le cadre organisationnel du psychiatre d'exercice public, la place à l'hôpital de la personne atteinte de trouble mental évoluait dans le sens d'une meilleure reconnaissance des droits de la personne hospitalisée. De la psychiatrie asilaire, instaurée par la loi du 30 juin 1838 et illustrée par la formule devenue célèbre d'un ministre de l'époque, « L'isolement seul guérit », on s'est acheminé progressivement vers la psychiatrie de proximité au plus près de l'usager, démarche dont l'intention affichée est de mieux intégrer ce dernier dans la cité.

Entre la pratique humaniste de P. Pinel, le « briseur des chaînes des aliénés », revisitée par la philosophie et la Révolution française, et celle des docteurs E. Piel et J.-L. Roelandt, auteurs du rapport de juillet 2001 *De la psychiatrie vers la santé mentale*, la psychiatrie institutionnelle a traversé plusieurs étapes dans son développement qui ont influé sur la pratique et, corollairement, sur le regard porté par le clinicien sur le sujet dont il a la charge. La naissance du secteur, avec la circulaire du 15 mars 1960, puis le développement de la sectorisation dans les années 1980 avec, en toile de fond, la découverte des psychotropes et l'extension de l'approche psychanalytique, ont été les étapes les plus marquantes. N'oublions pas que ce sont les lois hospitalières du 30-31 décembre 1985 qui ont donné sa légitimité au secteur et qui ont fait entrer la psychiatrie dans le droit commun du financement des soins. Les années 2000 verront sans doute la sectorisation psychiatrique coïncider avec la carte sanitaire médecine-chirurgie-obstétrique, la logique du territoire et du bassin de vie primant désormais pour le planificateur. Cette aspiration inéluctable de la psychiatrie dans le champ de

la médecine contribue à ne plus faire de cette discipline une spécialité à part. Depuis la loi hospitalière de 1991, il n'y a plus de CHS mais des centres hospitaliers, le mot « spécialisé » ayant disparu, du moins sur le papier, si ce n'est dans le langage courant. La volonté du législateur de ne pas stigmatiser la personne souffrant de pathologie mentale remonte donc déjà à plus d'une dizaine d'années. Il ne faut alors pas s'étonner que le projet de loi de modernisation du système de santé, devenu projet de loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé, et discuté à l'Assemblée nationale en automne 2001, n'ait pas pris en compte la spécificité de l'exercice psychiatrique en posant ses quatre principes fondamentaux :

- l'obligation d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient à tout traitement médical ;
- la possibilité pour le malade de refuser un traitement ;
- l'accès direct à son dossier médical ;
- la preuve de l'information, apportée par le médecin.

En même temps que s'opère un changement conceptuel avec le passage de la maladie *mentale* (notion correspondant à une classification nosographique précise) au concept flou, mal théorisé, de *santé mentale*, on assiste à une révolution sémantique avec le remplacement du terme *patient* par celui d'*usager*. Cette substitution est loin d'être innocente et rappelle qu'un usager a des droits devant être respectés et des besoins réclamant d'être satisfaits.

Les dates clés de l'évolution de la place, à l'hôpital, de la personne atteinte de trouble mental sont les suivantes :

- l'année 1974, qui instaure le livret d'accueil et la charte du patient ;
- l'année 1990, qui, avec la loi du 27 juin, intitulée « Les droits et la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et leurs conditions d'hospitalisation », se démarque clairement de la loi de 1838, loi sécuritaire d'internement et de protection de la société ;
- l'année 1995, qui, avec la circulaire du 6 mai, définit précisément la Charte du patient hospitalisé ;
- l'année 1996, qui, avec les ordonnances du 24 avril, fait entrer les usagers dans les conseils d'administration des établissements de santé. Ces ordonnances, en outre, « rajeunissent » la charte et le livret d'accueil ;
- l'année 2000, qui est celle de l'affirmation des droits et de la place des usagers dans le système de santé, après la remise en décembre 2000 du rapport d'Étienne Caniard, missionné pour conduire cette réflexion, à la suite des états généraux de la Santé en 1999, par la secrétaire d'État à la Santé et à l'Action sociale, M^{me} Dominique Gillot. La notion de démocratie sanitaire est défendue ;
- l'année 2002, qui voit la revendication des associations d'usagers aboutir enfin avec l'affirmation du principe de l'accès direct au dossier médical contenu dans la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé. Les décrets d'application du 29 avril 2002 précisent les modalités d'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.

L'INFORMATION : QUELQUES PRINCIPES GÉNÉRAUX

L'information n'est pas un thème nouveau ; c'est un principe déontologique inscrit dans le code de déontologie, article 35 : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de sa maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, et les proches doivent en être prévenus, sauf exception, si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigne des tiers auxquels elle doit être faite. »

Le principe de l'information s'inscrit dans le cadre de la relation contractuelle définie par l'arrêt de la Cour de cassation du 20 février 1936, dit arrêt Mercier. « La relation médecin-malade est assimilée à une relation contractuelle impliquant, entre autres conditions, le consentement des parties contractantes » (on ne peut consentir qu'en connaissance de cause). Ce qui a semé l'émoi et l'inquiétude au sein du corps médical, c'est l'arrêt Hedreul de la Cour de cassation du 25 février 1997, qui a posé le principe du renversement de la charge de la preuve : il appartient désormais au médecin, en cas de litige, d'apporter la preuve qu'il a bien informé le patient. Avec cet arrêt de la Cour de cassation, le risque d'une médecine défensive est annoncé. Mais il a au moins le mérite de rappeler au médecin la nécessité d'informer la personne malade autant qu'il est utile, autant qu'elle le souhaite. C'est le préalable incontournable au consentement éclairé.

La nouveauté, c'est la volonté du politique de spécifier les droits des malades qui n'est qu'un rappel de la volonté déjà inscrite dans la Déclaration des droits de l'homme. Soulignons le rôle joué par les associations d'usagers défenseurs du droit des patients, qui a abouti à la signature le 8 décembre 2000, par la Fnapp-Psy et la Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissement des CHS, de la Charte de l'utilisateur en santé mentale.

Sous l'effet des mutations de la société, se développe grâce aux nouvelles technologies une culture de l'information. Les mots clefs du modernisme ne sont-ils pas transparence, lisibilité, traçabilité ? Nous formulons le vœu que cette transparence devenue demande publique n° 1 ne se fasse pas au détriment de la confiance nécessaire et indispensable à toute relation thérapeutique et qui en garantit la qualité. Le professeur Portes, président du Conseil de l'Ordre des médecins, définissait l'acte médical comme « ... une conscience qui rencontre une confiance... ». Cette formule devenue célèbre renvoie au fameux « colloque singulier » placé sous le sceau de la confidentialité, du secret, de l'entente tacite. Nous ajouterons la phrase de Claude Bernard, qui disait que « la médecine part du malade pour y revenir » pour insister sur la nécessité de

demander au patient ce qu'il veut savoir, car seule une vérité appropriée par le malade est une vérité vraie. Dans la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine du Conseil de l'Europe du 4 avril 1997, il est clairement mentionné que « la volonté d'une personne de ne pas être informée doit être respectée ».

Ainsi, le droit à l'information ouvre sur celui du droit à ne pas être informé, puisque la loi peut prévoir à titre exceptionnel, dans l'intérêt du patient, des restrictions à l'exercice des droits à l'information, à l'expression du consentement libre et éclairé.

David Causse

Responsabilité individuelle et organisation collective : dialectique et complémentarité

Après avoir été amené à consulter deux années, 2000 et 2001, de fiches de jurisprudence hospitalière, excellent outil de travail sélectionnant et commentant les décisions de justice intéressantes, j'ai pu faire le constat d'une forte prévalence du contentieux psychiatrique, qui n'a pas toujours lieu en centre hospitalier spécialisé d'ailleurs, mais de plus en plus en centre hospitalier général et en centre hospitalier régional, ce qui est logique avec le déploiement de la psychiatrie en hôpital général. Toutefois, et ce sera le fil conducteur de ce texte, ma proposition sera d'en penser qu'il n'y a pas lieu pour autant de parler de dérive à l'américaine.

DIALECTIQUE DE LA RESPONSABILITÉ INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE, RÉPARATION ET SANCTION

Les responsabilités individuelle et collective sont souvent placées en opposition conceptuelle, ce qui est en correspondance avec les fonctions différenciées du droit pénal et du droit administratif, puisque pour ce dernier corps de règles, nous nous situons dans le cadre des établissements publics.

Dans ce contexte, la *summa divisio* est la suivante : faute détachable du service / faute de service. Pour s'en souvenir, le mieux est de vous présenter la jurisprudence Anguet (CE 3 février 1911, Rec. 146), dans laquelle le Conseil d'État a illustré cette distinction qui demeure valide aujourd'hui : un quidam ayant accompli ses démarches dans un bureau de poste se trouve confronté pour sortir à la fermeture de l'entrée principale, qui a été fermée avant l'heure officielle. Il est bousculé vers l'issue de service par deux agents irascibles et s'y casse la

figure du fait d'un agencement inadéquat de ce passage. Le Conseil d'État trouve là l'occasion de produire une distinction limpide et des souvenirs pédagogiques : dans le premier dommage, le reproche quant aux horaires d'ouverture et à l'agencement est imputable au service, et doit être assumé par l'administration. Dans le second, les deux agents ont commis une faute détachable du service dont la réparation ressortira de leur engagement personnel, outre les sanctions pénales auxquelles ils se sont exposés ce faisant.

L'évolution majeure du droit de la responsabilité en établissement de santé depuis les vingt dernières années est marquée par la place toujours plus grande des « actes collectifs », en opposition à celle tenue par les seuls « gestes individuels ». Dans le même esprit, peut être soulignée l'émergence du risque sériel en santé publique (effets iatrogènes en série de médicaments produits et prescrits en masse, contaminations par le VIH ou l'hépatite C). Ce n'est pas propre au système de santé : on parle ainsi de plus en plus du « risque-système » en financement bancaire ou en matière de systèmes d'information¹.

Cette tendance lourde appelait une clarification nécessaire des conditions de mise en jeu de la responsabilité individuelle, qui était mise en œuvre trop souvent pour des raisons malvenues. Il est évident que, sur le plan personnel, ce sont des situations toujours très difficiles à vivre, même si une mise en cause n'est pas toujours synonyme, *in fine*, de culpabilité. De son côté, la Fédération hospitalière de France répond toujours présent lorsqu'un établissement ou des professionnels peuvent connaître des moments difficiles, et cela sous différentes formes. Il me semble d'ailleurs que la communauté hospitalière dans son ensemble pourrait encore mieux faire sur ces sujets, en mobilisant conjointement ses différentes composantes et forces professionnelles, syndicales et associatives.

Pour en revenir aux différentes étapes et concepts clés de la clarification des conditions de l'incrimination personnelle, il est utile de préciser que plusieurs étapes sont intervenues :

a) *La première, c'est le nouveau Code pénal en 1994.*

Il réaffirme que « nul n'est responsable pénalement que de son propre fait » (L. 121-1 NCP) et introduit également l'idée de la responsabilité pénale des personnes morales, novation étonnante qui concerne aussi les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, (cf. jurisprudence TGI Périgueux, *infra*).

b) *La seconde étape est la loi Fauchon du 10 juillet 2000.*

Se manifeste dans ce texte une convergence heureuse pour les directeurs d'établissements et chefs de services médicaux, avec les préoccupations des élus locaux, très soucieux de la multiplication des mises en cause les concernant.

En premier lieu, cette loi tord le cou au principe d'identité des fautes civiles et pénales, et permet d'envisager un assainissement du contentieux pénal. En séparant clairement la faute pénale qui appelle une sanction et la responsabilité

1. Sur ce sujet, voir Bentoumi M., Boujet F., Causse D. *et al.* « Responsabilité individuelle, garanties collectives », *Rapport de la mission annuelle 1994 de la Fondation nationale Entreprise et performance (FNEP)*, Presses universitaires de France (PUF), coll. « Politique d'aujourd'hui », mars 1998.

d'un dommage (administrative ou civile, c'est-à-dire de droit privé) qui appelle réparation, cette loi introduit un changement très important qui évitera de devoir sanctionner pour pouvoir réparer. La célèbre phrase de Georgina Dufoix, si critiquée, est pourtant bienvenue : culpabilité et responsabilité ne sont pas du même registre.

En second lieu, cette loi pose des conditions nouvelles pour l'incrimination du délit d'imprudence, de négligence (3^e alinéa, L. 121-3, Code pénal), qui se présentait jusqu'alors comme une épée de Damoclès pour le premier bouc émissaire venu : ces conditions sont désormais celles d'une violation délibérée d'une obligation, ou l'existence d'un risque exposant autrui de manière particulièrement grave et qui ne pouvait être ignorée par le responsable : le directeur le plus souvent, si ce n'est systématiquement. Un exemple de ce cas de figure ? À l'évidence, des prescriptions non respectées d'une commission de sécurité.

c) La troisième étape sera la mise en œuvre progressive, par la jurisprudence, de la distinction responsabilité pénale de la personne morale/responsabilité pénale des personnes physiques qui y exercent.

Nous avons sur ce plan l'exemple de la jurisprudence du TGI de Périgueux (CH de Périgueux, 20/11/1996 – n° 1892). Il s'agit d'une affaire d'utilisation et de copie *larga manu* de logiciels sans que le centre hospitalier de Périgueux ne dispose de licences : il se trouve confronté à une action conjointe de Microsoft, Lotus et Symantec contre l'établissement, et contre son directeur pour faire bonne mesure. La faute est indiscutable, mais les personnes physiques qui en sont les auteurs (collectifs) ne sont pas identifiées. Le rôle de chacun est incertain, note le jugement, qui souligne également que « l'infraction a été commise dans l'intérêt de l'hôpital et non des personnes physiques ». Sur cette base, intervient la condamnation de la personne morale (L. 121-4 NCP) et une amende de 30 000 FF à payer par le CH de Périgueux, et non par le directeur ou le responsable informatique. L'arrêt dit *texto* : « Le directeur général ne peut tout régenter, il est obligé de déléguer à des cadres techniques, responsables de services en divers domaines (médical, hébergement, technique), la mise en œuvre et le suivi de ses décisions, en les dotant de moyens en personnel et budgétaires pour y faire face au mieux. »

En dernier lieu et en termes de méthode, et de « précautions d'emploi de l'information juridique », il est intéressant de parler de l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Paris, chs de Maison-Blanche et consorts Itier (CAA de Paris, 14 décembre 1999, n° 97PA02118). C'est une affaire terrible : trois morts par le fait d'un patient dans un délire de persécution, qui tire à travers la porte de l'appartement jouxtant celui de sa mère, puis qui prend ses occupants survivants en otages. Il sera abattu ensuite par les forces de police. À ce moment-là, ce patient était en hospitalisation de nuit et une citation superficielle de cet arrêt pourrait induire l'idée d'une remise en question de méthodes thérapeutiques ouvertes, compte tenu de l'imprévisibilité de ce passage à l'acte. En réalité et lorsque l'on regarde le jugement au plus près, l'indication de l'hospitalisation (seulement) de nuit n'est pas contestée. C'est en réalité le manque de travail d'équipe et de réactivité soignante qui sont la justification de la responsabilité de l'établissement : l'interne avait noté une aggravation nette de l'état de la

personne, et ce constat était demeuré sans suite. Il n'y avait pas eu d'intervention du médecin référent, ni d'adaptation du traitement.

UNE OBLIGATION DE SÉCURITÉ SANS DÉRIVE SÉCURITAIRE : LA POSSIBILITÉ DE SOIGNER EN PSYCHIATRIE SANS PRATIQUE DÉFENSIVE

L'examen de la jurisprudence sélectionnée des dix-huit derniers mois me paraît permettre de soutenir cette perception de l'absence de dérive sécuritaire de la jurisprudence en matière de soins psychiatriques. Dans cette revue générale, on peut regrouper les cas de figure présentés sous les thématiques suivantes, lorsqu'il y a eu déclaration de responsabilité de l'établissement :

- L'absence de sédation médicamenteuse ou d'attente suffisante de ses effets : pas d'attente par les soignants, avant de diminuer leur surveillance, des effets de la sédation, puis fugue du patient retrouvé mort dans un local technique¹ ; défenestration en état d'agitation, alors que le patient était sanglé à son lit mais non sédaté².

- Le manquement aux fondamentaux professionnels, infirmiers et médicaux : pansement renouvelé au bout de huit jours seulement³, péritonite non détectée à l'occasion d'une deuxième césarienne⁴.

- Le manquement au devoir de respecter la loi : une secrétaire des admissions ne peut signer une hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT), et l'annulation de cette mesure pour cette raison peut engager la responsabilité de l'établissement devant les tribunaux judiciaires, ainsi qu'un droit à réparation par l'établissement du préjudice causé⁵. Ce respect de la loi s'impose notamment à ceux qui sont chargés de l'appliquer, comme le directeur d'établissement : la déprime de la secrétaire suite à la prise de fonctions d'un nouveau chef d'établissement qui la mute sans respecter les formes nécessaires est bien imputable au service⁶. Il en va de même du directeur d'une agence régionale de l'hospitalisation (ARH) qui décide du non-renouvellement d'un chef de service professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) sans faire référence au projet de service ni au bilan d'activité⁷.

- Le manquement au devoir d'accompagnement et d'orientation du patient : un malade est retrouvé noyé, après un passage aux urgences d'un CHG et un lavage gastrique, à la suite d'une tentative de suicide, sans que soient définies des modalités de suivi à la sortie⁸.

1. CCA de Bordeaux, Consorts Janota, 8 mars 1999, n° 96BX00957.

2. CCA de Lyon, CHR de Dijon c/M. Silvestre, 22 juin 1999, n° 97LY20753.

3. CCA de Lyon, CH de Bastia, 9 novembre 1999, n° 95LY01265.

4. CCA de Lyon, CH de Romans-sur-Isère, 7 décembre 1999, n° 99LY02241.

5. CCA de Nantes, CHS de Pontorson, 30 décembre 1999, n° 97NT01930.

6. CCA de Rennes, Dame Darsel, 24 mai 2000, n° 98124.

7. CE, Tabaste, 1^{er} mars 2000, n° 196380.

8. CCA, CH du secteur de Montaigu, 30 juin 2000, n° 98 NT00064.

– Un manque de réactivité et de pragmatisme d'équipes soignantes : un malade agité, d'abord attaché à son lit mais qui se détache et qui n'est pas rattaché à nouveau sur son lit par un personnel qui laisse les sangles dans la chambre, donc les moyens les plus évidents pour se prendre⁹.

Cela étant, la jurisprudence permet de signaler aussi de nombreuses exonérations et délimitations de responsabilité, avec les regroupements thématiques suivants :

– « À l'imprévisible, nul n'est tenu » : le cas de figure fréquent porte sur l'anticipation reconnue impossible d'un suicide¹⁰⁻¹².

– « La victime est aussi un adulte majeur et vacciné » : le patient aurait pu demander aux soignants un tapis de douche, ce qui lui aurait évité de se casser la figure en faisant sa toilette, puisque le personnel veillait à prendre cette précaution habituellement¹³. Cela aboutit à un partage de responsabilité à 50/50, car la douche est par ailleurs mal disposée. Par ailleurs un fumeur hémiparétique mais autonome, qui se brûle en mettant le feu à ses propres vêtements, n'engage pas la responsabilité de l'établissement¹⁴.

À mon sens, le cas le plus emblématique est cette situation d'orientation en hospitalisation de jour, la veille d'un suicide « réussi », à la douzième tentative. Il s'agit de l'affaire Saint-Jean de Bonnefonds¹⁵, dans laquelle la patiente se suicide à son domicile le lendemain de sa sortie d'hospitalisation à plein temps. Les juges considèrent dans ce cas de figure, comme dans de nombreux autres, qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause les pratiques thérapeutiques ouvertes en psychiatrie, dans des contextes de décès ou de dommages corporels sérieux de patients. L'imprévisibilité des comportements liés à la pathologie est, d'une certaine manière, reconnue dans un contexte où les pratiques thérapeutiques ouvertes en psychiatrie réunissent un large consensus scientifique.

UNE AFFAIRE DE DISPONIBILITÉ ET DE PROFESSIONNALISME INDIVIDUEL ET COLLECTIF QUI SE CONFORTENT L'UN L'AUTRE, ET AUSSI D'ATTENTION AU CADRE INSTITUTIONNEL ET ENVIRONNEMENTAL

En synthèse de ce questionnement sur la responsabilité, soulignons d'expérience que les passages à l'acte des patients sont, *aussi*, symptomatiques de l'implication personnelle des soignants et de la qualité du cadre institutionnel leur permettant de l'être pleinement et continûment : les patients sont souvent très malades mais pas fous ! Et leurs réactions violentes sont parfois des dénonciations implicites de choses particulièrement incorrectes à leur égard.

9. CCA de Lyon, M. et M^{me} Guilloux, 20 juin 2000, n° 96 LY22052.

10. CCA de Nantes, Jéséquel, 30 décembre 2000, n° 96 NT02160.

11. CCA de Lyon, Consorts Villalba, 6 juin 2000, n° 96 LY00069.

12. CCA de Nancy, Dame Decailliot, 5 juillet 2001, n° 96 NC03182.

13. CCA de Lyon, CH de Romans-sur-Isère, 7 décembre 1999, n° 99 LY02241.

14. CCA de Nancy, M. Marroccu, 26 octobre 2000, n° 97 NC01209.

15. CCA de Lyon, Consorts Barret, 6 juin 2000, n° 95 LY02082.

Ainsi, qu'une institution permette à des soignants d'être pleinement soignants est une vraie question de management, mais pas au sens des théories de café du commerce que l'on entend souvent : nous savons ainsi que sont réalisées des visites à domicile infirmières salvatrices, dans des intuitions soignantes qui sont difficiles à expliciter scientifiquement, pratiquement des témoignages de synchronicité. Ces phénomènes sont à comprendre comme l'expression d'une énergie et d'une attention remarquablement tournées vers les patients.

Évidemment, ce qu'un cadre collectif peut permettre à certains moments, il peut malheureusement le défaire ou l'empêcher à d'autres ! Dans mes missions antérieures de consultant au Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH), qui m'ont amené à intervenir souvent dans des établissements de psychiatrie et auprès de dirigeants, il m'est parfois arrivé de dire à des collègues : « Maintenant et au stade où nous en sommes, il vous faut vous définir sur une question de fond quant à ce que vous voulez vraiment : *gérer un établissement de santé ou diriger une institution soignante ?* Dans un cas, vous avez dans votre besace votre bonne vieille rationalité économique-juridique, dans le second, et notamment en psychiatrie, vous êtes tenu également de vous définir sur la question d'une prise de risque partagée et à l'assumer. » Dans ces établissements, en effet, se présentent de manière encore plus affirmée qu'ailleurs les questions de l'acceptation d'une dépendance à l'autre et à l'incertitude, d'une dimension d'indécidabilité scientifique, du retentissement de l'émotionnel individuel et collectif, de l'ambiance institutionnelle. On se trouve ainsi à la fois dans le management et le ménagement. À l'évidence, cette question est très influencée, pour le meilleur et pour le pire, par le comportement au quotidien des « chefs », directeurs, médecins-chefs, directeurs du service de soins infirmiers.

La responsabilité prend ainsi une dimension multifactorielle : bien évidemment, l'engagement responsable ne réside pas, ici, dans la solution technique, mais dans le débat, la préoccupation partagée à partir de points de vue différents dans l'approche, mais convergents quant à la préoccupation fondamentale : une méthodologie du « frottement des cervelles », comme nous le recommande Montaigne.

La responsabilité se présente alors non seulement comme la gestion des conséquences malheureuses d'une situation, mais aussi comme celle d'une démarche de construction institutionnelle. La responsabilité peut se concevoir aussi, dans cette vision, comme une construction environnementale, sociétale : l'acceptation de la folie consubstantielle à l'humanité, l'acceptation des méthodes thérapeutiques ouvertes comme « données actuelles de la science ». Il me paraît important de signaler de ce point de vue l'intérêt des conférences de consensus et des recommandations de pratique professionnelle. D'une certaine manière et si les juges jugent « au nom du peuple français », les soignants, qui ont besoin pour assumer leur mission que soit levé le tabou de l'intervention sur le corps d'autrui, moyennant force formations et diplômes, soignent également « au nom du peuple français ». Donc, il revient logiquement à la communauté soignante, psychiatrique pour ce qui nous concerne aujourd'hui, de se préoccuper de l'éducation et de la culture sanitaires de nos

concitoyens, pour éviter que ne surviennent des décalages entre les pratiques thérapeutiques couramment admises par les experts que sont les soignants, et les représentations sociales courantes, qui sont forcément présentes dans une affaire où s'examine la responsabilité des uns et des autres.

Pour conclure, la responsabilité se présente ainsi comme un trait d'union entre le droit d'être soigné et le droit des soignants. Elle est tournée non seulement vers l'intra-institutionnel, mais aussi vers le méta-institutionnel. Ladite responsabilité, qui interpelle plus spécifiquement les directeurs, les chefs de service et les cadres infirmiers, est en réalité le véritable fondement démocratique de leur autorité. L'autorité n'est que le moyen d'exercer la responsabilité, le moyen de l'assumer. Elle n'est véritablement légitime que dans ce cadre, dans cette approche. À cette étape, rappelons l'étymologie du mot « autorité » : c'est la capacité à être auteur, à prendre la parole ou la plume donc, pour soi mais aussi pour le groupe qui vous entend ou qui vous lit. C'est la capacité à établir du lien, en élaborant une vision d'avenir pour un collectif de travail, et en même temps l'aptitude à la faire partager. L'étymologie du mot *responsabilité* est la suivante : le devoir de répondre de ses actes, mais également de ceux des autres, lorsque l'on en est « en charge ». La réflexion approfondie sur la responsabilité passe donc par l'interrogation de l'autorité, les conditions de son exercice et de son partage, et réciproquement. Elle peut donc être envisagée comme un risque de sanction *a posteriori*, toujours possible bien sûr, d'actes malheureux, selon des circonstances toutefois précises et moins extensives qu'on ne le prétend souvent dans une connaissance parfois superficielle du droit et de la jurisprudence. Elle peut surtout se penser *a priori* sous l'angle d'une construction collective, puisque l'immense majorité des interventions soignantes s'établissent aujourd'hui sur un principe collectif et non d'actes individuels et isolés : cette construction est une forme de tissage, patient et minutieux, d'une trame institutionnelle qui, loi d'entropie, toujours se découde et doit être ravaudée en permanence. Un tissage au sens d'un travail de Pénélope.

Jean-Louis Deschamps

Liberté et protection des malades mentaux : rôle du juge administratif

Les notions de liberté et de protection des malades mentaux sont depuis toujours au centre du droit de la psychiatrie publique et de la santé mentale, elles constituent donc un enjeu permanent de législation. La voie législative est incontournable pour déterminer les règles de droit qui régissent ces deux matières. La notion de liberté des patients est incluse dans le concept général de « libertés publiques » contenu dans le troisième alinéa de l'article 34 de la Constitution. Cet alinéa précise que « la loi fixe les règles concernant les droits civiques et les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques ». La notion de protection des patients évoque, quant à elle, non seulement la protection des libertés publiques déjà évoquée dans le troisième alinéa de l'article 34 de la Constitution, mais encore la protection de la personne du malade et la protection de ses biens. Les notions juridiques de protection de la personne et de protection des biens relèvent également du domaine de la loi dans la mesure où le quatrième alinéa de l'article 34 de la Constitution indique que la loi fixe « l'état et la capacité des personnes ».

Le travail d'élaboration des normes législatives relatives à la liberté et à la protection des patients est politiquement difficile. Cette difficulté constitue une limite qui a bloqué tout au long de l'histoire de la psychiatrie publique, parfois durant des périodes très longues, des mutations du droit positif qui s'avéraient pourtant d'une impérieuse nécessité. Il faut rappeler à ce sujet :

- que les premiers travaux parlementaires en vue de la réforme de la loi du 30 juin 1838 ont débuté le 20 juillet 1867 avec l'installation au Sénat de la toute première commission d'étude parlementaire ;
- que la première réforme du droit positif n'est intervenue qu'avec la promulgation de la loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 ;

– qu'il a fallu en définitive attendre la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 pour mettre en place des dispositifs législatifs dont les schémas avaient été imaginés depuis un siècle et demi.

Le fait de légiférer sur la liberté et la protection des patients a présenté de tout temps un risque politique pour les gouvernants. Les échos des débats parlementaires peuvent en effet troubler une opinion qui est porteuse de préjugés tenaces et de méfiance à l'égard des évolutions de la psychiatrie. Les cours et tribunaux ont parfaitement saisi toute la difficulté que représente pour le législateur l'adaptation du cadre législatif de la psychiatrie publique et de la santé mentale. Ils contribuent à contourner les blocages législatifs et assurent un rôle de médiation entre la psychiatrie publique et l'opinion. L'enjeu de la contribution et de l'implication des organes juridictionnels est d'intérêt général. Il s'agit de la réadaptation et de la liberté des malades mentaux.

L'utilisation par le juge administratif de la notion de « responsabilité sans faute » permet de contourner les blocages législatifs et de répondre sur le plan jurisprudentiel aux enjeux de la réadaptation et de la liberté des malades mentaux.

C'est en raison du fait qu'il existe une difficulté à légiférer que l'adaptation du cadre juridique de la liberté et de la protection des patients est devenue un enjeu de jurisprudence administrative. La jurisprudence administrative a accompagné, sur le terrain quelque peu inattendu de la responsabilité, les évolutions libérales de la psychiatrie publique. Elle aurait fort bien pu freiner les mutations structurelles de la discipline en interprétant de manière très stricte les textes législatifs qui composaient un droit positif qui accusait un énorme retard par rapport aux évolutions de la thérapeutique.

Dès le milieu des années 1960, les juridictions administratives ont parfaitement pris la mesure des nécessités d'une évolution juridique allant dans le sens de la réadaptation et de la liberté des malades mentaux. La circulaire d'orientation du 15 mars 1960 a permis au juge administratif d'entrevoir les évolutions inéluctables de la psychiatrie dans les années à venir. Le juge administratif s'est fait un devoir de désamorcer, au fil des espèces jugées, les tensions qui perduraient entre cette discipline et une opinion qui nourrissait des craintes ancestrales risquant de bloquer indéfiniment toute tentative de réforme législative.

En l'absence de toute norme législative positive, le juge administratif, au nom de l'intérêt général, a dès lors considéré que sa jurisprudence devait prendre en considération, coûte que coûte, les impératifs de réadaptation et de liberté des patients, sous-jacents dans le texte de la circulaire du 15 mars 1960. Les impératifs de la réadaptation et de la liberté des patients étaient devenus tellement essentiels pour le juge administratif qu'il n'hésita pas à relativiser le principe de défense sociale qui avait été l'un des fondements de la loi du 30 juin 1838. Le juge affirma avec une audace qui surprend encore la légalité de modes de prise en charge de plus en plus risqués.

L'implication du juge administratif dans un véritable travail de médiation entre l'opinion et la psychiatrie publique a débuté en 1964, avec un jugement du tribunal administratif de Pau (T.A. Pau, 18 mars 1964, Sempe) qui a fait appel à la théorie du « risque spécial pour les tiers », c'est-à-dire à la notion de respon-

sabilité sans faute, pour indemniser un dommage causé à un tiers par un sujet en congé d'essai. Ce jugement a été analysé fort lucidement par les commentateurs de l'époque comme un soutien apporté par le juge administratif au difficile travail d'intérêt général que représente la réadaptation progressive des malades mentaux et l'apprentissage de la liberté.

À partir de l'arrêt du Conseil d'État du 13 juillet 1967 Département de la Moselle (Lebon, p. 341), une jurisprudence bien établie concernant les sorties d'essai n'a cessé d'affirmer face à une opinion inquiète la parfaite légalité de ce mode de prise en charge, pourtant non prévu par la loi, et le fait que la réadaptation des malades mentaux hospitalisés sous contrainte devait passer, un jour ou l'autre, par le risque de l'essai d'une mise en conditions de vie normale au milieu de la population.

L'esprit de la jurisprudence administrative, lorsqu'elle a recours à la notion de responsabilité sans faute, également connue sous la dénomination fort significative de théorie du « risque spécial pour les tiers », a été présenté avec excellence par Pascale Fombeur dans un article intitulé « Les évolutions jurisprudentielles de la responsabilité sans faute », paru dans *l'Actualité juridique de droit administratif* du 20 juillet-20 août 1999 (numéro spécial, p. 100) : « La responsabilité sans faute constitue un moyen pour l'administration de poursuivre des activités d'intérêt général d'une façon socialement acceptable dès lors qu'une compensation s'avère possible quand les intérêts particuliers sont lésés d'une manière trop importante. »

La théorie du risque spécial pour les tiers a été appliquée par le Conseil d'État à partir de 1987 dans le cadre des contentieux de la responsabilité survenus à la suite de dommages causés à des tiers par des sujets en « placement surveillé ». Les placements surveillés correspondent à un mode de prise en charge en plein développement que l'on désigne aujourd'hui sous la dénomination, plus moderne et plus acceptable par l'opinion, d'accueil familial thérapeutique. La notion d'accueil familial thérapeutique fait en effet abstraction du risque. Il faut préciser qu'à la différence des sorties d'essai, qui ont reçu de la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 une consécration législative, l'accueil familial thérapeutique ne bénéficie toujours pas de la consécration d'un texte législatif et ne peut justifier de sa légalité qu'en référence à la jurisprudence.

La décision de principe en matière de placement familial thérapeutique est l'arrêt Dame Piolet et autres, rendu par le Conseil d'État le 13 mai 1987. Cet arrêt, qui a repris mot pour mot les termes utilisés dans l'arrêt Département de la Moselle, a fait une fois de plus la démonstration de la légalité d'un mode de prise en charge qui allait dans le sens de la réadaptation et de la liberté des malades mentaux. La survenance en droit positif de la loi n° 90-527 du 27 juin 1990, qui définissait le concept législatif de la notion de « sortie d'essai », ne pouvait que renforcer l'assise juridique de la jurisprudence de la responsabilité sans faute lors de dommages consécutifs à des types d'activité nouveaux, orientés vers la réadaptation et la liberté des patients, et susceptibles de créer un risque spécial pour les tiers.

LES TROIS FORMES D'IMPLICATION DU JUGE JUDICIAIRE FACE AUX ENJEUX DE LA LIBERTÉ ET DE LA PROTECTION DES MALADES MENTAUX

Le juge judiciaire est impliqué de trois manières différentes face aux enjeux de la liberté et de la protection des malades mentaux :

- soit en tant que juge de la pertinence d'une atteinte à la liberté (cas des contentieux de la légalité interne des hospitalisations sous contrainte) ;
- soit en tant que médiateur entre la psychiatrie publique et la société (cas des contentieux des « troubles de voisinage ») ;
- soit en raison de carences législatives (cas des contentieux relatifs à l'engagement des gérants de tutelle en matière de protection de la personne).

Si le contournement du risque politique que représente toute libéralisation de la législation en matière de psychiatrie publique est un des enjeux de la jurisprudence administrative concernant la responsabilité des hôpitaux psychiatriques, la question se pose de savoir si le contournement du risque politique est perçu lui aussi comme un des enjeux de la jurisprudence judiciaire dans les divers domaines touchant à la liberté et à la protection des malades mentaux où le juge judiciaire est appelé à intervenir.

La réponse est a priori négative car la jurisprudence judiciaire est en principe purement interprétative. Le juge judiciaire se refuse généralement, à l'inverse du juge administratif, à faire œuvre de « jurislation ». Pour ce qui concerne les contentieux qui touchent à la psychiatrie publique, les juridictions civiles interviennent dans des domaines qui sont généralement bien structurés sur le plan législatif et qui paraissent éloignés des enjeux de la politique de santé mentale.

L'activité de la psychiatrie publique est une activité administrative dont les principes de fonctionnement sont définis par les autorités gouvernementales. Le juge administratif, qui est le juge de l'administration, est donc incité tout naturellement à s'interroger sur la pertinence des réponses données par les autorités administratives par rapport aux exigences de l'intérêt général. Il peut être conduit, dans ces conditions, à développer une jurisprudence qui atteint le champ de la politique.

Le juge judiciaire, qui est le juge des particuliers, n'atteint pas le champ de la politique. Il travaille en référence à des considérations individuelles. L'enjeu des contentieux, devant ce juge, n'est donc pas de l'ordre de l'intérêt général mais de celui des intérêts particuliers. Le contrôle juridictionnel de la légalité interne des hospitalisations sous contrainte permet d'en faire la démonstration, mais également de la relativiser. L'enjeu de ce contrôle est bien un intérêt particulier dans la mesure où il s'agit de la liberté individuelle d'un patient déterminé qui a été hospitalisé sous la contrainte. Il faut cependant observer que le juge judiciaire agit dans un domaine de compétence d'où l'intérêt général n'est pas absent. Il agit en effet dans le cadre de sa mission d'intérêt général de gardien des libertés publiques. Cette mission lui est confiée par l'article 66 de la Constitution. L'intérêt général pourrait en effet être menacé si le représentant de l'État détournait son pouvoir d'hospitalisation d'office en vue d'une fin

politique ou maintenait une hospitalisation d'office dans un but politique. Le droit positif offre cette possibilité théorique.

L'hospitalisation d'office est en effet possible, selon l'article L. 3213-1 du Code de la santé publique, possible lorsque « les troubles mentaux compromettent l'ordre public, ou la sûreté des personnes ». Le risque d'atteinte à l'ordre public, qui est la première indication d'hospitalisation d'office formulée par la loi, est un concept propice à la déviance car la notion d'ordre public peut ouvrir la voie, si l'on n'y prend garde, à la psychiatrisation des actes politiques. La formulation de l'article L. 3213-1 est donc contestée par divers auteurs. Le groupe d'évaluation de la loi de 1990 a pris acte de cette contestation et a proposé un alignement de la formulation de l'article L. 3213-1 du Code de la santé publique sur les dispositifs des autres législations européennes, où l'hospitalisation d'office n'est possible que dans le seul cas du risque d'atteinte à la sûreté des personnes.

L'article L. 3211-12 du Code de la santé publique, qui organise le contrôle de la légalité interne des hospitalisations sous contrainte, précise que le juge de la liberté et de la détention, « statuant en la forme des référés après débat contradictoire et après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate ». L'enjeu n'a pas d'autre but que de permettre au juge de la liberté et de la détention d'ordonner la cessation d'une hospitalisation sans consentement qui ne lui apparaîtrait pas médicalement justifiée. Le juge de la liberté et de la détention n'est donc pas un médiateur, comme le juge administratif, mais bien un juge de la liberté. Il est très important de souligner combien est grande la disponibilité de ce juge de la liberté dans la mesure où il n'existe aucune limite au niveau de la recevabilité du recours. Le recours judiciaire peut être présenté en effet « par simple requête » et « à quelque époque que ce soit ».

Il est probable que le développement de la psychiatrie lourde à domicile conduira le juge judiciaire à participer, tout comme le juge administratif, à l'œuvre de médiation entre l'opinion et la psychiatrie publique. La réinsertion de sujets psychiatriques très lourdement atteints, perçus comme perturbateurs par le voisinage, est désormais l'un des enjeux de la politique de santé mentale. La mise en appartements de patients psychotiques lourds dans des résidences privées n'ira pas sans heurts et constituera probablement un nouveau champ de contentieux judiciaire. Il est arrivé dans le passé que le juge judiciaire soit saisi par des copropriétaires d'immeubles qui demandaient le départ d'infirmes moteurs cérébraux dont la seule présence dérangeait la tranquillité du voisinage. Ce même type de contentieux se produira sans doute également dans le cas de ces malades très lourds et perturbateurs qui vivent désormais à l'extérieur de l'hôpital, portés à bout de bras par les équipes de secteur et les gérants de tutelle hospitaliers. Le contentieux du « trouble de voisinage » est donc un risque inhérent aux tentatives d'insertion ou de réinsertion très hardies qui sont aujourd'hui réalisées dans des conditions qui apparaissent souvent aux limites de ce que l'on peut attendre raisonnablement de la société.

Les contentieux qui touchent à la protection de la personne des malades mentaux sont, quant à eux, en plein développement car le droit positif, depuis une quinzaine d'années, n'est plus adapté à l'évolution, qu'il s'agisse de celle

des mœurs ou de celle qui résulte des avancées de la médecine, et pas seulement de la médecine psychiatrique. Les régimes de protection des incapables majeurs sont en effet des régimes de protection des patrimoines et rien, dans la loi n° 68-5 du 3 janvier 1968, ne précise expressément qu'ils sont également des régimes de protection de la personne. Ces régimes doivent pourtant, selon la Cour de cassation, « pourvoir également à la protection de la personne ». Il faut citer à ce sujet l'arrêt du 18 avril 1989 (Cass. Civ., 18 avril 1989, D 1989, p. 493) qui affirme sans la moindre ambiguïté que « les régimes civils d'incapacité ont pour objet, d'une façon générale, de pourvoir à la protection de la personne et des biens de l'incapable ». Les limites de la formulation jurisprudentielle utilisée résultent de la fragilité de son caractère purement prétorien. La formulation ne repose en effet sur aucune disposition législative explicite.

La jurisprudence issue de l'arrêt du 18 avril 1989, compte tenu de sa formulation trop générale, met très mal à l'aise les gérants de tutelles, qui ne perçoivent pas très bien les limites de leur compétence lorsqu'ils doivent accomplir des actes de protection de la personne. Le raisonnement juridique qui a conduit à la formulation de l'arrêt remplit de perplexité les gérants de tutelles qui ont l'obligation d'accomplir leur mission dans le strict respect du droit positif. La jurisprudence issue de l'arrêt du 18 avril 1989, qui est leur nouvel horizon, est en effet moins fondée sur un droit positif clair que sur l'intime conviction qu'un régime civil d'incapacité bien compris ne peut être cohérent s'il ne s'étend pas à la protection de la personne du patient.

La modernisation du dispositif législatif de protection des incapables majeurs est nécessaire. L'effectivité de la protection de la personne des malades mentaux et l'homogénéité des pratiques professionnelles sont en cause, et il est clair que les gérants de tutelle ne s'impliqueront pas pleinement dans la protection de la personne de leurs administrés tant qu'un dispositif législatif minimum n'aura pas été institué.

S'agissant du positionnement du juge administratif face à l'enjeu de la réadaptation et de la liberté des malades mentaux, il faut retenir que :

- l'application de la responsabilité sans faute des hôpitaux psychiatriques est fondée sur les concepts de réadaptation des patients et d'apprentissage de la liberté ;
- la jurisprudence en ce domaine paraît avoir atteint un point limite ;
- le juge administratif ne retient la responsabilité sans faute que dans les cas où l'activité de la psychiatrie publique est considérée comme faisant encourir un « risque spécial aux tiers » ;
- les limites de la jurisprudence interpellent certains auteurs qui considèrent, à l'inverse du juge administratif, que la théorie du « risque spécial pour les tiers » doit être appliquée dans les contentieux de la responsabilité en psychiatrie publique chaque fois qu'un dommage est causé à un tiers à la suite de toute décision génératrice de liberté pour le patient.

S'agissant du positionnement du juge judiciaire face à l'enjeu de la réadaptation et de la liberté des malades mentaux, il faut retenir que :

- l'article L. 3211-§12 du Code de la santé publique se présente comme un dispositif législatif irréprochable en termes de protection de la liberté. Cet article est

en conformité absolue à l'article 5 de la Convention européenne des droits de l'homme, qui stipule : « Toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le droit d'introduire un recours devant un tribunal afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale » ;

– le dispositif de protection de la personne des incapables majeurs est, pour ce qui le concerne, très insatisfaisant dans la mesure où la carence législative conduit le juge judiciaire à développer une jurisprudence qui se situe aux limites de la « jurisprudence ». La jurisprudence de la Cour de cassation se résume finalement à l'idée que la protection de la personne est un devoir, et que ce devoir s'impose à partir d'un certain seuil à la personne ou à l'organisme qui assure une mission tutélaire ;

– l'arrêt de la Cour de cassation du 18 avril 1989 paraît être appelé à une consécration législative. Un avant-projet de loi élaboré par la Direction des affaires civiles et du sceau, qui a inspiré le rapport Favart (avril 2000), préconise en effet une réforme qui insérerait dans le Code civil une disposition spécifiant que « les régimes de protection des majeurs ont pour objet tant leur personne que leurs biens ».

Patrick Chaltiel

Observatoire de la violence

Il s'agit d'exposer un dispositif d'analyse de la violence clinique, institutionnelle et sociale mis en place dans l'établissement multilocalisé de Ville-Évrard : 14 secteurs de psychiatrie générale, 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, 4 centres hospitaliers, 100 structures de soin desservant 1,2 million d'habitants, la population du département de Seine-Saint-Denis. Cette démarche, nous l'avons dénommée : « Observatoire de la violence » en précisant qu'il ne s'agissait pas d'un observatoire fixe mais qu'il s'agissait plutôt d'observer en marchant et de mener un processus de recherche-action.

Cette démarche s'appuie sur les travaux d'un groupe de réflexion qui a réuni, pendant deux ans, une cinquantaine de soignants de l'établissement : médecins, psychologues, assistants sociaux, cadres, soignants, infirmiers, aides-soignants et cadres administratifs. Ce groupe a produit un premier balisage-défrichage du problème « violence et psychiatrie ». En voici les grandes lignes.

La psychiatrie, dans l'opinion publique, conserve une fonction surmoïque (obscène et féroce, disait Lacan), un repoussoir contre les dérives de l'esprit hors des normes consensuelles de la raison. Du docteur Hannibal Lecter (*Le silence des agneaux*) à M. Ratchet et son *Vol au-dessus d'un nid de coucou*, la psychiatrie demeure, dans son image collective, une pratique violente et une pratique de la violence. Sans aller jusqu'à l'ogre mangeur de cerveau humain ou à la lobotomiseuse sadique, l'image de la psychiatrie reste entachée d'une connotation déprédative, voire partiellement décérébrante.

Or, dans la réalité des pratiques, l'humanisation des soins et le respect du patient ont considérablement évolué au cours du dernier demi-siècle, et surtout de ces trente dernières années, sous l'action conjuguée :

- des politiques institutionnelles généralisées par le mouvement de la psychiatrie de secteur ;
- des progrès considérables de la pharmacopée des troubles mentaux ;
- de la diversification des approches thérapeutiques en général et psychothérapeutiques en particulier ;
- d'un attachement des psychiatres à la prévention des maladies et à la réinsertion sociale des malades : refus de se borner à une notion du soin héritée de la médecine neuropsychiatrique.

Cette humanisation et ce respect, qu'on ne saurait bien entendu déplorer, causent néanmoins une certaine fragilisation des soins psychiatriques. Celle-ci tient à plusieurs facteurs. Les psychiatres sont frustrés par l'écart entre l'image publique et la réalité de leur travail et de leurs efforts. Ils sont moins bien formés à la clinique des maladies mentales sévères et à leur prise en charge au long cours. Ils sont également soumis à la violence clinique d'un côté et à la violence sociale des banlieues de l'autre. Enfin, les psychiatres sont numériquement touchés par une dégringolade vertigineuse, présente et à venir, de leurs effectifs, cela du fait d'une impéritie coupable des pouvoirs publics. Nombre sont ceux qui se découragent sous ces tirs croisés et développent une dangereuse nostalgie des remparts de l'asile, à bonne distance des soubresauts de la cité, vantant les mérites de l'adage : « Pour revivre heureux, revivons cachés ! »

1. Cette angoisse régressiogène du corps des soignants face aux nouvelles formes de la violence sociale touche d'ailleurs tous les métiers proposant une interface d'accueil de la souffrance ou de régulation sociale de la violence. Rappelons que la psychiatrie comporte les deux ! Elle est donc particulièrement exposée à cette problématique. Or nous savons que toute régression dans le combat de déstigmatisation et d'intégration qu'a mené la psychiatrie depuis quarante ans reproduirait inéluctablement la séquence : désignation, exclusion, déportation, incarcération et, pour finir, oubli ! Séquence dont la barbarie déshumanisante ne devrait plus être à démontrer... si ce n'est qu'un soursouris courant négationniste et asilophile pointe, ici ou là, son nez, s'appuyant sur ces fragilisations et sur ces craintes, dont nous avons vu qu'elles n'étaient pas sans fondement.

2. Il nous faut donc, pour contrer ces tendances anachroniques, prendre le problème à bras-le-corps et, surtout, ne pas le disqualifier ou le minimiser par des propos lénifiants, par des protocolorisations visant à masquer des problèmes humains sous des écrans de pseudo-technicité. C'est pourquoi l'observatoire se veut avant tout à l'origine d'une *culture du partage et de la réflexion collective* sur toutes les formes d'irruption de la violence dans le soin, afin de permettre à tout soignant, à tout patient, à toute famille qui s'en sont sentis victimes d'être écoutés dans leur description de ce qu'ils ont subi, et dans leurs propositions de changement.

3. Pour finir, et avant de résumer brièvement où nous en sommes dans le montage de cette instance, nous avons encore à souligner deux points.

L'irruption de la violence dont nous parlons peut être brutale : c'est souvent à celle-là que l'on pense d'abord : l'incivilité, l'injure, le coup, la

blessure, etc. Mais elle peut aussi être chronique et telle qu'on la ressent douloureusement sans plus la voir vraiment. Dans cette seconde catégorie, insistons sur la maltraitance sociale persistante à l'égard des malades les plus sévères, dont l'intégration citoyenne se borne parfois à une clochardisation à domicile dans des conditions qu'on nomme pudiquement « précarité ». La société s'appuie ici sur la générosité, voire l'oblativité idéaliste des équipes de secteur psychiatrique pour gérer « au plus près » cette misère difficilement dissociable de la maladie et du soin. Or, à mon sens, « l'asile, c'est quand un malade n'a plus pour interlocuteurs que des soignants "psy" ». Nous sommes donc aussi confrontés à cette violence diffuse d'un asile diffus. Le second point concerne la notion de gestion des risques, notion issue de réflexions sur les risques majeurs dans l'industrie, visant à éviter les catastrophes telles que celle, récente, de Toulouse dans l'industrie chimique ou de Tchernobyl dans le nucléaire, puis étendue aux catastrophes naturelles, ainsi qu'aux attentats terroristes. Ce corpus récent de savoirs et de réflexions regroupés sous le terme, inventé par Kervern, des « cyndiniques » (les sciences du danger) présente un certain nombre de constatations et de propositions intéressantes pour notre travail soignant et ses risques propres : une, en particulier, qui me semble fondamentale et qui énonce : « Trop de sécurité tue la sécurité. »

Ainsi, un précepte cyndinique qui me paraît fondamental (et paradoxal à la fois) consiste à préconiser de « laisser vivre les incidents, afin de ne pas conduire les professionnels à un sentiment de sécurité excessive induisant l'oubli des risques réels de leur métier et, dès lors, des négligences cyndinogènes, inductrices de catastrophes ». Cette conception de la sécurité, qui en fait non pas un absolu abrasant toute notion de risque, mais une notion relative visant à renégocier, à chaque incident, les stratégies humaines de prévention, de traitement et de réparation, me paraît à la fois fondamentale dans notre métier et très difficile à accepter par les soignants. En effet, l'implication dans la réflexion sur la violence est nécessairement empreinte d'une représentation idéale d'un mythe du risque zéro.

Le plus difficile est de convaincre nos équipes soignantes, fragilisées, comme nous l'avons argumenté plus haut, par l'évolution de la psychiatrie, de la société et du rapport entre psychiatre et société, que le risque zéro n'est pas un but, que l'analyse des incidents est l'instrument le plus précieux d'anticipation et d'évitement des accidents les plus graves. C'est sur ce point central que l'observatoire a, dans mon esprit, une fonction culturelle plus que technique. Il s'agit, en effet, non pas de se protéger de tout risque de violence, pas plus que d'en vouloir protéger radicalement nos patients, leur entourage, voire la société tout entière, mais de parvenir à un vécu de « sécurité suffisamment bonne » (« *good enough* », pour reprendre l'expression de Winnicott à propos des mères) qui ne conduise ni à un repli frileux phobique auto-protecteur, ni à un sentiment mégalomane de sécurité absolue à l'origine de tous les dangers. Pour moi, en effet, le risque fondamental de la « gestion du risque » serait de ne concevoir la notion de risque que comme un ennemi à abattre... et de perdre de vue le fait fondamental qu'on ne se soigne pas, en médecine en général et en psychiatrie en particulier, sans *prise de risque* : tout

soin dynamique repose sur une évaluation collective (incluant soignants, familles, usagers, administratifs, décideurs) de la prise de risque inhérente à ce soin, face au risque de ne rien faire...

Ainsi, si la violence comme réalité demeure inacceptable pour tous, la violence comme risque doit être intégrée comme inhérente au soin psy : non pas repoussée par une idéalisation dangereuse du risque zéro hobogène ou répressiogène, mais retravaillée, ré-élaborée à chaque fois dans la réflexion collective autour des incidents violents inhérents à la dynamique du soin des troubles mentaux.

Jean Claus

*Activités du Conseil de l'Europe
dans le domaine de la protection des droits de l'homme
et de la dignité des personnes présentant
des troubles mentaux,
en particulier de celles placées comme patients involontaires
dans un établissement psychiatrique¹*

Pour dresser une brève genèse des activités poursuivies en matière de psychiatrie et de droits de l'homme par le Conseil de l'Europe, qui compte à ce jour quarante-trois États membres, il est bon de rappeler que, dès 1983, le Comité des ministres adoptait une recommandation aux États membres sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires.

Ultérieurement, suite à une recommandation de l'Assemblée parlementaire, le Comité des ministres décidait de créer un groupe de travail sur la psychiatrie et les droits de l'homme, composé à la fois de juristes et de psychiatres. Le mandat de ce groupe est d'élaborer des lignes directrices visant à assurer la protection des droits de l'homme et de la dignité des patients, à la lumière évidemment des progrès de la science médicale et de la nécessité avérée d'accroître la protection des patients. Les travaux que nous poursuivons s'appuient en permanence sur la lettre et l'esprit de la Convention européenne des droits de l'homme, et en particulier de ses articles 5 (droit à la liberté et à la

Jean Claus, secrétaire du groupe de travail sur la psychiatrie et les droits de l'homme (CDBI-ph) du Conseil de l'Europe.

1. Le présent texte expose succinctement et de façon non exhaustive le contenu (au 22 novembre 2001) du projet de recommandation tel qu'il se présente avant son examen par le Comité directeur pour la bioéthique (CDBI) du Conseil de l'Europe. Les vues qui y sont exposées ne reflètent pas nécessairement la position définitive du CDBI, celle du Comité des ministres du Conseil de l'Europe ou celle de ses États membres. Ces vues sont celles de l'auteur et n'engagent en rien le Conseil de l'Europe ou ses États membres.

sûreté), 6 (droit à un procès équitable), 8 (droit à la vie privée et familiale) et 14 (principe de l'interdiction de discrimination).

Le Conseil de l'Europe a publié au début de l'an 2000 un *Livre blanc* à des fins de consultation publique. Ce document contient les résultats des travaux menés jusqu'à cette date par le groupe de travail sur la psychiatrie et les droits de l'homme. Les gouvernements des États membres et un certain nombre d'organisations représentatives au plan européen ont transmis au secrétariat des commentaires qui ont été examinés par le groupe de travail dans le cadre de sa réunion tenue du 4 au 6 septembre 2001. Lors de cette réunion a été finalisé le texte d'un projet de recommandation, à la lumière, en particulier, des commentaires reçus. Ce texte a été communiqué au Comité directeur pour la bioéthique (CBDI). C'est donc non plus au *Livre blanc*, mais à ce projet de recommandation qu'il sera fait référence.

La teneur des propos qui suivent ne saurait être considérée comme immuable tant il est vrai que le texte du projet de recommandation n'a pas encore fait l'objet d'une approbation par le Comité directeur pour la bioéthique ni, a fortiori, d'une adoption par le Comité des ministres. Il s'agit donc en quelque sorte d'une photographie instantanée des travaux en cours.

Dès son préambule, le projet de recommandation fait écho à une préoccupation souvent exposée par les praticiens, à savoir la nécessité qu'existent les ressources nécessaires à la mise en œuvre de leur mission. Le texte recommande donc aux gouvernements des États membres d'examiner l'allocation des ressources destinées aux services de santé mentale de façon à ce que les lignes directrices exposées en son sein puissent être réalisées.

L'OBJET (ET LE CHAMP D'APPLICATION) DU NOUVEL INSTRUMENT JURIDIQUE

Il englobe à la fois le placement et le traitement involontaires « dont le caractère exceptionnel a été retenu comme critère », étant bien entendu que le placement involontaire devrait seulement avoir lieu pour des raisons thérapeutiques ; de fait, dans tous les cas, le placement devrait faire partie d'un plan thérapeutique d'ensemble destiné à rencontrer les besoins du patient. Le traitement involontaire, quant à lui, est envisagé dans le cas où le patient est privé de sa liberté, mais également lorsqu'il est traité en ambulatoire.

LES CATÉGORIES INCLUSES DANS LE CONCEPT DE TROUBLES MENTAUX

À la lumière notamment des définitions du trouble mental données par l'OMS et par l'Association psychiatrique américaine, lesquelles n'indiquent pas de limites précises, le groupe a estimé que le terme de « trouble mental » ne saurait être d'une précision absolue et que le placement ou le traitement involontaires ne conviennent que pour certains types de trouble mental, par exemple pour

certaines personnes présentant des psychoses ou des névroses sévères, pour certains types de troubles de la personnalité et en cas de handicap mental. Le projet de recommandation souligne en outre que les difficultés d'adaptation aux valeurs morales, sociales, politiques ou autres ne devraient pas en elles-mêmes être considérées comme un trouble mental.

Les critères pour le placement involontaire dans un établissement psychiatrique et pour le traitement involontaire sont de divers ordres :

- l'existence d'un trouble mental devrait être reconnue ou une évaluation demandée pour déterminer l'existence d'un trouble mental ;
- l'état de la personne constitue un risque significatif de dommage grave pour sa santé et/ou pour d'autres personnes ;
- le placement ou le traitement ou les deux sont susceptibles d'être dans l'intérêt de la personne concernée ;
- la personne est capable de consentir et ne donne pas son consentement ou la personne est incapable de consentir et refuse le placement ou le traitement ;
- des moyens de donner les soins appropriés au patient, portant moins atteinte à sa liberté, ne sont pas disponibles. Évidemment, le projet de recommandation souligne que les États membres doivent s'assurer que des mesures sont prises pour que des alternatives au placement soient aussi largement disponibles que faire se peut.

Les procédures pour la prise de décision de placement et de traitement involontaires

Le groupe de travail a considéré que le placement involontaire ou sa prolongation, ou l'administration du traitement involontaire ou sa prolongation, devraient seulement avoir lieu sur la base d'un examen par un psychiatre ou par un médecin possédant l'expérience et la compétence requises et que la décision de placement ou de traitement involontaires devrait être prise par une autorité compétente indépendante, fondant sa décision sur des normes valides et fiables d'expertise médicale.

Se fondant sur la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, qui n'a jamais exigé que la *décision initiale* de placement soit prise par un tribunal ou un organe similaire, le groupe de travail a estimé que la question pertinente est celle de l'*indépendance* de l'organe ou de l'autorité qui prend la décision de placement.

Les procédures pour le placement et le traitement involontaires en cas d'urgence

Il s'agit là des situations où il existe un danger immédiat pour le patient ou autrui et où l'avis d'un psychiatre ne peut être obtenu immédiatement ; dans un tel cas, la décision pourrait ne pas être prise par l'autorité compétente indépen-

dante, mais sur la base d'un avis médical valide et fiable dans le cadre de l'examen du patient réalisé en vue du placement et du traitement, étant bien entendu que l'autorité compétente indépendante devrait dès que possible, sur la base d'un avis psychiatrique valide et fiable et après avoir recueilli l'avis de la personne concernée, prendre une décision documentée et formelle au sujet du placement et du traitement involontaires.

Considérations spécifiques au traitement involontaire

Le groupe de travail a estimé que le traitement involontaire devrait toujours être appliqué en réponse à des signes et un symptôme cliniques reconnus, avoir un but thérapeutique et être dans l'intérêt de la personne. En outre, le traitement involontaire doit correspondre à un besoin médical plutôt qu'à un besoin social, de famille ou d'ordre économique.

Le projet de recommandation dispose par ailleurs qu'un plan de traitement involontaire devrait être établi par écrit, si possible en consultation avec le patient ou son représentant ou, s'il n'existe pas de représentant, être soumis à une autorité indépendante pour décision. En outre, le traitement devrait toujours être adapté au patient, être proportionné à son état de santé et viser, autant que faire se peut, à l'administration dans les meilleurs délais d'un traitement accepté par le patient. De plus, chaque étape du traitement involontaire devrait être enregistrée. Enfin, dans le cas où le patient ne consent pas audit plan, il devrait pouvoir former un recours devant un tribunal ou un organe similaire.

Les traitements spéciaux

Le projet souligne que les traitements efficaces potentiellement violents pour la personne concernée, en particulier ceux présentant d'éventuels effets irréversibles, devraient faire l'objet d'une vigilance thérapeutique et de protocoles particuliers.

Le groupe de travail a pris note de ce que la recherche en matière de thérapie électroconvulsive a montré que celle-ci est efficace dans la maladie dépressive sévère, par exemple. Aussi le projet de recommandation postule-t-il que l'administration de la thérapie électroconvulsive devrait seulement être effectuée dans les maladies graves où il n'existe pas d'*alternatives efficaces*. Il a été considéré que seule la thérapie électroconvulsive modulée – c'est-à-dire effectuée avec l'administration d'une anesthésie et de produits myorelaxants – est acceptable.

S'agissant de la psychochirurgie, le groupe de travail a noté que son efficacité n'a pas encore été établie, en raison d'une recherche limitée, et c'est pour cette raison et à cause de sa nature irréversible qu'il a proposé des garanties additionnelles. Aussi le projet dispose-t-il que le consentement du patient est un minimum absolu pour le recours à la psychochirurgie et que ce dernier doit toujours être précédé d'une évaluation de la proportionnalité entre le risque

encouru par le patient et le but recherché par le biais de cette technique. En outre, la décision de recourir à la psychochirurgie devrait dans tous les cas être confirmée par un comité qui ne soit pas composé uniquement d'experts psychiatriques.

Enfin, l'usage de la psychochirurgie devrait être soumis à une recherche appropriée et à une communication à la communauté scientifique internationale.

Placement et traitement involontaires des personnes mineures

De façon générale, le projet souligne que les mesures de protection des personnes mineures devraient être plus contraignantes que celles réservées aux adultes. En outre, s'agissant plus spécifiquement des conditions de vie des personnes mineures faisant l'objet d'un placement involontaire, les experts ont considéré que ces dernières devraient être traitées et résider dans des locaux distincts de ceux dans lesquels résident les adultes, à moins que l'intérêt de la personne mineure concernée ne s'y oppose.

Les experts ont aussi examiné l'implication de la police, des tribunaux et du système pénitentiaire dans le placement et le traitement involontaires, qui fait l'objet d'un article spécifique du projet de texte.

Droits des personnes présentant des troubles mentaux, en particulier celles placées comme patients involontaires

Une disposition du projet indique que chaque patient devrait être informé de ses droits en tant que patient et devrait avoir accès à un organe compétent au sein du service de santé mentale – mais indépendant de celui-ci. En outre, le groupe de travail a estimé que toute personne présentant des troubles mentaux conserve ceux de ses droits civils et politiques pour lesquels elle est capable de prendre des décisions et a, dans la mesure du possible, le droit de vivre et de travailler au sein de la société.

Dans le cadre de cet article figurent par ailleurs des dispositions relatives à l'environnement et aux conditions de vie des patients, à la confidentialité des informations, à la contention physique et à l'isolement, à la procréation et à l'interruption de grossesse, au droit de communiquer et au droit de visite, à la protection des intérêts économiques du patient, aux enfants des personnes présentant des troubles mentaux et à la protection des personnes vulnérables présentant de tels troubles.

Enfin, un examen très détaillé a également été réservé aux domaines suivants :

– *La discrimination des personnes présentant des troubles mentaux* : le groupe de travail a estimé que les États membres devraient prendre des mesures afin d'éliminer toute discrimination, y compris au sein des services de santé, en raison de troubles mentaux passés ou présents ou en raison d'un séjour dans un établis-

sement psychiatrique. Le projet de texte souligne en outre que des programmes de promotion de la santé mentale peuvent aider à la prévention de la discrimination et à l'intervention précoce.

– *La fin du placement et du traitement involontaires* : le placement ou le traitement involontaires devraient prendre fin dès que la personne ne réunit plus les critères du placement ou du traitement involontaire. Le psychiatre en charge des soins du patient devrait être responsable de l'évaluation tendant à savoir si le patient continue de remplir lesdits critères. Le médecin, l'établissement et l'autorité indépendante devraient avoir la compétence de mettre fin au placement ou au traitement involontaires au vu des critères sus-mentionnés.

– *La révision de la légalité du placement et du traitement involontaires* : le groupe de travail a été d'avis que le patient devrait pouvoir demander à intervalles raisonnables la révision de la légalité du placement ou du traitement involontaires par un tribunal ou un organe similaire, conformément aux articles 5 et 6 de la Convention européenne des droits de l'homme. En outre, si un patient ne demande pas cette révision, *celle-ci devrait être effectuée ex officio par une autorité indépendante, de préférence un tribunal ou un organe similaire, à intervalles réguliers et raisonnables.*

Le groupe de travail a examiné les divers systèmes de fixation et de suivi des normes de qualité pour la mise en œuvre de la législation relative à la santé mentale.

Pour terminer, soulignons que lors de ses travaux, le groupe de travail a gardé en permanence à l'esprit *l'intérêt du patient et le respect de ses droits et de sa dignité*. L'illustration en est donnée par une phrase qui apparaissait déjà dans le *Livre blanc* et qui figure à présent dans le projet d'exposé des motifs de l'instrument juridique en préparation. Cette phrase, à mon sens, résume bien la perspective dans laquelle nous nous plaçons : « ... Quelles que soient les instances indépendantes qui contrôlent cette restriction de liberté, elles n'affranchissent pas les thérapeutes et les professionnels au contact direct de la personne ayant des troubles mentaux d'une réflexion éthique et juridique accompagnant constamment leur activité. Il appartient à tout psychiatre en charge de prendre des décisions majeures pour le projet de vie de son patient d'étayer en permanence son avis par le dialogue et la transparence sur sa démarche vis-à-vis de ses pairs, des patients et de la communauté. »

Table des matières

<i>Pour une nouvelle donne.</i> Alain Pidolle.....	5
<i>Droit d'être soigné, droits des soignants.</i> Carole Thiry-Bour.....	9

LE SOIN PSYCHIATRIQUE ET SON CONTEXTE

<i>Les fondements du soin en psychiatrie.</i> Édouard Zarifian.....	27
<i>Droit des enfants à être soignés, droit des équipes de pédopsychiatrie à devenir soignantes.</i> Jacques Constant.....	37
<i>Mépris social et souffrance psychique.</i> Emmanuel Renault.....	41
<i>La santé, nouveau fondement de l'institution psychiatrique.</i> Anne Golse.....	53
<i>Éthique de la contrainte en psychiatrie.</i> Claude Barthélémy.....	67
<i>Participation, liberté, dignité : enjeux et limites.</i> Michel Horassius.....	75
<i>Il n'y a pas de pouvoir innocent.</i> Murielle Vitré.....	81
<i>Institution psychiatrique : le droit et les coutumes.</i> Marie-Noëlle Clément.....	85
<i>Le système de soins est-il réellement organisé pour le bien-être des usagers ?</i> Jean-Marie Clément.....	93
<i>Les disparités de l'offre de soins en psychiatrie et leurs conséquences.</i> Serge Guibert.....	99
<i>Une région sinistrée ?... Pas si simple !</i> Gérard Delahaye.....	105
<i>Une typologie des secteurs de psychiatrie générale.</i> Frédéric Bousquet et Magali Coldefy.....	109
<i>À propos de la régulation à l'hôpital ou des modes d'évitement des situations potentiellement violentes.</i> Madeleine Monceau.....	121

POUR PENSER LE CHANGEMENT

<i>Les associations, moteur de changements à l'hôpital : une question de légitimité.</i> Véronique Ghadi	129
<i>La participation des patients : l'expérience flamande.</i> Paul Arteel	141
<i>Les souhaits des usagers en santé mentale.</i> Claude Finkelstein	155
<i>Le plan d'urgence demandé pour la psychiatrie dans la cité.</i> Jean Canneva	159
<i>Résistances...</i> Patrick Chemla	163
<i>Quelques réflexions sur l'évolution possible de la sectorisation.</i> Simon Daniel Kipman	169
<i>Que signifie une demande de soins par un intervenant social ?</i> Jean Furtos	173
<i>L'évolution de la demande de soins : l'obligation et la nécessité.</i> Pascal Bourdon	179
<i>Droit de soigner et responsabilité du professionnel : quelles obligations ?</i> Jacky Sauzeau	183
<i>L'agitation en psychiatrie : quels repères pour quels soins ?</i> Jean-Paul Lanquetin	187
<i>Peut-on gérer les inégalités ?</i> Christian Bonal	199
<i>Les droits et l'information du patient : une valeur peut en cacher une autre.</i> Isabelle Robineau	203
<i>Droit à l'information des patients : le cadre réglementaire.</i> Hélène Bellon	207
<i>Responsabilité individuelle et organisation collective : dialectique et complémentarité.</i> David Causse	211
<i>Liberté et protection des malades mentaux : rôle du juge administratif.</i> Jean-Louis Deschamps	219
<i>Observatoire de la violence.</i> Patrick Chaltiel	227
<i>Activités du Conseil de l'Europe dans le domaine de la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes présentant des troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique.</i> Jean Claus	231

Déjà parus dans la collection
« *Études, Recherches, Actions en Santé Mentale en Europe* »

Claude Deutsch et Martine Dutoit-Sola
Usagers de la psychiatrie : de la disqualification à la dignité
L'advocacy pour soutenir leur parole

Jean-Pierre Martin
Psychiatrie dans la ville
Pratiques et clinique de terrain

Yves Buin
Psychiatries
L'utopie, le déclin

Sous la direction de Nicole Diederich
Stériliser le handicap mental ?

Sous la direction de Claude Louzoun et Denis Salas
Justice et psychiatrie
Normes, responsabilité, éthique

Sous la direction de Bernard Doray et Claude Louzoun
Les traumatismes dans le psychisme et la culture

Sous la direction de Marcel Colin, Bruno Gravier et Jean-Marc Elchardus
Le crime contre l'humanité

Marcel Jaeger, Madeleine Monceau
La consommation des médicaments psychotropes en prison
Préface d'Édouard Zarifian

Sous la direction de Claude Louzoun
Santé mentale : réalités européennes

Philippe Bernardet, Thomaïs Douraki, Corinne Vaillant
Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe

Lucien Bonnafé
La psychanalyse de la connaissance