

## Quelques enjeux de la contrainte mise en œuvre en soins ambulatoires

**Delphine Moreau,**  
Sociologue,  
GSPM-IMM-EHESS

**« On n'a pas encore inventé la grue qui amène le patient aux soins »<sup>1</sup>. Pouvoir imposer des soins, un traitement et/ou un suivi hors de l'hôpital, l'idée séduit des proches qui craignent les rechutes et leurs conséquences terrifiantes, qui appréhendent de revivre ce qu'ils ont traversé si leur fils, fille, frère, sœur, conjoint-e, ami-e, parent interrompt son suivi, et notamment cesse de prendre ses médicaments.**

L'idée a convaincu gouvernement et parlementaires, qui ont récemment voté la loi 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 » ; celle-ci ouvre la possibilité de soins sans consentement en ambulatoire à côté des hospitalisations sans consentement (HSC), après une période d'observation de 72h.

Mais pour réaliser cette obligation de soin, quel degré de contrainte est-on prêt à mettre en œuvre ? Les effets de ce changement de définition de ce que l'on peut imposer sont aujourd'hui bien difficiles à prévoir, tant les pratiques sont hétérogènes selon les configurations locales. Il est mal aisé d'anticiper la manière dont les équipes psychiatriques et les différents acteurs impliqués vont se saisir de ce nouveau cadre législatif : cela ne concernera-t-il que les personnes qui pourraient faire l'objet d'hospitalisations sans consentement ou est-ce que cela pourrait s'étendre à d'autres ? Est-ce que cela tendra à augmenter en durée comme en extension la contrainte qui s'exerce sur elles en *s'ajoutant* à une HSC, est-ce que cela l'allégera en se *substituant* à une hospitalisation considérée comme traumatisante, parfois par des psychiatres eux-mêmes ? Certains craignent une généralisation de ces mesures, mais il est possible que les équipes en limitent l'usage – soit par refus d'une contrainte jugée trop extensive, soit dans une conscience du coût que cela représenterait, en temps, énergie, effectif et de l'impuissance dans laquelle ils sont de l'exercer effectivement.

A défaut de pouvoir anticiper sans tomber dans la fiction, l'on peut d'ors et déjà dégager quelques enjeux, présentés ici succinctement, de ce qui se joue dans le passage de la contrainte au sein d'un lieu circonscrit, et souvent fermé, à une contrainte mise en œuvre dans le cours ordinaire de la vie de la personne. Car dans les interventions extra-hospitalières des équipes psychiatriques apparaissent déjà les tensions, les ambiguïtés et le coût tant du « faire venir » que de l'« aller vers » pour les personnes qui ne demandent pas de soin – et notamment les limites de ce que l'on peut imposer par contrainte directe. Pour « faire venir » une personne qui ne le souhaite pas, il faut un bénéfice (qui lui apparaisse tel) ou une menace – par exemple d'une hospitalisation. Avant l'existence de soins sans consentement en ambulatoire, les mesures d'hospitalisations sous contrainte pouvaient fonctionner à la fois comme contrainte directe, mais aussi comme menace implicite ou explicite, notamment lors de certaines sorties d'essais prolongées. Si la personne ne « vient » pas, il faut soit augmenter la contrainte (l'hospitaliser effectivement ? Mais le fait de ne pas prendre un traitement ou de ne pas venir à ses rendez-vous ne signifie pas en soi que la personne ait besoin d'être hospitalisée), soit, avant cela, « aller vers » la personne, par exemple se rendre à son domicile, pour évaluer la situation, tenter de la convaincre ou d'exercer différents types de pressions (du chantage à la persuasion, en passant par un travail de conviction « pour le bien de la personne ») : ce qui implique du temps, des personnes, éventuellement la coordination de plusieurs acteurs et institutions : proche, tuteur, police, etc. Les problèmes politiques (comment organise-t-on le soin psychiatrique ? Dans quelle modalité d'action investit-on ?) et éthiques (quels degrés de contrainte et d'intrusion sont-ils acceptables ? Inversement jusqu'où peut-on ne pas intervenir face à une situation problématique ?) se matérialisent spatialement : hors de l'espace circonscrit de l'hôpital, la personne peut ne pas ouvrir sa porte (doit-on faire effraction ? *Qui* le peut du point de vue de la légalité et de la

légitimité ?) ou être absente (faut-il revenir ? A quel coût en temps, peut-être perdu ?) ; elle peut également l'ouvrir, mais refuser ce qu'on lui propose.

Le moment de la contrainte ne peut être pensé seul, isolément de l'économie des autres interventions menées auprès de la personne dans lesquelles il s'insère – précisément, son sens n'est pas le même selon qu'il s'articule ou non à d'autres interventions. Un service d'urgences qui n'est pas en relation avec le service qui fera le suivi de la personne pourra prendre d'avantage de décisions d'hospitalisations sous contrainte pour « éviter tout risque » – dans l'incertitude du relais qui pourra être opéré dans la prise en charge. Une mesure de contrainte semble, et parfois est, une action plus sûre et plus « efficace ». Mais l'efficacité de la contrainte directe repose sur son exercice constant. Dès qu'elle se relâche, la personne n'est plus empêchée ni forcée. Même les traitements dits « retard » n'ont qu'une durée limitée, à supposer que l'on réduise le traitement psychiatrique au traitement médicamenteux. Apparaît ici une deuxième dimension essentielle à prendre en compte dans ces questions : la temporalité. Le temps rend nécessaire d'obtenir a minima, sinon le consentement, du moins une certaine participation de la personne au traitement que l'on souhaite lui administrer. Lorsque les interventions sont potentiellement amenées à se prolonger ou à se répéter, c'est, par delà la résolution de la crise, dans le temps de la relation que se pose la question de la délimitation de l'action. Et si l'on ne souhaite pas rester dans une participation a minima, si l'enjeu est de rendre possible la restauration d'une certaine capacité d'agir par soi, si l'on ne souhaite pas une participation qui ne soit qu'une forme de docilité, alors il faut laisser des espaces et des temps où il est possible de refuser ce qui est proposé. Tout en continuant de proposer, sous peine que ces espaces/temps de refus possible ne soient que l'envers d'un abandon. ■

<sup>1</sup> Cette phrase est prononcée par une psychiatre travaillant en CMP et en hospitalisation qui commentait lors d'une discussion informelle la proposition de soins sous contrainte en ambulatoire, qui était énoncée dans le rapport Yéni I., Lopez A., Valdès-Boulouque M., Castoldi F., Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990, IGAS-IGSJ, Paris, 2005.