

Apprendre (de) la violence à l'hôpital : directives anticipées en psychiatrie et violence des soins

Dans le cadre d'une recherche expérimentant sur Paris, Lyon et Marseille un modèle de directives anticipées en psychiatrie (DAP)¹, nous nous sommes entretenus avec un grand nombre d'usagers des services de psychiatrie. Les entretiens (N = 40) menés dans le cadre de l'étude (N = 150) ont contribué, entre 2019 et 2021, à renforcer notre engagement pour une psychiatrie moins coercitive et plus respectueuse de la dignité des personnes. Ces rencontres, toujours singulières, ont ceci de commun qu'elles débutent presque toutes par le récit d'une histoire de la maladie et de ses traitements, vécus dans la violence. Le recueil et l'analyse de ces récits nous conduisent aujourd'hui à interroger l'expérience que font les usagers de l'hôpital et la manière dont s'organise, pour eux, un apprentissage de la violence.

Directives anticipées en psychiatrie et psychiatrie hospitalière

Les DAP désignent un document écrit, lorsque le discernement de la personne n'est pas altéré. Ces directives permettent à la personne de définir par avance une conduite à tenir en cas de crise, à l'attention de son entourage et des professionnels de santé qui l'accompagneraient. Elles contiennent des renseignements concernant la personne de confiance, les signes avant-coureurs d'une crise, la conduite à tenir en cas de crise et des éléments spécifiques de leur éventuelle prise en charge dans les services de santé (notamment les traitements et les soins à privilégier) et ont pour vocation à être partagées avec l'entourage et les professionnels de santé.

L'étude de Tinland et al. autour des directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAiP) a développé un modèle de DAP dont la rédaction est accompagnée par des pairs-aidants². Ce modèle entend redonner du pouvoir d'agir aux personnes en les invitant à penser leur trouble et leur parcours thérapeutique dans un contexte qui ne soit pas strictement médical ou paramédical. Par la mobilisation de pairs-aidants, il vise à réduire l'asymétrie de relation qui peut exister entre les professionnels de santé et les personnes qui vivent avec un trouble psychique³. Il entend ainsi initier un travail de la maladie⁴ dans lequel les usagers sont davantage enclins à la réflexivité et à l'autodétermination.

Le versant qualitatif de l'étude DAiP visait à explorer l'appropriation de ce modèle de DAP. Il a permis de questionner la manière dont les DAP s'inscrivent dans la biographie des personnes qui vivent avec un trouble

psychique. Il a, en outre, été l'occasion – et ceci dès les premiers entretiens – d'intégrer une dimension centrale de l'expérience des personnes rencontrées : la violence des soins et le vécu traumatique des personnes vivant une hospitalisation en psychiatrie. Il y avait au cours des rencontres une forme d'urgence à engager une réflexion sur ce que ces personnes avaient traversé. Les entretiens étaient pour beaucoup l'occasion de venir panser les plaies ouvertes à l'hôpital et de réfléchir à la façon dont ils sont traités dans le contexte de la psychiatrie publique hospitalière contemporaine. La démarche d'enquête que nous avons déployée a pris au sérieux ce souhait des personnes de réfléchir aux implications qu'a eu l'hospitalisation sur leur existence et à la rupture biographique qu'elle peut constituer, aussi bien qu'à la violence des soins et à son apprentissage dans et hors les murs de l'hôpital.

Expérience des traitements psychiatriques et régime coercitif

« Traumatisme », « violence », « punition », « injustice » : le lexique employé pour raconter « leur » hospitalisation et ses conditions est loin de l'idéal de la sollicitude souvent associée aux soins. L'expérience de la psychiatrie et de ses traitements est même le plus souvent empreinte de violences qui ajoutent à la souffrance et au fardeau de la maladie. Si la maladie peut être vécue comme destructrice⁵, si elle s'origine dans une histoire qui fait violence, ou encore si le stigmate porté sur les personnes vivant avec un trouble psychique est vécu difficilement, la violence des soins est quant à elle d'abord incompréhensible et parfois inacceptable. Les récits des personnes ayant été, au cours de leur existence, confrontées à la nécessité d'être hospitalisées en psychiatrie sont des récits d'expérience de la violence.

Les mesures dites de « dernier recours » sont le plus souvent décriées. La contention et l'isolement constituent des méthodes traumatisantes pour ceux qui en font l'expérience. Mais c'est aussi tout un régime coercitif qui est décrit et qui est vécu comme en décalage des valeurs au principe de notre société contemporaine qui place au cœur de ses préoccupations la préservation de l'intégrité physique et psychique des individus. Ce régime coercitif inclut non seulement les mesures de contention et d'isolement, mais aussi l'ensemble des mesures associées au « cadre thérapeutique » (le dépouillement et l'obligation du port du pyjama, les restrictions en matière de consommations de tabac ou d'autres substances, de contacts avec l'extérieur, les mesures de limitation de la liberté d'aller et venir, etc.). Il renvoie plus largement à l'« ambiance » de l'hôpital. La coprésence avec les autres malades fait que l'on peut se sentir associé à un groupe dans lequel on ne se reconnaît pourtant pas. La disqualification des personnes a parfois aussi cours dans les murs des établissements psychiatriques et est perçue comme une ultime trahison de la confiance qui aurait pu être accordée aux soignants.

Ce régime coercitif est au principe des relations qu'entretiennent les personnes avec l'hôpital et avec ses professionnels. Il peut induire des comportements

¹ L'étude DAiP, dirigée par Aurélie Tinland (APHM, CERESS), s'inscrit dans le programme PREPS de la DGOS.

² Tinland, A., Leclerc, L., Loubière, S., Mougeot, F., Greacen, T., Pontier, M. et al. (2019). Psychiatric advance directives for people living with schizophrenia, bipolar I disorders, or schizoaffective disorders. Study protocol for a randomized controlled trial – DAiP study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 422.

³ Mougeot, F. et Tinland, A. (2020). Pair-aidance et directives anticipées en psychiatrie. Dans N. Franck, C. Cellard, *Pair-aidance en santé mentale. Une entraide professionnalisée* (p. xx-xx), Elsevier Masson.

⁴ Strauss, A. L., Fagheraugh, S., Suczek, B. et Wiener, C. (1982). The work of hospitalized patients. *Social Science & Medicine*, 16(9).

⁵ Herzlich, C. (1969/2005). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Éditions de l'EHESS.

qui se présentent comme autant de réactions face à la violence des soins. Ces réactions sont de plusieurs types et sont le produit de l'inhospitalité perçue de la psychiatrie. Résignation ou au contraire violence envers les soignants, mensonge pour sortir au plus vite ou « débrouille » et adaptation dans le but d'obtenir quelques avantages durant son séjour ne constituent que quelques exemples des manières dont les personnes réagissent face à la violence de l'hôpital.

L'apprentissage de la violence

Au fil des hospitalisations, les personnes qui vivent avec un trouble psychique s'adaptent et apprennent de la violence. La première hospitalisation est souvent vécue comme un traumatisme et conduit les personnes à s'engager dans un apprentissage des codes, des normes et des valeurs de la psychiatrie hospitalière. Cet apprentissage, amorcé lors de la première hospitalisation avec les professionnels de santé et les autres patients se poursuit au gré des éventuelles réhospitalisations. Les personnes s'initient au respect ou à l'esquive des règles des établissements, se conforment en façade quand ils le peuvent encore à la figure du bon patient, et gardent en coulisses ce qui importe à leurs yeux.

Ce processus permet de s'adapter aux contraintes que le milieu psychiatrique impose aux personnes qui vivent avec un trouble psychique. On apprend à garder pour soi des informations cruciales concernant son trouble

– par exemple, omettre certains symptômes ou ressentis –, à ne pas prendre une partie de ses traitements pour garder une forme de contrôle sur les situations vécues dans le quotidien de l'hôpital, à contrôler son agressivité pour se conformer aux règles de l'unité de soins et ainsi ne pas risquer un « durcissement du cadre » qui induirait la perte de liberté ou d'éléments qui comptent dans l'ordinaire de la vie hospitalière (sortir pour fumer une cigarette, se rendre à la cafétéria, etc.).

Cet apprentissage de la violence renforce les incompréhensions entre professionnels de santé et personnes hospitalisées, les quiproquos, et induit un jeu autour de l'authenticité qui met à mal la confiance qui aurait autrement pu s'établir entre les professionnels de santé et les personnes hospitalisées. Il induit en retour la disqualification des professionnels de santé de l'hôpital du point de vue des personnes hospitalisées. Il conduit en outre à faire de l'hôpital un lieu repoussoir, sorte d'épouvantail, produisant ainsi des situations dramatiques pour les personnes qui ne s'y rendent qu'en situation d'extrême détresse ou sous le coup de la contrainte.

Apprendre de la violence

Apprendre de la violence appelle à porter un regard sur l'expérience que font de l'hôpital les personnes qui y séjournent. En approchant l'expérience vécue des personnes hospitalisées en psychiatrie, on prend la mesure des dysfonctionnements de la psychiatrie publique hospitalière. Les personnes qui ont été hospitalisées sont, autant que les professionnels de santé, en capacité d'en rendre compte puisqu'ils ont été les premiers concernés par ceux-ci.

Les observations des personnes ayant été hospitalisées en psychiatrie sont précieuses à plus d'un titre. Elles permettent d'entendre ce qui importe aux personnes dans leur gestion de la maladie. Elles réinscrivent l'hôpital dans un parcours et rendent compte de la rupture biographique que peut constituer l'hôpital. Elles indiquent la prégnance toujours actuelle de relations asymétriques et d'un apprentissage dans la douleur des règles hospitalières. Elles mettent en évidence un processus de disqualifications conjointes dans lequel les professionnels et les personnes qui vivent avec un trouble psychique ne peuvent s'engager dans une relation de confiance.

Conclusion

Cette réflexion sur la violence des soins s'est construite avec les personnes rencontrées à l'occasion de l'étude DAiP. Les propos des personnes ont pu être exprimés en ces termes car nous occupions à leurs yeux une place d'*outsider* de la psychiatrie hospitalière pouvant néanmoins porter leur discours ou leur cause. Jaugés par nos interlocuteurs qui mesuraient le degré de confiance qu'ils pouvaient nous accorder, nous avons *in fine* été investis comme les dépositaires d'une violence des soins qu'il s'agissait de visibiliser. La place qui nous a été octroyée, et que nous avons acceptée, est celle de passeur pouvant naviguer entre plusieurs mondes : celui des personnes vivant avec un trouble psychique comme celui des professionnels de santé. Cette contribution est ainsi l'occasion de porter leurs voix et de mettre en débat la question de la violence des soins en psychiatrie. ▸

