

ANNEE 2018

N°

TITRE DE LA THESE

DROIT A LA SANTE ET DROIT A L'AUTONOMIE : PARADOXE INSOLUBLE EN PSYCHIATRIE ? A
PROPOS DES REGLES DE RESTRICTION DES LIBERTES EN HOSPITALISATION COMPLETE.

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 27 novembre 2018

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Cécile TENAUD
Née le 10/06/1987
A Meudon (92)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2018

N°

TITRE DE LA THESE

DROIT A LA SANTE ET DROIT A L'AUTONOMIE : PARADOXE INSOLUBLE EN PSYCHIATRIE ? A
PROPOS DES REGLES DE RESTRICTION DES LIBERTES EN HOSPITALISATION COMPLETE.

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 27 novembre 2018

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Cécile TENAUD

Née le 10/06/1987

A Meudon (92)

Année Universitaire 2018-2019
au 1^{er} Octobre 2018

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
		(Retraite au 31 Décembre 2018)	
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
		(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2019)	
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romaric	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Bernard	BONIN (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	CAMUS (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Pneumologie
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Médecine physique et réadaptation
M.	Maurice	GIROUD (Surnombre jusqu'au 21/08/2019)	Neurologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Cardiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean	CUISINIER	(01/09/2018 au 21/08/2021)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2018 au 21/08/2021)
M.	Marc	FREYSZ	(01/03/2017 au 31/08/2019)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

M. le Professeur Bernard BONIN

Membres :

M. le Professeur Jean-Michel PETIT

M. le Docteur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER

M. le Docteur Gérard MILLERET

M. le Docteur Wafi ALKHLAF

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

Remerciements

A Monsieur le Professeur Bonin,

Vous me faites l'honneur de présider notre jury.

Votre enseignement et votre expérience reçus tout au long de l'internat sont d'une aide très précieuse dans ma pratique quotidienne.

Vous avez toujours su faire preuve de bienveillance, de disponibilité et de confiance à mon égard.

Pour tout cela je vous remercie et je vous témoigne l'expression de ma reconnaissance et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Petit,

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans notre jury.

Votre savoir et votre bienveillance sont de notoriété.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Chauvet-Gelinier

Nous vous remercions d'avoir accepté spontanément de siéger dans notre jury et de juger ce travail.

Les quelques mois d'internat à vos côtés ont été riches d'enseignement.

Veillez recevoir ici l'expression de mon estime et toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Alkhlaf

Je vous remercie d'avoir accepté sans hésiter de siéger dans notre jury et de juger ce travail.

Votre générosité et votre spontanéité m'ont beaucoup appris. C'est avec plaisir que je vais travailler à vos côtés.

Je pourrais encore bénéficier de vos précieux conseils.

Veillez recevoir ici l'expression de toute mon amitié et mon estime.

A Monsieur le Docteur Milleret

Vous avez accepté de diriger et de juger ce travail.

Je vous remercie pour votre optimisme et votre dynamisme qui ont été porteurs durant cette période de travail.

Je suis heureuse d'avoir pu échanger avec vous sur ce sujet qui vous passionne.

Vous m'avez ouvert des portes où je n'aurai jamais osé frapper et qui furent de belles expériences.

Pour tout cela veuillez recevoir mes sincères remerciements et mon profond respect.

A ma famille,

Mes parents, vous m'avez transmis votre valeur du travail qui semblait naturel chez vous. J'espère pouvoir redynamiser ma carrière, rebondir comme vous avez su le faire. Votre soutien sans faille durant ces longues années d'études m'a été d'une aide très précieuse. Je porte en moi votre amour et bien d'autres de vos valeurs.

Vincent, Manon, Raphaël, lorsque nous sommes tous réunis je suis convaincue d'être au bon endroit. Je vous souhaite à chacun de trouver votre voie et de vous épanouir dans votre vie personnelle et professionnelle.

Grand Jean, je ne sais pas si j'atteindrai l'idéal de médecine que tu as en tête mais je mettrai tout en œuvre pour y tendre. Ton métier m'a ouvert la voie et je ne t'en remercierai jamais assez. A Suzanne, William et Zéïne, les séjours en votre compagnie sont de très bons souvenirs.

Petit Jean, j'admire ta force de caractère, ton déterminisme qui t'ont amené là où tu voulais être. Avec Laurine et Louise je vous souhaite de trouver un équilibre dans votre nouvelle vie.

A toute la famille Rigal et Courbebaisse, des caractères bien trempés, je sais d'où me vient cet esprit de battante.

A toute la famille David et tous ces bons moments passer ensemble. Merci pour votre soutien.

Jean-Pierre, Chantal, Aurélie, Fabien, Logan et Melvin. Merci de m'avoir accueilli dans votre famille le plus naturellement du monde. J'apprends sur moi auprès de vous et j'essaye de m'améliorer. A Thérèse avec qui j'ai redécouvert ce qu'était une mamie, généreuse mais pas du genre à se laisser faire.

Et à tous ceux qui sont partis trop tôt. Isabelle tu es toujours présente et vivante dans mon cœur, mes grands-pères dont on m'a décrit le tempérament de feu, mes grand-mères dont je garde des souvenirs tendres et sucrés. A Hélène...

A mes amis

Ma petite Claire, ton amitié m'est indispensable. Ton sourire, ta légèreté, ton dynamisme m'ont beaucoup apporté. Tu peux être fière de tout le chemin que tu as parcouru.

Emilie, Julien, Marie Laure, Guillaume, Lio, Estelle, Julien, Johanna, Jacques, Myriam, Ludo ces moments passés ensemble sont des bouffées d'oxygène.

Ryme, Marina, Cyrielle, Sandrine, Céline, Joris, Aurélie, Alexandre, Karine, William vous avez égayé ces années d'études. Vous êtes tous déjà de grands médecins.

Léonie, Olivia, Loïs, Ewen, Augustin, Emilie, Juliette tous ces petits bouts de chou qui ont l'avenir devant eux.

A tous les professionnels médecins, infirmières, aides-soignants, ASH, psychologues, assistances sociales, éducateurs... que j'ai croisé au cours de ma formation, auprès de qui j'ai découvert l'ensemble du champ de la psychiatrie et mille façons de la pratiquer. Chacun, à leur façon, m'ont beaucoup appris. Un grand merci au Dr Wallenhorst, qui a accepté de diriger mon mémoire, pour sa disponibilité et sa bienveillance.

A tous mes co-interne rencontrés en terre Bourguignonne, je vous souhaite à tous une longue carrière dans la profession.

Pour conclure,

Alex, tout est plus facile avec toi. Tu me remets les pieds sur terre quand il le faut. Tu me prends tel que je suis, tu as réussi à me supporter toutes ces années d'études et tu m'as toujours suivi dans mes choix les plus improbables c'est un exploit !

Mathis, ta joie de vivre et ta curiosité sont des diamants que nous allons choyer tous les jours. J'ai découvert avec toi ces moments de grâce qui m'ont fait fondre le cœur. Te voir grandir tous les jours est un cadeau inestimable.

Table des matières

Abréviations	13
Introduction	15
I. Recommandations internationales	16
A. Organisation des Nations unies	16
1. Convention of the rights of persons with disabilities	16
2. Organisation mondiale de la Santé	17
3. Conseil des droits de l'homme	22
B. Recommandations Européennes.....	23
1. Union Européenne.....	23
2. Conseil de l'Europe	23
Conclusion du chapitre I.....	26
II. Historique de la notion d'enfermement en psychiatrie	28
A. L'antiquité	28
B. Le Moyen Age du Ve au XVe siècle.....	28
C. La Renaissance XVe et XVIe siècle et l'Age Classique XVIIe et XVIIIe siècle.....	30
D. De 1789 à la fin de la seconde guerre mondiale.....	32
E. Après la seconde guerre mondiale.....	37
Conclusion du chapitre II	41
III. Cadre juridique appliqué en France :.....	42
A. Les grands principes :.....	42
1. Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789	42
2. Constitution du 4 octobre 1958	42
B. Droit Français.....	43
1. Principes généraux	43
2. La dérogation « psychiatrique »	45
3. Proportionnalité de la contrainte	46
4. Le règlement intérieur	46
Conclusion du chapitre III.....	48

IV.	En pratique	50
A.	Haute autorité de santé	50
1.	Conférence de consensus de 2005 : "Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité".	50
2.	Dangerosité psychiatrique : audition publique 2011	53
3.	Programme pluriannuel (2013-2016)	54
4.	Procédure de certification V2014.....	55
5.	Programme pluriannuel 2018-2023	56
6.	Outils, guides et méthodes non spécifiques à la psychiatrie.....	57
B.	Inspection générale des affaires sociales	57
C.	Contrôleur général des lieux de privation de liberté.....	62
D.	Sur le terrain	66
1.	Description	67
2.	Un peu d'histoire... ..	68
3.	Règlement intérieur de l'unité.....	70
4.	Comment ces règles ont été mises en place ?.....	71
5.	Quelles sont leurs intérêts en termes de soins ?.....	72
6.	Quels sont les risques ? Comment les éviter ?	75
7.	Vécu des soignants	77
	Conclusion du chapitre IV	79
V.	Discussion.....	82
A.	Coercition : entre soins et droits fondamentaux	82
B.	Gestion du risque : entre soins et sécurité	83
C.	Porter un autre regard.....	84
	Conclusions	85
	Bibliographie.....	87
	Annexe	91

Abréviations

ANPA: Association nationale de prévention de l'alcoolisme
CATTP: Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCES: Commission de certification des établissements de santé
CCOMS: Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé
CDPH: Convention sur les Droits des Personnes Handicapées
CGLPL: Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CH: Centre hospitalier
CHA: Consultation hospitalière d'addictologie
CHGM: Centre Hospitalier Gabriel Martin
CHS: Centre hospitalier spécialisé
CLSM: Conseils locaux de santé mentale
CME: Commission médicale d'établissement
CMP: Centre médico-psychologique
CPT: Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
CRPD: Convention of the rights of persons with disabilities
CRU: Commission des usagers
CSP: Code de la Santé Publique
EPP: Evaluation des pratiques professionnelles
EPSM : Etablissement public de santé mentale
ESAT : Etablissement sanitaire et de services d'aide par le travail
FAM : Foyer d'accueil médicalisé
GEM : Groupe d'entraide mutuelle
HAS : Haute autorité de santé
HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers.
HJ : Hôpital de jour
HLM : Habitation à loyer modéré
HO : Hospitalisation d'office
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ONU : Organisation des Nations unies
OMS : Organisation mondiale de la Santé
QPC : questions prioritaires de constitutionnalité
SDRE : Soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'Etat

SDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SDTU : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SDTU)

SPI : Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI)

UMD : Unité pour malades difficiles

UNAFAM : Union nationale des amis et familles des malades mentaux

USP : Unité de soins psychiatriques

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

Introduction

En psychiatrie, le droit à la santé et le droit à l'autonomie entretiennent une relation paradoxale.

La défense des droits des patients, le respect de leur liberté et de leur autonomie sont réclamés par les organismes internationaux et repris dans notre juridiction française.

Pourtant, nous assistons à un accroissement de la contrainte (1), à la fermeture de nos services, à la création de nouvelles UMD... Un contexte sécuritaire et une majoration des mesures de précautions expliquent en partie ce changement de pratique.

De plus, dans beaucoup d'esprits, l'hôpital psychiatrique souffre encore de cette représentation de lieu d'enfermement du patient ; « ...je ne veux pas être enfermé chez les fous... » sont des propos encore souvent entendus dans les services d'urgence.

En partant des textes internationaux, nous nous pencherons sur l'histoire, l'encadrement juridique et le fondement thérapeutique de certaines pratiques de restriction des libertés appliquées dans nos services de psychiatrie. Nous nous intéresserons à la liberté d'aller et venir, de communiquer avec l'extérieur et d'avoir ses affaires personnelles.

I. Recommandations internationales

Nous entamerons notre réflexion en citant les organismes internationaux qui, à travers différents plans, rapports, conventions, institutions, ... veillent aux respects des libertés et des droits fondamentaux des personnes relevant de la psychiatrie ou de la santé mentale ou présentant un handicap psychique.

A. Organisation des Nations unies

L'Organisation des Nations Unies est une organisation internationale fondée en 1945. Aujourd'hui, elle compte 193 États Membres.

La mission et le travail des Nations Unies sont guidés par les objectifs et principes énoncés par sa Charte fondatrice¹, signée à San Francisco le 26 juin 1945².

Elle promeut le maintien de la paix et la sécurité internationale, la protection des droits de l'homme, la fourniture de l'aide humanitaire, le développement durable et la garantie du droit international.

Ses organes principaux, établis lors sa création en 1945, sont l'Assemblée générale, le Conseil de sécurité, le Conseil économique et social, le Conseil de tutelle, la Cour internationale de Justice et le Secrétariat.

Enfin, elle fait partie du Système des Nations Unies composé également de nombreux programmes, fonds et institutions spécialisées. Chacune de ces entités a sa propre direction, son propre budget et ses propres États Membres³.

1. Convention of the rights of persons with disabilities

Le 10 décembre 1948, l'Assemblée générale de l'ONU adopte la Déclaration universelle des droits de l'homme. Elle constitue une source d'inspiration pour promouvoir l'exercice universel des droits de l'homme et a ainsi donné naissance à neuf principaux traités internationaux dont la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, en 2006 (2).

Cette convention donne la base pour les normes en termes de droits de l'homme qui doivent être respectés, protégés et remplis, entre autres dans les structures accueillant des personnes présentant un handicap.

¹Source : <http://www.un.org/fr/sections/about-un/overview/index.html>

²Source : <http://www.un.org/fr/charter-united-nations/index.html>

³Source : <http://www.un.org/fr/sections/about-un/funds-programmes-specialized-agencies-and-others/index.html>

Nous ne citerons que les articles en rapport avec notre sujet :

L'article 14 ; Liberté et sécurité de la personne : « Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, si elles sont privées de leur liberté à l'issue d'une quelconque procédure, aient droit, sur la base de l'égalité avec les autres, aux garanties prévues par le droit international des droits de l'homme et soient traitées conformément aux buts et principes de la présente Convention, y compris en bénéficiant d'aménagements raisonnables. »

L'article 15 ; Droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et l'article 16 ; Droit de ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance : « les États Parties veillent à ce que tous les établissements et programmes destinés aux personnes handicapées soient effectivement contrôlés par des autorités indépendantes ». C'est le cas en France et nous verrons ce que ces autorités indépendantes pensent des services de psychiatrie.

L'article 22 ; Respect de la vie privée : « Aucune personne handicapée, quel que soit son lieu de résidence ou son milieu de vie, ne sera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance ou autres types de communication ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation ».

Et *l'article 26 ; Adaptation et réadaptation* : « Les États Parties prennent des mesures efficaces et appropriées, faisant notamment intervenir l'entraide entre pairs, pour permettre aux personnes handicapées d'atteindre et de conserver le maximum d'autonomie, de réaliser pleinement leur potentiel physique, mental, social et professionnel, et de parvenir à la pleine intégration et à la pleine participation à tous les aspects de la vie. »

2. Organisation mondiale de la Santé

Créée en 1948, l'OMS est une des institutions spécialisées travaillant de manière indépendante avec l'ONU. Elle est l'autorité directrice et de coordination des efforts visant à amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Son but est d'améliorer les perspectives d'avenir et la santé future pour toutes les populations du monde ³.

« La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Constitution de l'OMS adoptée en 1946.

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.

Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. La santé et le bien-être mental sont indispensables pour que l'être humain puisse, au niveau individuel et collectif, penser, ressentir, échanger avec les autres, gagner sa vie et profiter de l'existence.⁴

La santé mentale concerne donc tous les individus et toutes les sociétés, pourtant, partout dans le monde, les personnes atteintes de troubles mentaux sont exposées à toutes sortes de violations de leurs droits humains. La discrimination et la stigmatisation dont elles font l'objet les marginalisent et les excluent de la société, entravant fortement leur accès à des soins adaptés et leur possibilité de mener une vie pleine et entière dans la communauté.

L'OMS invite ses Etats Parties à promouvoir et à protéger les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux, notamment :

- En faisant mieux respecter les droits humains dans les établissements de santé mentale ;
- En donnant plus d'autonomie aux personnes atteintes de troubles mentaux et à leur famille ;
- En remplaçant les établissements psychiatriques par des soins de proximité.

La ratification à la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, est également préconisée par l'OMS.

Nous allons maintenant évoquer les différents programmes et actions au travers desquels l'OMS défend les droits fondamentaux des personnes atteintes de troubles mentaux et aide les pays à atteindre ces objectifs.

i. Programme Quality Rights

Le programme Quality Rights de l'OMS (3) propose aux pays des informations pratiques et des outils pour évaluer et améliorer la qualité et le respect des droits de la personne dans les établissements de santé mentale et d'aide sociale.

Il propose des repères pratiques sur :

- Les droits de la personne et les normes de qualité qui doivent être respectés, protégés et atteints dans les établissements de santé mentale et d'aide sociale, tant en ambulatoire qu'en service d'hospitalisation ;
- La préparation et la conduite d'une évaluation globale des établissements ;

⁴ Source : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- L'écriture de rapports et de recommandations basés sur cette évaluation.

Le programme peut être utilisé par divers groupes et organisations nationales (dont les organismes d'accréditation des services de santé) et internationales. Il peut être utilisé pour une évaluation unique ou dans le cadre d'un programme national pour améliorer les structures.

Il couvre ainsi cinq thèmes de la CRPD notamment :

- Droit à un niveau de vie adéquat et à la protection sociale (article 28 de la CRPD).
- Droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (article 25 de la CRPD) :
« Les services institutionnels sont mis en avant au détriment des structures ambulatoires intégrées dans la communauté et l'accent est mis, dans de nombreux services, sur la détention des personnes plutôt que sur l'aide au développement de leurs capacités pour se rétablir et (re)intégrer la communauté »
- Droit d'exercer la capacité juridique et droit à la liberté et à la sécurité de la personne (articles 12 et 14 de la CRPD).
- Droit de ne pas être soumis à la torture ou à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ni à l'exploitation, la violence ou la maltraitance (articles 15 et 16 de la CRPD) :
« Beaucoup passent des jours, des mois, voire des années à vivre des existences sans but ni activité, dans un ennui atroce et un isolement social complet ».
- Droit à l'autonomie de vie et à l'inclusion dans la société (article 19 de la CRPD).

Nous citerons les normes utilisées dans ce programme en rapport avec notre sujet :

Norme 1.2. Les lieux de sommeil des personnes usagères des services sont confortables et permettent une intimité suffisante.

1.2.3 Les personnes usagères des services sont libres de décider de leurs heures de lever et de coucher.

1.2.6 Les personnes usagères des services peuvent conserver des effets personnels et disposent d'un espace sous clé adéquat pour les entreposer.

Norme 1.4. Les personnes usagères des services reçoivent de la nourriture, de l'eau potable et des vêtements qui respectent leurs besoins et préférences.

1.4.3 Les personnes usagères des services peuvent porter leurs propres vêtements et chaussures (le jour comme la nuit)

Norme 1.5. Les personnes usagères des services peuvent communiquer librement et leur vie privée est respectée.

1.5.1 Le téléphone, le courrier, les e-mails et internet sont libres d'accès, sans censure.

1.5.2 La vie privée des personnes usagères des services est respectée quel que soit le moyen de communication.

1.5.3 Les personnes usagères des services peuvent communiquer dans la langue de leur choix, et les structures fournissent un support (par exemple des traducteurs) permettant l'expression de leurs besoins.

1.5.4 Les personnes usagères des services peuvent recevoir des visiteurs, choisir qui ils veulent voir et participer aux visites à toute heure raisonnable.

1.5.5 Les personnes usagères des services peuvent se déplacer librement aux alentours de l'établissement.

Norme 1.7. Les personnes usagères des services peuvent jouir d'une vie sociale et personnelle satisfaisante et rester engagées dans la vie et les activités de la communauté.

Norme 3.1 Les préférences des personnes usagères des services concernant le lieu et le type de suivi sont toujours une priorité.

3.1.3 Les préférences des personnes usagères sont une priorité dans toutes les décisions sur le traitement et le plan de rétablissement.

Norme 3.2. Des procédures et des protections sont opérantes pour empêcher la privation de liberté et les soins sans un consentement libre et éclairé.

Norme 4.1. Les personnes usagères des services ont le droit de ne pas être soumises à des abus verbaux, psychologiques, physiques et sexuels et à la maltraitance physique et émotionnelle.

4.1.4 Des mesures appropriées sont prises afin de prévenir toute forme d'abus.

Norme 4.5. Des protections existent pour empêcher la torture ou les traitements cruels, inhumains ou dégradants et toute forme de maltraitance et d'abus.

4.5.1 Les personnes usagères des services sont informées et ont accès aux procédures d'instruction de contestation et de plaintes, de manière confidentielle, via un organisme juridique extérieur indépendant pour toute problématique concernant la maltraitance, les abus, l'isolement, la contention, l'hospitalisation ou les soins sans consentement et tout autre sujet lié

4.5.3 Les personnes usagères des services ont accès à des représentants juridiques et peuvent les rencontrer de manière confidentielle.

4.5.4 Les usagers ont accès à des personnes pouvant assurer leur défense afin de les informer sur leurs droits, évoquer les problèmes, les soutenir dans la défense de leurs droits et compléter les formulaires de contestation ou de plainte.

4.5.6 L'établissement est supervisé par une autorité indépendante dans le but de prévenir la maltraitance.

ii. [Une pratique orientée vers le rétablissement](#)

Nous devons nécessairement l'évoquer puisqu'elle constitue la base sur laquelle doivent reposer les soins donnés aux personnes atteintes de troubles mentaux, tels que préconisés par l'OMS. Notre pratique quotidienne, dans nos services de psychiatrie, en est directement impactée.

Constituant un sujet en soi, détaillé dans différents textes (4) nous en donnerons ici les grandes lignes et ce que cela implique dans nos services.

Du point de vue de la personne ayant un problème de santé mentale, le terme rétablissement signifie retrouver et maintenir l'espoir, comprendre ses capacités et ses difficultés, s'engager dans une vie active, l'autonomie, l'identité sociale, une vie ayant du sens et avec des objectifs, ainsi qu'une perception positive de soi (5).

Le rétablissement implique entre autres, les aspects externes, ou sociétaux, qui facilitent le rétablissement : respect et défense des droits de la personne, culture positive du soin et services orientés vers le rétablissement (5).

De manière très synthétique et ciblée, une pratique orientée vers le rétablissement en santé mentale doit :

- Reconnaître l'unicité de la personne et favoriser l'empowerment des personnes en reconnaissant qu'elles sont au centre des soins dont elles bénéficient.
- Permettre aux personnes de faire de vrais choix (faire leur propre choix, miser sur leurs forces, assumer au mieux leurs responsabilités) et notamment assurer un équilibre entre les nécessités de soin et le soutien aux personnes afin de prendre des risques positifs et de créer le plus d'opportunités possibles.
- Promouvoir et protéger les droits juridiques, citoyens et humains des personnes.
- Travailler en partenariat avec les personnes et leurs aidants
- Assurer une évaluation continue et à différents niveaux des pratiques orientées vers le rétablissement
- Encourager les personnes usagères des services à désigner des personnes ressources ou des réseaux de personnes et faciliter leurs contacts dans le cadre d'une aide à la prise de décision

Développé dans le « Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 » (6) et dans « The European Mental Health Action Plan 2013–2020 » (7), l'OMS recommande que les pays ferment progressivement les structures psychiatriques ou d'hospitalisation longue durée. Elles ont été, pour elle, longtemps associées à des soins de faible qualité et à des violations des droits de l'homme. Elle préconise de créer à la place des services intégrés dans la communauté et d'intégrer la santé mentale dans les services de soins primaires et les services proposés par les hôpitaux généraux. En 2014, elle a

mené une grande étude permettant de donner les grands principes nécessaires à la désinstitutionnalisation (8).

iii. Prise en charge non volontaire

L’OMS identifie 5 maladies mentales parmi les 10 pathologies les plus préoccupantes du XXI^e siècle, qui peuvent justifier pour certains patients une prise en charge non volontaire : schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif (9).

3. Conseil des droits de l’homme

La Rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des personnes handicapées, Mme Catalina Devandas-Aguilar, donne en 2017 ses observations préliminaires au cours de sa visite en France du 03 au 13 octobre (10). Son rapport complet sera rendu en 2019. Experte indépendante, elle a été mandatée par le Conseil des droits de l’homme et l’Assemblée Générale des Nations Unies pour formuler des avis sur les avancées, opportunités et défis rencontrés dans la mise en œuvre des droits des personnes handicapées dans le monde entier.

Au sujet de la privation des libertés et les hospitalisations sans consentement, durant sa visite en France, elle a reçu « de graves allégations d’abus et de traitements dégradants à l’encontre de personnes handicapées faisant l’objet de soins psychiatriques sans consentement ». Elle engage le Gouvernement à développer des « solutions alternatives de proximité, qui respectent les droits et la dignité des personnes handicapées conformément à la CDPH. » De plus, elle exhorte la France « à revoir son cadre juridique relatif aux soins psychiatriques sans consentement de façon que toute intervention thérapeutique soit fondée sur un consentement libre et éclairé. »

Elle invite la France à changer son regard sur les personnes handicapées qui font encore « l’objet de soins » au lieu d’être reconnu comme « sujets de droits ». Leurs voix et leurs avis doivent être plus souvent pris en compte dans les processus décisionnels et les réponses qui leur sont données doivent favoriser une citoyenneté active, l’inclusion sociale et la participation à la collectivité.

Sur ces différents sujets, elle est en accord avec le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l’homme sur la Santé mentale et droits de l’homme qui a publié son dernier rapport en 2017 (11).

B. Recommandations Européennes

1. Union Européenne

Nous ferons simplement référence ici aux "Good practices in Mental Health and well-being", brochure entrant dans le cadre du programme « Health Programme 2014-2020 » de l'Union Européenne. Elle cite en effet le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille (practice 15) et les conseils locaux de santé mentale en France (practice 19) comme des initiatives à suivre.

Le CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille est une organisation fonctionnelle rassemblant un réseau d'actions, de compétences, de programmes, en lien avec la politique de santé mentale de l'Organisation mondiale de la Santé⁵. Il est rattaché à l'EPSM Lille-Métropole. Il est le seul centre collaborateur spécialisé en santé mentale en France (on en compte 46 dans le monde, dont 4 francophones) à être désigné par l'OMS sur la base de quatre thèmes de recherches et d'actions sur la période 2018-2022, dont la promotion des services de santé mentale communautaire et l'empowerment des usagers et des aidants⁶.

Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) ont la particularité d'être présidé par un élu local, coanimé par la psychiatrie publique et d'intégrer des usagers et des aidants. Il définit et met en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. C'est une approche locale et participative.

2. Conseil de l'Europe

Le Conseil de l'Europe est la principale organisation de défense des droits de l'homme du continent.

- i. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

En 1987, le Conseil de l'Europe a adopté la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, qui est entrée en vigueur en 1989.

⁵ Source : <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=ccoms/presentation-ccoms>

⁶ Source : <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/PlaqueetteCCOMSVF-LD.pdf>

Elle se fonde sur l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ou Convention européenne des droits de l'homme), entrée en vigueur en 1953, affirmant l'interdiction de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants.

Elle prévoit la création d'un Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) composé d'experts indépendants. Celui-ci est compétent pour effectuer des visites à tout moment et dans tous les lieux où des personnes sont détenues par l'autorité publique, parmi lesquels les hôpitaux et services psychiatriques. Après l'inspection, le Comité remet à l'Etat concerné un rapport confidentiel qui contient les recommandations pour l'amélioration de la situation dans les établissements visités. Ces rapports sont le plus souvent rendus publique.

Le CPT porte son regard entre autres sur les conditions d'accueil dans les établissements visités. Il veille à ce que les lieux soient agréables et offrent suffisamment d'espace et d'intimité. Il vérifie l'accès à un espace extérieur, à des distractions quotidiennes et à des ateliers thérapeutiques. (12) (13). Ces recommandations s'adressent aux établissements qu'il a visité, elles peuvent néanmoins avoir une portée plus générale, ainsi (13) :

- De l'avis du CPT, une rigidité excessive dans les restrictions ne pouvait « que renforcer chez les patients un sentiment de dépendance vis-à-vis du personnel soignant et [n'était] guère propices à promouvoir la prise d'initiative et l'autonomie individuelle ».
- « Le CPT se doit de rappeler que la pratique consistant à obliger les patients à porter de manière prolongée un pyjama (ou un uniforme) n'est pas propice au renforcement du sentiment d'identité personnelle et d'estime de soi, l'individualisation de l'habillement faisant partie du processus thérapeutique. »
« Le Comité recommande qu'à l'exception de circonstances exceptionnelles, tous les patients au sein du CHGM soient autorisés à porter leurs propres vêtements durant la journée ou que des vêtements appropriés, qui ne soient pas des uniformes, leur soient fournis. Quant à l'utilisation d'un « régime pyjama » aux fins d'identification ou de dissuasion, cette pratique devrait être abolie ».
- « Le CPT recommande aux autorités de veiller à ce que le statut juridique des patients admis en soins libres corresponde à leur situation réelle dans les unités d'hospitalisation fermées, conformément à la législation française. A cet égard, lorsqu'un patient faisant l'objet d'une hospitalisation libre est retenu contre son gré dans l'établissement, il convient de revoir son statut juridique. »

- « Le maintien des contacts avec le monde extérieur est essentiel, non seulement pour la prévention des mauvais traitements mais aussi du point de vue thérapeutique. Les patients doivent pouvoir envoyer et recevoir des lettres, avoir accès au téléphone ainsi que recevoir des visites de leur famille et de leurs amis ».

ii. [Recommandation 2004/10](#)

Les décisions de la Cour européenne des droits de l'homme, dont les modalités de fonctionnement sont définies dans la Convention européenne des droits de l'homme, ont régulièrement une influence sur les réformes du droit interne à chaque pays. Il en a été ainsi pour la recommandation 2004/10 qui a inspirée de manière prépondérante la loi du 5 juillet 2011. Riche de 38 articles, cette recommandation précise de façon claire les droits et les créances que la personne, souffrant de troubles mentaux, détient dans chaque pays ; notamment :

- *L'article 8 ; Principe de la restriction minimale,*
- *L'article 12 ; Principes généraux des traitements pour trouble mental,*
- *L'article 17 ; Pour le placement involontaire,*
- *L'article 19 ; Principes relatifs au traitement involontaire.*

iii. [Convention européenne des droits de l'homme](#)

L'article 5 ; Droit à la liberté et la sûreté et l'article 6 ; Droit à un procès équitable de la Convention européenne des droits de l'homme ont également eu une incidence directe dans la rédaction de la loi de 2011.

A nous de réfléchir à la traduction clinique de ces obligations.

Conclusion du chapitre I

La situation des personnes présentant un trouble ou un handicap psychique est très variable d'un pays à l'autre comme en témoigne les différents critères abordés dans le programme Quality Rights (« la nourriture et l'eau potable sont disponibles en quantités suffisantes » ...).

Même si la France ne fait partie des pays les plus en retard concernant le respect des libertés et des droits fondamentaux des personnes relevant de la santé mentale, le pays des Lumières et des Droits de l'Homme a encore des défis à relever.

Nous avons ainsi cité les différents articles, critères, observations qui en témoignent.

Egalement, notre système de protection social et notre pratique du soin a pendant longtemps reposé, et repose encore partiellement, sur le principe du paternalisme. Il s'appuie sur le principe de bienfaisance. En termes de soins, le soignant doit protéger le malade, faible et il sait ce qui est bien pour lui. L'acte se justifie par le résultat attendu. Il conduit à une relation déséquilibrée entre soignant et malade avec l'idée que c'est pour le bien de ce dernier et ne peut donc pas être contestée.

Progressivement, sous l'influence Nord-Américaine, nous est parvenu un autre modèle dénommé autonomiste ou consensualisme. C'est le modèle défendu dans le droit international et adopté dans notre Constitution. Il est fondé sur les notions de justice et de liberté. Le principe du consentement est devenu prévalent dans tous les domaines et le fait que des traitements soient nécessaires ne constitue pas un argument forcément décisif pour passer outre la volonté des personnes. La relation devient équilibrée.

La spécificité française aboutit cependant à laisser persister des éléments de bienfaisance prenant en compte l'intérêt du patient notamment dans le domaine du handicap et de la santé mentale (14). Cette particularité a été soulignée par la Rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des personnes handicapées (10).

Il est vrai que ce modèle suppose l'autodétermination des sujets qui sont alors responsables de leur santé, la seule limite étant celle des autres (ou leur sécurité). En psychiatrie, la difficulté d'application réside donc dans l'interrogation sur la capacité du patient à s'autodéterminer.

Dans leurs différents textes, les organismes internationaux et européens nous invitent à développer l'autonomie des patients, leur autodétermination, leur capacité à agir pour eux même...

Pour cela, ils demandent que les réponses données soient les plus inclusives possibles et de développer une pratique orientée vers le rétablissement en santé mentale.

II. Historique de la notion d'enfermement en psychiatrie

Penchons-nous à présent sur l'évolution au fil du temps des conditions d'accueil et de prises en charge des patients présentant des troubles psychiques. Nous partons en effet de l'hypothèse que l'histoire influence nos pratiques, nos représentations sur la psychiatrie et sur les patients qui y sont soignés.

A. L'antiquité

Les civilisations antiques Egyptienne, Perse ou encore Grecque nous ont laissé des informations concernant leur vision de la folie et leurs découvertes ont influencé l'avancée de la psychiatrie en France.

Dans les civilisations anciennes polythéistes (Egypte, Mésopotamie, Perse et Grèce archaïque) et monothéiste judéo-chrétienne, la folie est reliée aux puissances divines et prise en charge dans les temples (15).

En Grèce puis à Rome avec l'essor de la philosophie et la constitution d'un savoir scientifique, commence à se conceptualiser la folie comme maladie et non plus seulement comme châtiment divin ou phénomène magico-religieux. Outre les thérapies évacuantes, on trouve une ébauche de la thérapie relationnelle (Hippocrate) et du traitement moral (Caelius). Les thérapies physiques apparaissent aussi, pouvant être douces comme plus violentes avec les premiers traitements de force pour les malades les plus agités (16). Caelius préconise le recours à l'isolement pour le maniaque dans un lieu tranquille où sont limitées les allées et venues et envisage la contention dans certaines circonstances (15).

A l'époque, pas d'hôpitaux ni de prise en charge globale, les informations contenues dans les traités médicaux sont sous tendues par une pratique privée des médecins dans les familles. Nous ne disposons que de trop peu de sources et de données pour connaître la place réelle des malades psychiques dans la société et le degré de liberté dont ils pouvaient jouir durant cette période.

B. Le Moyen Age du Ve au XVe siècle

Cette période, dominée en Occident par la chrétienté, est peu propice à l'interrogation. C'est à partir du début du XIe siècle que l'on s'interroge sur la folie lorsqu'apparaissent les premières traductions des auteurs Arabes qui, pour leur part, ont poursuivi les réflexions amorcées durant l'Antiquité.

Le « fou » bénéficie de représentations sociales diverses et pas forcément négatives. Pour les artistes, il est une fenêtre ouverte sur l'âme. Lors des fêtes populaires il jouit d'une totale liberté d'aller et venir participant au vacarme de la fête et à ses représentations burlesques.

Les premiers établissements hospitaliers ou « Hospices » vont émerger et se développer à l'initiative des évêques puis des ordres monastiques. Destinés à accueillir de manière indifférenciée voyageurs, pèlerins, vagabonds, pauvres, malades, fous, lépreux, orphelins, femmes isolées, la vocation de ces fondations est profondément imprégnée des valeurs chrétiennes de charité et de salut des âmes. L'organisation de la prise en charge des personnes accueillies suit donc les préceptes de la religion chrétienne selon des rituels définis. Dans ces institutions, il n'y est pas fait mention précisément d'enfermement.

Une spécialisation des établissements va peu à peu se dégager et les premières maisons destinées aux « insensés » vont apparaître. Norbert de Xanthen (1080 ? -1134) est un des premiers saints protecteurs à instituer des soins aux fous dans le respect de leur personne. Fondateur de l'ordre des Prémontrés ou chanoines blancs, il installe en 1120 au lieu-dit « Le Prémonté » près de Laon une première institution charitable. Son ordre développe, surtout dans le Nord de l'Europe, tout un réseau d'institution dont plusieurs se spécialisent dans l'accueil des malades de l'esprit (on trouve encore de nos jours un Hôpital psychiatrique à Prémontré) (14). Là encore, pas de notion d'enfermement. On entre à l'hôpital et on en sort de son gré. Les familles sont autorisées à visiter leurs malades.

Pour les historiens de la médecine arabe, le modèle de nos centres hospitaliers universitaires viendrait des bîmâristâns (mot emprunté au persan : Bimâr, renvoie à malade, infirme, invalide et le suffixe istan, peut se traduire par lieu, maison, asile) importé en Europe du Sud par l'Andalousie. Les malades y sont accueillis et soignés par un personnel qualifié. Ouverts à tous, ce n'est pas un lieu d'exclusion. Certaines salles ou même parfois des quartiers sont réservés aux aliénés. Une grande liberté leur est laissée dans la mesure où ils ne sont pas trop violents, agités. Ils étaient alors enfermés et enchaînés. Les réponses données à la folie pouvaient être médicales (herbes simples, médicaments composés à visé sédative ou stimulante) mais aussi religieuses ou magiques. Elles reposaient avant tout sur la parole, la bienveillance et l'humanité. L'harmonie de l'architecture (répétition des motifs et des formes, pureté des lignes, l'isolement, l'obscurité, le son de l'eau, ...) invitait au calme et à la détente pour apaiser les patients. La musique était également employée comme thérapie. (17)

En Europe du Sud, l'hôpital des Saint-Martyrs innocents en 1410 à Valence, est le premier établissement institué par la loi, destiné à accueillir des malades mentaux et à les traiter. Nous citerons également les institutions créées par les Frères de Saint-Jean-de-Dieu, ordre fondé par Juan Ciudad (1495-1550) avec la particularité que les soins médicaux étaient prescrits par des médecins laïques

respectueux de la personne des malades. A Paris, ils créeront l'Hôpital de La Charité-faubourg-Saint-Germain.

Une médicalisation des soins commence ainsi petit à petit.

Au cours des XIV^e et XV^e siècles les établissements hospitaliers vont connaître plusieurs difficultés. Les bénéfices qu'ils génèrent, les legs et les dons qui leur sont adressés, attirent les convoitises et certains sont victimes de détournements de fonds amoindrissant leur finance. De plus, la peste décime la population et le nombre de nécessiteux augmente saturant leur capacité d'accueil. Enfin, la guerre de cent ans fait des ravages détruisant nombre de leurs bâtiments.

C. La Renaissance XV^e et XVI^e siècle et l'Age Classique XVII^e et XVIII^e siècle

En 1545, le roi de France François 1^{er}, soucieux de la situation et de la gestion des hôpitaux, ordonne une enquête visant à faire un bilan du patrimoine hospitalier. Sous son impulsion, le pouvoir royal s'immisce dans la gestion de l'assistance publique jusqu'alors mainmise de l'Eglise.

A la fin du XVI^e siècle commence à se dessiner la volonté d'enfermer tout individu représentant une menace pour l'ordre social. L'isolement asilaire, autorisé par l'administration municipale, n'est requis que pour les sujets les plus dangereux atteints de folie et c'est surtout au début du XVII^e siècle qu'il en est fait mention. Il faut dire que les frais restent à la charge de la famille qui ne se résout à cette dépense qu'en dernier recours. De plus, la famille doit faire face au scandale de l'enfermement de l'un des siens. Les conditions de vie sont déplorables à l'intérieur de ces établissements.

La folie reste perçue en tant que forme d'illusion, de chimère, d'erreur. Elle fait parfois l'objet d'une curiosité morbide, où moyennant finance, un public amateur vient voir les divagations des aliénés.

La France mettra un siècle et demi (1600 à 1740) à élaborer son organisation hospitalière. A la moitié du XVII^e siècle, elle est marquée par « le Grand Renfermement ». Louis XIV scelle le 27 avril 1656 un édit confirmant la création d'une institution appelée l'Hôpital Général administrée par l'Archevêché de Paris, le Parlement et le Lieutenant de police. Elle est vouée à l'assistance des pauvres et à œuvrer en faveur de la suppression de la mendicité à Paris et dans ses faubourgs. Conformément aux articles énoncés dans l'édit, l'institution ordonne l'enfermement dans un hôpital de toute personne déviante par rapport à l'ordre social : mendiants, pauvres sans logis, enfants abandonnés, prostituées, femmes adultères, émeutiers, protestants, malades contagieux, invalide... et

bien sûr les aliénés. S'y retrouve donc une population hétéroclite vivant dans la promiscuité de locaux surpeuplés où des règlements stricts sont appliqués organisant les restrictions du quotidien aussi bien sur le plan spatial, temporel, occupationnel que spirituel. Les personnes sont employées à divers travaux, main d'œuvre quasi-gratuite et corvéable à merci. On assiste au glissement de la charité (valeur théologique) à la bienfaisance (valeur humaniste) où l'hôpital se veut un lieu d'accueil, d'hospitalité, ouvert à tous mais aux moyens fort limités.

L'Edit de 1656 sera étendu en 1662 par Edit Royal aux villes du royaume de France.

Ce serait donc au XVIIIe siècle qu'apparaîtrait en France cette notion d'enfermement avec la prise en charge hospitalière des insensés reposant avant tout sur la mise à l'écart, les restrictions et le travail forcé. Certaines prennent des allures carcérales comme Bicêtre à Paris : cachots insalubres, nourriture insuffisante et d'abominable qualité, présence systématique d'insectes parasites et de rongeurs occasionnant de sévères blessures, et enfin soumission au comportement de gardiens, - censés être des infirmiers -, et souvent recrutés en prison. Réputés incurables, la prise en charge thérapeutique de leurs troubles y est inexistante.

La société de cette époque se veut épurée rejetant une partie de son peuple ne correspondant pas à cette image et qu'elle n'arrive pas à assumer. Sur le plan juridique, ce grand renfermement ne s'appuie que sur les seules ordonnances royales. Les aliénés, tout comme d'autres catégories sociales sont considérés comme des rebuts et ils ne bénéficient d'aucune protection légale, ils sont hors citoyenneté. Les admissions dans ces institutions donnent aussi lieu à des dérapages où l'on décide d'y enfermer aussi des épouses encombrantes, des vieillards dont l'héritage est convoité...

Cette organisation hospitalière perdurera jusqu'à la fin du XIX siècle.

Il existe tout de même, peu à peu, au sein de ces établissements une pratique médicale essentiellement assurée par le personnel religieux et un enseignement de la médecine permettant quelques progrès (avancée des soins médicaux, hygiène, alimentation, premières ébauches de catégorisation par quartiers ou par établissement, ...). Au XVIIIe siècle, en ce qui concerne les aliénés, le soin est toujours essentiellement pensé comme spirituel. L'hôpital est le lieu où se révèle la folie dans sa vérité aux yeux des soignants, permettant ainsi son observation, son développement, à visée de « purification ». Ceci n'empêche pas l'utilisation de moyen physique barbare tel que les chaînes, les bastonnades, les débuts de noyade, les douches froides par surprise ou encore les saignées. La « guérison » du malade est aussi censée devoir à la discipline asilaire.

D. De 1789 à la fin de la seconde guerre mondiale

Les notions de charité et de bienfaisance laissent place à celle d'assistance en tant qu'obligation sociale et le service public va alors poindre. L'hôpital devient un établissement communal.

La spécialisation des établissements hospitaliers (circulaire de 1785) s'accompagne d'adaptation spécifique. Le pouvoir médical prend la direction de l'organisation asilaire dont le fonctionnement sera de plus en plus axé sur la personne – voire la personnalité - du médecin.

Philippe Pinel (1745-1826) pour théoriser son traitement moral, s'inspire des principes d'une approche à la fois humaine et ferme développés par Jean-Baptiste Pussin, surveillant de la loge des aliénés agités à l'hôpital Bicêtre et lui-même ancien pensionnaire de l'établissement (18). Jean-Baptiste Pussin, avec l'aide Pinel déjà parti à la Salpêtrière, substitue aux chaînes des camisoles de coutils permettant aux fous de retrouver la liberté de se mouvoir dans la cour de l'hospice qui leur était réservée.

L'alinéation est détachée des visions traditionnelles où elle était décrite comme une possession diabolique ou un trouble des humeurs pour bénéficier de la science des faits. Pinel souhaite mettre en place une classification raisonnée et une évaluation méthodique de ces mythologies. Il s'intéresse surtout à la folie en tant que passions ou « désirs factices » suscités par le milieu plus qu'aux hypothèses organicistes (18). Il met en lumière la part de subjectivité et d'humanité persistant au plus profond de l'aliénation, qu'il vise pour permettre l'abord du patient et lui faire entendre raison. La mise en œuvre du traitement moral suppose leur consentement donné par cette partie de la raison conservée de l'aliénation (14). Pinel décrit certains cas où cela est impossible et nécessite le recours à des mesures de force si leur pronostic vital est engagé (comme l'alimentation de force).

Pinel préconise la mise en place d'espaces de soins (à Bicêtre puis à la Salpêtrière) permettant l'observation des comportements assimilés à la folie qu'on laisse se déployer sous autorité médicale qui se veut bienveillante et une surveillance rigoureuse. L'institution repose sur une organisation patriarcale. L'ordre est la base de l'observation et du traitement. La rigueur organisationnelle est pensée dans ses moindres détails : vie quotidienne rythmée par le travail entrecoupé par des repas, des loisirs, temps de sommeil minutieusement programmés, abandon des effets personnels pour l'uniforme, sévérité de la discipline, nombreuses interdictions et restriction des droits de visite. Les punitions doivent être mesurées et éviter l'arbitraire en cas de désobéissance ou de transgression (18). L'objectif est une maîtrise rationnelle (19) dans une sorte d'orthopédie mentale visant la socialisation forcée et la guérison du patient.

Jean-Etienne Esquirol (1772-1840), élève de Pinel complète, précise et généralise l'enseignement du maître à la Salpêtrière puis à Charenton. Il interpelle le pouvoir sur « le sort de ces infortunés » (20).

Esquirol voit dans l'alinéation un trouble de l'attention, trop distendue ou trop crispée (18) et il insistera sur la pratique de l'isolement. L'isolement permet de minorer l'excès de stimulation sociale désordonnant les pensées du sujet ou l'éloigner de ses préoccupations. L'entourage peut renforcer l'aliéné dans son sentiment de toute puissante en ne voulant pas s'opposer à son délire ou être la cause de sa souffrance comme dans les « chagrins domestiques » (18). Un vécu persécutif peut organiser des interactions pathologiques entre le patient et son entourage devant être rompu. L'enfermement sert ainsi à sécuriser le patient et sa famille. Enfin, la découverte de sensations et de relations nouvelles permet de vaincre les résistances personnelles du patient et l'oblige à réfléchir sur son état. Le sujet doit « s'oublier soi-même » pour penser à nouveau aux autres. La cohabitation avec les autres aliénés devient un moyen thérapeutique (18).

Pour François Leuret (1797-1851), élève d'Esquirol, la folie essentielle est une erreur de raisonnement. Le traitement moral fondée sur la reconnaissance du sujet va connaître avec lui son apogée avec une approche individualisée. La manipulation y a plus de place que la coercition. Au nom de la raison triomphante, il faut convaincre le patient de son erreur en le manipulant. Il veut déconstruire le délire en tendant au malade des pièges logiques. L'isolement peut être bénéfique comme nuisible pour d'autre. Il faut distraire le malade (travail, repas, activités culturelle...) pour lui rendre difficile la poursuite de son raisonnement erroné. (18)

Jean-Pierre Falret (1794-1870), grand psychiatre de son temps, est considéré comme un des précurseurs de la psychopathologie (18) tout en restant fidèle à la tradition pinellienne et au traitement moral. Il dénonce l'utilisation des « émotions vives » telle que décrit par Leuret qui « n'engendre chez les aliénés que la haine, les actes violents, la dissimulation, le suicide ou l'évasion ». Il préfère le traitement collectif avec une prise en charge différenciée en fonction des troubles. L'asile reste le lieu spécifique du traitement de la folie et il s'oppose aux quartiers psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Il constate cependant les difficultés de réinsertion (rejet des familles, sans travail ni abris) des malades et développe une société de patronage. Dans des structures intermédiaires entre lieu d'accueil et lieu de soin, les soignés sont aidés de « patrons et patronnesses » pour se réintégrer dans la société et rétablir des liens devenus défailant avec leur famille (18). Dans le même esprit, Guillaume Marie André Ferrus (1784-1861) avait déjà préconisé à Bicêtre la création d'une ferme à Sainte-Anne pour la réadaptation des aliénés au sortie de l'asile.

Nous citerons enfin Ulysse Trélat (1795-1879) médecin aliéniste et homme politique qui essaiera de lutter contre l'enfermement des insensés.

L'asile va donc passer du statut de lieu d'enfermement des insensés incurables au statut de lieu de curabilité des aliénés. Les conditions d'enfermement gagneront peu à peu en rationalité avec des aménagements spatiaux et architecturaux et un progrès de l'hygiène et l'alimentation.

Cependant, l'enfermement et les mesures de contraintes corporelles ayant une vocation thérapeutique questionnent sur leur caractère éthique et certaines pratiques fleurissent avec un caractère punitif (21) : cage en osier avec couvercle immobilisant le patient qui y est étendu ; armoire-horloge ; sac de toile cirée ; cordes perpendiculaires de contention maintenant l'aliéné debout ; roue mobile dans laquelle le fou est enfermé ; douches dites de répression ; masque de fer ; masque de cuir ... Certaines contraintes sont d'ailleurs dénoncées par les Inspecteurs généraux. Les patients voient leur liberté d'aller et venir au sein de leur établissement d'accueil limité, d'autant plus que leur trouble est sévère avec une forte incitation aux activités ancillaires dont dépend également le fonctionnement économique de la structure et des manœuvres coercitives pour ceux qui voudraient s'y soustraire.

L'Angleterre prend, à cette époque, une autre direction avec l'influence d'un mouvement philanthropique né au début du XVIII^e siècle. William Tuke (1732-1822) et John CONOLLY (1794-1866) posent alors les principes du « no restraint » et de l'« open door » sous la critique des médecins aliénistes français. L'idée est mal reçue d'un asile ouvert, sans isolement, rendant la liberté aux patients.

L'adoption de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen le 26 Août 1789 amène la question épineuse de comment garantir sur le plan légal le droit des fous à la liberté de se mouvoir alors que leur état nécessite un isolement dans un établissement pour les soigner. Pinel se plaint également des conditions d'arrivée des aliénés à La Salpêtrière, amenés de force par la police mais sans renseignements médicaux ou sociaux.

Esquirol est, avec Ferrus, Falret et Scipion Pinel (fils de Pinel, 1795-1859), à l'origine de la loi du 30 juin 1838 régissant le traitement des malades mentaux et les limitations de leur liberté. Chaque département doit se doter d'un établissement à visée de protection, de traitement du patient et de préservation de l'ordre social (18). Un corps de médecin des asiles est chargé d'y appliquer la loi dans ses différents aspects sous le triple contrôle du pouvoir administratif (fonctionnaires nommés par le ministre de l'Intérieur), de l'autorité préfectorale-judiciaire (validité des certificats contrôlée par le procureur du tribunal) et politique (institutions étaient gérées par le Conseil général). La loi se veut entre un authentique projet soignant et des préoccupations sécuritaires.

Il incombe au médecin de contribuer au rôle de défenseur de l'ordre social que l'administration attend de l'institution psychiatrique. Cette loi à la fois consacre la professionnalisation de la psychiatrie mais

contribue aussi à stigmatiser les médecins aliénistes accusés de laisser en liberté des personnes dangereuses, disculper des criminels et éventuellement de contribuer à des internements arbitraires (18).

Les sujets sont considérés comme incapables et mis sous tutelle avec confiscation de leurs biens dès leur entrée dans l'établissement.

Dès lors ce sont toujours l'autorité préfectorale et l'autorité médicale qui décideront en dernier ressort de l'internement, que celui-ci soit ou non requis par la famille.

On assiste donc à une prise de pouvoir politique, institutionnelle, psychiatrique qui tend à enfermer le fou dans un rapport de force.

Jusqu'au XXe siècle se développe l'idée que le milieu familial est incompatible avec la pratique thérapeutique. La famille est le terreau de l'aliénation, déclenchant et alimentant la folie, il faut donc en extraire le patient pour ne pas qu'il pense à sa folie et qu'elle soit évacuée de son discours. De plus, l'existence des rapports de pouvoir qui président au sein de la famille doivent être court circuité au profit du pouvoir médical au sein de l'hôpital.

Vers les années 1850-1860, il faut évoquer certains courants théoriques qui considèrent l'aliéné comme un enfant à rééduquer, pouvant bénéficier des bienfaits thérapeutiques à être placé dans un milieu familial comparable à une famille. Ainsi, les maisons de santé bourgeoises, payantes, ont-elles pour visée de rendre à sa famille un malade mental (ou désigné en tant que tel par sa famille) plus apte à fonctionner de façon adaptée au sein de la dite famille. Ceci ne concerne qu'une minorité de patients.

La psychiatrie va se développer dans plusieurs domaines (anatomopathologie, étiologie, nosographie, dépistage...) et à partir des années 1870, le traitement moral est peu à peu abandonné par les médecins au profit d'autres approches (organicisme, point de vue évolutif, hérédité, théorie de la dégénérescence, ...). L'institution asilaire qui se voulait être à la base du traitement thérapeutique de la maladie mentale s'est renfermée sur elle-même. Elle est accusée de fabriquer de la chronicité et des incurables. Cependant, le pessimisme thérapeutique prédominant et la peur de certaines classes qualifiées de dangereuses (notamment par les théories sur la dégénérescence), poussent encore les portes des asiles surencombrés à se refermer sur leurs malades chroniques et jugés finalement incurables.

On découvre l'inconscient et les travaux de nombreux médecins sur l'hystérie vont faire apparaître la distinction entre névrose et psychose. Les premiers sont des patients ambulatoires de la médecine de

ville ou des hôtes des maisons de repos et des cliniques privées. Les seconds forment le gros de la population de la psychiatrie asilaire.

La première moitié du XXe siècle est une période de transition et de contraste.

Les systèmes précédents (notamment les théories sur la dégénérescence) sont critiqués par de nombreux psychiatres et la psychopathologie fait du chemin tout comme la neuropsychiatrie puis l'organodynamisme. Les descriptions et les propositions de classifications se multiplient et on s'intéresse aux mécanismes du délire avec la naissance de la schizophrénie.

Les implications thérapeutiques sont limitées donnant tout de même naissance à une prise en charge plus humaniste pour un nombre certes très restreint de patients. Les consultations externes et le suivi sont mis en valeur. Eugen Bleuler (1857-1939) préfère le maintien dans le milieu naturel lorsque cela est possible afin d'éviter le risque de chronicisation lors des hospitalisations de longue durée. Paul Federn (1879-1950), psychanalyste autrichien, travaille à domicile avec des patients présentant une « démence précoce » avec la collaboration de la famille autour d'un accueil émotionnellement apaisant pour renforcer leur sentiment d'identité et apaiser leurs angoisses (18). Eugène Minkowski (1885-1972), dans une approche phénoménologique, insiste sur l'aspect relationnelle et une approche empathique (même le mot n'existe pas encore à l'époque) ; « la notion de schizophrénie embrasse non seulement les symptômes du malade, mais notre attitude à son égard. » et où le malade est à nouveau considéré en tant qu'individu singulier s'engageant dans un rapport particulier avec son médecin avec une réciprocité. Karl Jaspers (1883-1969) invite à la modestie concernant la compréhension de la psychose.

A l'opposé, et pour la grande majorité des patients, les conditions de vie asilaires continuent de se dégrader fortement. Les pouvoirs publics délaissent ses institutions qui manquent cruellement de moyens matériels et humains. Les traitements de chocs se diversifient (bains glacés, électrochocs, induction de comas insuliniques répétés, inoculation du paludisme...) et on a recours à la psychochirurgie (extraction de la « pierre de la folie »). Certaines de ces techniques ont pourtant valu le prix Nobel à leur créateur. Elles sont utilisées sans précaution ni discrimination et parfois à visée plus punitive que thérapeutique. Il se développe aussi les théories relatives à l'organisation pratique des modalités disciplinaires dans les établissements de « renfermement » (modèle de Panopticon de Bentham) selon 3 principes : regard permanent du personnel soignant sur le patient (observation et sécuritaire), surveillance centrale par le médecin chef (faits et gestes du patient rapportés par les soignants) et isolement.

L'époque est donc contradictoire, on reconnaît la souffrance des individus mais il arrive encore de réduire le fou à une animalité.

Édouard Toulouse (1865-1947) médecin à Villejuif puis à Sainte Anne lutte de 1900 à 1921 pour obtenir la création d'un service où les malades sont admis en service libre, à leur demande et non sous le régime de la loi 1938 (14). Ces hospitalisations libres sont instituées par la circulaire Rucart du 13/10/1937 qui réorganise l'assistance psychiatrique en créant des services ouverts mais il faut attendre 1970 et 1980 pour les voir augmenter. Toulouse s'intéresse également aux risques psychosociaux et défend un projet hygiéniste et de prophylaxie mentale. A Sainte Anne, il ouvre un service social et un réseau de dispensaires d'hygiène mental autour d'un centre de soins et de recherches.

Alors qu'Édouard Toulouse reste prudent, on assiste à une véritable dérive eugéniste. Certains n'hésitent pas à enfermer le malade mental dans le célibat, puis dans la dissuasion d'engendrer jusqu'à l'éventualité de la stérilisation. D'autres encore iront plus loin en demandant l'euthanasie avec les conséquences tragiques que l'on connaît durant la seconde guerre mondiale en Allemagne nazie.

En France, c'est la famine qui décime les hôpitaux psychiatriques surpeuplés et mal approvisionnés pendant la guerre.

Pendant cette période sombre de la psychiatrie, nous n'oublions pas que va naître à Saint Alban, dans le département de la Lozère, « un merveilleux organisme d'assistance » tel que qualifié par Henri Ey (1900-1977) en 1952 dans le journal « L'évolution psychiatrique » (22). Paul Balvet (1907-2001), Lucien Bonnafé (1912-2003), François Tosquelles (1912-1994) et André Chaurand (1908-1981) vont fonder les principes d'une psychiatrie communautaire transformant les relations entre les soignants et les aliénés dans le sens d'une plus grande ouverture au monde de la folie. Pendant cette période troublée, vont se retrouver là-bas des résistants, des fous, des thérapeutes et des intellectuels de passage. L'expérience de Saint Alban fut prépondérante dans la création, quelques années plus tard, du mouvement de la psychothérapie institutionnelle.

E. Après la seconde guerre mondiale

Initié avant la guerre par le mouvement anthropologique des psychanalystes, des phénoménologues et les mouvements culturels, renforcé par le sort tragique connu par des centaines de milliers de malades pendant la guerre, le regard porté sur les malades mentaux change. Ils deviennent des figures de l'exclusion et de l'oppression.

Lors de la mise en place du régime général d'Assurance maladie, il a été considéré comme une évidence que les malades mentaux devaient en bénéficier. Le « fou » devient un bénéficiaire comme un autre (14).

Plusieurs psychiatres et sociologues dénoncent la nuisance des institutions asilaires jugées alors totalitaires, déshumanisée et répressives (23). De profondes modifications sont opérées dans les modalités d'accueil des patients souffrant de troubles mentaux.

Dans un premier temps les murs des asiles tombent, les fossés sont comblés, les grilles sont ouvertes. On aménage les salles de jour et les réfectoires. On supprime les uniformes. Les patients bénéficient de plus d'intimité et du respect de leur vie privée (18).

La psychothérapie institutionnelle se développe ensuite sous ses différentes approches dont le but commun est d'utiliser la vie en communauté pour aider les malades à renouer des liens sociaux et à retrouver le « contact vital avec la réalité » (18). Les infirmiers retrouvent leur rôle de soignant et non de gardiens à travers des réunions d'équipe et font un travail de formations. Les réunions de pavillon libèrent la parole des patients dont on reconnaît leur capacité à s'exprimer sur leur quotidien en hospitalisation et à être des partenaires à part entière dans l'organisation de la thérapie institutionnelle. François Tosquelles à Saint-Alban, Georges Daumezon (1912-1979) à Fleury-les-Aubrais et Henri Ey à Bonneval créent des associations à but non lucratif (loi de 1901), « des clubs thérapeutiques » pour une gestion collective des ressources générées par le travail et leurs utilisations dans des manifestations socioculturelles. On soigne, à la fois l'établissement et chaque malade, en lui rendant initiative et responsabilité, en développant les situations de travail et de créativité. Les patients, même ceux soumis au régime de la loi de 1838, en gardant leur droit de s'associer, retrouvent ainsi un espace de liberté. C'est leur identité de sujet qui est alors à nouveau reconnue (18).

Les murs s'ouvriront aussi aux familles désormais partenaires actives du projet de soins.

Il existe une volonté de faire de l'hôpital un « lieu de vie » qui pour être thérapeutique, se doit d'être plus hospitalier.

La découverte des psychotropes amène son lot d'enthousiasme et de méfiance (18). Ils font disparaître des hallucinations pénibles, calment des agitations signes d'angoisse et de souffrance, apaisent des dépressions et des délires douloureux, diminuent des obsessions... Ils participent à l'ouverture des portes des asiles et la réintégration progressive des patients dans l'espace urbain et social. Les durées d'hospitalisations sont plus courtes, le recours aux moyens coercitifs diminués et ils favorisent les prises en charge ambulatoires. Ils revalorisent la profession. Non dépourvus d'effets

secondaires, accusés de créer une « camisole chimique », « des neuroleptisés », ils ne sont néanmoins pas toujours bien accueillis. Ils soulèvent également des questions éthiques concernant la réalisation d'essai médicamenteux au sein de la population de patients chroniques avec le problème de la validité de leur « consentement éclairé ».

Durant la seconde moitié du XXe siècle, se met en place la psychiatrie de secteur. Elle est introduite par la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Nous rappellerons le rôle majeur du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques (créé en 1945 et qui deviendra en 1972 le Syndicat des psychiatres des hôpitaux) dans la conception et le suivi des directives et des circulaires ministérielles par diverses commissions dont l'importante Commission des maladies mentales (24).

La loi n°85-772 du 25 juillet 1985 - Article 8.1. modifiant l'article L.326 du Code de la santé publique, donne un statut juridique au secteur psychiatrique en le définissant dans sa double dimension intra et extrahospitalière. 25 ans après la circulaire de 1960, le secteur reçoit ainsi une base légale.

En lien avec la psychiatrie communautaire, la sectorisation permet notamment d'offrir des alternatives à l'hospitalisation en séparant le moins possible le patient de sa famille et de son milieu et de favoriser l'insertion des malades dans la cité. L'objectif est que le patient puisse s'appuyer sur un réseau tissé autour de lui faisant intervenir des interlocuteurs variés (famille, voisin, travailleur sociaux, médecin généraliste, éventuellement le commissaire de police ou les autorités municipales, les associations...) en articulation avec les membres de l'équipe psychiatrique devenue multidisciplinaire (psychologue, travailleurs sociaux psychiatriques, éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens) (18). Le projet du patient n'est plus exclusivement détenu par l'institution asilaire devenue hôpital psychiatrique et on distingue les rôles de chacun. Cela contribue à déstigmatiser les troubles mentaux et lutter contre l'exclusion sociale des malades.

Enumérés et définis dans l'arrêté du 14 Mars 1986, les dispositifs d'accueil se diversifient : hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques, soins à domicile, réhabilitation, appartement thérapeutique, communauté thérapeutique de petite taille... Il s'agit d'apporter une aide pratique aux patients au sein d'une institution soignante ouverte, souple et respectueuse de l'individualité de chacun.

Nous ferons ici le parallèle avec la situation italienne où le processus de désinstitutionalisation n'a que très peu évolué durant la période de l'après-guerre (en 1968, seule la loi Mariotti permet un début de développement des soins ambulatoires avec l'ouverture de centres d'hygiène mentale) et prenait du retard par rapport à ses voisins français et anglais. Le mouvement militant « *Psichiatria Democratica* » s'est alors développé avec à sa tête Franco Basaglia. Il dénonce l'atteinte aux droits de

l'homme dans les établissements psychiatriques italiens et réclame une profonde et radicale transformation de la psychiatrie aboutissant à la loi 180 de 1978. Elle interdit toute nouvelle admission dans les hôpitaux psychiatriques modifiant ainsi radicalement l'architecture des soins en santé mentale. Les hôpitaux psychiatriques vont progressivement être fermés et de nombreuses structures d'hébergement non hospitalières vont être développées tout comme de nouveaux services communautaires. Des services psychiatriques sont instaurés sous la forme de petites unités (maximum 15 lits) dans les hôpitaux généraux pour des soins aigus. Cette loi connaît un retentissement international. (25)

L'Angleterre prend la même direction que l'Italie avec une fermeture progressive des anciens hôpitaux psychiatriques mais débute ses réformes beaucoup plus précocement. Elle développe les premiers services ambulatoires libres en 1930 avec le Mental treatment Act. En 1959, elle abolit la distinction entre hôpitaux psychiatriques et généraux et encourage le développement des soins dans la communauté à travers le Mental Health Act. En 1962, le Hospital Plan for England and Wales prévoit la fermeture de la moitié des lits de psychiatrie en 1975. En 1971, un second texte gouvernemental propose l'abolition complète du système des hôpitaux psychiatriques pour lui préférer l'implantation de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux. (25)

Nous revenons en France pour évoquer le mouvement antipsychiatrique émanant de psychiatres, philosophes, sociologues mais également de patient et de leur famille donnant naissance à des expériences très variées de nouveaux lieux de vie mais de qualité aussi très hétérogène dont plusieurs psychiatres reviendront. Certaines idées fortes bénéficieront tout de même à la psychiatrie communautaire : respect du symptôme comme tentative de reconstruction, l'importance d'un accueil attentif des patients dans une communauté de petite taille, la nécessité, pour les soignants, d'une critique de leurs positions défensives et répressives devant la peur du fou (18).

Nous terminerons par la réforme d'ensemble du dispositif législatif qui n'est intervenue qu'un siècle et demi après la loi « Esquirol ». Ce fut l'objet de la loi n°90-527 du 27 juin 1990, dite loi « Evin », relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux. Elle consacre les droits des personnes hospitalisées en soins psychiatriques sans consentement. Elle maintient, en les aménageant, les deux modes d'hospitalisations sans consentement prévus par la loi de 1838 : le placement d'office devient « l'hospitalisation d'office » (HO) et le placement volontaire est remplacé par « l'hospitalisation à la demande d'un tiers » (HDT). L'hospitalisation « libre » devient un mode normal de prise en charge à l'hôpital.

Conclusion du chapitre II

L'asile a été la première forme d'organisation des lieux de soins des malades souffrant de pathologies mentales. Il est longtemps resté le lieu de l'enfermement et de l'exclusion considéré alors comme condition même du soin. Ce sont là des idées fortes qui ont profondément marquées l'image du passé de la psychiatrie.

L'évolution de la psychiatrie n'a pas été linéaire ni homogène avec des moments de gloire et des périodes de régression. Les malades ont été à certaines périodes accompagnés et à d'autres rejetés, réprimés lorsqu'ils dérangeaient trop. L'hospitalisation s'est alors construite dans une tension entre enfermement et soin, entre protection des personnes et protection de la société.

Plus récemment, la psychiatrie institutionnelle a transformé l'hôpital en un « lieu de vie » plus hospitalier et la politique de sectorisation à développer les soins en dehors des murs de l'hôpital.

Nous allons maintenant voir sur quel cadre juridique repose aujourd'hui la pratique de l'hospitalisation sans consentement en France.

III. Cadre juridique appliqué en France :

Nous allons évoquer ici une partie de la juridiction appliquée en France.

A. Les grands principes :

1. Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789

La Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 est un texte fondamental de la Révolution française, qui énonce un ensemble de droits naturels individuels et les conditions de leur mise en œuvre.

Article 1 ; Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune.

Article 4 ; La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la loi.

Article 6 ; La loi est l'expression de la volonté générale. Tous les citoyens ont droit de concourir personnellement, ou par leurs représentants, à sa formation. Elle doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse. Tous les citoyens étant égaux à ses yeux sont également admissibles à toutes dignités, places et emplois publics, selon leur capacité, et sans autre distinction que celle de leurs vertus et de leurs talents.

Article 7 ; Nul homme ne peut être accusé, arrêté ni détenu que dans les cas déterminés par la loi, et selon les formes qu'elle a prescrites. Ceux qui sollicitent, expédient, exécutent ou font exécuter des ordres arbitraires, doivent être punis ; mais tout citoyen appelé ou saisi en vertu de la loi doit obéir à l'instant : il se rend coupable par la résistance.

Article 12 ; La garantie des droits de l'homme et du citoyen nécessite une force publique : cette force est donc instituée pour l'avantage de tous, et non pour l'utilité particulière de ceux auxquels elle est confiée.

Un juste équilibre entre respect des libertés et sauvegarde de l'ordre public y est donc déjà évoqué.

2. Constitution du 4 octobre 1958

Longue de 89 articles, la Constitution du 04 octobre 1958 intègre clairement le préambule de 1946, affirmant le droit à la santé.

En matière de soins sans consentement, le Conseil Constitutionnel résume les principes qui doivent présider à toute loi sur cette question de manière claire : « il incombe au législateur d'assurer la conciliation entre, d'une part, la protection de la santé des personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que la prévention des atteintes à l'ordre public nécessaire à la sauvegarde de droits et principes de valeur constitutionnelle, et, d'autre part, l'exercice des libertés constitutionnellement garanties ; qu'un nombre de celle-ci figurent la liberté d'aller et venir et le respect de la vie privée ». Il veille à ce que ces principes soient bien respectés.

Au début de l'année 2007, le Conseil Constitutionnel a ainsi censuré une série de dispositions réformant la législation psychiatrique, initialement intégrée au projet de loi qui aboutira à la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. La volonté affirmée par les pouvoirs publics de réformer le dispositif légal dans un sens principalement sécuritaire, avait trouvé une opposition farouche aboutissant au retrait de ces dispositions en novembre 2006 mais tout en étant reportées sur un autre vecteur législatif. Elles prévoyaient entre autres la création d'un fichier des personnes hospitalisées sans consentement.

L'évolution récente de la législation sur les soins psychiatriques résulte pour une partie significative de six décisions du Conseil Constitutionnel, faisant suite à des questions prioritaires de constitutionnalité et portées par des associations de défense des libertés individuelles.

Il avait notamment considéré que les modalités d'hospitalisation en HO et HDT prévues par la loi ne respectaient pas l'article 66 de la Constitution : « Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi ».

La loi du 27 septembre 2013 tire également son origine de la nouvelle QPC du 20 avril 2012 qui censurait les dispositions relatives aux modalités de placement en milieu hospitalier d'une personne ayant commis des infractions pénales en état de trouble mental ou admise en UMD.

B. Droit Français

1. Principes généraux

- i. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, dite Loi Kouchner

Elle aborde de nombreux points (nécessité du consentement, droit à la dignité, droit à l'information, libre choix du médecin...) qui doivent s'appliquer à tout patient dans le système de soins. Les patients bénéficiant de soins sans consentement sont donc également concernés sauf si un texte spécial en dispose autrement tel que la loi du 05 juillet 2011.

ii. [Charte de la personne hospitalisée](#)

Elle est annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés.

« 4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. »

« 7. La personne hospitalisée peut, à tout moment, quitter l'établissement. Une personne ne peut être retenue par l'établissement. Seules les personnes ayant nécessité, en raison de troubles mentaux, d'une hospitalisation à la demande d'un tiers ou une d'une hospitalisation d'office, peuvent être retenues, sous réserve des dispositions applicables aux mineurs et, sous certaines conditions, aux majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection légale.

Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux reconnus aux autres patients. Des restrictions à l'exercice de leurs libertés individuelles peuvent être imposées aux personnes hospitalisées pour troubles mentaux sans leur consentement, dans la limite de celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement. Ces personnes doivent être informées dès leur admission et, par la suite, à leur demande, de leur situation juridique et de leurs droits. »

« 8. Le respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, [...] et plus généralement à tout moment de séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égard »

« 9. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne »

iii. [Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.](#)

Cette loi réforme la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975. Fondé sur les principes généraux de non-discrimination, ce texte vise à garantir l'égalité des droits et

des chances pour les personnes handicapées et à assurer à chacun la possibilité de choisir son projet de vie.

2. La dérogation « psychiatrique »

Codifié dans le Code de la santé publique, la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, est une loi sanitaire.

Les dispositions législatives relatives au statut des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sont claires : elles posent en premier lieu le principe du respect de la liberté des patients et prévoient des exceptions liées à leur état de santé.

L'article L3211-1 du code de la santé publique dispose ainsi : « une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques, hormis les cas prévus par les chapitres II à IV du présent titre et ceux prévus à l'article 706-135 du code de procédure pénale ». Cette affirmation de principe est suivie de celle du libre choix du médecin et complétée par l'article L3211-2 du même code qui précise « une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres (...). Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet. (...) Il dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux reconnus aux malades soignés pour une autre cause.

Les exceptions à ce principe de respect du consentement et de la liberté du patient sont apportées par les dispositions suivantes du code de la santé publique :

- Les articles L3212-1 et suivants traitent de l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ;
- Les articles L3213-1 et suivants traitent de l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État ;
- Les articles L3214-1 et suivants traitent de l'admission en soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux.

Ces textes définissent les cas de recours à chacune de ces procédures, donnent la liste des garanties médicales et administratives nécessaires et dans chaque hypothèse précisent les modalités de prise en charge des patients concernés.

Ces trois procédures sont en outre soumises au contrôle d'un juge des libertés et de la détention dont les conditions d'intervention sont définies par les articles L3211-12 et suivants du code de la santé publique.

L'information du patient faisant l'objet de soins psychiatrique sans consentement, sur sa situation et ses droits est également définie dans l'article L3211-3 du CSP.

Le consentement doit toujours être recherché de manière active. L'avis du patient concernant les modalités de soins doit être pris en considération « dans toute la mesure du possible ».

3. Proportionnalité de la contrainte

Les restrictions faites aux personnes à l'exercice de leurs libertés individuelles lorsqu'elles sont soignées sans leur consentement « doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à (leur) état mental et à la mise en œuvre du traitement requis » article L3211-3 du CSP.

Elles doivent s'inscrire dans un projet thérapeutique individuel et motivé. Si le malade n'y consent pas, le médecin doit pouvoir expliquer pourquoi il ne peut y consentir et pour quelle raison il est nécessaire de passer outre son consentement.

Concernant les communications avec l'extérieur, le patient dispose du droit « d'émettre et de recevoir du courrier » article L3211-3 du CSP. Ils ne font pas mention des communications téléphoniques.

Concernant les affaires personnelles, rien ne peut justifier une dépossession complète du patient de ses affaires personnelles, article L1113-1 du CSP. Elles doivent être constamment accessibles, ou, lorsqu'elles sont retirées par nécessité, gardées en lieu sûr. Concernant certains objets dangereux ou du retrait délibéré d'effets personnels dans une étape du traitement (isolement), des mesures de sécurité peuvent être appliqués.

Le législateur a jugé nécessaire de souligner spécifiquement dans la loi psychiatrie : « en toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et la réinsertion recherchée » article L3211-3 du CSP.

4. Le règlement intérieur

Le règlement intérieur général de l'établissement public de santé, communiqué à « toute personne qui en formule la demande » assure maintenant la fonction de règlement interne d'unité d'après les articles L6143-7, L3211-3, R1112-77 et R1112-78 du CSP. Le règlement intérieur général de l'établissement est ainsi doté des précisions de réglementation interne qui encadre les soins psychiatriques sans consentement.

En cas de non-respect de ces règles, le dispositif de « sortie disciplinaire » prévue par la réglementation en cas de « désordres persistants » ou de dégradations sciemment commises » (articles R1112-49 et R1112-50 du CSP), s'applique difficilement en psychiatrie et doit faire l'objet d'une réflexion en équipe.

Conclusion du chapitre III

Le respect des droits fondamentaux des patients et de leur liberté est donc réaffirmé dans différents textes législatifs tel que préconisés par les textes internationaux.

Dans ce contexte juridique aujourd'hui fondé sur le principe d'autonomie, la dérogation ouverte par la législation psychiatrique est double. Tout d'abord, elle admet que l'autonomie de personnes présentant un trouble mental trouve sa limite dans leur incapacité à décider de façon libre et éclairée pour leur santé. Elle autorise ensuite sous certaines conditions l'usage de la contrainte pour imposer des soins. D'une part, elle prévient que, sur le plan éthique, une abstention de soins peut avoir des conséquences graves pour la personne (aggravation progressive, mise en danger, désocialisation...). D'autre part, elle protège d'une mise en cause de la sécurité d'autrui et de l'ordre public. (26)

Néanmoins, la loi ne précise pas à ce jour les modalités des soins pouvant être justifiées dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte.

La limitation de la liberté d'aller et venir est une atteinte à un droit fondamental. Elle se justifie aux yeux de la loi par la nécessité d'une constante surveillance et de la mise en place d'un traitement. Les représentations traditionnelles sont ici encore vivaces. Les soins psychiatriques sont en effet souvent considérés sous l'angle de l'hospitalisation sous contrainte, elle-même spontanément rattachée à l'idée d'un enfermement forcément nécessaire et consubstantiel aux soins sans consentement (26). La loi ne prévoit pourtant pas que l'obligation pour le patient de se soigner a pour conséquence automatique une privation de ses libertés d'aller et venir. Également, la loi ne lie nullement l'hospitalisation complète à un enfermement en pavillon fermé ni à un confinement strict dans l'enceinte hospitalière. Les modalités doivent être appréciées au cas par cas en adaptant les différentes mesures d'enfermement à l'état du patient : le maintien dans l'établissement (où le droit de quitter l'établissement est assujéti à l'autorisation préalable d'une autorité administrative), l'hospitalisation en unité fermée et l'isolement en chambre d'isolement.

Concernant les visites, « aucune disposition légale ou réglementaire ne s'oppose à la faculté du patient hospitalisé de recevoir des visites et ceci vaut même s'il est hospitalisé contre son gré. [...], le droit de pouvoir recevoir des proches et de communiquer avec eux ou toute autre personne de son choix est une liberté individuelle fondamentale, qui ne peut être l'objet de restriction que pour des raisons thérapeutiques, de sécurité ou d'organisation matérielle des services. Raisons qui doivent être justifiées » (26). Les principes de droit commun s'appliquent à priori.

Concernant les communications téléphoniques, le fait qu'elles ne soient pas mentionnées ne signifie pas qu'elles ne peuvent pas être autorisées mais seulement qu'elles peuvent être limitées pour certains malades, toujours sur des arguments médicaux précis (26). Des dispositions analogues doivent être prises, avec les adaptations nécessaires, concernant l'utilisation d'Internet pour correspondre par cet intermédiaire.

Concernant le règlement intérieur, nous pouvons souligner ici son importance où la fixation de règles peut être structurante. Il permet de déterminer les règles de fonctionnement courant applicables (horaire des levers, des couchers, des repas...).

Nous allons maintenant voir comment s'applique en pratique ce cadre juridique.

IV. En pratique

Après avoir revu les textes de la Haute autorité de santé et les rapports de l'Inspection générale des affaires sociales et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, nous verrons comment une équipe soignante gère au quotidien ces situations de « restriction de liberté », d'atteinte aux droits fondamentaux et quelles sont leurs fondements dans le soin.

A. Haute autorité de santé

« La Haute Autorité de Santé (HAS) est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Elle vise à assurer aux personnes un accès pérenne et équitable à des soins et des accompagnements pertinents, sûrs et efficaces. Elle travaille aux côtés des pouvoirs publics dont elle éclaire les décisions, avec des professionnels pour optimiser leurs pratiques et leurs organisations, et au bénéfice des usagers pour renforcer leurs capacités à faire leurs choix. »⁷

Ses missions comportent :

- Recommander les bonnes pratiques auprès des professionnels de la santé, du social et du médico-social.
- Mesurer et améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux et cliniques.

Nous avons donc parcouru la documentation de l'HAS à la recherche de ce type d'information concernant les règles de restriction des libertés dans les services d'hospitalisation complète en psychiatrie.

1. Conférence de consensus de 2005 : "Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité".

En 2005, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et la Fédération hospitalière de France publient les textes des recommandations de bonne pratique issus de la conférence de consensus intitulée "Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité" (27).

⁷ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1002212/fr/missions-de-la-has

Ces recommandations s'intéressent, entre autres, aux personnes bénéficiant de soins aigus (devenant parfois des soins de longue durée) au sein d'établissements sanitaires dont les hôpitaux spécialisés en santé mentale. Cela ne concerne cependant pas les hospitalisations encadrées par la loi du 27 juin 1990 alors en vigueur à cette époque. Le jury énonce néanmoins un certain nombre de réflexions et de propositions intéressantes à évoquer ici dans le cadre de notre travail.

Des « valeurs de liberté, d'individualisation, d'altérité, de sens du dialogue et de confiance dans le contrat [...] ont guidé le jury dans la rédaction de ses recommandations ». Nous faisons le constat qu'ils nous invitent alors à inverser notre manière de penser dans plusieurs domaines.

Tout d'abord, en regardant chez les sujets pris en charge leurs capacités restantes pour pouvoir s'appuyer dessus et aller vers leur préservation voire leur amélioration plutôt que d'organiser des projets de soins et/ou de vie en fonction de leurs déficits. Il faut traiter les déficits mais ne pas oublier de stimuler leurs compétences. « La situation de la personne ne doit pas s'analyser seulement selon une approche par diagnostic médical, mais plutôt à partir de l'évaluation de ses capacités préservées et de leur compensation possible. [...] Le projet de vie d'une personne, [...] doit tendre vers la récupération et en tout cas vers le maintien au maximum de ses capacités, ce qui suppose leur mise en exercice par des actions programmées de soutien individuel et collectif, réalisées par les professionnels, mais aussi des membres de l'entourage et des bénévoles. ». Également, les jurys préconisent que les sujets soient des acteurs participatifs et actifs de leur prise en charge d'autant plus lorsqu'il s'agit de restreindre leurs libertés et leur consentement doit toujours être recherché.

Ensuite, en construisant les « modes d'organisation, les configurations architecturales, les règlements internes, les modes d'intervention des professionnels » autour de l'individu et de ses proches. Ils doivent s'inspirer et s'adapter au maximum, de façon à respecter les libertés, les droits fondamentaux, l'exercice d'une vie sociale dynamique et mobilisante et non pas l'inverse. « L'organisation interne des établissements est souvent avancée pour justifier des restrictions à la liberté d'aller et de venir [...]. En aucune façon, elle ne doit justifier à elle seule des limitations systématiques. Dans les établissements sanitaires, des restrictions sont justifiées pour assurer la réalisation des soins nécessaires dans le respect d'un projet de vie. »

Nous relevons également la constatation du jury que « le regard négatif de notre société [...] sur les personnes souffrant de troubles du discernement est de nature à limiter l'exercice de ces libertés ». Sans y répondre de manière spécifique, ils préconisent de favoriser la participation des familles et de la communauté. « Pour abattre cette barrière de l'ignorance et des égoïsmes et pour maintenir du lien social, les établissements doivent s'ouvrir toujours davantage et cette ouverture peut en particulier se traduire par une large mobilisation autour du projet d'établissement et des projets

individuels. Le respect des droits fondamentaux et de la liberté d'aller et venir de la personne accueillie dans un établissement ne peut pas reposer sur le seul investissement des professionnels. ».
« La famille doit être associée à l'élaboration du projet individuel de la personne dans un souci d'équilibre et de réciprocité, qui conduit aussi à la responsabiliser, à la mobiliser afin qu'elle contribue elle-même au développement ou à la préservation de la liberté d'aller et venir de la personne, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement pendant le temps de la prise en charge, et à accepter le concours d'intervenants extérieurs. »

Enfin, nous reprendrons les réflexions du jury qui aborde le sujet épineux de la sécurité et de la crainte d'une judiciarisation. « La restriction des libertés au nom de la protection des personnes soignées et/ou accueillies est motivée par l'appréhension de les voir victimes d'un incident ou d'un accident et par la crainte des professionnels et des gestionnaires de voir mise en cause leur responsabilité. [...] Souvent la survenue d'un accident pour une personne dans un établissement pousse à un excès de précaution les professionnels de l'établissement et d'autres établissements du même type vis-à-vis de tous les résidents ». « Dans les établissements sanitaires comme médico-sociaux, la tendance est de tout prendre en charge pour que la personne ne prenne plus de risque ».

Pour le jury « il serait utile de pouvoir réfléchir à partir de données scientifiques et statistiques [...] sur les conséquences de la prise de risque. Une enquête devrait permettre de déterminer l'importance quantitative des accidents liés à la prise de risque, des demandes d'indemnisation civile et des poursuites pénales ». Ils demandent également « le développement des recherches cliniques, anthropologiques et épidémiologiques permettant d'évaluer les moyens de prévenir les risques encourus, les conséquences des limitations de la liberté d'aller et venir en termes d'aggravation de pathologies ou de déficiences ; la comparaison de différents moyens utilisés pour protéger les personnes [...] ».

Ils souhaitent ainsi « mettre en balance la crainte de la judiciarisation et les méfaits des restrictions de liberté imposées en son nom à un grand nombre d'usagers ».

Sur les moyens à utiliser, pour le jury « de façon générale, il faut privilégier l'aspect relationnel et humain ou encore un aménagement architectural à un recours à des moyens strictement techniques (surveillance électronique ou une fermeture automatique des locaux ou un recours à des moyens de confinement, voire de contention). ». Ils ajoutent que « dans l'état actuel, aucune donnée ne permet d'entrevoir un bénéfice à tenir les lieux de vie et les services fermés. Le jury n'est pas favorable aux lieux fermés. Lorsqu'ils existent, il préconise leur ouverture sur l'extérieur. ». « Le jury recommande que la Haute Autorité de santé élabore des recommandations de bonne pratique sur les

alternatives à la fermeture des services et des lieux de vie. ». A ce jour, l'HAS n'a pas formulé de telles recommandations.

Le jury encourage par ailleurs les prises en charges ambulatoires « si possible avec un accompagnement étroit par des proches ».

Ces recommandations donnent une base de réflexion intéressante pour orienter nos pratiques. A notre connaissance, les études demandées n'ont pas été réalisées, tout du moins pour les services de psychiatrie et l'HAS n'a pas formulé les recommandations telles que souhaitées.

2. Dangersité psychiatrique : audition publique 2011

L'audition publique de 2011 sur la dangersité psychiatrique réalisée à la HAS sous la présidence du Pr Jean-Louis Senon (28), indique dans son rapport que « ...des règles trop rigides, des limites floues ou appliquées de façon inconstante... » peuvent contribuer aux risques de survenue de moment de violence durant une hospitalisation. Elle signale également que toutes « situations allant à l'encontre des attentes du patient tels un refus, une frustration [...] sont susceptibles de déclencher des comportements violents chez des patients instables ». Les recommandations énoncées par la commission sont les suivantes :

- N° 60 « Repérer et prévenir les situations institutionnelles pouvant contribuer au risque de comportement violent intra hospitalier »
- N° 63 « La réintégration dans la société du patient violent, à l'extérieur ou durant l'hospitalisation, se fait en réduisant progressivement l'encadrement clinique et donc en augmentant par étape le degré de liberté individuelle »

Nous reprendrons aussi ici d'autres situations institutionnelles citées dans ce rapport telle qu'une « programmation d'activités insuffisante, un manque de disponibilité et d'écoute de la part du personnel en raison d'un faible ratio infirmier(ère)/patients ou d'un manque d'expérience et d'encadrement du personnel soignant augmentent le risque de malentendus pouvant dégénérer en des comportements violents » et des « ... situations de trop grande proximité représentent également un risque de surstimulation ... » car elles trouveront un écho dans les témoignages des soignants qui vont suivre. La commission recommande alors :

- N°65 : « Disposer d'une équipe soignante formée, compétente et en nombre suffisant »

Il s'agit ici de recommandations de bonne pratique très générales, la commission ne rentre pas dans les détails de leur mise en œuvre.

3. Programme pluriannuel (2013-2016)

Dans la continuité de cette audition publique, l'HAS publie en septembre 2016, son projet intitulé : « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie » (29). Ce projet s'inscrit dans le programme pluriannuel de l'HAS (2013-2016) pour la psychiatrie et la santé mentale, dont l'un des axes thématiques est « les droits et la sécurité en psychiatrie ».

Le guide, les programmes et les outils de ce projet visent l'amélioration des pratiques et des compétences concernant la prévention et la prise en charge des situations de violence hétéro agressive chez des patients adultes au sein des services de psychiatrie générale. Ils font néanmoins référence au sujet qui nous intéresse ici.

De multiples facteurs sont en effet énoncés à l'origine de la violence dont des facteurs contextuels tels que « l'institution, l'environnement physique, l'architecture et le fonctionnement du service ».

Ils énoncent dans un premier temps un ensemble de principe de travail sur lesquels reposent nos pratiques : « Les valeurs partagées pour l'ensemble des soins [...] ; le soutien institutionnel et le rôle de la gouvernance ; la dynamique d'équipe ».

Au sein des valeurs partagées, « le principe du respect de la personne et de son autonomie est au fondement des orientations et des décisions qui concernent le patient, reposant sur ses préférences, ses valeurs et sa participation, [...] la mise en place d'une alliance thérapeutique est recherchée ». Un peu plus loin ils détaillent qu'il « est important d'associer le patient aux analyses et décisions qui le concernent, afin qu'il soit acteur à part entière de sa prise en charge, quelle que soit la modalité d'hospitalisation » et l'établissement d'un projet thérapeutique individualisé.

Il est fait ensuite mention du respect des libertés individuelles : « les droits des patients et les droits fondamentaux sont connus des professionnels et les patients en sont informés, les restrictions des libertés individuelles sont soumises à une évaluation clinique régulière, individualisée et formalisée, si possible plusieurs fois par jour et au minimum une fois par jour. Ces restrictions de liberté doivent être limitées le plus possible. Elles sont portées à la connaissance du patient et lui sont expliquées ».

Enfin, ils rappellent qu'il « est souhaitable d'établir un lien de confiance avec l'entourage du patient [...] et éventuellement des proches [...], gage d'un partenariat efficace. [...]. Dans tous les cas, l'équipe doit avoir pour préoccupation le maintien ou la restauration de la relation du patient avec son entourage. »

Parmi les objectifs du soutien institutionnel, on retrouve : « la participation des usagers à la vie institutionnelle », « d'accompagner une culture collective de questionnement permanent et d'adaptation continue des attitudes de bientraitance », « de garantir le respect des libertés individuelles des patients et leur sécurité dans un lieu le plus ouvert possible ».

Enfin dans la dynamique d'équipe, après avoir rappelé l'importance de la qualité de fonctionnement des équipes, ils soulignent : « la place des usagers : des activités formalisées, proposées aux patients au quotidien, et du travail informel avec eux, [...] une vie collective permettant l'instauration de réunions de groupes de parole soignants/soignés, notamment pour les séjours prolongés ; un lien établi avec les représentants des usagers et la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), un travail avec des acteurs extérieurs au service ». L'architecture du service y est également évoquée, où les patients doivent pourvoir « [...] identifier un espace à vivre pour chacun sans confrontation au groupe et permettant de protéger les plus vulnérables »

L'HAS invite donc à une limitation au maximum des restrictions des libertés dans un espace de soins le plus ouvert possible. Elle encourage l'autonomie du patient avec sa participation dans l'établissement d'un projet thérapeutique individualisé et dans le fonctionnement institutionnel. L'entourage et les proches des patients tout comme les représentants des usagers doivent également être associés aux orientations concernant le patient mais également celles du service.

Elle ne donne ni détails précis ni réponses toutes faites. Elle met à la disposition des professionnels des supports pour les aider dans l'élaboration de programmes d'amélioration de la qualité et la sécurité des prises en charge. Les équipes devront choisir ceux adaptés à leurs besoins, leurs spécificités et leurs contraintes. On peut noter qu'il est précisé que ces programmes doivent « être élaborées par l'équipe, avec l'apport des représentants d'usagers ».

4. Procédure de certification V2014

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, et en application de l'article L6113-3 du Code de la santé publique, la certification a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins dispensés dans tous les établissements de santé publics ou privés.

La Commission de certification des établissements de santé (CCES) définit la procédure de certification qu'elle édite dans un manuel de certification, outil d'évaluation structurant pour conduire les démarches d'amélioration des établissements. Elle délivre ensuite les certifications des établissements de santé, publics et privé.

Nous faisons référence ici au critère 10.e du manuel de certification des établissements de santé V2010 – édition janvier 2014 intitulé « Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté » (30) qui, par ailleurs, est une pratique exigible prioritaire.

« La gestion des mesures de restriction de liberté, intégrant la conciliation des principes de liberté et de sécurité, mais aussi de bienveillance et de respect de la dignité du patient, repose sur une réflexion menée au plan institutionnel et déclinée au niveau des pratiques médicales et soignantes. À ce titre, elle implique différentes structures de l'établissement (CME, CRU, comité d'éthique ou équivalent) ; elle a vocation à donner lieu à la sensibilisation, voire à la formation, des professionnels concernés et à être régulièrement évaluée (audits d'EPP sur les chambres d'isolement thérapeutique, enquêtes auprès des patients, enquête auprès de l'entourage, etc.) dans une perspective de mise en œuvre d'actions d'amélioration. »

Nous rappelons ainsi que les mesures de restriction de liberté doivent être portées au niveau institutionnel avant d'être appliquées dans les services. Elles ne dépendent donc pas seulement du « pouvoir » médical ou soignant, l'administration y a également un rôle. Les règles de fonctionnement du service sont une annexe du règlement intérieur de l'hôpital approuvées par le conseil d'administration, CME...

5. Programme pluriannuel 2018-2023

Dans les travaux envisagés pour la période 2018-2023 (31), il n'y en a pas portant directement sur notre sujet, néanmoins, dans le thème « Troubles mentaux sévères et persistants et handicap physique », l'HAS souhaite travailler sur l'évaluation cognitive et les soins de réhabilitation psychosociale. Elle envisage la mise au point de recommandations de bonnes pratiques ou une fiche-repère relatives à « l'évaluation du handicap psychique » et aux techniques visant les fonctions cognitives. Une autre fiche repère s'appliquera également à mettre l'accent sur les forces de la personne et les conditions de vie favorables à sa réussite et son succès. Elle fait référence au concept d'approche positive et au principe d'autodétermination (consolider les capacités d'agir de la personne en situation de handicap via le travail sur l'estime de soi et l'empowerment). Elle projette qu'une évolution profonde des pratiques professionnelles sera nécessaire.

Deux autres thématiques aborderont peut-être notre problématique. En effet, dans la future certification (V2020), il est prévu de déterminer des « points critiques » de la prise en charge du patient en psychiatrie et santé mentale qui correspondent à des éléments de pratique (prise en charge) ou d'organisation (processus) constituant des marqueurs de maîtrise et d'efficacité. Enfin, l'opportunité et la faisabilité du développement de référentiels de pertinence dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale va être étudiés. Le but sera de définir des messages relatifs à la

pertinence des soins en questionnant la qualité des soins tant sur la surutilisation que la sous-utilisation.

6. Outils, guides et méthodes non spécifiques à la psychiatrie

Nous rappellerons ici que d'autres outils, guides et méthodes sont élaborés par l'HAS, n'ayant pas trait spécifiquement à la psychiatrie mais qui sont en lien indirectement avec notre sujet.

Il s'agit :

- De la démarche centrée sur le patient (32) qui « s'appuie sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps. ». Elle se fonde sur une personnalisation des soins, le développement et le renforcement des compétences du patient à partager des décisions avec les soignants et à s'engager dans ses soins, dans la gestion de sa vie avec la maladie et une continuité des soins dans le temps.
- De la décision médicale partagée (33) qui « correspond à l'un des modèles de décision médicale qui décrit deux étapes clés de la relation entre un professionnel de santé et un patient que sont l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient. » Des aides à la décision destinées aux patients sont ainsi proposées.
- De la promotion de la bientraitance (34) définie comme une « démarche globale de prise en charge du patient ou de l'utilisateur et d'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect de leurs droits et libertés, leur écoute et la prise en compte de leurs besoins, tout en prévenant la maltraitance ».

Ce sont bien évidemment des outils qui peuvent être utilisés dans un service de psychiatrie, fermé soit-il.

B. Inspection générale des affaires sociales

En 2011, le Dr Françoise Lalande et Mme Carole Lepine, membres de l'Inspection générale des affaires sociales publient leur rapport intitulé « Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter » (35). Elles se basent sur une revue de la littérature et des rapports de l'IGAS et de l'ARS sur ce thème. Elles sont allées à la rencontre de différents experts/acteurs intervenant de près ou

de loin dans ce domaine et ont visité plusieurs établissements « ayant accompli des efforts particuliers pour respecter tout à la fois la dignité et le confort des personnes, la liberté des malades hospitalisés avec leur consentement et la sécurité de tous, afin de s'inspirer de leurs expériences ». Elles élaborent des recommandations pour éviter les accidents en psychiatrie où la violence est majoritairement évoquée. Nous ne ferons référence qu'à certaines parties de ce rapport en lien avec notre travail de réflexion.

Pour commencer, elles font état que « **certains mauvais usages hospitaliers, qui ne respectent pas les droits des malades, créent des conditions favorables au passage à l'acte** ».

En premier lieu : « Confinement, promiscuité et privation de sortie forment un mélange détonnant. »

Les inspectrices évoquent notamment ici la fermeture de certaines unités ouvertes suite à la nécessité de prendre en charge un patient en hospitalisation sous contrainte « de manière à pouvoir le retenir plus facilement [...] ». Des patients en hospitalisation libre se retrouvent alors « soumis à une contrainte qui n'est pas liée à leur statut » et est illégale.

Toujours en s'appuyant sur leurs observations faites dans certains services, elles rappellent que l'application de restrictions des libertés doit être individuelle et non pas commune à l'ensemble des patients sans distinction.

Elles relèvent ensuite l'importance, au sein des unités fermées, de « l'ouverture des locaux vers l'extérieur pour permettre aux patients de se détendre et de prendre l'air » et « une déambulation suffisante ». Elles constatent que dans les faits si certains établissements en sont munis, cet accès rencontre des limitations (horaires d'ouverture réduits, manque de personnel, problème technique...). Dans leur synthèse, elles précisent que ces jardins ou ses cours doivent être entourés d'une « enceinte réellement sécurisée ».

Elles signalent enfin le nombre encore trop important de chambre communes et le partage des sanitaires par un trop grand nombre de patients. « De manière empirique, la promiscuité et le manque d'intimité étant une source de conflits entre patients, le choix « thérapeutique » d'imposer un hébergement en chambre partagée pour faciliter la socialisation des patients devrait être remis en cause ».

Recommandation n°22 : Faire disparaître les chambres ou les dortoirs communs afin de respecter l'intimité de chacun aussi vite qu'il est possible et ne garder partout que des chambres individuelles. Eviter, lors des travaux de restructuration des unités de soins, de créer des chambres communes, qui imposent aux patients une cohabitation forcée.

Recommandation n°23 : Organiser des unités fermées pour les malades hospitalisés sous contrainte en crise qui soient véritablement fermées et des unités ouvertes pour les autres malades qui soient réellement ouvertes.

En deuxième lieu : « La négation de la vie privée. »

« Les atteintes à l'intimité et les intrusions dans la vie privée par un autre usager ou un soignant ont pour effet de créer un sentiment de gêne et de renforcer les frustrations du patient ».

Elles font référence à certains services où « les chambres sont systématiquement fermées en journée, ce qui oblige les malades à rester toute la journée au réfectoire ou dans les couloirs » et aux règles de vie collectives qui ne correspondent pas aux habitudes de vie des patients tels que les repas « pris en commun dans la salle à manger de l'unité de soins psychiatriques », « rarement pris aux heures habituelles », la fermeture des salles de bains en journée et l'obligation pour les patients de faire leur toilette à heure fixe, l'éclairage/le chauffage/la ventilation non modulable par les patients, etc...

Elles remarquent ensuite que « la restriction de la liberté d'aller et venir s'accompagne parfois d'une restriction de la liberté d'expression ». D'une part, elles pointent l'utilisation du téléphone soumis à prescription médicale et les difficultés de préserver la confidentialité des communications. D'autre part, elles visent les difficultés pour les patients « d'empêcher l'écoute et le regard des autres, lorsque l'établissement ne dispose pas d'un lieu réservé aux visites et que celles-ci ont lieu dans les espaces communs de l'unité ».

Recommandation n°24 : Recenser et faire un bilan avantages / inconvénients des dispositifs matériels et des règles de vie qui sont intrusifs pour les patients, et supprimer ceux qui le sont.

Recommandation n°25 : Permettre aux malades d'exprimer leurs choix. Ne pas restreindre la liberté d'aller et venir des malades hospitalisés librement qui ne sont pas en crise. A l'exception des détenus et des malades hospitalisés sans consentement pour lesquels cette interdiction doit être prescrite chaque jour, laisser les malades accéder librement au téléphone.

Elles énoncent dans leurs priorités de remplacer les chambres collectives par des chambres individuelles qui doivent être fermables (proposition d'un badge électronique autorisant l'accès au patient et aux soignants seulement).

Elles évoquent enfin l'obligation du port du pyjama pour certains patients ou à certains moments de l'hospitalisation comme non respectueuse de la dignité et du confort des personnes, en ajoutant que l'expérience montrerait que cela n'éviterait pas les fugues.

Recommandation n°26 : Permettre aux malades de disposer de leurs propres vêtements.

Dans leur synthèse elles concluent que « chaque fois que leur état clinique le permet, le choix personnel des malades hospitalisés sans consentement devrait être pris en compte (repas individuel, habillement, télévision...). ». Elles soulignent également qu'une meilleure communication est nécessaire avec les malades notamment sur leurs droits et leurs obligations.

Elles font ensuite la constatation que « **le désœuvrement des malades suscite un ennui néfaste** ». Elles distinguent les activités thérapeutiques des distractions du quotidien telle que la mise à disposition d'un matériel culturel suffisant et de qualité (véritable coin télé, journaux, livre, jeux...) ou encore la possibilité d'exercer une activité physique et sportive et dont l'accès « sans référence à une quelconque activité thérapeutique, est un droit naturel ». Elles citent l'expérience de deux établissements, où il a « été constaté que l'occupation des malades en journée a eu pour effet de réduire le nombre de fugues. [...] Dans ces unités, les activités de divertissement ne sont plus pensées comme un luxe, mais comme un élément contribuant à rendre le séjour agréable, et facilitent ainsi le consentement au soin ». La mise en place de moyen de distraction fait partie de leurs priorités.

Recommandation n°32 : Proposer des sources de distractions quotidiennes, culturelles et sportives. Multiplier les activités.

Concernant le tabac, qui pourrait être considéré comme une liberté de choix, en s'appuyant sur l'ordonnance 2006-596 du 23 mai 2006, où « il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif ... » et codifié à l'article L.3511-7 du CSP, elles posent la question de son interdiction dans les services de psychiatrie. Elles exposent que l'usage de tabac peut désorganiser les services (temps de pause « cigarette » des soignants), « servir de monnaie d'échange avec le malade, pour l'inciter, le récompenser ou le punir » ou encore avoir un impact sur la sécurité (« le tabac favorise les fugues » et expose au risque d'incendie). Elles rappellent aussi ses répercussions sur la santé et sur les ressources où « en France, les malades mentaux consacrent une part importante de leurs ressources à l'achat des cigarettes ». Enfin, pour faire référence au sujet précédent, « le fait de fumer est utilisé comme alternative au désœuvrement. »

Recommandation n°33 : Mener des actions de prévention et d'aide au sevrage auprès des personnels.

Recommandation n°34 : Interdire dans un deuxième temps au personnel hospitalier de fumer sur toute l'emprise du centre hospitalier

Recommandation n°35 : Lancer des expérimentations dans quelques services volontaires où le tabac sera proscrit et où des méthodes de sevrage seront dispensées. Analyser les résultats en vue d'une éventuelle généralisation

Recommandation n°36 : Mener des actions de prévention, prendre en charge les patchs antitabac pour les malades volontaires

Recommandation n°37 : Tout ce qui sera fait pour améliorer les distractions et réduire le désœuvrement facilitera la prévention anti-tabac.

Pour terminer, elles mettent en avant que « **les installations ne tiennent pas toujours assez compte des besoins** ».

« Les accès sont généralement mal aménagés et peu surveillés »

Elles font référence ici aux accès piétons et véhicule, aux clôtures et aux espaces verts ouverts au public. Elles recommandent ainsi plus de contrôles aux entrées des hôpitaux, entre autres parce qu'un « établissement de santé mentale est soumis à une obligation de surveillance renforcée des malades qui y sont hospitalisés ».

Recommandation n°45 : Comme pour tout établissement public, et sans doute plus encore car l'hôpital accueille des personnes fragiles, l'accès d'un établissement hospitalier doit être surveillé. [Dans leurs priorités elles invitent à « la création de véritables sas d'entrée et employer des badges électroniques »]. La sécurisation matérielle des accès est nécessaire pour prévenir les fugues de personnes hospitalisées sans consentement, éviter l'intrusion de personnes indésirables, et guider les visiteurs, mais également permettre la sortie aisée des personnes libres. Des badges magnétiques doivent être fournis pour que chaque catégorie de personnes ait librement accès à tout ce qui lui est permis et pas accès à ce qui lui est fermé.

« Les allées et venues dans les unités de soins sont souvent mal gérées. »

« La porte d'entrée des unités de soins est en général un point faible du dispositif ». « Suivant les établissements et les services, les accès aux unités de soins se font soit librement [...], soit sont soumis à un contrôle visuel par un bureau d'accueil [...], soit sont fermés à clé et ne sont accessibles qu'après avoir sonné pour demander l'ouverture aux soignants [...]. Les études détaillées des fugues dans plusieurs établissements ont montré que les patients mettaient à profit la mauvaise gestion des allées et venues dans l'unité pour s'enfuir [...] ». Dans certaines unités « la décision d'ouvrir ou de fermer la porte des unités est prise tous les jours en fonction de l'état des patients, et les horaires de fermeture la nuit sont variables selon les unités. Ces changements quotidiens sont à l'origine d'erreurs d'attention de la part des personnels ». Concernant les unités « ouvertes, elles réclament une attention accrue du personnel, sans laquelle les fugues sont particulièrement faciles ».

Elles ne proposent pas de recommandations concernant ce point. Néanmoins nous pouvons rappeler :

Recommandation n°23 : Organiser des unités fermées pour les malades hospitalisés sous contrainte en crise qui soient véritablement fermées et des unités ouvertes pour les autres malades qui soient réellement ouvertes.

Elles signalent que « les circulations entre unités, ateliers thérapeutiques, services de consultation somatiques, etc, ... devraient faire l'objet de réflexions. »

Dans leur synthèse, elles écrivent qu'il « faut donc changer l'état d'esprit. Non seulement la sécurité et la qualité des soins ne sont pas des notions opposées, mais la sécurité fait partie de la qualité des soins. Quant au respect des malades, il contribue avec l'amélioration du confort et du bien-être, à être le meilleur gage d'une baisse des tensions et d'une prévention de la violence ».

Après avoir décrit un bilan relativement inquiétant concernant la survenue d'accidents en psychiatrie et où elles font notamment état d'un certain nombre de manquements de la part des établissements psychiatriques et de mauvaises conceptions du dispositif, les auteurs énoncent leurs recommandations pour les éviter. Certaines, évoquées ici en première partie, sont en faveur d'un meilleur respect des libertés et des droits fondamentaux des patients. Les auteures nous donnent ainsi des modifications concrètes à appliquer dans nos services. D'autres sont en faveur d'une majoration de la surveillance dans une logique sécuritaire : améliorer la sécurité de l'hôpital vis à vis des intrusions extérieures, des soignants vis-à-vis de potentiels passage à l'acte violents et bien évidemment pour éviter les fugues des patients hospitalisés sans leurs consentements. Pour elles, « le contrôle des accès n'est pas incompatible avec une ouverture de l'hôpital vers l'extérieur » ce qui est discutable. D'autre part, elles sont en faveur du maintien des unités fermées. Elles proposent des aménagements pour rendre le confinement plus supportable mais n'évoquent pas d'autre alternative.

C. Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Instauré par la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007, la mission du CGLPL est de veiller au respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté. C'est la seule institution qui peut porter un regard extérieur, totalement indépendant des pouvoirs publics, sur toutes les situations dans lesquelles les personnes peuvent être enfermées.

Il est amené à visiter chaque année 150 établissements parmi : les établissements de santé mentale, les établissements pénitentiaires, les centres de rétention administrative et les zones d'attente, les centres éducatifs fermés et les locaux de garde à vue.

Le CGLPL est autorisé à élaborer divers types d'observations, avis et recommandations :

- Il « formule des recommandations relatives aux faits ou aux situations en cause à la personne responsable du lieu de privation de liberté » et peut les rendre publiques, lorsqu'il procède à des vérifications consécutives à des saisines (article 6-1)
- Il « fait connaître aux ministres intéressés ses observations concernant en particulier l'état, l'organisation ou le fonctionnement du lieu visité, ainsi que la condition des personnes privées de liberté » à l'issue de chaque visite d'établissement (article 9 al. 1)

- Il « communique sans délai aux autorités compétentes ses observations » s'il constate une violation grave des droits fondamentaux d'une personne privée de liberté (article 9 al. 2)
- Il « émet des avis, formule des recommandations aux autorités publiques et propose au Gouvernement toute modification des dispositions législatives et réglementaires applicables » dans son domaine de compétences et rend publics ces avis, recommandations ou propositions (article 10)
- Il « peut adresser aux autorités responsables des avis sur les projets de construction, de restructuration ou de réhabilitation de tout lieu de privation de liberté » (article 10-1).

Le CGLPL a rendu public en 2018 son rapport d'activité sur l'année 2017 (36) rendant compte de l'exercice de ses missions et de ses moyens et qu'il adresse, chaque année, avant le 1er juin, au Gouvernement et au Parlement (l'article 21 de la loi du 20 janvier 2017). Il a visité 30 établissements de santé habilités à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement : 15 centres hospitaliers spécialisés, une clinique dont l'activité est exclusivement consacrée à la santé mentale et 14 services de psychiatrie relevant d'hôpitaux généraux ou universitaires.

Dans ce rapport, il vient souligner l'hétérogénéité des pratiques dans les services de psychiatrie : « l'organisation de la vie quotidienne des unités de psychiatrie repose sur une série d'interdits et d'autorisations qui varient sans raison convaincante, le plus souvent pour des raisons de précaution ou d'organisation ».

Il cite plusieurs aspects de la vie quotidienne pouvant être ainsi l'objet de restriction (l'accès au tabac, la sexualité, l'accès à l'air libre, la possibilité de rentrer dans sa chambre en journée, l'accès à une cabine téléphonique ou à un téléphone mobile, la disponibilité d'activités occupationnelles ou l'accès des aumôniers aux services) avec des degrés de limitation très variables d'un service à l'autre allant d'une « interdiction absolue à l'autorisation dans des plages horaires limitées en passant par une autorisation donnée au cas par cas par un soignant, souvent en fonction de sa propre disponibilité ».

Il fait le constat que dans les établissements où rien n'est réellement limité, où ne sont appliquées que les restrictions médicalement fondées et discutées avec le patient concerné, « il en résulte des services plus sereins et des soignants plus disponibles car ils ne sont pas sans cesse sollicités pour déroger à des interdictions générales ».

Le CGLPL préconise alors : « entreprendre une action pédagogique mêlant instructions, guides techniques et diffusion de bonnes pratiques sur les droits de patients placés en soins sans consentement et l'organisation de leur vie quotidienne ».

Il constate que « même appuyées sur des règles claires [citées dans le chapitre III], les conditions réelles de privation de liberté des patients demeurent imprécises ».

Il fait notamment référence ici aux patients en soins libres qui peuvent se voir privés de liberté. « Dans la quasi-totalité des établissements visités, certains patients sont accueillis dans des unités fermées alors même qu'ils ne sont pas placés sous le régime juridique des soins sans consentement » entraînant une restriction de leur liberté d'aller et venir ainsi que d'autres limitations. Egalement, le transfert d'un patient suite à un état de crise d'une unité ouverte vers une unité fermée, ne donnait pas toujours lieu à une modification de son statut d'hospitalisation.

Il a été observé que, parmi les établissements visités, une proportion importante des secteurs de psychiatrie relevant d'hôpitaux généraux et un CHS ne possédaient que des services fermés, d'autres encore ont des unités ouvertes mais qui sont en réalité fermées et un établissement faisait signer un formulaire d'acceptation au patient lorsqu'il était admis en service fermé.

Ils rappellent qu'à l'inverse, rien n'interdit de placer un patient en soins sans consentement dans un service ouvert même si cela est extrêmement rare.

Il donne enfin des exemples d'établissements conduisant des politiques inspirées par la volonté de protéger les libertés des patients, d'améliorer le respect de leurs droits et de mettre en place des prises en charges plus ouvertes. Elles résultent principalement d'un nouvel équilibre entre l'intra et l'extrahospitalier et l'individualisation des prises en charge.

L'implication des soignants, leurs soucis du bien être des patients et leur volonté d'être dans une approche bienveillante est incontestable. Le CGLPL met cependant en avant leur difficulté à questionner leurs pratiques faute de temps, de formations et parce qu'elles n'ont pas toujours connaissance des meilleures pratiques. L'accès à des références fait également défaut.

Le respect des droits fondamentaux est directement tributaire du personnel et de ses conditions de travail. C'est pourquoi, le CGLPL énonce l'existence d'effectifs suffisants comme un préalable nécessaire, de même que la compétence collective et individuelle, la maîtrise des comportements professionnels et il préconise une amélioration des conditions de travail.

Dans son rapport le CGLPL reprend son bilan des suites données aux avis, recommandations et rapports réalisés en 2014.

Il constate, en 2017 comme en 2014, « que les interdictions qu'il observe dans les hôpitaux vont bien au-delà [des restrictions adaptées, nécessaires et proportionnées l'état mental du patient, prévu par la loi de 2011] et ne font que rarement l'objet d'une réflexion, si ce n'est sous la forme de travaux sur «la liberté d'aller et venir » ». « Il recommande en conséquence que des actions de pédagogie, des directives plus détaillées ou des réflexions incluant tous les aspects de la vie relationnelle et de la vie quotidienne des patients soient mises en place et que ces points fassent l'objet de contrôles plus stricts de la part des autorités sanitaires. ».

Concernant l'implication des patients, de leurs proches et leurs familles dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement social ou médico-social, le décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale prend en compte cette recommandation et fera l'objet d'une évaluation dans deux à trois ans.

Les nouvelles constructions et les rénovations sont conformes à leur recommandation concernant l'accès aux sanitaires : élargir les horaires d'accès aux douches et les adapter à l'état des patients, prévoir des sanitaires (au minimum lavabo et WC) dans chaque chambre accueillant des personnes hospitalisées sans leur consentement. La publication d'un guide sur l'architecture des unités d'hospitalisation complète en psychiatrie ne pourra qu'améliorer les projets futurs.

Nous ferons mention des suites données aux recommandations en urgence du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapeutique de l'Ain. Des atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées avaient été constatées dans les modalités de prise en charge ou des situations individuelles. Il y est notamment cité :

- « Une pratique de maîtrise et de contrôle des faits et gestes des patients d'autant plus singulière qu'elle est appliquée avec une rigueur exceptionnelle »
- « Des restrictions générales imposées aux patients sans rapport avec leur état clinique et alors même que les moyens dont dispose l'établissement permettraient un tout autre traitement. »

Elles ont nécessité le déclenchement d'une procédure d'urgence tel que prévue à l'article 9 de la loi du 30 octobre 2007. Ces constats ont conduit la ministre de la santé et l'agence régional de santé à adresser des instructions à l'établissement pour mettre en œuvre les recommandations formulées. La stratégie de l'établissement pour 2018-2022 a intégré les recommandations des deux autorités administratives indépendantes (HAS et CGLPL).

Pour conclure, nous évoquerons la participation du CGLPL en 2017 à la préparation de l'Examen périodique universel des Nations Unies au cours duquel chaque Etat à l'opportunité de présenter les mesures qu'il a pris pour améliorer la situation des droits de l'homme sur son territoire et remplir ses obligations en la matière. Le CGLPL a décidé de mettre en avant la question du respect des

droits dans les établissements de santé mentale qui n'avait fait l'objet d'aucune recommandation lors de l'examen précédent. L'un des axes rappelait « le recours important à l'enfermement des patients – même en soins libres – avec des limitations de leurs droits, parfois pour des années, débouchant sur l'institutionnalisation de nombre d'entre eux ». Le CGLPL a proposé des recommandations visant une « meilleure prise en compte de la Convention des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées dans les établissements de santé mentale, et la mise en œuvre de son approche fondée sur les droits de l'homme. ». Ceci nous apparaît bien résumer la pensée du CGLPL concernant les pratiques de restriction des libertés dans les services de psychiatrie français.

D. Sur le terrain

Nous avons choisi de nous intéresser à l'Hôpital Robert Morlevat de Semur en Auxois. Ce choix peut paraître arbitraire mais il n'est pas tout à fait hasardeux. Il résulte de nos réflexions sur la manière d'évoquer nos pratiques dans la réalité quotidienne des services.

Nous avons pensé tout d'abord à des questions ouvertes à travers un auto-questionnaire distribué aux équipes pour finalement partir sur des interviews en face à face. Elles permettent un échange libre avec le soignant et une position neutre évite qu'il ne se sente jugé ou remis en question dans sa manière de faire. Le soignant était informé des propos de la thèse et des sujets sur lesquels nous souhaitions discuter.

Initialement, nous voulions interroger des soignants d'établissement fonctionnant de manière distincte (CH de Semur en Auxois, CH La Chartreuse à Dijon, CHS Saint Ylie à Dole, Clinique Jérôme Bosch de l'EPSM Lille-Métropole) et de comparer les pratiques. Cela aurait pu être un travail fort intéressant, pouvant apporter des éléments probants, mais nécessitant de mener une étude de grande envergure sur du long terme ce qui n'était pas possible de réaliser dans le temps imparti. Ce sont des travaux qui sont néanmoins à envisager.

Nous nous sommes intéressés, à titre personnel, à une certaine manière de pratiquer la psychiatrie en hospitalisation complète avec toutes ses singularités et ses difficultés au quotidien, en rencontrant plusieurs membres de l'équipe de l'Unité de Soins Psychiatriques du Centre Hospitalier Robert Morlevat. Il nous est apparu y trouver une certaine cohérence dans ses pratiques, comprises et appliquées de manière homogène par les différents membres de l'équipe. J'y ai effectué un stage d'internat et connaissait donc les équipes ce qui a facilité également les échanges.

Les phrases entre guillemets sont les propos des soignants.

1. Description

L'Unité de Soins Psychiatriques (USP) a la particularité d'être un service de psychiatrie au sein d'un Hôpital général. Il est situé dans un bâtiment indépendant, à l'intérieur de l'enceinte de l'Hôpital. Le secteur couvert totalise 64 179 habitants selon le recensement de 1999, pour une superficie de 3333 km², soit 19 habitants par km². C'est un secteur étendu et rural.

Nous ne détaillerons ici que l'offre de soins en psychiatrie prévue pour les adultes. La file active est de 1575 patients pour l'année 2017.

Actuellement, l'hôpital dispose de deux services d'hospitalisation temps plein de court séjour : une unité ouverte de 18 lits dénommée « Escal » (dont 5 lits côtés médecine pour les sevrages complexes) et une unité fermée de 18 lits dénommée « Unité de Soins Psychiatriques ou USP ». Une chambre avec un lit sécurisé et deux chambres d'isolement se trouvent dans cette dernière unité. Ces deux services sont situés au premier étage du bâtiment de psychiatrie.

Le service USP accueille les patients relevant de la loi du 5 juillet 2011 (modifiée par la loi du 27 septembre 2013) en Soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'Etat (SDRE), en Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) et en Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SDTU). Le Directeur de l'établissement M. Marc LE CLANCHE n'autorise pas les admissions en Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI). Des patients peuvent être admis en soins libres.

Une grande cour avec des espaces verts, un terrain de basket, des tables de jardin situées près de la cafétéria... se trouvent à l'intérieur du bâtiment en forme de L. Elle n'est pas accessible directement par les services du premier étage notamment le service fermé. Elle n'est pas fermée par une « enceinte sécurisée » : une clôture, de la végétation et un petit portail la sépare de l'extérieur.

Le pôle psychiatrie et santé mentale comporte également un dispositif de soins ambulatoires. Au rez-de-chaussée du bâtiment se situe un hôpital de jour, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), un centre médico-psychologique (CMP), une consultation hospitalière d'addictologie et un hôpital de jour en addictologie. Diverses salles d'activités, une salle de réunion (notamment pour les groupes de parole) et une cafétéria s'y trouvent également.

Dans les villes de Saulieu, Montbard et Chatillon sur Seine ont été installées des antennes du CMP de Semur en Auxois.

Les équipes infirmières et médicales assurent également la liaison avec le service des urgences, les autres services de médecine du CH. Ils interviennent également dans divers établissements médico-sociaux du secteur liés par une convention avec l'hôpital, auprès de la communauté d'Emmaüs de Planay, dans des ESAT, chez des familles d'accueils prenant en charge une quinzaine de patients, ...etc.

Enfin, l'accompagnement des patients repose sur un réseau de partenaires constitué entre autres :

- D'associations (« Champ Pierres », « Les petits chemins », la compagnie de théâtre « Chien dent », les groupes d'entraide mutuelle, Emmaüs, Association nationale de prévention de l'alcoolisme, Alcool assistance Croix d'or, Dépendance 21, l'Union nationale des amis et familles des malades mentaux...),
- Des services de mandataires judiciaires
- Des structures d'accueil et de réinsertion
- De la participation à des initiatives extérieures (telles que la semaine d'information de la santé mentale)
- Du tissage de liens avec les commerces locaux, le centre social, l'office HLM...

2. Un peu d'histoire...

L'existence d'un hôpital à Semur en Auxois et la présence d'un service de psychiatrie tiendrait pour une grande part à la pugnacité de Robert Morlevat, maire de Semur en Auxois pendant près de 50 ans. Sous son impulsion, l'ancien hôpital général « des remparts », en partie tenu par des sœurs, a été déménagé sur le site actuel. Le bâtiment de psychiatrie fût l'un des premiers à sortir de terre même si « l'on ne voulait pas de fous ici ».

Le service de psychiatrie a donc été ouvert en 1973 par transfert d'un demi secteur de 40 000 habitants du CHS départemental La Chartreuse à Dijon. Dans les années 1990, le Châtillonnais et ses 30 000 habitants ont aussi été rattachés au secteur de Semur en Auxois.

Il y avait à l'époque 5 unités d'hospitalisation dans le bâtiment excentré de psychiatrie. En 1978, un 6^{ième} service a été ouvert dans le bâtiment de l'hôpital général dénommé « les spécialités médicales ». C'était un service d'entrée, ouvert, prenant en charge majoritairement des troubles névrotiques et dépressifs. Pour les patients, « ils n'étaient pas en psy » puisqu'ils étaient hospitalisés dans les bâtiments de l'hôpital général et « ils venaient aux spécialités médicales ».

Il y avait deux autres unités d'entrée, dont l'une « Charcot » accueillait les patients « en HO ». Elle correspond à l'actuelle USP.

Les portes étaient ouvertes « mais ils ne pouvaient pas sortir »

« Il n'y avait pas de portes fermées » ; cette décision était portée par le médecin chef le Dr Ribon. L'ancienne unité Charcot avait une configuration différente du service actuel. Les portes d'entrées étaient tout à côté du « bureau » infirmier muni d'une grande vitre ; « on avait toujours un œil sur eux ». Si ce n'était pas les soignants, c'étaient les « patients chroniques », encore nombreux à cette époque, même dans un service d'entrée, qui « jouaient le rôle « d'indic » ». Il y avait également « beaucoup de personnels » avec plus d'homme dans les équipes « une présence masculine ça dissuade ». Enfin, les patients étaient systématiquement mis en pyjama au début de leur séjour et la menace d'aller en isolement pouvait être utilisée s'ils risquaient de fuguer.

« Les patients n'étaient pas axés là-dessus »

La possibilité de sortir du service ne semblait pas être une préoccupation majeure : « il n'y avait pas tant de fugues », « les patients n'étaient pas axés là-dessus ». Les soignants étaient en effet suffisamment en nombre pour « faire des activités, les occuper, les dispatcher ». On entraînait dans « un nuage de fumée avec les soignants au milieu des patients... tout le monde fumait ensemble » se souvient un infirmier en parlant de sa première impression du service. Les durées d'hospitalisation étaient moins longues, il y avait « peut-être aussi moins de patients sous contrainte... ».

Un surveillant, garant du règlement

Le Dr Ribon confiait l'autorité du service à son surveillant, quelqu'un de « très humain, autoritaire mais bienveillant ». Rien n'était écrit mais tout le monde savait à quoi s'en tenir. Les règles ne devaient pas être très différentes de ce qui se fait actuellement. Le Dr Ribon n'hésitait d'ailleurs pas à prendre des risques en autorisant par exemple des patients en HO à sortir faire des courses en ville.

Les isolements

Un isolement était accolé « au bureau » infirmier avec un hublot (sans sas) ; les patients étaient ainsi « sous le regard constant des soignants ». Les motifs du recours à la contention étaient principalement l'agitation et l'agressivité, « il n'y avait pas de contention préventive ». Comme la chambre d'apaisement était tout à côté, il n'y avait pas de passages réguliers.

Dans les années 2000, l'ancienne unité Charcot se transforme pour devenir le service USP actuel. Il y avait deux chambres d'apaisement mais sans sas et sans hublot car elles donnaient sur le couloir commun pour se rendre dans les chambres. Le recours aux contentions y était plus fréquent car les moyens de surveillance étaient insuffisants.

Concernant les isolements, l'équipe a pu parfois s'opposer à la sortie d'un patient d'une chambre d'apaisement. Un sentiment d'insécurité, lié à un nombre insuffisant en personnel permettant une surveillance satisfaisante du patient, en était souvent la cause « on se connaissait, on savait ce qu'on pouvait faire ou pas faire ». Il peut arriver que l'effectif soit renforcé ponctuellement à la demande de l'équipe.

« Il y a eu un avant, un après »

Plusieurs suicides consécutifs survenus dans le service, dont un à l'intérieur d'une chambre d'apaisement ont marqué les équipes ; « Il y a eu un avant, un après ». L'administration, la justice ont cherché à comprendre ce qui avait manqué : « est ce qu'on avait tracé, est ce qu'il y a eu des passages réguliers, quelles étaient les prescriptions, est ce qu'on les avait suivis... ». L'équipe a engagé un travail de réflexion. Il a été décidé d'améliorer la sécurité des chambres d'apaisement pour les patients et pour les soignants « avant on ouvrait la porte, on ne savait pas ce qu'on allait trouver derrière ». Un sas commun a été créé, deux portes d'accès pour chaque chambre ont été installées munies de hublots et l'intérieur des chambres mis aux normes de sécurité. Le manque de personnel a été pointé avec une augmentation des effectifs la journée (1 infirmier en plus), ponctuellement au départ puis de manière pérenne par la suite. La nuit, le service est toujours resté à deux soignants. Nous notons ici que la suppression des chambres d'apaisement n'a pas été envisagée, « cela obligeait de repenser complètement le service et on risquait de ne pas pouvoir accueillir les mêmes patients ».

3. Règlement intérieur de l'unité

« Il est interdit d'interdire » ce qui a nécessité de reformuler les règles de fonctionnement.

« On interdit tout au départ puis on autorise...on devrait faire l'inverse », prescrire ce qui est interdit et non pas ce qui est autorisé.

L'ensemble du règlement intérieur du service est en annexe 1.

4. Comment ces règles ont été mises en place ?

Elles se sont mises en place « petit à petit »

Elles sont nées à l'initiative des différents soignants (cadre, infirmiers, médecins...) avant d'être débattues, réfléchies en équipe, puis inscrites dans le règlement intérieur et appliquées.

Certaines étaient « cadre-dépendantes » et n'ont donc été appliquées que pendant la période où ce cadre exerçait. Par exemple, l'un d'eux avait institué « la revue des chambres » où tous les matins les soignants devaient faire le tour du service et vérifier que les patients avaient rangé leurs affaires et refait leur lit.

D'autres règles ont vu le jour à la demande d'infirmiers. Le service actuel est situé au premier étage. Pour les patients fumeurs n'ayant pas l'autorisation médicale de sortie du service, un fumoir a été aménagé. « Les patients se levaient la nuit pour aller fumer, regarder la télé et c'était problématique...c'était difficile de gérer les allers et venues... les traitements (de nuit) ne faisaient rien... à cause de la nicotine... pourquoi pas essayer de fermer la télé et le fumoir et voir ce qui se passait... ». Au bout d'une semaine, les patients ne se levaient plus « ils passaient de meilleures nuits ». C'est ainsi qu'ont été instaurés les horaires d'ouverture du fumoir et de l'accès à la télévision. Il en a été de même pour la distribution des traitements de nuit : avant les infirmiers passaient dans les chambres avec les traitements, « ils (les patients) attendaient ». Pour inviter les patients à se prendre en charge, favoriser leur autonomie, des infirmiers ont proposé que les patients viennent les chercher au bureau infirmier s'ils le jugeaient nécessaire.

Pour des raisons d'hygiène, l'apport d'aliments personnels a été limité ; « on retrouvait des aliments périmés, moisissés dans les placards ». De plus, certains patients troquaient leurs biscuits avec des patients diabétiques ou encore des familles mangeaient devant les autres patients. Ce sont surtout les familles qui ont contesté ces règles car elles allaient à l'encontre de représentations culturelles où « il faut donner à manger au malade ».

« La législation a ensuite évolué, la contrainte a évolué...On a dû fermer les portes »

La décision de fermer les portes d'entrée du service a été prise par les médecins quelques années après le changement de service.

La configuration du service n'était plus la même, le bureau infirmier plus éloigné ne permettait plus une vigilance suffisante.

En parallèle, l'effectif de l'équipe soignante a commencé à décroître tout comme la démographie médicale. A cette époque, notamment, les équipes pouvaient être amenées à sortir avec le SMUR pour prendre en charge des patients à leur domicile. L'équipe restant dans le service se trouvait alors en sous-effectif et ne pouvait plus assurer une surveillance satisfaisante.

Les mentalités ont évolué : « avant on pouvait prendre des risques...maintenant, plus personne ne veut prendre de risques, des responsabilités...on ouvre le parapluie pour tout... et si on ne veut pas prendre de risque, on met des règles. »

« Les services se sont vidés des patients chroniques » pour n'accueillir que des entrées, devenant « plus lourds ». Les règles du service sont venues répondre à des difficultés de gestion de la violence et des fugues. Pour un infirmier, plusieurs facteurs sont alors entrés en jeu. Tout d'abord, la fermeture la nuit de la gendarmerie de Semur en Auxois amenant le service à prendre en charge plus de patients en état d'intoxication alcoolique aiguë, parfois violents ou avec un risque de fugue. Il constate également l'accueil « de nouveaux patients en 20 ans » : des personnes âgées présentant une démence et un risque de déambulation « on ne peut pas être derrière eux 24h/24 », ou encore la plus grande fréquence des conduites polyaddictives, des troubles psychopathiques, borderline nécessitant un cadre thérapeutique différent. « On a été amené à réguler des choses qui n'existaient pas avant ». Il évoque aussi la « disparition du respect de l'uniforme ». Enfin, des changements dans le personnel avec la disparition des « infirmiers psy » : « les nouveaux, ils n'ont pas connu le service ouvert... pour eux, c'est normal, ils ne se posent pas de questions ».

Un sas à l'entrée du service a ensuite été créé pour que les familles, surtout avec des enfants, puissent rendre visite à leur proche sans obligatoirement rentrer dans le service. Suite à des tentatives d'intrusion, il sert également à sécuriser les équipes qui peuvent alors voir l'identité du visiteur avant d'ouvrir la porte. Son financement avait été rendu possible grâce au déblocage de fonds par le gouvernement après plusieurs événements médiatiques.

Les portes d'entrée du bâtiment ont également été fermées la nuit à la suite d'intrusions.

Etant donné la nouvelle configuration du service, le manque d'effectif et les changements dans la population prise en charge, le cadre physique (le contenant) sur lequel repose en partie le cadre institutionnel, a pris plus de place.

5. Quelles sont leurs intérêts en termes de soins ?

Nous rappellerons, que toute restriction doit être nécessaire, adaptée et proportionnée. Elles doivent pouvoir être argumentées devant un juge ou devant le CGLPL si une visite était organisée. La

traçabilité est devenue essentielle « pourquoi on fait ci, pourquoi on fait ça... il faut justifier tout ce qu'on a fait ».

Une prise en charge institutionnelle.

« Apporter une réponse institutionnelle à des problèmes relationnels ». Les patients accueillis présentent, en plus de leur symptomatologie psychiatrique, des « relations pathologiques... sinon ils seraient en milieu ouvert ». La prise en charge institutionnelle est composée d'un contenant et d'un contenu qui est « d'avoir des relations avec les patients permettant une appréciation clinique de la qualité de leurs relations ».

De même, « on ne peut pas autoriser un comportement pathologique ». Par exemple, « un psychopathe, dans sa toute-puissance, il a besoin d'une fermeture des portes ». Il faut lui « rappeler les limites ».

« Pas de portable, ils sont là, avec nous » ; limiter les liens avec l'extérieur

« Soit, ils sont dehors, soit ils sont dedans ».

« Il ne faut pas que traiter la pathologie ». L'environnement, les liens avec l'entourage doivent également être retravaillés. Le patient vient à l'hôpital suite à un « état de crise à l'extérieur... il nécessite une mise à l'écart d'une situation qu'il ne peut plus gérer. » ; une « mise à distance avec des éléments extérieurs perturbateurs ». Il doit donc être coupé de son environnement habituel. L'équipe doit pouvoir « avoir les moyens de gérer ça... donc on gère ses communications ». Il n'y a pas pour autant de rupture de lien avec l'entourage. Les proches et les familles sont reçus par les différents membres de l'équipe qui les informent de l'évolution du patient et les impliquent si nécessaire dans les décisions médicales.

Les patients sont aussi « plus dispo pour les soins ». Limiter les différents moyens de communication (téléphone, internet, visite, sortie...), « permet de se concentrer sur le pourquoi tu es là... éviter une fuite vers l'extérieur... ». Cela permet d'entrer plus facilement en relation avec le patient ; « le médiateur, c'est nous ».

Dans d'autres cas, cette mise à l'écart sert à diminuer l'intérêt de certains symptômes notamment lorsque les patients présentent des troubles névrotiques sévères.

Enfin, d'autres patients n'oseront qu'ainsi exprimer leurs difficultés car ils se sentiront protégés, ils auront « plus de poids vis-à-vis de l'entourage ». Cela peut ainsi être un moyen de mise à distance avec un entourage intrusif.

« Pas de télé dans les chambres, la chambre c'est pour se reposer »

« Sortie 1h le matin et 1h l'après-midi »

« Les patients ne doivent pas être tout le temps dehors...sinon on ne les verrait pas...ils doivent être avec le personnel soignant et avoir des relations avec le personnel soignant »

Limiter les libertés d'aller et venir permet d'avoir une phase d'observation pour les soignants et d'entrer dans les soins pour les patients, « sinon il n'y a pas d'intérêt, une prise en charge ambulatoire suffit ».

« Parce qu'ils le demandent »

Certains patients sont hospitalisés dans le service fermé « parce qu'ils le demandent » : certains ont besoin de « se protéger du monde extérieur » où ils se sentent agressés, « pour le côté communautaire » aussi « les repas pris ensemble, le partage des tâches, la salle commune avec la télé, les jeux de société... » et « pour les liens avec l'équipe ».

Pour organiser la vie en collectivité

Certaines règles n'ont pas un intérêt direct dans le soin mais servent à la vie en collectivité (hygiène, sécurité...). « C'est une petite unité... en vase clos... Il faut instituer des règles sinon ça part dans tous les sens ». Elles facilitent l'organisation, la gestion du service en évitant certaines pratiques qui gêneraient son bon fonctionnement et assurent une sécurité pour les patients et les soignants.

C'est aussi apprendre « à respecter les autres... la vie avec les autres ».

Tous les patients suivent les mêmes règles de vie en communauté. « Si tu fais pour l'un, tu fais pour l'autre ». « Quand vous traitez au cas par cas...c'est difficile de reprendre les choses avec eux... Les mêmes règles, strictes soient-elles, sont les mêmes pour tout le monde ». Un sentiment d'injustice peut favoriser les tensions. « ya des règles, il faut les suivre sinon ils s'y engouffrent » et certains patients intolérant à la frustration « peuvent faire monter la tension du service ».

Mais aussi...

« Travailler avec la frustration » pour les troubles caractérielles. « Elle se désamorçe ».

Pour les patients « très morcelés, très angoissés, qui ont besoin d'être rassemblés ».

« Ça les contient... ». Par exemple, « les patients du FAM ne posent pas de problème, c'est contenant, c'est cadré »

« Pour les protéger d'eux même » comme les patients présentant un risque suicidaire élevé, les personnes âgées qui déambulent ou lorsqu'il y a un risque de fugue important alors que des soins sont nécessaires, ...

6. Quels sont les risques ? Comment les éviter ?

« Une souplesse au sein de la rigidité »

Les effets néfastes, « ça dépend de comment tu amènes les choses... c'est une interdiction d'autorisation : on leur dit que c'est pas encore autorisé... On s'adapte en fonction de la pathologie, on est plus ou moins ferme... ». Il faut qu'il y ait une « souplesse au sein de la rigidité... ne pas être rigide dans l'extrême... pour que le patient ne soit pas sous une chappe de plomb institutionnelle ».

« Le cadre ne doit pas être quelque chose dans lequel il vient buter, il doit lui renvoyer des choses ».

« Ce n'est pas contre lui c'est avec lui ». Il faut qu'il y ait « quelque chose derrière ».

Les limites sont celles du fonctionnement du service et de chaque soignant. « Il faut pouvoir passer le relais » et maintenir une distance relationnelle.

Une remise en question permanente

L'équipe se requestionne, entre autres face aux plaintes des patients ; « si ça colle pas ». « On réfléchit beaucoup ensemble » et elle peut être amené à « revoir les règles dans les prises en charge... elles ne sont pas figées...heureusement qu'on fait ça...un cadre trop rigide = cadre carcéral » ; « il faut savoir revenir en arrière ». Elle s'adapte également en fonction de l'évolution des recommandations, du cadre législatif.

Garder une cohérence

Ils rappellent le rôle du cadre du service pour ramener « de l'objectif dans les soins, éviter les égarements ». L'équipe reste dans le thérapeutique « parce qu'il y a une cohésion d'équipe » (infirmiers, ASH, cadre, médecins...), il faut « aller vers le même objectif », « dans le même sens pour

le bien du patient », maintenir une « cohérence ». « Si quelqu'un n'applique pas ce que le groupe a décidé » il est repris. Ils se fondent aussi sur « l'expérience, l'expertise » des soignants.

L'information du patient et de son entourage

« Des règles, il en faut partout...pour arriver à fonctionner ensemble ». « Elles doivent être justes, applicables, compréhensibles pour les soignants et les patients » et des explications doivent être données avant l'admission. La majoration des tensions et du risque de violence vient « du mensonge... du discours qui change... du double discours... du manque de cohérence ».

« C'est parfois plus difficile avec la famille que le patient... ». Ces derniers « l'acceptent relativement facilement et s'y adaptent... on a rarement des soucis par rapport aux interdictions. »

Les risques

Certains soignants y voient tout de même les risques d'une dérive : « c'est plus facile de les mettre dans un service fermé » que dans un service ouvert, « ça permet de rassurer tout le monde (famille, équipe, médecins...) », ils sont « tranquilles ».

Ils soulèvent le problème du temps. Il faut que les règles soient « bien expliquées, bien présentées mais ça demande du temps...on l'avait pas toujours ». De plus, la gestion des demandes causée par le règlement (gérer les allers et venues, les demandes de téléphone, d'affaires personnelles placées dans un casier...) « phagocyte un temps pas possible... crée de l'agacement si le service est surchargé... ». Les soignants finissent par les traiter comme de simples demandes « on va moins chercher la demande de soin qu'il y a derrière... », il y a une « baisse de la qualité de la réponse ».

« Si on ouvre les portes, il faut leur proposer autre chose... aller dehors pour aller dehors... » ; « il faut les occuper ». Pour cela « il faut du monde derrière », « avoir du monde pour faire des sorties accompagnées, etc... ». Il faudrait de même « développer l'ambulatorio » mais qui se heurte aux particularités de la communauté géo-démographique : un secteur très étendu, des déserts médicaux, un manque de structures ambulatoires et d'étayage à l'extérieur. Monter des projets de vie peut se révéler compliqué.

Ils s'interrogent sur l'alliance thérapeutique créée dans un service fermé, « ça s'impose dans le service fermé ». Il faudrait que les patients viennent voir les soignants au moment où ils le souhaitent et non pas par obligation ; créer ainsi une relation de confiance.

Ils doivent s'adapter à l'architecture du service comme l'absence d'accès direct sur l'extérieur ce qui peut être source d'émulsion, de tension.

L'hétérogénéité des troubles soignés dans le service pose aussi question. Certains ne tireront pas de bénéfices à ce cadre. « On ne peut pas répondre la même chose à tout le monde... les mêmes règles fixées pour tous ». Tandis que d'autres « ont les règles de l'unité mais ils n'ont pas leur place ici » tel que les personnes âgées ou les mineurs.

Enfin, « le travers de la dépendance » : le risque qu'un patient présentant d'importantes difficultés relationnelles ne devienne dépend de l'institution. Ils essayent « de ne pas faire à leur place », en entretenant leur autonomie pour les actes de la vie quotidienne, la réalisation de démarches administratives...en travaillant la réinsertion, en les resocialisant. A la sortie, néanmoins, « la rupture peut être dure... » ; passer d'un environnement encadré à « rien du tout... On essaye d'y travailler par les sorties, les activités »

7. Vécu des soignants

« On reste démuné face à certaines prises en charge... ce n'est pas satisfaisant ». « On est obligé de s'adapter à ces changements de prise en charge...on fait avec les moyens qu'on a ».

Gérer les demandes, le téléphone, les sonnettes de la porte d'entrée, remplir les dossiers, tracer « ce temps tu ne le passes pas à faire ton travail » c'est-à-dire « du temps auprès du patient... Le temps c'est le confort dans ton travail... Le patient est demandeur et toi tu veux leur montrer des projets » mais c'est « si on a le temps, si on peut...il y a toujours un flou, on peut annuler à la dernière minute ». Un service ouvert demanderait « plus de disponibilité de la part des soignants... »

Soumis à une contrainte de sécurité, le cadre institutionnel risque de perdre son sens de soins. « Les représentations du service fermé n'ont pas évoluées, service fermé = dangereux. » « On les cloisonne pour éviter de les laisser s'échapper... un préfet a déjà parlé « d'évasion ». « Fermé = incarcération et non, fermeture = soins ».

Plus de précaution, plus de responsabilité. « On isole plus par principe de précaution...penser au pire avant de penser au bien ». On veut éviter les accusations de négligences aux risques « de nous mettre en difficulté » comme certains passages horaires difficiles à tenir. « Tu penses à te protéger pénalement plus que d'être dans le soin pur ». « C'est le droit du patient qui a amené toutes ces interdictions » car il amène au principe de précaution.

« On est obligé de moduler avec les avocats ». « Trop de droit...tu n'es plus un intervenant du soins...il empêche la relation dans le soins ».

« J'ai rien connu d'autre... si les portes sont ouvertes, les patients vont fuguer... je vois pas comment gérer les fugues... comment faire ? ». Il y aurait un risque de mise en danger. « La porte est fermée mais ça ne veut pas dire que les patients n'ont pas le droit de sortir »

Enfin, le service est dépendant du fonctionnement de l'hôpital. C'est « un service de psy dans un centre hospitalier, les évènements indésirables ne prennent pas les mêmes proportions qu'avant ou que dans un CHS ».

Conclusion du chapitre IV

Nous l'avons évoqué dans le chapitre II, à la fin du XXe siècle la psychiatrie connaît une évolution positive ; de nombreux services d'hospitalisation ouvraient leurs portes, instaurent une liberté de circulation et réduisaient voire supprimaient isolement et contention. Mais, de manière tout à fait progressive, notre société semble avoir changé avec l'émergence de la société du risque et de l'assurance et de la peur, entraînant un changement de pratiques. Il est alors réapparu la volonté de surveiller plus que de soigner, qui va culminer dans des lois sécuritaires de la décennie 2000 (37).

La conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir en 2004 de la Fédération hospitalière de France n'aura que peu d'influence sur ce tournant sécuritaire et les événements médiatiques de 2008 et 2009 mettant en cause les psychiatres et entraînant des réactions au plus haut niveau de l'État n'ont fait que le renforcer.

Depuis le début de ce XXIe siècle nous assistons donc à une fermeture des services, en rapport également avec la montée de situations de violence dans les institutions psychiatriques, liées à des patients sous contraintes, le manque d'effectifs, la question de la surveillance et de la responsabilité, les problèmes d'architecture et de cohabitation des patients (38). Deux cents chambres d'isolement ont été ouvertes et 4 UMD ont été ajoutés au dispositif déjà existant.

L'histoire du service USP de Semur en Auxois illustre bien ce constat.

La question des restrictions des libertés d'aller et venir en psychiatrie est devenue difficile à aborder. La sortie sans autorisation est la hantise des administrations hospitalières et la stigmatisation de la maladie mentale encore fréquente risque d'ouvrir à nouveau la limitation des soins psychiatriques à une neutralisation par l'enfermement (38), réveillant la tentation historique de contraindre un peu plus pour sécuriser un peu plus.

En parallèle de cette demande d'endiguer les débordements de la folie, les droits des malades sont réaffirmés et il est demandé à la psychiatrie de se porter garante des libertés fondamentales des malades qu'elle accueille (38). Les rapports, recommandations, etc. se sont alors multipliés en ce sens cherchant à associer droit et sécurité mais en oubliant peut être de rappeler la place et le rôle dans les soins des hospitalisations complètes en psychiatrie.

Dans les faits, il semblerait que le système français génère toujours plus de coercition et de contrainte, malgré cette volonté d'affirmer les droits (37). Au quotidien, c'est en effet ce que

rappellent les soignants de l'USP. Nous ajouterons que la lourdeur des procédures et le manque d'effectif viennent impacter le temps disponible des soignants. Il n'est alors plus utilisé pour construire une alliance thérapeutique, une dialectique partagée avec le patient autour des bénéfices et des risques de l'hospitalisation et pour reconstruire leur liberté de choix et leurs capacités à consentir.

Malgré tout, la psychothérapie institutionnelle et la fonction contenante n'ont pas perdu de leur sens médical comme nous l'avons vu dans les propos des soignants du service USP. Dans certaines situations cliniques, elle reste essentielle et nous pensons que nous aurons toujours besoin de service d'hospitalisation complète en psychiatrie pour les états de décompensation aigus. Par manque de temps, d'effectif, de moyens, la crainte d'une dérive est néanmoins présente. C'est la cohésion de l'équipe, sa cohérence, un projet de service bien établi, des remises en question permanentes qui l'en préserve. Au cours de la journée du 6 avril 2005, « Le souci de sécurité en psychiatrie », organisée notamment par la Conférence des Présidents de CME de CHS, l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques (UNAFAM), la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAP-Psy), il était rappelé que « l'hospitalisation, qui reste nécessaire dans certaines situations cliniques, devrait être un temps de soins intensifs de haute technicité avec du personnel très qualifié et en nombre suffisant, ce qui est loin d'être assuré partout avec cette qualité, ni dans la sérénité et la dignité nécessaire » (39).

Il est indéniable que des améliorations doivent être faites au quotidien pour respecter les libertés et les droits fondamentaux des patients usagers de nos services. Nous l'avons évoqué dans le chapitre I et nous avons pu voir dans ce chapitre IV que la Haute autorité de santé, l'Inspection générale des affaires sociales et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté nous y invitent également. Les équipes en ont conscience et n'y sont pas opposées, bien au contraire. Certaines pratiques doivent être bannies tandis que d'autres demanderaient une évaluation pour mettre en balance les bénéfices attendus et les risques encourus. De nombreuses études en France et à l'internationale ont porté sur l'isolement et la contention mais peu sur les pratiques de coercition appliquées dans les institutions psychiatriques. Nous citerons l'étude réalisée par l'Association nationale des psychiatres présidents et vice-présidents de CME qui a souhaité faire un « état des lieux » des pratiques en matière de liberté de circulation des patients en 2014 (40). Les auteurs montrent ainsi que peu de services en France sont totalement et toujours ouverts. Néanmoins, la plupart essaient d'adapter leurs réponses en les personnalisant et en suivant l'évolution des patients (projet thérapeutique, contrat de soins). Les considérations cliniques restent la principale motivation des réponses apportées dans nos services concernant les modalités de restriction de circulation. Toutes les hospitalisations sous contrainte font l'objet de restrictions de circulation. On peut constater que, dans seulement 43% des services, les patients en hospitalisation libre peuvent sortir librement et 15% ont des restrictions permanentes. Également, la mise en pyjama reste encore largement utilisée même

pour des patients en HL. Si les psychiatres des hôpitaux tiennent compte de la situation administrative pour restreindre la liberté de circulation, c'est surtout pour protéger le patient qu'ils posent des limites. Les auteurs n'ont cependant pu traiter que 189 réponses sur les 835 questionnaires envoyés, posant la question de la représentativité de leurs résultats à l'échelle nationale. Nous citerons également une revue systématique de la littérature réalisée en 2006 concluant que, concernant les pratiques visant l'apaisement des patients tels que la fermeture des portes ou « les contrats comportementaux » (et en excluant l'isolement, la contention et les traitements pharmacologiques), il n'y a pas de preuve scientifique qu'elles procurent un avantage ou une efficacité, par manque d'étude contrôlée pertinente (41).

Enfin, tel que préconisé par les organismes internationaux et nationaux, nous devons encore faire évoluer le regard que nous portons sur les patients, développer une pratique orientée vers le rétablissement et s'orienter vers des soins inclus dans la cité. En dehors d'un changement de culture du soin, cela demande néanmoins toute une réorganisation du système d'offre du soin, une répartition complètement différente des moyens. De plus, il faut pouvoir prendre en compte les caractéristiques géo-démographiques du secteur couvert et nous l'avons vu à Semur en Auxois, plusieurs obstacles doivent être enjambés.

V. Discussion

A. Coercition : entre soins et droits fondamentaux

Certaines de nos pratiques en psychiatrie font appel à la coercition. Les pathologies psychiatriques ont des manifestations très variées et s'inscrivent dans des parcours de vie singulier. Les situations où le recours à des pratiques coercitives peut être nécessaire sont très diverses et les durées très variables. Les obligations de soins, la restriction de leur liberté d'aller et venir et les atteintes à leurs droits fondamentaux peuvent être plus ou moins importantes. Un contrat thérapeutique est établi avec le patient où les modalités du traitement pourront être discutées, adaptées. Ces mesures de restriction reposent sur des bases théoriques et une référence clinique que nous avons partiellement évoqués dans le chapitre IV à travers le témoignage des soignants travaillant dans le service USP à Semur en Auxois. Il n'existe pas, à ce jour, d'essai probant permettant de leur donner une validité scientifique. Néanmoins, la juridiction française définit un cadre dans lequel elles peuvent être appliquées que nous avons décrit dans le chapitre II.

Nous ajouterons ici les mots de Henri Ey définissant la psychiatrie comme « le champ de la pathologie de la liberté ». C'est justement en soignant les patients, parfois malgré eux, que nous leur restituons cette liberté. L'idéal de liberté reconnue à toute personne s'applique de manière différente face à un patient présentant un trouble mental (un patient psychotique morcelé, un patient mélancolique à risque suicidaire...). Au-delà d'un vécu culpabilisant projeté sur les soignants qui attenteraient à cette liberté, la dimension psychopathologique ne doit pas être oubliée.

La protection des droits et des libertés des patients est quant à elle régulièrement réaffirmée dans les textes officiels nationaux et internationaux, ce que nous avons vu dans le chapitre I et III. Les patients sont et doivent demeurer libres comme principe intangible. Nous devons systématiquement avoir cela à l'esprit avant d'entreprendre tout type de soins coercitifs.

D'une part, la conciliation de nos pratiques coercitives et de la protection des droits des patients relevant de la psychiatrie demande de changer notre regard sur ces derniers. D'autre part, la contrainte, sous ses différentes formes, reste indispensable en psychiatrie mais des changements doivent être opérés pour qu'elle devienne une véritable exception, un moyen de dernier recours et préserver ainsi au maximum les droits de nos patients.

B. Gestion du risque : entre soins et sécurité

Depuis quelques années, le souci de la sécurité a fait l'objet d'une attention particulière dans la psychiatrie publique française. Il se traduit notamment par l'ouverture de nouveaux services très fermés et transparents dans les recommandations de la Haute autorité de santé et de l'Inspection générale des affaires sociales. Après un large mouvement d'ouverture de nos services, amorcé durant la période de l'après-guerre, il semble qu'on assiste à un retour des « portes fermées » souvent au nom du « principe de précaution » (40).

Nous avons cependant vu dans les témoignages des soignants que les notions de précaution et de sécurité pèsent de plus en plus dans l'organisation du système de soins créant un malaise sur la place de l'enfermement et de la contrainte en psychiatrie.

Le risque semble exister d'un repli défensif vers une multiplication puis une stricte observance de procédures visant à protéger l'institution davantage que les patients en reléguant au second plan la prise en charge individuelle et sa dimension relationnelle (40). Comme l'a pointé le CGLPL en 2014 (42), la balance entre les garanties sécuritaires, formelles (certificats) ou réelles (multiplication des chambres d'isolement, et des procédures de contention, accroissement du recours à la contrainte) et les besoins relationnels s'est faite au détriment des seconds.

Les modalités de prévention des risques sont acceptables seulement si elles se soucient de ceux sur qui les mesures de sécurisation pèsent.

Egalement, « toute contrainte n'est défendable qu'en se donnant en même temps les moyens de l'éviter ». La complexité du soin psychiatrique doit ainsi être reconnue pour ne pas aller vers des solutions de facilité et qu'elle nécessite des mesures d'exception et plus de moyen de soin. (14)

Il apparaît ainsi que deux risques sont à éviter lorsque la sécurité est mise en avant. Tout d'abord, celui des protocolisations abusives des conditions d'enfermement des patients hospitalisés sous contrainte qui ne tiendraient alors plus compte de la singularité de chaque patient. Ensuite, celui de la maîtrise d'un risque fantasmé, sous prétexte de protection et de surveillance nécessaire (43). Tous les dangers ne peuvent être supprimés. Le soin ne peut aller sans prise de risques, risques que les protocoles sécuritaires rendent de plus en plus difficiles à prendre (38).

C. Porter un autre regard

De notre point de vue, il ressort que cette question de la restriction des libertés et de l'atteinte à des droits fondamentaux est une question fondamentale pour l'avenir de la psychiatrie. Ainsi, si une première phase de la régulation de la contrainte psychiatrique, aux niveaux national et international, a été une régulation des « placements » contraints en établissements psychiatriques, on assiste à une nouvelle vigilance quant aux mesures de contrainte intra-hospitalières qui a débuté par la problématique des pratiques de contention et de mise en chambre d'isolement. La prochaine phase portera peut-être sur nos autres pratiques coercitives. Il faut que les équipes et les administrations hospitalières puissent se saisir des enjeux et risques attenants à ces questions. Ils doivent, en amont de mesures législatives plus cadrantes, amorcer les changements nécessaires et être les premiers à porter un autre regard sur les patients et les soins psychiatriques.

Le CGLPL l'a mis en introduction dans son rapport sur l'année 2017 : « ce qui doit changer c'est le regard porté sur le patient, ce dernier ne doit plus être considéré seulement comme un objet de soins mais aussi comme une personne qui a des droits et dont il faut respecter les libertés sans autres restrictions que celles qu'impose son état de santé, y compris lorsqu'elle est hospitalisée sans son consentement ».

Ce nouveau regard implique des changements dans notre société ; favoriser une culture de la tolérance et accepter un comportement « anormal ». Il implique des changements dans notre système social ; favoriser le respect du droit des personnes à décider pour elles-mêmes. Il implique de changer notre position vis-à-vis du patient ; réapprendre à prendre des risques et à faire confiance au patient en le rendant acteur de ses soins. Enfin, il implique de s'ouvrir à d'autres modalités de prise en charge ; continuer de développer des soins de proximité inclus dans la cité, modifier l'architecture de nos services (44) (45), avoir plus de moyens humains et matériels.

Pour cela, nous pouvons nous inspirer d'expériences étrangères. Nous citerons la situation de la Suisse, où les contraintes intra-hospitalières ont fait l'objet de régulations bien avant la France (46), l'expérience de Trieste en Italie, qui travaille depuis des dizaines d'années en service ouvert, sans isolement ni contention, avec très peu de contraintes (47), l'Islande qui a banni, par la loi, les contentions (48), le dispositif ambulatoire déployé en Angleterre (25) ou encore le Canada d'où nous vient le programme Omega de désescalade de la violence.

Conclusions

Plusieurs organismes internationaux nous invitent au respect des libertés des personnes présentant un handicap psychique et à favoriser leur autonomie. Elles font état de plusieurs pratiques dans le monde, en Europe et en France, comme contraires à ces principes fondamentaux.

En France, la psychiatrie est une des disciplines intervenant auprès de patients atteints de troubles psychiques concernées par ces recommandations. La pratique de la psychiatrie entretient en effet des relations paradoxales avec le respect des libertés prise entre un droit à la santé et un droit à l'autonomie. Elle souhaite apporter une aide thérapeutique à un individu dont la pathologie altère le discernement, fait qu'il n'a pas conscience de ses troubles ou exprimera une demande ambivalente. Contenir, sous ses différentes formes, fait partie des soins dispensés par les professionnels en psychiatrie. La prise en charge de certains patients se fait alors aux prix de la privation de certaines de leurs libertés et de certains de leurs droits fondamentaux. In fine, l'objectif des soins est sans aucun doute de lui rendre son autonomie et ses libertés qu'avant tout la maladie lui avait prises au départ. La contrainte en psychiatrie apparaît inévitable et utile. Il arrive cependant qu'elle soit peu satisfaisante notamment lorsqu'elle vient répondre à un problème organisationnel ou encore à une logique sécuritaire/préventive où elle perd alors son sens de soin.

Historiquement, c'est à partir du XVII^e siècle que s'organise une volonté d'isoler, d'enfermer les insensés en leur retirant tous leurs droits de citoyen. Tout d'abord pour sécuriser une société qui ne voulait plus voir la pauvreté dans ses rues, l'enfermement est devenu ensuite un outil dans la thérapie. Différents auteurs suggèrent que le poids d'un passé pas si lointain pèse encore sur nos pratiques.

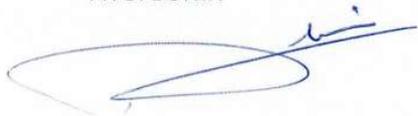
La législation française a bien heureusement fait des avancées majeures en termes de respect des sujets atteints de handicap psychique et de leurs droits en tant que citoyen en légiférant sur ces pratiques. Elle n'encadre cependant pas de manière précise les modalités de restriction des libertés appliquées dans les services de psychiatrie. Elles y sont utilisées de manière hétérogène et sont définies par le règlement intérieur de chaque hôpital. L'analyse et l'évaluation scientifique de ces pratiques sont quasiment inexistantes et leur évolution repose avant tout sur l'initiative d'équipe soignante d'un service, voire à l'échelle d'un hôpital. L'encadrement législatif de notre pratique a été dissocié des modalités de réalisation du soin et cela a eu pour effet d'impacter la relation thérapeutique avec les patients que ce soit pour les médecins ou les autres soignants donnant moins de temps pour la création d'une alliance thérapeutique et le développement d'une autonomie.

A l'heure du développement des Unités pour Malades Difficiles, on observe un accroissement des hospitalisations sans consentement ; la tendance serait donc à avoir de plus en plus recours à la contrainte. A l'inverse, le « Health Programme » de l'Union Européenne soutient le Centre Collaborateur OMS et les Conseils Locaux de Santé Mentale qui militent pour une inclusion dans la cité des patients atteints de troubles psychique. L'hospitalisation en psychiatrie reste également stigmatisée auprès de la population voire l'effraie. Il apparaît alors essentiel de questionner certaines de nos pratiques. Nous devons évaluer l'impact psychopathologique de la contrainte en psychiatrie dont font partie les règles de restriction des libertés appliquées dans nos services. Nous évoluons dans une optique de renforcer l'accès aux soins fondée sur un droit à la santé avec en toile de fond le problème du contrôle social psychiatrique. L'impact à l'échelle individuel de ces démarches en termes de bénéfices comme de préjudices doit être mesurés. Nous devons encore travailler à nous détacher des images stigmatisantes et réductrices issues de notre histoire faisant des « insensés » des personnes faisant « l'objet de soins psychiatriques ».

Le monde politique et législatif a un rôle dans cette évolution mais le point de départ se situe avant tout dans nos pratiques.

Le Président du jury,

Pr. B. BONIN

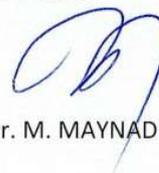


Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 31 OCTOBRE 2018

Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ



Bibliographie

1. **Coldefy M, Tartour T, Nestrigue C. Institut de recherche et documentation en économie de la santé.** De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie, premiers résultats de la mise en place de la loi du 05 juillet 2011. *Question d'économie de la santé.* 2015 ; 205.
2. **Nations Unies.** Convention relative aux droits des personnes handicapées [En ligne]. 2006. Disponible : <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>.
3. **Organisation mondiale de la Santé.** WHO QualityRights Tool Kit [En ligne]. 2012. Disponible : http://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/fr/.
4. **Organisation mondiale de la Santé.** User empowerment in mental health - a statement by the WHO Regional Office for Europe [En ligne]. 2010. Disponible : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf.
5. **Jacobson N, Greenley D.** What is recovery ? A conceptual model and explication. *Psychiatr Serv.* 2001 Apr ; 52 (4) : 482-5.
6. **Organisation mondiale de la Santé.** Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 [En ligne]. 2013. Disponible : http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/.
7. **World Health Organization.** The European Mental Health Action Plan 2013–2020 [En ligne]. 2015. Disponible : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf.
8. **World Health Organization.** Innovation in deinstitutionalization : a WHO expert survey [En ligne]. 2014. Disponible : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112829/9789241506816_eng.pdf?sequence=1.
9. **Organisation mondiale de la Santé.** *The global burden of disease.* 2004.
10. **Devandas-Aguilar C.** Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017 [En ligne]. 2017. Disponible : <https://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22245&LangID=F>.
11. **Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme.** Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme. Santé mentale et droit de l'homme [en ligne]. 2017. Disponible : <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/MentalHealth.aspx>
12. **CPT.** Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010 [en ligne]. 2012. Strasbourg : Conseil de l'Europe. Disponible : <https://rm.coe.int/1680696082>.

13. **CPT.** Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 15 au 27 novembre 2015 [en ligne]. 2017. Strasbourg : Conseil de l'Europe. Disponible : <https://rm.coe.int/1680707074>.
14. **Pascal J-C, Hanon C.** Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie. Montrouge : Doin, 2014.
15. **Quetel C.** Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours. Paris : Tallandier, 2009.
16. **Celse A-C.** Traité de Medecine (De Medicina) [en ligne]. Paris : Masson, 1876. Disponible : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6298648j/f11.image>
17. **Cloarec F.** Bimâristâns, lieux de folie et de sagesse, La folie et ses traitements dans les hôpitaux médiévaux au Moyen-Orient. Paris : L'Harmattan, 1998.
18. **Hochmann J.** Histoire de la psychiatrie. Paris : Presses Universitaires de France / Humensis (Que sais-je?), 2017.
19. **Pinel P.** Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale [en ligne]. Paris : J. Ant. Brosson, 1809. Disponible : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k432033.texteImage>
20. **Esquirol J-E.** Des établissements des aliénés en France, et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés : Mémoire présenté à son Excellence le Minsitre de l'Interieur [en ligne]. 1818. Disponible : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1510009c/f8.image>
21. **Foucault M.** Histoire de la folie à l'âge classique. Paris : Gallimard, 1972.
22. **Ey H.** A propos d'une réalisation d'assistance psychiatrique à Saint-Alban. *Evo psychiatr.* 1952 ; 3 : 579-82.
23. **Goffman E.** Asiles. Paris : Edition de Minuit, 1968.
24. **Karavokyros D.** Le rôle du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place du secteur. *Sud/Nord.* 2010 ; 25 (1) : 97-104.
25. **Coldefy M.** **Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.** L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. *Questions d'économie de la santé.* 2012 ; 180.
26. **Dupont M, Laguerre A, Volpe A.** *Soins sans consentement en psychiatrie. Comprendre pour bien traiter.* Rennes : Presses de l'EHESP, 2015.
27. **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Fédération hospitalière de France.** Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. Conférence de consensus, Paris, ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 24 et 25 nov 2004. Textes des recommandations [en ligne]. 2004. Saint-Denis La Plaine: ANAES. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272394/fr/liberte-d-aller-et-venir-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux-et-obligation-de-soins-et-de-securite.
28. **Haute autorité de santé.** Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de

l'humeur. Audition publique. Rapport d'orientation. [en ligne]. 2011. Saint-Denis La Plaine : HAS. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophreniques-ou-des-troubles-de-l-humeur.

29. **Haute autorité de santé.** Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie [en ligne]. 2016. Saint-Denis La Plaine : HAS. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/guide_methodo_violence_hospi_psy.pdf.

30. **Haute autorité de santé.** Manuel de certification des établissements de santé V2010 [en ligne]. 2014. Saint-Denis La Plaine: HAS. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

31. **Haute autorité de santé.** Programme pluriannuel. Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 [en ligne]. 2018. Saint-Denis La Plaine : HAS.

Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf.

32. **Haute autorité de santé.** Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [en ligne]. 2015. Saint-Denis La Plaine : HAS. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi.

33. **Haute autorité de santé.** Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée » [en ligne]. 2013. Saint-Denis La Plaine : HAS. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble.

34. **Haute autorité de santé.** Promotion de la bientraitance [en ligne]. 2013. Saint-Denis La Plaine : HAS. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915130/fr/promotion-de-la-bientraitance.

35. **Lalande F, Lepine C.** Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter [en ligne]. 2011. Inspection générale des affaires sociales. Disponible : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000287.pdf>.

36. **Contrôleur général des lieux de privation de liberté.** Rapport d'activité 2017 [en ligne]. 2018. Paris : Dalloz. Disponible : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2018/05/CGLPL_RA-2017_WEB_2.pdf

37. **Roelandt J-L.** Soigner sans enfermer, utopie ou réalité ? *Info psychiatr.* 2017 ; 93 (7) : 547-9.

38. **Bantman P.** La Liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, ou en sommes-nous ? *L'information psychiatrique.* 2010 ; 86 (4) : 293-7 .

39. **Grégoire F, Halimi Y, Necchi G, Pidolle A.** Le souci de sécurité en psychiatrie : un droit des patients, un droit des soignants, un droit des citoyens. Actes du colloque « Journées d'études », 6 avril 2005, Paris. Le Château d'Olonne : Orbestier, 2005
40. **Alezrah C, Bobillo J-M.** Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ? *Info psychiatr.* 2004 ; 80 (7) : 571-8
41. **Muralidharan S, Fenton M.** Containment strategies for people with serious mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews* . 2006 ; Cd002084.
42. **Contrôleur général des lieux de privation de liberté.** Rapport d'activité 2014 [en ligne]. 2015. Paris : Dalloz. Disponible : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2015/04/CGLPL_rapport-2014_version-web_3.pdf.
43. **Beydon N.** Les soins sous contrainte. *Empan.* 2013 ; 89 (1) : 85-9 .
44. **Kovess-Masféty V, Severo D, Causse D, Pascal J-C.** Architecture et psychiatrie. Approches françaises et internationales. Paris : Editions du Moniteur, 2004 .
45. **Bubien Y, Jaglin-Grimonprez C.** Architecture pour la psychiatrie de demain. Rennes : Presses de l'EHESP, 2017.
46. **Moreau D.** Limiter la contrainte ? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse. *Info psychiatr.* 2017 ; 93 (7) : 551-7 .
47. **Castelpietra G.** Non-recours à la contention dans les services de santé mentale : le dispositif de Friuli Venezia Giulia. *Info psychiatr.* 2017 ; 93 (7) : 569-73 .
48. **Matthiasson P.** Moins de soins sous contrainte : l'expérience islandaise. *Info psychiatr.* 2017 ; 93 (7) : 558-62 .
49. **Lepping P, Masood B, Flammer E, Noorthoorn E-O.** Comparison of restraint data from four countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016 Sep ; 51(9) : 1301-9

Annexe

Annexe 1

 Centre Hospitalier Robert Moréval SEMUR EN AUXOIS	RÈGLES DE FONCTIONNEMENT APPLIQUÉES DANS L'UNITÉ DE SOINS PSYCHIATRIQUES DU CENTRE HOSPITALIER DE SEMUR-EN- AUXOIS	Processus : Proc. prise en charge
		Sous processus : Droit et place du patient
		Référence : PR USO036 Version : 01 Page 1 sur 8

PÔLE PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

PSYCHIATRIE ADULTE ET ADDICTOLOGIE

SECTEUR 21 G 03

RÈGLES DE FONCTIONNEMENT APPLIQUÉES DANS L'UNITÉ DE SOINS PSYCHIATRIQUES DU CENTRE HOSPITALIER DE SEMUR-EN-AUXOIS

Merci de prendre connaissance de ces règles de fonctionnement et de votre collaboration tout au long de votre hospitalisation. Ces règles ont pour objectifs la réalisation et l'aboutissement de soins de qualités adaptés à l'amélioration de votre état de santé.

Identification Phases	Nom / Instance	Fonction	Date et Signature : jj/mm/aa
Rédaction	Catherine Monnet	Cadre de santé	Juin 2016
Vérification	Docteur Boulé	Médecin référent de l'unité	Janvier 2018
Approbation	Docteur Wallenhorst	Chef de pôle	Janvier 2018
Date d'application			Janvier 2018

Centre Hospitalier <small>Robert Morievat SEMUR EN AUXOIS</small>	RÈGLES DE FONCTIONNEMENT APPLIQUÉES DANS L'UNITÉ DE SOINS PSYCHIATRIQUES DU CH DE SEMUR-EN-AUXOIS	Processus : Proc. prise en charge
		Sous processus : Droit et place du patient
		Référence : PR USO036 Version : 01 Page 2 sur 8

UNITE(S) CONCERNEE(S)	
Direction Direction des soins USP	Evaluation / qualité / gestion des risques

Sommaire	
I. MODALITES D'HOSPITALISATION.....	3
1.1 Principes généraux.....	3
1.2 Visites et permissions de sorties.....	3
1.3 A l'attention des visiteurs.....	3
1.4 Administratif.....	4
1.5 Déroulement de la journée.....	5
II. INVENTAIRE.....	6
III. MESURES DE CONTROLE.....	6
IV. TABAC / CIGARETTES.....	7
V. TELEPHONE.....	7
VI. PARTICULARITES.....	7
VI. 1. Soins d'hygiène.....	7
VI. 2. Linge.....	8
VI. 3. Respect de la vie privée.....	8
VI. 4. Respect des convictions religieuses.....	8

	RÈGLES DE FONCTIONNEMENT APPLIQUÉES DANS L'UNITÉ DE SOINS PSYCHIATRIQUES DU CH DE SEMUR-EN-AUXOIS	Processus : Proc. prise en charge
		Sous processus : Droit et place du patient
		Référence : PR USO036
		Version : 01 Page 3 sur 8

I. Modalités d'hospitalisation

1.1 Principes généraux

- Les patients et les visiteurs ne doivent pas introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni médicaments... (*art. R1112-48 du code de la santé publique*).
- L'introduction de produits illicites, interdites par la loi, et tout objet susceptible de présenter un danger pour la sécurité, l'ordre public est interdit dans l'unité (*art.132-75 du code pénal et art. 222-34 du code pénal*).
- L'introduction des effets personnels dans l'unité n'est possible qu'avec l'accord de l'équipe soignante, l'équipe pourra demander aux patients et/ou aux visiteurs de montrer le contenu de leur sac ou de déposer certains effets au bureau infirmier.

1.2 Visites et permissions de sorties

- Les visites sont autorisées de 14h00 à 18h30, en dehors des activités de soins, d'activités thérapeutiques et de prises en charge thérapeutiques prévues pour le patient. Elles peuvent être limitées à 1h par jour et par patient, sur prescription médicale. Les visites des enfants mineurs, auprès d'un patient hospitalisé, peuvent avoir lieu dans un salon prévu à cet effet, sur prescription médicale, le cas échéant peuvent être limité pour des raisons médicales.
- Les patients peuvent demander au cadre de santé ou à l'équipe soignante, de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à eux (*art. R1112-47 du code de la santé publique*). Pour des raisons, strictement médicales, sur prescription, le médecin psychiatre peut s'opposer provisoirement aux visites au patient.
- Les sorties dans le parc et les permissions en dehors de l'enceinte de l'hôpital sont assujetties à la prescription du médecin psychiatre.
Pendant les sorties dans le parc, seul ou accompagné de sa famille ou de ses proches, le patient est libre de ses mouvements, à condition qu'il ne déroge pas au règlement intérieur de l'établissement, aux règles de fonctionnement de l'unité, et à la prescription et/ou décision individualisée du médecin psychiatre.

1.3 A l'attention des visiteurs

- Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients ni gêner le fonctionnement des services (*art. R1112-47 du code de la santé publique*).
- Les médecins peuvent recevoir les familles ou les proches des patients hospitalisés sur rendez-vous (soit sur la demande la famille auprès du secrétariat, soit à la demande du médecin).
- Pour des raisons de sécurité sanitaire, les visiteurs ne sont pas autorisés à entrer dans l'espace fumeur.
- Pour des raisons de sécurité et de soins, l'équipe pourra demander aux visiteurs de montrer le contenu de leurs sacs ou de déposer certains effets au bureau infirmier (*art. R1112-48 du code de la santé publique*).
- L'introduction d'effets personnels n'est possible qu'avec l'accord de l'équipe soignante.
- Par mesure de sécurité, les téléphones mobiles cellulaires présents dans l'unité de soins doivent être maintenus en position arrêt. La prise de photographie, l'utilisation de caméra

	RÈGLES DE FONCTIONNEMENT APPLIQUÉES DANS L'UNITÉ DE SOINS PSYCHIATRIQUES DU CH DE SEMUR-EN-AUXOIS	Processus : Proc. prise en charge
		Sous processus : Droit et place du patient Référence : PR USO036 Version : 01 Page 4 sur 8

vidéo, tablette vidéo ou tout autre système visant à filmer ou photographier n'est pas tolérée dans l'unité (*Droit au respect à la vie privée, article 9 du code civil, art. 226-1 du code pénal, art. 28 de la loi n°78 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés*).

1.4 Administratif

- Lors de son admission, la personne hospitalisée est invitée à désigner une personne à prévenir et à désigner une personne de confiance (*art. L1111-6 du code de la santé publique, issue de la loi du 4 mars 2002*). La personne de confiance n'est pas obligatoirement la même que la personne à prévenir, cette désignation est valable tout au long de l'hospitalisation et révoquant à tout moment.
- Un flyer présentant l'unité de soins psychiatriques, un flyer présentant les droits des patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement, le livret d'accueil de l'établissement, ainsi qu'un questionnaire de satisfaction à remplir à votre sortie vous seront remis.
- Une assistante sociale est à votre disposition durant tout votre séjour pour vous accompagner dans différentes démarches administratives, difficultés financières, professionnelles ou familiales.
- Le patient hospitalisé, qui le souhaite, peut obtenir des bulletins de situation auprès du secrétariat de psychiatrie.
- Concernant le respect des droits civiques : pour raison de santé, notamment, le code électoral, en son article L71 prévoit l'exercice du droit de vote par procuration des personnes empêchées ne pouvant se déplacer. La procuration peut être établie jusqu'à la veille du scrutin à 12h.
- Le départ et la réception du courrier personnel (lettre ordinaire) sont assurés quotidiennement.

	RÈGLES DE FONCTIONNEMENT APPLIQUÉES DANS L'UNITÉ DE SOINS PSYCHIATRIQUES DU CH DE SEMUR-EN-AUXOIS	Processus : Proc. prise en charge
		Sous processus : Droit et place du patient
		Référence : PR USO036 Version : 01 Page 5 sur 8

1.5 Déroulement de la journée

Au regard de points de repères quotidiens

7h30	Petit déjeuner en salle commune. Présence obligatoire en tenue correcte (sauf dispositions médicales particulières) Participation à tour de rôle (définie par les soignants) aux tâches liées au petit déjeuner (mise du couvert/tables à débarrasser/nettoyage...) Distribution et prise des traitements en présence de l'infirmier(e)
8h-9h	Soins d'hygiène (bain/douche...). Une hygiène corporelle stricte est de règle à l'hôpital, chacun est tenu de l'observer L'équipe soignante est disponible pour vous aider, vous accompagner si besoin Réfection de votre lit Rangement de votre chambre. Les patients ne doivent pas stocker de produit alimentaire périssable dans leur chambre
11h-12h	Visite médicale du médecin généraliste (systématique le jour de votre arrivée puis une fois par semaine et en cas de nécessité)
12h	Déjeuner en salle commune. Présence obligatoire en tenue correcte (sauf dispositions médicales particulières) Participation à tour de rôle (définie par les soignants) aux tâches liées au petit déjeuner (Mise du couvert/tables à débarrasser/nettoyage...) Distribution et prise des traitements en présence de l'infirmier(e)
19h	Dîner en salle commune. Présence obligatoire en tenue correcte (Sauf dispositions médicales particulières) Participation à tour de rôle (définie par les soignants) aux tâches liées au petit déjeuner (Mise du couvert/tables à débarrasser/nettoyage...) Distribution et prise des traitements en présence de l'infirmier(e)
21h	Distribution et prise des traitements de nuit en présence de l'infirmier(e)
22h-22h30 environ	Coucher Possibilité de regarder la télévision en salle commune (Sauf dispositions médicales particulières). Celle – ci est éteinte à 23h jusqu'à 6h le lendemain matin, afin de ne pas troubler le repos dans patient, ni gêner le fonctionnement de l'unité

Les repas doivent rester conviviaux.

Ces horaires de déroulement de journée sont rendus compatibles avec les nécessités de prise en charge médicalisée, des soins, des activités thérapeutiques, des sorties, et toutes **prises** en charge entrant dans le cadre de vos soins.

Une diététicienne peut se rendre disponible dans le cadre du dépistage des troubles nutritionnels et du respect de vos habitudes culturelles et alimentaires.

Des espaces individuels et collectifs sont à votre disposition dans le respect des règles de vie de l'unité. Des activités informatives, récréatives, encadrées peuvent vous être proposées dans le respect des règles de vie de l'unité (lecture, musique, DVD, activités manuelles...).

Chaque prescription médicale est individualisée en fonction de votre état de santé.

	RÈGLES DE FONCTIONNEMENT APPLIQUÉES DANS L'UNITÉ DE SOINS PSYCHIATRIQUES DU CH DE SEMUR-EN-AUXOIS	Processus : Proc. prise en charge
		Sous processus : Droit et place du patient Référence : PR USO036 Version : 01 Page 6 sur 8

II. Inventaire

Il est recommandé aux patients, de venir à l'hôpital sans objet de valeur dans la mesure du possible. A votre arrivée dans l'unité, l'inventaire de vos bagages, sacs, sac à main, vêtements, contenu de vos poches sera réalisé avec vous et deux membres de l'équipe soignante, ceci dans un but de sécurisation de votre prise en charge et de l'unité.

Tout objet susceptible de présenter un danger pour la sécurité, l'ordre public est interdit dans l'unité (coupants, tranchants, rasoirs, pince à épiler, coupe ongles, miroir, tout objets en verre, produits alcoolisés, dissolvants, toxiques, vernis, bombe aérosol, médicaments, nourriture personnelle, aliments, boissons, briquets, allumettes, objets avec fils électriques, téléphone portable, tablette numérique, ordinateur, tablette jeux, lecteur MP3...).

Nous vous recommandons de confier à vos proches vos objets de valeur, votre argent liquide, chéquier, carte bancaire. Ces objets et biens peuvent toutefois être déposés dans un coffre fermé nominatif dans l'unité ou au coffre du bureau des admissions de l'établissement pour les valeurs (il y aura dans ce cas, transfert de ces valeurs à la trésorerie de Semur en Auxois, le retrait des valeurs déposées ne pourra être effectué qu'aux heures et aux jours ouvrables de la trésorerie).

L'inventaire contradictoire des biens et valeurs déposées dans l'unité sera signée par vos soins et par les deux membres de l'équipe ayant effectués l'inventaire avec vous.

Le centre hospitalier ne peut pas être tenu pour responsable des pertes ou vols des biens que le patient n'a pas déposés auprès du personnel soignant.

III. Mesures de contrôle

A votre arrivée, un inventaire contradictoire de vos biens et valeurs a été effectué. Pour des raisons relevant de votre sécurité, de la sécurité des autres patients et du personnel, certains objets sont gardés le temps de votre séjour dans des casiers personnalisés à votre nom. Nous veillons à l'absence de dissimulation d'objets illicites, dangereux ou réglementairement prohibés. Ceci dans le but de notion de contrat thérapeutique, de règles à respecter, l'hôpital étant avant tout un lieu de soin où les impératifs de bon ordre et de sécurité s'impose.

Appliquant le principe de précaution, s'attachant à réduire le risque éventuel, des mesures de contrôles des locaux (salle de vie commune, fumoir, salle d'activité, salles de bain, chambres) pourront être effectué de façon aléatoire.

	RÈGLES DE FONCTIONNEMENT APPLIQUÉES DANS L'UNITÉ DE SOINS PSYCHIATRIQUES DU CH DE SEMUR-EN-AUXOIS	Processus : Proc. prise en charge
		Sous processus : Droit et place du patient
		Référence : PR USO036 Version : 01 Page 7 sur 8

IV. Tabac / Cigarettes

Il n'est pas permis de fumer (tabac et cigarette électronique) dans les locaux de vie et les chambres de l'unité. Un espace fumeur est à votre disposition (*circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'applications de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé*). Nous pouvons vous apporter tout le **soutien** nécessaire, en particulier en vous proposant d'accéder aux **différents** programmes de sevrage tabagique.

L'espace fumeur est ouvert :

- De 6h30 à 7h30
- De 8h30 à 12h
- De 13h à 19h
- De 20h à 23h

Il n'est pas autorisé de consommer des boissons dans cet espace.

Son entretien incombe aux utilisateurs. Les patients hospitalisés doivent veiller au respect des locaux et objets mis à leur disposition.

Les briquets, allumettes et cigarettes électroniques ne sont pas autorisés dans l'unité. Un allume cigarette électronique est à disposition dans l'espace fumeur.

Rappel : l'espace fumeur est un lieu uniquement réservé aux patients.

V. Téléphone

L'utilisation des téléphones portables est soumise à des restrictions spécifiques, définies par les règles de fonctionnement de l'unité, le règlement intérieur de l'établissement et les prescriptions médicales.

Les téléphones portables sont remis à l'équipe soignante dès votre arrivée dans l'unité.

Il existe dans le service un téléphone dédié aux appels patients. Les appels téléphoniques sont autorisés sur prescription médicale et sont limités selon votre projet de soins individualisé.

Ces appels sur prescription peuvent être passés de **9h à 12h**, de **14h à 19h** et de **20h à 20h30**.

VI. Particularités

VI. 1. Soins d'hygiène

Vous êtes accueilli dans un lieu de soins où la vie collective doit être respectée. Il vous est demandé de veiller à la propreté et au rangement de votre chambre.

Il vous est demandé de vous faire parvenir le plus rapidement possible par vos proches, curateur ou tuteur, des vêtements utiles à votre séjour, et des objets d'usage courant (brosse à dents, brosse à cheveux, shampoing, savon, dentifrice.....). L'eau de toilette sera stockée dans un rangement portant votre nom pour des raisons de sécurité.

Il vous est demandé de faire preuve de décence dans votre présentation et votre comportement. Pour votre hygiène personnelle, vous avez à votre disposition, une douche dans chaque chambre, une salle de bain avec baignoire ouverte à la demande et selon l'évaluation de l'infirmier.

	RÈGLES DE FONCTIONNEMENT APPLIQUÉES DANS L'UNITÉ DE SOINS PSYCHIATRIQUES DU CH DE SEMUR-EN-AUXOIS	Processus : Proc. prise en charge
		Sous processus : Droit et place du patient Référence : PR USO036 Version : 01 Page 8 sur 8

VI. 2. Linge

L'entretien du linge est à la charge des familles.

Il existe une buanderie dans l'unité (machine à laver/sèche-linge/étendoir) qui est accessible de **8h30 à 11h**, accompagné par l'agent de service hospitalier.

L'équipe n'est pas responsable du linge et des effets personnels se trouvant dans vos chambres.

VI. 3. Respect de la vie privée

Les rencontres, rassemblement entre les patients doivent se dérouler dans les pièces à usage commun, **chaque chambre étant personnelle**, il est nécessaire de respecter l'intimité de chacun, l'accès des chambres est **réservé** à leur seul occupant.

Toute personne a droit au respect de sa vie privée.

VI. 4. Respect des convictions religieuses

Au sein de l'établissement, la libre pratique du culte est garantie tant que l'expression des convictions religieuses ne porte atteinte ni à la qualité des soins et aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres hospitalisés, ni au fonctionnement du service, ni à la planification des équipes de personnels. Respecter les croyances ou les pratiques religieuses du patient ne doit pas aller à l'encontre de sa vie ni de son intégrité physique ou morale.

Merci de prendre connaissance de ces règles de fonctionnement et de votre collaboration à son application tout au long de votre hospitalisation.

TITRE DE LA THESE : Droit à la santé et droit à l'autonomie : paradoxe insoluble en psychiatrie ? A propos des règles de restriction des libertés en hospitalisation complète.

AUTEUR : Cécile TENAUD

RESUME : La psychiatrie, comme les autres spécialités de médecine, doit s'interroger sur ses pratiques, les analyser et parfois les remettre en cause. Nous évoquons ici les règles de restriction des libertés appliquées en hospitalisation complète. Aujourd'hui un cadre légal nous permet de prodiguer des soins psychiatriques à une personne souffrant de troubles psychiques sans son consentement avec la possibilité de la priver d'une partie de ses libertés et de ses droits fondamentaux. Les règles de restriction des libertés reposent avant tout sur des bases historiques et théoriques. La législation ne délimite pas les modalités de réalisation de ces soins ; c'est au praticien d'en définir la nécessité et la proportionnalité. L'évaluation objective de l'impact psychopathologique de ces contraintes en termes de bénéfices et de préjudices est rarement effectuée. Plusieurs organismes internationaux nous invitent au respect des libertés des personnes présentant un handicap psychique et à favoriser leur autonomie en encourageant les initiatives militant pour leur inclusion dans la cité. Cette mise en perspective a pour but d'appréhender les enjeux de demain concernant certaines de nos pratiques dans les services d'hospitalisation complète psychiatrique.

Mots-clés : Psychiatrie - Histoire - Droit des patients - Handicap psychique - Coercition - Liberté - Hospitalisation - Autonomie