

Violences

« pour le bien des patients »

La psychiatrie est de plus en plus appelée à répondre à la violence de sujets en souffrance sur le plan social. Cette violence est le symptôme d'une société quant à ses fonctionnements et à la crise des liens sociaux.

Jean-Pierre MARTIN
Psychiatre,
chef de service
hôpital Esquirol, (94)
Saint Maurice

Repérer cette situation globale indique que la psychiatrie est concernée, car elle participe des rapports sociaux de violence au moins sur trois plans : en tant qu'institution sociale, comme lieu de prise en compte du rôle de cette violence dans la constitution des symptômes individuels, mais aussi par les violences qu'elle exerce dans son cadre de soin sur le sujet au nom du « bien des patients ».

Stanislas Tomkiewicz a montré que cette violence institutionnelle a un rapport étroit avec la violence d'Etat et, à propos des enfants, il la décline selon deux catégories de sévices :

- les personnes que l'on considère comme ne méritant pas un sort meilleur : délinquants, cas sociaux, situations de chronicité dans la répétition, « perdus quoiqu'on fasse pour eux ». Cette catégorie constitue un risque majeur d'exclusion de la part des rationalités médico-administratives actuelles qui tendent à réduire le soin et son coût à une efficacité immédiate ou rapide, en contradiction avec les buts éthiques et une prise en charge incluant le temps long.
- la contrainte exercée au nom du bien de l'enfant (du patient) afin d'extirper le mal qui se trouve en lui. Cette catégorie reste largement repérable dans nos structures de soins où, malgré le souci des droits de la personne (Charte du patient hospitalisé, commission des hospitalisations psychiatriques, place reconnue aux associations de patients et de leurs familles), l'équipe soignante n'imagine pas que le patient puisse être en plénitude un sujet de droit ; nous voyons là un des mécanismes d'une chronicité institutionnelle. Notre expérience pratique nous amène à compléter ces deux

catégories par au moins deux autres : celle du risque d'un diagnostic médical et de la prescription dans l'urgence, celle de la contrainte à domicile et de l'encadrement de la vie privée, qui indiquent combien la psychiatrie s'inscrit aujourd'hui dans la violence faite au sujet social.

• La première est une forme de naturalisation du symptôme objectif, hors du sens de la situation sociale et psychique qui a produit ce symptôme, le traitement en urgence venant fixer l'identification sur l'être malade en soi, redoublant le vécu de catastrophe personnelle. Cette objectivation est d'autant plus pernicieuse que le patient et ses proches peuvent en ressentir dans l'immédiat un soulagement qui rendra d'autant plus incompréhensible la répétition à venir ou le déplacement du symptôme. Ce constat est particulièrement net dans les souffrances post traumatiques.

• La deuxième témoigne d'un encadrement des libertés dans la vie privée qui peut commencer dès la première intervention à domicile sur un signalement de l'entourage ou d'un travailleur social. En termes juridiques, la vie privée n'est soumise à une structure de soin que dans les régimes totalitaires, ce qui interroge sur les précautions éthiques à mettre en œuvre quand les soignants sont confrontés à cette nécessité, tant au domicile que dans la rue (ou les associations) pour les sans abris. Nous rattacherons à cette question la pratique actuelle de la multiplication de l'encadrement de longue durée par des mesures de tutelle et de curatelle, la généralisation des pratiques d'expertises psychiatriques sur le plan du droit civil, les sorties d'essais prolongées de façon interminable lors d'hospitalisations sous contrainte.

Notre pratique de centre d'accueil et de crise, depuis 12 ans, qui permet de prendre le temps d'une rencontre réciproque dans un cadre d'ouverture 24h sur 24 sur le terrain, d'instaurer une

approche clinique d'interface entre la demande sociale et la réponse soignante, d'écouter et de prendre en compte les tiers comme facteurs de compréhension du sens de la situation et de ressources pour le patient, a ouvert un champ clinique et éthique positif sur l'ensemble des dérives institutionnelles violentes, ne serait ce qu'en limitant les réponses d'hospitalisation.

L'institution Centre d'accueil et de crise est cependant prise dans l'idéologie individualiste contemporaine, stigmatisant lourdement les échecs à la réussite.

Nous pouvons ainsi repérer :

- que certains patients présentent une violence qui rend l'accueil « impossible » car la rencontre se résume à des heurts répétés. Cependant nous constatons que le cadre ouvert de l'accueil est moins objectivant que celui de l'hospitalisation et laisse des interstices de travail sur la répétition des passages et les traces déposées à chaque fois. Il permet dans certains cas la préhension d'une humanité et de signes d'intersubjectivité. La limite est donc elle-même objet d'un travail et d'une évolution possible.
- que certaines souffrances psychiques demeurent abusivement traitées sur un mode psychiatrique quand la réponse pour « le bien du patient » l'emporte sur l'écoute et la distanciation.
- que la question du consentement aux soins apparaît complexe sur le plan clinique : consentement à quels soins, avec qui, dans quel cadre, sur quelle durée ? Les patients présentant des psychoses adhèrent souvent au lieu de protection avant toute possibilité de travail relationnel. L'omnipotence devient alors source de difficultés pour le cadre, d'autant plus qu'elle s'affirme sur un mode paranoïaque ne laissant pas de place à la négociation, et entraîne des phénomènes d'exclusion. Les limites ne doivent pas s'affirmer dans une omnipotence soignante en miroir mais cela ne s'avère pas toujours possible.



Violences « pour le bien des patients » (suite)

Les limites et leurs effets de violence demeurent soumis à la disponibilité et à la fatigue de l'équipe, et par conséquent aux multiples causes de souffrances personnelles de ce travail de première ligne. La multiplicité des situations occasionnées par la mise en place de l'inter sectorialité, le poids de la gestion administrative des effectifs infirmiers du fait de la réduction des moyens de la psychiatrie actuelle, sont autant de facteurs

qui altèrent la disponibilité soignante et son organisation et donc l'apparition de violences possibles.

Comment conclure cette approche de la violence institutionnelle ? Le travail de secteur appelle la notion de réseaux entre partenaires qui préviennent et permettent de prendre en charge les situations les plus difficiles, un travail d'information et d'échanges avec les élus donnant une compréhension claire du

dispositif d'accès aux soins et des possibilités d'insertion sociale des patients, ouvrant à l'élaboration d'actions de santé mentale dont la violence est entre autre l'objet. Le souci de ne pas s'aliéner dans les fantasmes sécuritaires actuels est un des axes de ce travail sur la violence, dans lequel le « mieux » pour les patients et leurs proches peut se substituer à l'impérialisme du « bien » véhiculé par les représentations sociales de l'époque. ■

Hospitalisation sans consentement et grand froid

Il est intolérable de voir une personne sans abri, morte de froid dans la rue, et les effets tragiques de la canicule de cet été ont augmenté la culpabilité collective et les exigences qui en découlent.

Cette année, comme chaque année depuis 1995, il y a un « plan froid » pour l'hiver incitant à une vigilance active en ce domaine. Dominique Versini, Secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, a envoyé deux lettres circulaires en date des 7 octobre et 7 novembre dernier*, dressant le plan exhaustif et structuré de ce qu'il convient de faire pour que personne ne meure dans la rue.

En cas de nécessité, parmi toutes les mesures, est évoquée la possibilité d'une hospitalisation sans consentement, ce qui renvoie à l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT), voire à l'hospitalisation d'office (HO). Il est précisé que l'obligation d'assistance à personne en danger sera appréciée (c'est nous qui soulignons) par les acteurs de terrain, intervenants sociaux et médecins ; et parmi ces derniers, ceux qui peuvent, ou non, signer l'hospitalisation sans consentement.

Cette invitation forte a au moins deux effets :

- *Un effet positif*, celui de rappeler que même ceux que l'on nomme parfois « les cas sociaux » ont droit à l'accès aux soins. Parmi les personnes sans abri, on doit rappeler que la proportion de maladie psychiatrique avérée est fortement supérieure à celle de la population générale.
- *Un effet négatif* : celui d'une écoute radicalisée conduisant à l'injonction de psychiatriser et « d'interner » toute personne sans abri refusant l'hébergement par temps de grand froid. L'argument s'appuierait sur la situation de danger amenée par le refus de l'hébergement proposé.

Toute situation devant être jugée, au cas par cas, il doit être clair qu'une telle radicalité trouverait là une application pertinente de l'article de J.P. Martin : *Violences « pour le bien des personnes »***.

Il n'est pas simple de vouloir aider quelqu'un qui récuse l'aide en situation vitale. Le contournement de la récusation reste un



art difficile dont on ne peut se défaire, soutenu par une double préoccupation : la vie de l'autre et le respect de ses défenses. ■

Jean FURTOS
Psychiatre
ORSPERE - ONSMP

* Dispositif national
« Urgence sociale et insertion » -
Objectifs 2003/2004

** Dans ce numéro, p. 14/15.