

# Plan du recueil des contributions

**Mardi 19/12/17**

**13h15 - 14h45**

## **Atelier C – L'organisation du service : protocoliser ou éviter les contraintes ?**

**Emilie Labeyrie, Aicha Boutayeb, René Diouaba, Hinda Soltani, équipe MARSS,**  
*« Hospitaliser sous contrainte des personnes sans chez soi : Dilemmes, tensions, tactiques » / p.2*

**Antoine Baleige, interne de psychiatrie, CHRU de Lille, EPSM Lille-Métropole,**  
*« Réévaluation et renouvellement des décisions d'isolement et de contention : Point de vue de l'interne de garde » / p.7*

**Jean Lefèvre-Utile, infirmier, Hôpital Pitié-Salpêtrière AP-HP,** *« Cas clinique : Contention, pourquoi, jusqu'où ? » / p.10*

**Bernard Meile, Capdroits – Advocacy France,** *« Accompagnement ou mise en Institution : Quel langage et quel vocabulaire » / p.11*

## Hospitaliser sous contrainte des personnes sans « chez soi » : Dilemmes, tensions, tactiques

*Nom du ou des contributeurs* : LABEYRIE Emilie, BOUTAYEB Aicha, DIOUABA René, SOLTANI Hinda

*Contexte de récupération de la situation* :

Avec une population de personnes sans abri estimée entre 12000 et 15000, Marseille est l'une des métropoles françaises qui concentre le plus de problématiques liées à la grande précarité. Ainsi, la prévalence des troubles psychiques parmi les personnes sans abri y est très importante.

L'Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité (EMPP) est une équipe pluridisciplinaire qui travaille de façon communautaire. C'est un service psychiatrique « hors les murs » dont l'une de ses missions principales est la pratique de « l'aller-vers ». L'hyper-centre marseillais concentre des problématiques liées à la grande exclusion. L'EMPP se trouve confrontée à des personnes dont l'état de santé, après avoir été évalué au cours de maraudes, et après avoir créé un lien *a minima*, nécessitent parfois d'être hospitalisées sous contrainte.

La situation développée est issue d'une expérience professionnelle dans le cadre du travail de maraude au cours des 3 derniers mois.

*Petit résumé de la situation* :

Lors d'une maraude exploratoire, nous rencontrons un monsieur emmitoufflé dans une couverture dans un très grand quartier du centre-ville marseillais. C'est un lieu vivant avec beaucoup de restaurant et d'animation. Il erre dans les différentes rues, semblant se balader en profitant du soleil. Il accoste les passants en demandant une cigarette. Il est intégré partiellement dans ce lieu et se réfugie quand cela est possible dans le hall ouvert d'une banque pour dormir. Depuis 1 an, l'équipe le suit, se déplace vers lui jusqu'à 3 fois par semaine, en tentant de répondre à ses besoins. L'objectif principal de notre intervention est l'accès aux soins car son état est très inquiétant. Malgré la gravité de la situation, l'équipe tente de respecter sa temporalité et le lien créé activement avec lui au quotidien.

*Mots clés* : précarité, rue, psychiatrie, contrainte, incurie, consentement, protocole, urgence, soins en santé mentale

*Présentation de la situation* :

Nous rencontrons Mister H. lors d'une maraude en août 2016. Il ne parle pas français mais communique bien en anglais. On le rencontre sur la place du quartier où il s'est fixé. Dès les premières rencontres, on relève des éléments faisant évoquer un trouble psychiatrique : il « soliloque » semble « ahuri, pragmatique ». Il n'a pas de demandes particulières si ce n'est matériel. Il nous demande de lui fournir des vêtements. Les coordonnées de l'équipe lui sont remises. Nous restons disponibles.

Les semaines suivantes, il se présente spontanément dans les locaux de l'équipe, récupère les affaires que nous avons mises de côté pour lui et reste manger. On lui propose de revenir afin de créer un lien tout en continuant à le voir en maraude.

Entre temps, nous apprenons qu'il est également connu, sous un autre nom, dans un accueil de jour avec lequel nous travaillons régulièrement. Puis, rapidement, les premières inquiétudes sur son état de santé général, physique et psychique, apparaissent : en plus d'un amaigrissement, le

discours et le comportement paraissent désorganisés. Certains propos sont de nature de délirante. Le contact est altéré. Il est fuyant. On intensifie alors les maraudes pour maintenir le lien et permettre une évaluation médicale plus serrée. Nous décidons de lui proposer une hospitalisation et / ou un hôtel meublé. Il semble disposer d'un petit réseau et de ressources dont nous n'avons pas connaissance mais qui lui apporte une certaine aide. Il n'est pas intéressé par la proposition de soins et de mise à l'abri. Devant l'absence de volonté de soins médicaux, nous nous concentrons sur les démarches sociales.

Cependant son état psychique est fluctuant et, les semaines suivantes, il nous semble se dégrader de nouveau. Le lien que l'on avait établi se perd également. Il coupe court aux échanges avec nous. Il ne souhaite plus nous voir. Il refuse toute forme d'accompagnement ou de soutien.

Devant cette nouvelle dégradation de son état et la mise en danger qu'elle constitue, nous décidons en équipe d'une hospitalisation sous le régime des soins sans consentement. Mais le manque de coordination entre les différents acteurs, et malgré notre expérience de ce type de situation et l'implication de l'équipe, fait échouer l'accès soin de Mister H.

Les semaines suivantes, nous n'insistons pas mais restons en contact très fréquent. Il refuse toujours tout examen et les éléments médicaux dont nous disposons restent lapidaires. Nous réessayons tout de même à restaurer le lien. Son état semble se stabiliser sans intervention médicale.

Une nouvelle altération de son état général nous incite à organiser de nouveau une hospitalisation afin de mettre en place des soins réellement adaptés. Cette fois, avec l'aide des pompiers, prévenus en amont du contexte particulier, nous réussissons à conduire Mister H. vers une hospitalisation. Il y est opposé mais accepte de monter dans l'ambulance s'il est accompagné par un des médecins de l'équipe présent. Notre présence en nombre, permet à deux membres de l'équipe de rassurer le patient puis de l'accompagner jusqu'à l'hôpital avec les pompiers tandis qu'un autre est chargé d'être en lien avec la régulation du samu et le service hospitalier qui va l'accueillir. Les autres personnes présentes font de la médiation avec le voisinage présent et pouvant être dans l'incompréhension, voir choqué, face à des soins contraints exercés sur la voie publique.

L'attente d'une place en service, en évitant le circuit classique (urgences générales, hébergement puis transfert dans son unité de rattachement) permet d'éviter des tensions et d'instaurer un bon lien directement avec l'équipe chargée de suivi. L'hospitalisation est programmée dans une unité avec laquelle l'EMPP a des relations privilégiées et où travaille un psychiatre ayant été en stage dans l'équipe et au fait de nos pratiques.

Le lendemain de l'hospitalisation, deux membres de l'équipe rendent visite à Mister H., en accord avec l'équipe intra-hospitalière. Les premiers entretiens approfondis sont alors possibles. Ils nous permettent de retracer un peu mieux son parcours de vie et d'évaluer plus précisément ses besoins. L'entretien avec le patient se déroule en présence d'un psychiatre, d'une interne en psychiatrie, des deux membres de l'EMPP. Mister H., apaisé par l'accueil dans l'unité, nous livre des éléments sur son identité que nous n'avions pas comme son nom, sa date et son lieu de naissance etc. D'après ses dires, il a déjà eu une expérience en psychiatrie dans le passé et des hospitalisations courtes en Allemagne et en Espagne. Nous l'informons de nouveau sur les raisons de son hospitalisation, ses droits et les recours dont il dispose. Le cadre posé, Mister H. accepte de rester quinze jours à l'hôpital. Il prend un traitement qu'il l'apaise et se repose en acceptant des soins d'hygiène. Nous nous tenons à sa disposition pour toute demande concernant ses besoins

matériels ou autres qui permettent de soutenir le maintien à l'hôpital et l'inscription dans les soins. Un bon lien ayant été établi avec l'équipe intra-hospitalière, il arrive à obtenir, après trois jours, un accord pour une sortie temporaire et reviendra pas à l'hôpital.

On reprend contact avec Mister H. en maraude. Nous faisons le choix de ne pas aller à sa rencontre, mais de le laisser venir nous parler s'il le souhaite. C'est Mister H. qui va interpeller deux membres de l'équipe (les mêmes présents le jour d'avant) au cours de leur maraude en demandant une cigarette. Cette interaction est l'occasion de reparler de l'hospitalisation et le questionner sur sa volonté de soins et de retour à l'hôpital. Il s'y oppose et met fin à l'échange.

Cette maraude est l'occasion de rencontrer une commerçante du quartier qui vient interpeller les membres de l'équipe. Elle raconte qu'elle était présente à l'arrivée de Mister H. à Marseille, il y a 4 ans. Elle nous raconte qu'elle a d'abord vu un voyageur avec un gros sac à dos. C'est après s'être fait voler l'ensemble de ses affaires, qu'il a commencé à errer dans le quartier. Elle trouve que son état général se dégrade continuellement depuis son arrivée.

La précarité de la situation de Mister H. et la nécessité de soins confirmée et non mise en place lors de la dernière hospitalisation nous incitent à rester vigilant sur cette situation et, le cas échéant, à user de nouveau de soins sans consentement.

#### *Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :*

La pratique de l'hospitalisation sous contrainte n'est pas sans provoquer dilemmes et tensions chez les membres de l'équipe. Non seulement d'un point de vue moral, priver l'autre de sa liberté de circuler. Et ainsi se pose le risque de briser le lien créé avec la personne. Mais aussi d'un point de vue pratique, surtout face à des contraintes institutionnelles importantes (rareté des lits, sectorisation, stéréotypes, stigmatisation...). Pourtant, un consensus commun émerge : parfois ne pas intervenir s'apparenterait à de la non-assistance à personne en danger (situation de grande incurie, personnes en danger vital, gravité des troubles somatiques, environnement menaçant, passages à l'acte et troubles à l'ordre publique...)

Ainsi lorsqu'une personne présente des troubles psychiatriques sévères et que l'équipe ne parvient pas à entrer en contact avec elle, malgré des tentatives réitérées (moyens pratiques extraordinaires et disponibilité d'accueil inconditionnelle), une décision d'hospitalisation peut être prise, en équipe, afin d'amener la personne vers un soin consenti. Il peut s'agir également lors d'une rupture de lien qui s'était construit plus ou moins laborieusement.

#### *Recommandations ou pistes de développement (d'action) :*

Face aux nombreuses situations où l'hospitalisation sous contrainte posent de nombreux dilemmes et crée des tensions éthiques, et face aux problèmes récurrent rencontrés avec les structures sanitaires et sociales dans l'accès aux soins des personnes et la valorisation de leurs droits, l'équipe MARSS a construit des tactiques.

L'équipe a inventé une pratique d'hospitalisation sous contrainte en définissant un protocole qui doit être partagé par tous et appliqués de manière stricte : pourquoi ce mot protocole ? Car ce n'est pas un protocole validés scientifiquement dans le champ médical. Mais ce terme nous permet de garantir cette pratique dans le respect des droits de l'utilisateur vers une pratique la plus éthique possible. Ce protocole définit l'ensemble des règles et des questions soulevés par une réponse d'action précise pour une opération complexe. Ce protocole permet de soutenir la prise de décision, et d'en penser les conséquences dans l'ici et le maintenant.

#### La décision

C'est une décision collective qui est prise en staff clinique uniquement en début de semaine. Jamais dans un temps d'urgence, ni par quelques membres de l'équipe. Elle est réfléchie, après un long échange/débat réflexif où tous les professionnels de l'équipe sont invités à parler. On historise la prise en charge et l'état clinique de la personne.

Elle se prend toujours après avoir essayé d'autres stratégies et en ayant l'impression d'avoir épuisé toutes les alternatives possibles.

On est dans une logique de mesure de bénéfice/ risque.

On signifie toujours à la personne notre inquiétude et le fait que nous pensons à faire une hospitalisation sans son consentement.

Dès la décision prise, on pense à l'après hospitalisation. Au différent scénario et projets.

Durant ce même temps, on prévient le secteur ou le privé qui connaît la personne pour préparer l'hospitalisation ; on explicite les raisons de la décision, on partage le point de vue avec les autres professionnels ou les personnes qui connaissent et entourent la personne. On s'assure d'un lit dans le secteur d'affiliation pour programmer au maximum l'intervention. Préparer l'arrivée de la personne et s'assurer qu'un lit est disponible permet d'éviter le « tri » imposé par certains services d'urgence qui tendent à empêcher l'entrée de ce type de population à l'hôpital pour raison de critère d'inadaptation aux soins pour ce type de population : ou d'autres types d'éléments comme une raison sociale mise d'abord en avant d'une symptomatologie envahissante chez la personne.

### L'action

L'action est collective. Au minimum 3 personnes et jusqu'à 5 mobilisés si la situation paraît potentiellement violente. Avec un psychiatre sur les lieux qui pourra s'adresser à l'hôpital ou aux services publics en jouant sur l'étiquette médicale qui porte afin de rassurer les acteurs de la situation.

Tout le temps de la prise en charge, on parlera à la personne en lui signifiant qu'on la prive de liberté par notre intervention mais que ce seront des choses qui seront toujours reprises. On rassure sur le fait qu'on est présent et effectivement on le sera. La parole doit accompagner l'acte d'autant plus lorsque l'acte n'est pas fait par les personnes qui suivent quotidiennement une personne et où le degré de formation ou de coopération n'est pas optimum.

On identifie alors la personne et on la localise. On rentre en contact avec elle et on fait une évaluation clinique afin de vérifier si la personne ne souhaite toujours pas être hospitalisée et si son état implique toujours une hospitalisation au regard de suppléances qui aurait pu atténuer l'état de crise.

En même temps, un professionnel appelle les urgences psychiatriques et le service qui doit accueillir la personne avant de téléphoner au SAMU. La police sera appelée aussi au moindre doute sur la violence que peut provoquer la situation.

On accueille les pompiers et on explique la situation et le parcours de soin déjà tracé. On insiste sur la priorité à donner à notre présence tout le long de la prise en charge afin de rester l'intermédiaire et de maintenir un dialogue avec les équipes de services publics mis en jeu dans la situation.

On entoure la personne avec les pompiers, la police et les autres membres de l'équipe. On parle avec la personne d'un ton rassurant et en dédramatisant la situation au maximum. Il faut trouver la juste distance physique pendant l'acte, surtout si une intervention physique est mise en place. On

laisse choisir la personne quant à son interlocuteur de l'équipe et durant tout l'accompagnement vers l'hôpital. On prend le temps de la discussion et de la négociation minimum une demi-heure. Les autres professionnels surveillent et s'occupent de l'environnement immédiat. Il est important de parler avec les passant, la police et les pompiers en informant du caractère sanitaire et d'urgence de la situation, en expliquant nos mission d'équipe...

Ensuite on montera dans le camion pour continuer la médiation avec les pompiers. On reste aux urgences pour assurer une transmission orale et pas les outils informatiques jusqu'à ce que la personne soit transférer dans un lit stable. Si elle est passée par les urgences somatiques, on attend qu'elle soit amené aux urgences psychiatriques. Il faut vérifier que les urgences ont compris le fléchage pensé ainsi que le service qui accueille la personne. On prévient de notre départ la personne en s'assurant que les nécessaires sont là (habits, cigarette, autre sur la demande de la personne...).

Dès le lendemain, l'équipe téléphone au service et ceci de manière très régulière les jours suivant pour les transmissions orales. Ceci permet de contextualiser la décision et de répondre aux questions des soignants. On demande à faire une visite le lendemain pour pouvoir éventuellement parler à la personne en respectant sa volonté de nous voir et on prévoit régulièrement des visites à l'hôpital pour continuer de renforcer et créer le lien avec la personne.

Au-delà de la pratique quotidienne, l'équipe s'investit dans la formation des pompiers dans le cadre du projet ASSAB, la formation des infirmiers à la croix rouge... afin de continuer à s'efforcer de travailler au mieux avec les acteurs du service publique qui ne sont que très peu habitué à intervenir dans ces prises en charge complexe.

*Principaux textes de droits mobilisés dans la situation ou qui pourraient l'être :*

- Art. L3211, L3212, L3213 du Code de la Santé Publique (soins sans consentement)
- Art. 223-6 du Code Pénal et Art. R.4127-9 du Code de Déontologie Médicale (non-assistance à personne en danger)

## Réévaluation et renouvellement des décisions d'isolement et de contention : Point de vue de l'interne de garde

*Nom du ou des contributeurs* : **Baleige Antoine**

- Interne de psychiatrie, CHRU de Lille, 2 Avenue Oscar Lambret, 59000 Lille, France
- Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale, 211 rue Roger-Salengro, 59260 Hellemmes, France
- Établissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole, 104 rue du Général-Leclerc, BP 10, 59280, Armentières, France

*Contexte de récupération de la situation* :

Situations issues de mon expérience personnelle d'interne de psychiatrie effectuant des gardes en EPSM. J'effectue également un travail, dont un travail de thèse, au sein du Centre Collaborateur de l'OMS sur la question des libertés et des droits de l'Homme en santé mentale.

*Petit résumé de la situation* :

De par son statut d'interne, le jeune médecin n'est pas habilité par les recommandations de la Haute Autorité de Santé de février 2017, ayant valeur légale par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, à décider d'une mesure de contention ou d'isolement.

Pourtant, lors de son activité de garde l'interne est amené régulièrement à évaluer, souvent dans le but de renouveler, les mesures d'isolement voire de contention des personnes hospitalisées. Il doit alors procéder à une évaluation des situations alors qu'il ne connaît pas la personne, la situation qui a mené à la décision et que les pratiques des services sont hétérogènes. De plus, au-delà du rythme inhérent aux gardes, la liberté de décision médicale de l'interne sur ces situations peut être mise à mal par les équipes qui y voient une remise en cause de leur travail ou qui ne lui reconnaissent pas une capacité à prendre une décision différente de celle qu'un médecin sénior a prise.

Pourtant la décision finale revient à l'interne qui est celui qui acte le renouvellement, mais les circonstances lui permettent-elles de prendre une vraie décision et qu'en est-il des libertés des personnes dans ces situations ?

*Mots clés* : SANTE MENTALE ; DROIT DES USAGERS ; ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES ; CONTENTION ; ISOLEMENT

*Présentation de la situation* :

L'interne, étudiant de médecine de 3e cycle, est amené dans le cadre de sa formation à effectuer des gardes au sein des services des établissements dans lesquels il se forme. Cette situation a eu lieu lors d'une garde de 24h un samedi en Établissement Public de Santé Mentale. La Loi dite de Modernisation de notre Système de Santé du 26 janvier 2016 prévoit que les décisions de contention et d'isolement soit réévaluées, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, toutes les 24h. Ce rôle de réévaluation médicale incombe le week-end à l'interne alors de garde dans le service. Ce serait alors l'opportunité pour une évaluation extérieure de la situation au regard des droits et libertés de la personne, l'idée étant d'évaluer la possibilité de lever les mesures.

A cette occasion j'ai été interpellé à 10h par un service d'hospitalisation pour évaluer 2 situations : celle de Mr A, mis en isolement, et celle de Mr B en contention. Il s'agit d'un service fermé d'une quinzaine de lits, seule unité d'hospitalisation d'un secteur en cours de transformation vers une approche ambulatoire dans la communauté.

Un infirmier de l'équipe m'accueille et m'informe sur les situations. La première concerne Mr A, un homme d'une cinquantaine d'années, pour lequel une décision d'isolement en chambre systématique entre 10h et 12h, puis entre 14h et 16h et la nuit de 22h à 8h, a été prise par l'équipe depuis environ 1 mois. Cette décision aurait été prise afin de "limiter les stimulations" de cette personne qui entraîneraient des troubles du comportement.

Après un entretien avec Mr A en présence d'un infirmier de l'équipe, au cours duquel nous avons abordé le motif initial de la décision, le ressenti de Mr A et les stratégies alternatives que nous pouvions mettre en place, la décision de mise en isolement a été levée. Cette décision pourtant évidente, l'isolement en chambre n'étant pas légal et des stratégies alternatives pouvant être facilement mises en place, fût perçue comme une attaque et une remise en cause du travail de l'équipe du secteur et un infirmier alors en poste est allé jusqu'à me menacer de sanctions institutionnelles si je ne renouvelais pas l'isolement.

La deuxième situation concernait Mr B, admis en mesure de soins sans consentement une dizaine de jours auparavant, et contentonné en chambre d'isolement depuis son arrivée. D'après le dossier médical, Mr B aurait présenté un état d'agitation suite à son admission qui aurait conduit à sa mise en contention. Les tentatives de levée depuis auraient été suivies de nouveaux épisodes, amenant l'équipe à maintenir une mesure de "contention partielle" : une main, un pied et un maintien ventral.

Lors de l'entretien, réalisé cette fois en présence de 2 infirmiers du service dont le rôle était de leur propre aveu de me surveiller, nous avons pu déterminer avec Mr B que ses agitations étaient liées à son refus du traitement sédatif jugé trop fort et à sa désorientation temporelle, Mr B ne disposant d'aucun moyen de connaître la date ou l'heure quand il sortait de ces états de sédatifs. J'ai donc levé la mesure de contention après une réévaluation avec Mr B de son traitement sédatif. La mesure d'isolement a été maintenue compte tenu des nombreux éléments hallucinatoires et du risque de remise en contention. Suite à son refus de substitution, Mr B a néanmoins pu bénéficier de sorties à la demande de sa chambre d'isolement pour aller fumer ou téléphoner et d'un accès sans condition à la date et à l'heure.

Je suis repassé voir l'équipe d'après-midi et celle de nuit pour faire le point sur la situation de ces personnes. A 2h du matin, ni Mr A ni Mr B ne s'était agité. Mr A était reconnaissant d'avoir pu passer son après-midi dans le service et Mr B d'être allé fumer. L'isolement de nuit de Mr A avait été en partie motivé parce qu'il dormait mal malgré les nombreux traitements sédatifs et se promenait dans le service. J'ai pu m'entretenir avec le cadre de nuit et fait en sorte que l'effectif infirmier soit majoré pendant les semaines suivantes, et ce malgré une réduction toujours d'actualité des effectifs infirmiers dans les établissements.

Le lundi matin je me suis fait interpellé par un PH du secteur qui m'a rapporté que j'avais fait beaucoup parler dans le service.

*Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :*

- La plus grande difficulté de ces évaluations n'a pas été la situation clinique des personnes concernées, mais changer les modes opératoires et les protocoles d'un service



*Document préparatoire de la conférence Confcap 2017 – « Les droits des personnes à l'épreuve des contraintes légales », 18-19-20 décembre 2017, Paris*

- Les professionnels pourtant bienveillants, formés et en nombre suffisant se sont retrouvés piégés dans une organisation qui les a amenés à enfreindre les droits de l'Homme
- Comment ces situations ont-elles perduré pendant respectivement 1 mois et 10 jours ?
- Les modalités restreintes et restrictives de recours aux pratiques d'isolement et de contention prévues par la loi n'ont pas permis d'empêcher ces situations survenues dans un secteur dynamique tourné vers les soins dans la communauté

*Recommandations ou pistes de développement (d'action) :*

- Orienter de manière officielle et factuelle les services de santé mentale vers les droits de l'Homme et le rétablissement
- Former de manière systématique les professionnels de santé aux droits de l'Homme
- Réduire les durées légales de réévaluation des situations de contention et d'isolement
- Faire contrôler les recours à l'isolement et à la contention de manière systématique et immédiate par une autorité judiciaire, en leur qualité de restriction de liberté
- Aligner la législation française sur les conventions internationales que nous avons ratifié et interdire le recours à la contention et à l'isolement
- De même, interdire le recours aux soins sans consentement et reconnaître que le principe du consentement est une nécessité absolue à laquelle les services de santé ne peuvent déroger de leur propre autorité. Toute dérogation aux libertés des personnes devraient faire l'objet d'une décision préalable ou immédiate d'une autorité judiciaire et être opposable en droit et en fait.

*Principaux textes de droits mobilisés dans la situation ou qui pourraient l'être :*

Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées – ONU, 2006, 2010

Loi de Modernisation de Notre Système de Santé – 26 janvier 2016

Recommandations de la Haute Autorité de Santé : Isolement et Contention en psychiatrie générale – février 2017

## Cas clinique : Contention, pourquoi, jusqu'où ?

*Nom du contributeur : Jean-Lefèvre-Utile, Hôpital Pitié-Salpêtrière AP-HP*

*Présentation de la situation:*

Timothée est un adolescent de 12 ans présentant un syndrome autistique avec retard mental. Les carences en termes d'accueil en structure spécialisée l'ont obligé à s'expatrier en Belgique afin d'être pris en charge dans un institut médico-éducatif (IME). Devant l'aggravation de ses difficultés, il nécessite à nouveau d'être hospitalisé en France au sein d'un service de soins intensifs en pédopsychiatrie, dédié à la prise en charge de ce type de recrudescence des troubles du comportement auto et hétéro-agressifs. Ses parents sont peu présents, sa mère ne le voit plus depuis trois ans et son père se montre démuni face à la gravité de la situation. Dans ce contexte familial, un placement est décidé à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Ses épisodes d'auto-agressivité se caractérisent par de violents coups de tête contre les murs et des coups de poing qu'il s'inflige au visage. Des équipements de protections (casque et gants molletonnés) le protègent en partie de conséquences lésionnelles sévères : cécité par décollement de la rétine, fractures du crâne avec traumatisme cervical ou hémorragie cérébrale. Timothée a cependant des lésions de la face avec mutilations des lèvres et de la langue ainsi que des fractures de dents compliquées d'abcès. D'autres affections somatiques (gastrite, reflux-gastro-œsophagien, constipation chronique) sont à l'origine de douleurs, dont l'évaluation est rendue difficile par ses troubles de la communication.

Sur le plan psychiatrique, il présente un état dépressif caractérisé par un isolement et des pleurs, avec une avidité relationnelle. Associée à ces troubles, il manifeste des attitudes d'écoute et soliloque : Timothée parle alors brusquement à sa main comme s'il la « grondait » en poussant des cris avant de se frapper avec. Ces phénomènes hallucinatoires et l'impulsivité restent mal contrôlés par les traitements psychotropes et une agitation psychomotrice intense perdure.

Dans les moments de crise, l'équipe soignante peut administrer plusieurs fois par jour des traitements neuroleptiques par injections intramusculaires à visée sédatrice et anxiolytique. Mais devant la pérennisation des troubles du comportement et la mise en jeu du pronostic vital, Timothée est alors contentonné quotidiennement, et ce pendant plusieurs semaines. Par la suite, il ne supporte plus le fait de ne pas être entravé et se montre hétéroagressif afin de pouvoir rester contentonné.

### **Question ?**

Après un ans d'hospitalisation et malgré la sévérité des troubles du comportement, pouvons-nous envisager une sortie de l'hôpital vers une structure en milieu médico-éducatif ?

## Accompagnement ou mise en Institution : Quel langage et quel vocabulaire

Nom du contributeur : **Bernard MEILE Advocacy-France**

Présentation de la situation :

Paris 13 Octobre 2017, la France ne respectant pas la convention de l'Onu relative aux droits des personnes handicapées qu'elle a ratifiée en 2010, et n'y ayant pas conformé sa législation, le rapporteur spécial des Nations Unies Catalina Devandas-Aguilar propose la suppression des institutions, lieux de vie spéciaux, pour les handicapés mentaux ou psychiques.

Celui qui parle ici allait déjà de lui-même à un Centre Médico-psychologique quand il a été attaqué et mutilé dans son appartement et renvoyé sans soin par l'hôpital, puis SDF souvent remis à la rue, puis sur la table de contention d'un hôpital concurrent du CMP. Il est dans une association d'usagers depuis 14 ans, et vice-président de la CDU d'un établissement psychiatrique. Dans son lieu d'hébergement, il a été un délégué élu des hébergés, représentation prévue par la loi et supprimée par la direction. Il est souvent sollicité.

En Janvier 2017, agressé devant sa porte, puis devant trois agents d'accueil à l'arrivée au petit-déjeuner, déluge d'insultes et attaque physique. L'agresseur a dit l'avoir vu aller aux toilettes en sou- vêtements. Violence motivée, donc tous coupables ! Aucune réponse à sa lettre de protestation, ni même verbalement... Et en Août, durant des heures, refus d'appeler le médecin pour son occlusion du colon. Diagnostic 24h plus tard, déchirure-perforation, prothèse et orifice fécal au milieu du ventre, et interdiction de voir ou comprendre l'inscription du cahier de liaison brandie à l'accueil pour proclamer ce refus.

Le pire, avant qu'on l'ait digéré, c'est les humiliations, l'acharnement. **L'espoir** c'est les **remarques faisant** que des personnes en difficulté seront entendues.

Pas de décision pour nous sans nous. Participer à la vie de la cité. Toute personne ayant des difficultés mentales, psychiques, ou autre handicap, est facilement désarmée, cendrillon souffre-douleur, ou infantilisée, protégée à l'excès et éduquée comme un caniche ou un perroquet. Comment être reconnu juste comme un être humain? N'étant ni purs esprits ni partout à la fois, l'action de notre corps sur ce qui l'entoure est notre seule source de connaissance. La vue imprègne la rétine et imprime dans notre mémoire le lieu de ces rencontres, mais ne fait pas percevoir une capacité d'agir.

Nos représentations de parcelles du monde par un langage ou une œuvre d'art décrivent à peine mieux que « Tu vois ce que je vois! ». Représenter ce que nous connaissons, par des désignations caractéristiques, localement suffisantes, c'est une **modélisation**. Le langage fait relais, **rappelle un passé commun** et anticipe le présent. Habiter un lieu, et un langage, c'est les remodeler peu à peu parce-que percevoir peu à peu la relation entre des actions et leurs effets.

Ce vocabulaire illimité mais dénombrable, invention collective entre le réel connu et les mots inventés par chacun, c'est un **repérage** de faits en interaction, projetés dans l'avenir. Et ce lexique, multiplié et enrichi par les scientifiques, rien ne certifie que le monde qu'il décrit a sa consistance, la structure dessinée... Nous n'existons que dans un lieu et en habitant un langage,

des représentations mises en commun par une collectivité qui, avec, joue à la patate chaude. Pensée collective toujours en gestation, mémoire sans cesse relue à plusieurs, ce **reflet des événements** qui y sont nommés, chacun le rebâtit à partir de ces événements.

Des universitaires ont voulu en extraire des concepts immuables, presque universels, puis de « nouveaux paradigmes » les flattant. Mais « le peuple ne pouvant atteindre aux subtilités de la langue des beaux esprits, MM. les beaux esprits doivent se mettre à la portée du peuple ». Malherbe avait déjà montré que la langue des débardeurs des quais de Seine était la plus proche d'être entendue et comprise par tous, la plus claire, **l'avenir**.

Et Ferdinand Brunot voulut limiter l'influence du « structuralisme » et de la « *grammaire générale* ». Il guida Merleau-Ponty à ne prendre dans Husserl que la pure *phénoménologie*. Et, oubliant la *philologie (étude comparée des textes)*, il créa le laboratoire de linguistique de la Sorbonne où il observa des enfants autistes dans l'apprentissage du langage. Pour toute personne en difficulté, la langue aide aussi à se souvenir, à penser les choix de son devenir, chacun l'apprend en continuant à la construire. Son idée de la solidarité fit aussi de lui un des fondateurs en France de la Ligue des Droits de l'Homme.

Pour compenser et dépasser un handicap, les généralités aident peu. C'est le corps (*son être indissociable*) qui rencontre ce qui l'entoure, impossible d'être un autre. Il a un souvenir souvent fluctuant de ces rencontres et de ce qui y était associé ou présent, mais reconnaît ces indices dans les témoignages, les revit comme les interlocuteurs stabilisés y ayant goûté.

Il leur faut des moyens pour se rencontrer (CIDPH Article 26[1]), et bâtir leur langage qui dira comment ils font avec leurs difficultés. Être discriminés est leur habitude, mais niveau et mécanismes sont liés aux circonstances, usages locaux et règles des institutions. Diagnostiquer et réagir, en s'entraînant, c'est d'abord interroger le passé, sans juger l'autre, sans vocabulaire savant. Conseiller c'est avoir enregistré, constaté pied-à-pied pour signaler et limiter les dérapages

Chacun est seul compétent pour présenter aux autres ce que lui seul connaît vraiment, mais beaucoup de similitudes sont des héritages communs. Le social ou médico-social, les *Établissements et Institutions surtout*, sont des enclaves où les juges s'aventurent peu. Les obligations d'enregistrement et d'information y sont lacunaires. La personne accueillie n'y aura généralement aucune trace de preuve des droits violés par absence de protection, *ou carence de la volonté de limiter la répétition des atteintes par des tiers, personnel et autres accueillis*<sup>1</sup>. Réduisons ce qui prive de la capacité juridique, et toute incohérence empêchant qu'on demande au juge de dire le droit. Évitions surtout que la non assistance à personne en détresse devienne de la cruauté.

Décloisonner, faire entendre plus le langage de la personne en difficulté elle-même, décroisonner, ajoutera des témoignages directs aux réflexions des professionnels.

---

<sup>1</sup> Les droits sociaux, outils pour faire reconnaître les autres droits « *pour tous* », ne sont pas directement invocables, Ils supposent une évaluation qui est de la seule compétence du pays. Le rapport de Michel Blatman (*sur l'effet direct des stipulations des traités des droits de l'homme ayant précédé la CIDPH*) indique que les violations de ces droits sont surtout, statistiquement, des violations par omission. Or l'action juridique de groupe instituée par la Loi de Modernisation du Système de Santé exclut ce type de préjudice malgré le devoir de protection.