

Plan du recueil des contributions

Mercredi 20/12/17

9h30 - 11h

Atelier C - Respecter le règlement – se couvrir – transgresser

Adeline Serez, infirmière, CH Cambrai, « L'Alliance thérapeutique avec un patient souffrant de psychose hospitalisé sans consentement » / p.2

Simon Vasseur-Bacle, chargé de mission, CCOMS, et Dr Serge Mertens de Wilmars, médecin chef, CNP Saint-Martin, Belgique, « L'exemple du Quality Rights Tools en pratique CCOMS » / p.7

Marine Mazel, psychologue clinicienne, et Anne Quintin, cheffe de service, Equipe mobile Aurore, « Déprise et changement de statut : Soins psychiques et ouverture de droits »/ p.10

Sébastien Saetta, sociologue, Cermes3, « Droit de visite versus intérêt du service et du patient : Quand un établissement interdit à une mère de rendre visite à son fils hospitalisé » / p.16

Contribution sans intervention :

Frédéric Mougeot, sociologue, Centre Max Weber, « Pose des contentions à Mademoiselle R. » / p.18

L'Alliance thérapeutique avec un patient souffrant de psychose hospitalisé sans consentement

Nom du ou des contributeurs : Adéline SEREZ, infirmière en Unité psychiatrique fermée

Contexte de récupération de la situation :

La situation décrite ci-dessous est extraite de mon mémoire et issue de mon expérience professionnelle. Dans la situation présentée, les droits du patient mettent les soignants face à l'obligation de recherche de consentement et aux préjudices d'absence de soins.

Mon questionnement a été de comprendre comment essayer de construire une alliance thérapeutique avec un patient souffrant d'une pathologie psychotique qui met en doute ses capacités même de raisonnement.

L'alliance thérapeutique est dans ma conception du soin, une relation symétrique avec le patient, une relation basée sur la confiance entre le patient et le soignant. D'une part, le patient exprime son vécu, ses difficultés, ses impressions, l'évolution, les points positifs et négatifs au cours d'un soin, d'une thérapie ; de l'autre le soignant avec ses connaissances, son savoir professionnel essaye d'accompagner le patient dans une démarche de soin personnalisée la moins contraignante possible dans sa vie quotidienne et ce pour une meilleure qualité de vie favorisant donc l'adhésion au soin, à la thérapie.

Le dictionnaire infirmier de psychiatrie¹ définit l'alliance thérapeutique comme la « Constitution d'un lien entre le soignant et le soigné, l'un et l'autre s'engageant à collaborer à la recherche d'un mieux être du second. L'alliance thérapeutique doit à la fois prendre compte des problèmes propres au patient, et ceux de sa famille, en évitant de prendre parti l'un pour l'autre. »

Petit résumé de la situation :

Christophe 26 ans est hospitalisé sans consentement dans une unité psychiatrique fermée pour décompensation psychotique. Malgré un délire persistant, Christophe est vite compliant aux soins. Une relation de confiance semble s'être installée. La mesure de soins sans consentement le concernant est levée, une sortie hors les murs de l'unité est autorisée mais il fugue lors de cette sortie.

Mots clés : CONSENTEMENT CONTRAINTE PSYCHOSE SCHIZOPHRENIE SOINS CONFIANCE ALLIANCE THERAPEUTIQUE DROITS

Présentation de la situation :

Christophe 26 ans est entré en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT) pour décompensation psychotique avec propos délirants à thème mystique et hétéro

1

COTTEREAU M-J, Dictionnaire infirmier de psychiatrie, Edition Masson, 2005, page 15

agressivité sur rupture thérapeutique.

Christophe est connu des services de psychiatrie, c'est sa troisième hospitalisation pour ce genre de troubles en unité fermée. Il a également des antécédents judiciaires, il a été incarcéré deux fois : une première fois huit mois en 2011 pour des délits commis alors qu'il était encore mineur (vols en réunion), puis une seconde fois en 2012 pendant à peu près un an (dégradation de voiture). D'après sa mère, il est sorti de prison « différent » avec toujours l'impression d'être menacé, d'entendre des voix. C'est deux mois après sa sortie de prison que la première hospitalisation a eu lieu. Au décours de son dernier séjour en psychiatrie, il dira : « *J'ai eu une révélation depuis la prison, où j'ai beaucoup médité, le djihad c'est se battre contre ses propres démons* ». Dans son enfance pas d'éléments délirants, mais des vols, des fugues de l'école, une consommation de cannabis. Il n'avait jamais montré d'attrait pour la religion. A noter qu'à l'âge de huit mois, il a été électrocuté et a eu les deux mains brûlées au 3ème degré « *C'est à ce moment que la grâce de Dieu est tombée sur moi* ».

A son entrée il est placé en chambre d'isolement avec contentions (risque de fugue et d'hétéro agressivité). Un traitement est instauré, il a fallu négocier la prise de thérapeutique, le contrat de soins et les règles institutionnelles. Christophe juge ne pas avoir besoin de traitement car investi d'une mission divine. Christophe pense être « *un élu d'Allah* » dont les signes sont son intelligence supérieure et des dons télépathiques, il a des idées de toute puissance, une conviction absolue : « *je suis plus fort que DAESH, eux ont des couteaux, pas moi* ». Le dialogue avec lui est néanmoins possible, progressivement les contentions et la mise en chambre d'isolement sont levées. Christophe malgré des idées délirantes persistantes semble adhérer au contrat de soins et prend son traitement. La mesure de SPDT est levée. Le psychiatre autorise une sortie de l'unité accompagnée dans l'enceinte de l'hôpital. Deux soignants accompagnent Christophe et quelques autres patients à la cafétéria, il y achète quelques victuailles puis demande à fumer une cigarette aux côtés d'une des soignantes. Là il se met à courir et fugue malgré nos appels et tentatives pour le rattraper.

Pour clarifier la situation, il me semble nécessaire d'expliquer comment est délivrée dans le parcours de soins, l'information sur la loi du 5 juillet 2011, aux patients admis en unité fermée, dans mon lieu d'exercice. La personne admise, même si son état ne lui permet pas de comprendre ce qui motive la demande de soins, est informée. Une information est faite aux Urgences puis à l'entrée dans le service. L'infirmier qui fait l'accueil s'assure que le patient ait bien compris sur quel mode d'hospitalisation il se trouve et dans quel type de structure il se trouve. Ce qui est ensuite encore repris par le psychiatre du service. A chaque entretien, journalier en phase aiguë, le patient a la possibilité de poser des questions et d'être informé de ses droits. De plus, les certificats des 24h, 72h et l'avis motivé (entre le 5ème et le 8ème jour) renforcent le dispositif puisque le patient est obligatoirement vu en entretien. Le psychiatre explique de nouveau que ces entretiens se déroulent dans le cadre de la mesure de soins sans consentement. Puis le patient doit signer sa convocation au tribunal pour se rendre à l'audience avec le juge des libertés et de la détention, et il a la possibilité de choisir son avocat ou d'en prendre un commis d'office.

A savoir qu'à l'entrée le patient est également informé du règlement intérieur de l'unité par l'infirmier qui l'accueille, il doit signer le règlement. Le contrat de soins, correspondant notamment à la liberté d'aller et venir, lui, est négocié entre le psychiatre et le patient. Il est discuté en entretien en fonction de l'état psychique et des risques encourus pour le patient lui-même et/ou pour les autres. Le patient peut demander à tout moment de renégocier son contrat de soins et le psychiatre propose d'emblée des élargissements de contrat lorsqu'il y a une amélioration de l'état du patient.

Si le patient n'est pas en capacité de comprendre les informations, celles-ci sont reprises ultérieurement.

Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :

Quelle alliance thérapeutique avons-nous créée avec lui ? Où se situe la limite de son adhésion aux soins ? La relation de confiance avec les soignants existait-elle ? A-t-il été « sincère » avec l'équipe soignante, ou affichait-il un discours de façade dans le but de fuir dès la levée de la mesure de soins sous contrainte ?

Sa fugue était-elle prévisible ? Aurait-il mis en place des stratégies d'adaptation afin de parer notre vigilance ? Peut-on vraiment instaurer une relation de confiance, une alliance thérapeutique avec un patient hospitalisé non stabilisé ?

Est-ce juste la contrainte légale qui avait permis de maintenir les soins ?

Dans le cas de Christophe, la relation n'était pas symétrique, du fait de ses idées délirantes mégalomaniaques. Il pensait sans doute détenir le savoir. Au début de son hospitalisation, les idées délirantes étaient trop présentes, il était obnubilé. A ce moment là, son état ne lui permettait pas d'avoir accès, de comprendre les informations que l'équipe lui donnait sur son mode d'hospitalisation et ses droits. La conviction inébranlable d'être un élu de Dieu ne peut être compatible avec une mesure de soins sans consentement. De part les informations que l'équipe avait donné, Christophe était bien au courant de sa mesure de soins sans consentement et de sa levée. Mais peut-être ne l'a-t-il pas comprise ou le délire l'a-t-il poussé à transgresser, à rompre la confiance ? En psychiatrie, même si nous adoptons une attitude de compréhension empathique, cela n'exclue pas qu'il y ait des échecs. Cela fait partie de notre travail au quotidien, chaque jour, nous pesons la balance bénéfice/risque.

Recommandations ou pistes de développement (d'action) :

Il faut pouvoir se poser les bonnes questions pour travailler les situations de soins complexes en équipe et réduire les temps de contraintes légales (Loi du 5 Juillet 2011) et physiques (contentions / chambre d'isolement/ Lieu de privation de liberté). Etablir une relation de confiance voire même une alliance thérapeutique semblent indispensables afin maintenir les soins sur du long terme et stabiliser les patients atteints de pathologie mentales chroniques.

Les pistes d'évolution indispensables sont :

LA FORMATION Je pense que la priorité est une spécialisation pour les professionnels exerçant en psychiatrie. Les professionnels doivent avoir de solides connaissances en

psychologie et en psychopathologie. Mais aussi une initiation aux différentes psychothérapies, sans clivage des différents courants avec spécialisation dans une des thérapies ainsi qu'en relation d'aide. Il est nécessaire d'adapter la psychothérapie qu'il convient au patient sans idées préconçues.

Les connaissances en Droits, Ethique et philosophie sont également indispensables pour travailler dans ce domaine et concilier contraintes légales, principe d'autonomie, de bientraitance, prise en soins et alliance thérapeutique.

Je trouve intéressante la piste d'implantation d'un titre d'INFIRMIERE DE PRATIQUE AVANCEE (IPA) en SANTE MENTALE pour répondre aux diverses problématiques d'accès aux soins et aux attentes et besoins des patients atteints de pathologies mentales Art.119 de la loi de modernisation du système de santé de Janvier 2016. (<https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/guides/guide-ide-je-me-specialise.html>)

Des moyens humains en personnel pour :

- Eviter la mise en contention et en chambre d'isolement.
- Apporter un accompagnement personnalisé à chaque patient pour une meilleure observance des thérapeutiques et une baisse des recours à la contrainte légale.

Le nombre de soignants n'est pas réparti également dans les secteurs. Il y a des secteurs sous dotés qui ont grandement besoin de personnel pour s'occuper au mieux des patients atteints de pathologies mentales.

Sans oublier les réunions de synthèse, les groupes de paroles et les ateliers de médiation artistique en psychiatrie qui sont très importants également afin de confronter les avis, établir une relation de confiance, adapter les thérapeutiques de façon adéquates et travailler de manière pérenne sur la compliance thérapeutique et la réhabilitation psychosociale.

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

- 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
- Avis du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 (rappelant l'article 66 de la Constitution de 1958) « L'autorité judiciaire est la gardienne de la liberté individuelle »
- La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite loi Kouchner)
- La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
- Charte du patient en santé mentale élaborée en 2000

L'exemple du Quality Rights Tools en pratique CCOMS

Nom du ou des contributeurs :

Simon Vasseur-Bacle, Chargé de Mission au CCOMS (Lille, France), Psychologue Clinicien à l'EPSM Lille Métropole

Benoît Folens, Directeur général du CNP St Martin (Namur, Belgique)

Dr Serge Mertens, Médecin psychiatre au sein de l'Unité L'Oasis, Médecin chef du CNP St Martin (Namur, Belgique)

Roselyne Touroude, Vice-Présidente de l'UNAFAM (Paris)

Contexte de récupération de la situation :

Cette présentation se basera sur un rapport présentant les résultats de la première utilisation des outils d'observation du programme QualityRights de l'OMS en langue française.

Petit résumé de la situation : Une équipe pluridisciplinaire composée d'utilisateurs, de familles et de professionnels (psychiatre, psychologue, juriste, chercheur, directeur d'établissement) a été formée à l'utilisation de ces outils, et s'est rendu au CNP St Martin pour une observation de deux jours, au sein de l'unité L'Oasis.

Vingt entretiens avec des personnes usagères, des aidants et familles et des professionnels ont été menés, ainsi que des observations in situ et une revue de documents.

Mots clés : OMS, Programme QualityRights, Observation, Recherche, Droits, Qualité

Présentation de la situation :

Le programme QualityRights de l'OMS 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. Ce programme est basé sur la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées des Nations Unies.

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

Ce programme est conçu pour être utilisé dans les pays à bas, moyens et hauts revenus. Il peut être utilisé par de nombreux acteurs, dont des comités d'évaluation dédiés, des organisations non-gouvernementales, des organisations nationales des Droits de l'Homme, des commissions nationales de santé ou de santé mentale, des organismes de certification des services de santé, des structures nationales instaurées par des traités internationaux pour veiller à l'implémentation des normes des droits de la personne ou d'autres organisations intéressées par la promotion des droits des personnes handicapées.

Pour l'OMS, le programme QualityRights est une ressource essentielle, non seulement pour mettre un terme aux négligences et abus passés, mais aussi pour assurer des services de haute qualité dans le futur.

Une équipe pluridisciplinaire, coordonnée par le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (Lille, France), et composée d'usagers, de familles et de professionnels (psychiatre, psychologue, juriste, chercheur, directeur d'établissement) a été formée à l'utilisation de ces outils, et s'est rendu au CNP St Martin (Namur, Belgique) pour une observation de deux jours, au sein de l'unité l'Oasis.

Vingt entretiens avec des personnes usagères, des aidants et familles et des professionnels ont été menés, ainsi que des observations in situ et une revue de documents.

Cinq grands thèmes, décomposés en 116 critères ont été investigués, puis cotés par l'équipe d'observation selon les modalités suivantes : Pleinement réalisé (R/P), Partiellement réalisé (R/Pa), Réalisation initiée (R/I), Non initié (N/I) et Non applicable (N/A). Les résultats pour les cinq grands thèmes sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Le rapport proposé à l'issue de cette observation ainsi que cette présentation s'attachent à présenter les observations de l'équipe, les points positifs ainsi que les axes d'amélioration. Des extraits d'entretien ou d'observation viennent illustrer de manière qualitative les cotations.

Enfin, dix recommandations ont été formulées à l'issue de cette visite.

Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation

Le rapport et les résultats ont été présentés à l'équipe de l'Oasis ainsi qu'à certains des usagers présents. La réflexion reste ouverte sur les suites à envisager pour l'unité, et de manière plus large pour l'établissement en général. Le lien entre le CNP St Martin et le CCOMS est pérennisé.

Recommandations ou pistes de développement (d'action) (s'il y a lieu)

Recommandation 1 : Amorcer une réflexion sur une organisation logistique permettant un meilleur accès aux chambres et un choix libre des horaires de lever et de coucher.

Recommandation 2 : Proposer des modalités d'expression sur l'organisation des soins dans la structure et les aspects matériels et logistiques, et favoriser une information vers les personnes usagères sur les évolutions et solutions proposées.

Recommandation 3 : Amorcer une réflexion sur la possibilité d'aménager une ouverture de l'unité.

Recommandation 4 : Systématiser l'information, avec des supports écrits et oraux, sur les activités sociales et culturelles au sein de la communauté et en faciliter l'accès.

Recommandation 5 : Proposer une formation à destination des professionnels sur les notions de rétablissement, d'autonomie et d'inclusion et développer les plans de rétablissement personnalisés, ainsi que les directives anticipées en assurant la participation effective des personnes usagères.

Recommandation 6 : Systématiser la recherche et le maintien de personnes ressources (aidants familiaux ou proches, réseau associatif, etc.) ayant un rôle clairement identifié dans le projet de soins.

Recommandation 7 : Proposer des programmes d'éducation et de promotion de la santé.

Recommandation 8 : Développer la formation sur les Droits des personnes ayant un problème de santé mentale, sur les standards internationaux tels que la CDPH, à destination des usagers, des aidants et des professionnels.

Recommandation 9 : Développer les alternatives à l'isolement.

Recommandation 10 : Développer l'information relative à la formation et à l'emploi.

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

Convention de l'ONU relative aux Droits des Personnes Handicapées

Déprise et changement de statut : Soins psychiques et ouverture de droits

Nom du ou des contributeurs : **Marine Mazel, Anne Quintin**

Contexte de récupération de la situation :

La situation que nous évoquons, une situation psychosociale très complexe, est issue d'une expérience professionnelle vécue dans le cadre de l'Equipe Mobile de l'association Aurore. Cette équipe – composée de 5 psychologues et 1 cheffe de service –, interpellée par des bailleurs sociaux d'Île-de-France, a pour mission d'évaluer, d'accompagner et d'orienter les personnes vivant de telles situations.

Petit résumé de la situation :

Un couple non marié avec un enfant vit dans un logement social au nom de monsieur. Ce dernier est violent avec sa compagne, qui, sans travail ni logement, ne peut partir. La justice pose un certain nombre de contraintes à cet homme afin de protéger Madame et sa fille, mais ces contraintes sont insuffisantes. C'est par un travail psychique permettant à la jeune femme de se libérer de son compagnon et un travail social lui permettant d'accéder à certains droits, que la situation complexe trouve une issue.

Mots clés : travail psychique, contrainte, ouverture de droits, locataire en droit et titre

Présentation de la situation :

Jean Bessis et Ezra Mahler, un couple non marié avec un jeune enfant, habitent dans un petit logement social parisien, dont Monsieur est détenteur du bail. Ce dernier est violent avec sa conjointe, ce qui amène celle-ci, après bien des difficultés liées à un phénomène d'emprise, à porter plainte. Suite à ses plaintes et aux violences avérées, il est emprisonné. Durant l'incarcération de Jean Bessis, Ezra Mahler reste dans le logement avec sa fille âgée de moins d'un an.

A sa libération, il a une interdiction officielle et juridique de s'approcher de sa conjointe. Il est alors officiellement hébergé chez une tante. Or, il reste le locataire en droit et titre de l'appartement dans lequel il se rend régulièrement, puisqu'il s'agit de son domicile. Le bailleur social sait que de fait il ne respecte pas cette interdiction. Il est également soumis à une injonction aux soins et doit se rendre régulièrement au Centre Médico-Psychologique de secteur.

Le bailleur interpelle l'équipe mobile Aurore sur cette situation complexe afin de prendre en charge des « troubles du comportement » et un « problème de dette locative ». Elle regarde d'abord le détenteur en droit et titre du bail de l'appartement. Une psychologue de l'équipe propose de rencontrer Jean Bessis. Alertée de l'interdiction de Monsieur d'approcher Ezra Mahler et soucieuse de faire respecter le droit, la psychologue propose à plusieurs reprises à Monsieur une rencontre hors du domicile, rencontres qu'il éconduit. Elle propose alors de rencontrer Madame au domicile, mais

Jean Bessis veut être présent. Pour ne pas encourager Monsieur à transgresser la loi, la psychologue insiste auprès de lui sur le fait qu'il est nécessaire qu'il ne mette pas sa propre liberté en péril et en se retrouvant de fait privé des liens avec son enfant. Les diverses contraintes qui lui ont été faites – jugement et incarcération pour violences à l'encontre de sa compagne, interdiction d'approcher cette dernière et injonction aux soins – ne sont pas opérantes ; elles ne stoppent pas les troubles du comportement de Monsieur et ne protègent pas Madame. De surcroît, il effraie l'ensemble des acteurs travaillant autour de la situation, du bailleur en passant par les assistantes sociales

Dans ce contexte, agir avec Ezra Mahler et sa fille semble alors la seule voie permettant de dénouer en partie la complexité de la situation. Des entrevues régulières dans un café se mettent alors en place. Ces séances montrent une jeune femme sous emprise et par ailleurs, une personne dont les droits sociaux sont très restreints. Un travail psychique s'amorce pour l'aider à sortir de la situation d'emprise, et concomitamment, pour l'aider à faire valoir son droit à être logée ailleurs.

Néanmoins les institutions mettent à mal ce processus, puisqu'elles exigent, alors qu'une proposition est enfin faite à Ezra Mahler par le biais du SSDP et de la mairie, un certificat d'hébergement afin qu'elle puisse prouver qu'elle a bien vécu dans le logement social avec son conjoint et qu'elle puisse alors bénéficier d'un relogement lui permettant de devenir locataire en droit et titre. Cette demande administrative revient à la mettre à nouveau dans une situation d'emprise auprès de Monsieur puisque c'est à lui que revient le fait de produire ce certificat d'hébergement, le bailleur, au courant de la cohabitation du couple, se refusant à le produire.

Le caractère paradoxal et délétère de cette demande n'échappant pas à la psychologue, un travail de l'équipe mobile est fait au niveau des institutions afin que Madame n'ait rien à demander à son compagnon, qui est, cela va sans dire, dans l'ignorance de ses démarches. Néanmoins la proposition de relogement ne peut aboutir, dans une situation pour le moins kafkaïenne où l'on exige de la personne en situation d'emprise d'obtenir de la plume de la personne qui la maintient sous son joug, une preuve attestant qu'elle a bien vécu sous ce même toit qui est celui du périmètre de l'emprise.

L'échec de cette proposition aura pour effet pervers, que les institutions vont se mettre à soupçonner Madame de quasi délit de « mauvaise foi » : au fond elle ne désirait pas tant que cela changer de vie, elle nous aurait « manipulé » pour obtenir un nouveau logement pour elle et Monsieur.

Alors que l'équipe a engagé des démarches auprès d'une association spécialisée dans le relogement de femmes victimes de violences, c'est contre toute attente le bailleur de Monsieur, qui, écrasé de culpabilité, finit par « débloquer à titre exceptionnel » un logement vacant, dans le même département où résident les parents de cette femme. Cette proposition intervient quelques mois seulement après le décès de son père. Eprouvée par un deuil récent et par un long parcours jalonné d'adversité, elle rassemble une nouvelle fois dans le secret de son compagnon, les différentes attestations et preuve de son désir de changer de logement et de vie.

C'est dans ce contexte, alors qu'une mesure AEMO est en place depuis peu, et alors qu'elle s'apprête à déménager, que l'Aide Sociale à l'Enfance décide d'intervenir sans en avertir les autres partenaires. La veille du déménagement, des agents de l'ASE viennent à la sortie de la crèche et retirent l'enfant à sa mère. Elle est placée en pouponnière. C'est par le travail avec la psychologue que Madame Mahler accepte, malgré tout, de déménager, un travail qui continue aujourd'hui afin d'accompagner la jeune femme dans ses démarches, mais surtout de l'aider à faire face comme elle le peut à cette situation.

Le bailleur, pour sa part, soumis à l'ire harcelante et menaçante de Monsieur, demande à nouveau à Aurore d'intervenir auprès du « détenteur du bail » dont la dette locative ne cesse de croître. Mais l'équipe mobile représente ce par quoi sa compagne s'est libérée de lui. C'est d'ailleurs précisément à ce moment que Monsieur Bessis menace de mort par téléphone la psychologue qui a selon lui causé la « ruine » de son couple et de son foyer. A ce compte la possibilité d'une alliance thérapeutique semble sérieusement compromise entre un psychologue de l'équipe et lui.

Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :

Les droits des personnes dépendent de différents codes qui sont hiérarchisés, qui s'articulent et s'ordonnent les uns par rapport aux autres. Ainsi peut-on voir le droit aux personnes en situation de handicap, les droits de la famille et parentaux, les droits civils, s'articuler les uns aux autres, les uns permettant d'accéder aux autres.

Dans quelle mesure ces différents droits viennent-ils se télescoper et complexifier les situations individuelles ? Pour aller plus loin, on peut se demander dans quelle mesure le nonaccès aux droits fondamentaux est un frein à l'accession des autres ? Par ailleurs, comme on le verra dans notre présentation, nous nous interrogeons sur la protection, mais également sur l'ouverture de droits – et quels droits ? - dont peut bénéficier une personne à qui l'on dénie un statut de vulnérabilité.

Pour rendre compte de ces différents questionnements, nous présentons une situation que nous avons suivie dans le cadre l'équipe mobile de l'association Aurore. Il s'agit d'un couple non marié avec un très jeune enfant, au sein duquel il y a eu des violences conjugales, Monsieur Bessis ayant même été condamné pour ces faits. Lorsque l'équipe mobile commence sa prise en charge, il est le locataire en droit et titre du logement qu'ils occupent chez un bailleur social. Madame Mahler est à ce moment-là dans une situation d'emprise vis-à-vis de son compagnon aussi bien du point de vue psychologique qu'administratif et statutaire.

C'est par le travail clinique engagé par les psychologues de l'association auprès de l'un des acteurs de cette situation que le droit pourra alors s'ordonner. L'analyse de cette situation permet également de montrer que la détention de droits fondamentaux, tels qu'un titre de locataire ou de salarié, est primordiale à l'acquisition d'autres droits.

C'est également par une prise en compte de la situation de vulnérabilité d'Ezra Mahler – victime de violences conjugales – et par un travail psychique avec elle, lui permettant d'avoir à la fois le temps et l'espace de penser à elle et de faire un travail de déprise, que la situation a pu évoluer et que la jeune femme a pu aller vers l'accession de ses droits.

Mais, que ce soit d'un point de vue individuel ou que ce soit d'un point de vue institutionnel, la moindre habileté de consentir de Mme Mahler en situation d'emprise – « qui se définit comme un processus de colonisation psychique par le conjoint violent qui a pour conséquence d'annihiler [la] volonté [de la conjointe] »² - ne la protège pas institutionnellement, puisque ce statut ne lui est pas accordé. Sa situation de femme victime de violences, sa vulnérabilité psychique engendrée par sa situation de couple³, d'une part, et, d'autre part, sa situation statutaire et administrative⁴, alors même que ces deux éléments posent la question des possibilités sociales de cette femme de se protéger elle-même⁵, ne sont à aucun moment prises en compte par les différentes institutions intervenant sur la situation, qui choisissent plutôt de poser des interdictions et des contraintes légales à Jean Bessis qu'aucune d'entre-elle d'ailleurs n'est en mesure de faire respecter. Seuls les psychologues de l'équipe mobile mais également de l'ASE entendent et reconnaissent le statut de vulnérabilité de cette femme et l'aident de ce point de vue.

Or, c'est bien en reconnaissant ce statut et en l'aidant psychiquement que Mme Mahler peut accéder à certains droits et partant se protéger elle-même. En effet, « Inscire et analyser les violences conjugales dans le cadre des rapports sociaux « qui produisent les inégalités structurelles entre les femmes et les hommes dans toutes les sphères de la société (famille, éducation, emploi, accès aux responsabilités politiques, etc.) », c'est adopter une perspective permettant de comprendre le caractère sexué de ces violences, le fait que ce sont les femmes qui en sont les premières victimes. Elles le sont en raison de ce qui, malgré les évolutions incontestables, persiste d'un rapport social inégalitaire maintenant les femmes dans des positions subalternes, une plus forte dépendance matérielle à l'égard du conjoint, de responsabilités asymétriques à l'égard des enfants »⁶.

Le point de départ, c'est le bail et qui est en est détenteur⁷. C'est le statut des individus, les conditions matérielles et les droits qu'ils ont⁸.

2

Dr Muriel Salmona, Présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, « Comprendre l'emprise pour mieux protéger et prendre en charge femmes victimes de violences conjugales », en ligne <http://memoiretraumatique.org>, 2016

3

Marie-France Hirigoyen, « De la peur à la soumission », *Empan* 2009/1 (n° 73), p. 24-30

4

Marie-Laure Deroff, « Parcours des femmes victimes de violences conjugales, in *Rapport d'études LABERS – UBO pour le CISPD Brest Métropole*, Septembre 2014, p.33

5

Valentine Baetao, « L'expérience de la domination : le cas des femmes victimes de violences conjugales en France », in *Violences envers les femmes : impasses, résistances, silences*, Février 2013, p.33

6

Op. Cit., Septembre 2014, p.8

7

Elisa Herman, « Paradoxes du travail social au sein des associations de lutte contre les violences conjugales », *Informations sociales* n° 169, Janvier 2012, p. 116-124.

8

Propos recueillis par Tania Angeloff, et Margaret Maruani« Gisèle Halimi. La cause du féminisme », Travail,

En effet, sans statut officiel – conjointe du détenteur du bail, locataire sans droit ni titre – la situation d'emprise est à la fois niée et insolvable. Par ailleurs, dans la situation de ce couple, on note un refus des uns et des autres – tous les acteurs intervenants dans la situation – de donner à Ezra Mahler un document permettant sa titularisation, une situation loin d'être exceptionnelle⁹. C'est une manière d'une part de ne pas être contre Jean Bessis qui menace de mort quiconque s'interpose entre lui et sa conjointe, et d'autre part, de dénier la violence dont il fait preuve sur cette femme. On voit le versant à la fois individuel et à la fois institutionnel de cette situation complexe. Par ailleurs, la suspicion et le jugement autour de la part de responsabilité de Madame Mahler dans la violence qu'elle a subi, bien que non verbalisés, flottent, restent présents et on peut soupçonner qu'ils ont participé aux décisions que les diverses institutions ont pu prendre.

Néanmoins, C'est en partie le fait de conférer un statut social – et partant d'ouvrir des droits - à la personne qui apporte le soin. Pour travailler sur le statut d'Ezra Mahler (le statut de locataire notamment), la psychologue de l'équipe mobile travaille sur sa trajectoire sociale, comme notamment le fait qu'elle souhaite faire des études, ce que Jean Bessis lui interdit, et donc la nécessité de le quitter pour s'accomplir.

Par ailleurs, dans cette situation, on voit que les droits fondamentaux viennent discuter d'autres droits. Il existe une hiérarchie, une articulation des différents droits¹⁰. Ici, c'est la pratique clinique qui vient ordonner les droits : cette pratique clinique permet à Ezra Mahler de choisir de quitter Jean Bessis et partant de lui accorder le statut de locataire en droit et titre. C'est les droits économiques qui permettent de restaurer les droits fondamentaux. Ce qui alors lui permet à la fois de ne plus consentir à la violence qu'elle subit et d'accéder à différents droits qui lui étaient jusque-là non ouverts.

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

- Code civile : Art 7 et 8 de la loi du 6 juillet 1989 consolidée au 14 mai 2009.
Art 1728 à 1735 du Code Civil (Payer les loyers et charges, Ne pas causer de troubles)
- Code Civil : Loi du 9 juillet 2010 crée une procédure nouvelle aux articles 515-9 et suivants du Code civil. L'ordonnance de protection en cas de péril imminent, et indépendamment d'une procédure pénale ou d'une procédure en divorce
- Code de la santé publique : loi du 17 juin 1998 sur l'injonction de soins relative au suivi socio-judiciaire (Art L.3711-1)
- Code Pénal : Loi du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du Code pénal.
Création du délit spécifique de violences conjugales, ainsi si des violences sont commises

genre et sociétés 2005/2 (N° 14), p.20
9

Nicolas Bernard, « Femmes, précarité et mal-logement : un lien fatal à dénouer », Courrier hebdomadaire du CRISP 2007/25 (n° 1970), p.17

10

Daniel Lévis, « Pour l'instauration d'un ordre de prééminence au sein des droits fondamentaux », Revue française de droit constitutionnel 2010/4 (n° 84), p.706

par le conjoint ou le concubin et même si elles n'ont pas entraîné de jours d'ITT (incapacité totale de travail), elles sont passibles du tribunal correctionnel ; circonstance aggravante du fait de la qualité de conjoint ou de concubin

Droit de visite versus intérêt du service et du patient : Quand un établissement interdit à une mère de rendre visite à son fils hospitalisé

Nom du ou des contributeurs : Sébastien Saetta, sociologue

Contexte de récupération de la situation :

J'ai pris connaissance de cette situation dans le cadre d'une recherche en sociologie sur le développement de la protocolisation et des procédures qualité au sein d'un établissement public de santé mentale. Lors de mes observations et entretiens réalisés au sein de la cellule qualité, j'ai récolté un corpus de plaintes adressées par les patients à l'établissement.

Petit résumé de la situation :

L'Agence Régionale de Santé (ARS) envoie un courrier à l'établissement pour lui demander de s'expliquer au sujet d'une situation de « négligence et de maltraitance » signalé par un médecin généraliste. Le médecin aurait rapporté à l'ARS les propos d'un patient mettant en cause l'établissement. Ce dernier répond à l'ARS en expliquant que ces allégations sont non seulement graves mais infondées.

Mots clés : Plaintes, maltraitance et négligence, interdiction de visite, diversité des points de vue, place de l'entourage

Présentation de la situation :

Cette plainte implique plusieurs protagonistes : l'Agence Régionale de Santé, l'établissement public de santé mentale, le médecin généraliste, le patient, la mère du patient, et l'équipe soignante.

Une Agence Régionale de Santé, sur la base du signalement d'un médecin généraliste, sollicite un établissement au sujet d'une éventuelle situation de négligence et de maltraitance. Le médecin généraliste aurait rapporté à l'ARS les propos de l'un de ses patients qui aurait fait état de « brimades et de sévices » ; de l'interdiction, par l'établissement, des visites de sa mère ; et d'un défaut de prise en charge concernant un problème de nature somatique. L'ARS somme l'établissement de s'expliquer.

L'établissement, en la personne du directeur, répond en expliquant d'abord que la mère est très « revendicative », et ce « depuis 19 ans » : « certes, nous comprenons sa souffrance, mais son comportement se rapproche du harcèlement à l'égard de nos professionnels et des directeurs qui se sont succédés au sein de l'établissement (à titre d'exemple, depuis 2012 [on est en 2014], 46 notes, ou plutôt bouts de papiers, ont été transmis au service) ». L'établissement justifie l'interdiction des visites par le fait qu'elles engendrent des « situations conflictuelles », et qu'elles perturbent le fonctionnement des services et la prise en charge de son fils. L'établissement répond ensuite aux accusations concernant le défaut de prise en charge qu'il n'a commis aucune faute et a correctement pris en en charge le problème. Concernant les brimades et sévices, il

répond, qu' « après vérification auprès de nos équipes, il s'avère que M. X ne subit aucune brimade ». Le courrier finit en expliquant que l'établissement se dit étonné qu' « un médecin qui n'est jamais rentré en contact avec nos équipes, s'approprie les faits que sans doute Madame X lui a rapportés, et porte un jugement infondé sur les équipes médicales et soignantes en considérant qu'ils relèveraient de négligence et de maltraitance ». L'établissement finit par solliciter une rencontre avec ce médecin.

Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation

Cette situation est déroutante parce qu'elle confronte à une diversité de points de vue, et qu'il est bien difficile de se faire une idée sur la situation et de savoir si l'établissement est ou non en faute. Toutefois, là n'est peut-être pas la question et il n'appartient pas à l'observateur que je suis de trancher.

Ce qui est intéressant dans cette situation, c'est qu'elle soulève finalement la place des proches dans la prise en charge. C'est peut-être cela qui est en jeu ici. Le conflit tourne en partie autour du mécontentement d'un père vis à vis de la prise en charge de son fils. L'équipe explique aussi agir dans l'intérêt de ce dernier et plus globalement du service en mettant sa mère à distance et en lui interdisant les visites dans le service. C'est peut-être aussi cette interdiction qu'il est intéressant de questionner : dans quelle mesure un établissement peut-il voire doit-il interdire certaines visites ? Ce qui est mis en tension ici, ce soit les droits des proches d'un côté, et l'intérêt du patient et du service de l'autre. On remarque toutefois que le patient lui-même ne s'exprime pas directement, son point de vue n'apparaissant qu'à travers les propos du médecin. Que pense-t-il de la situation ?

Recommandations ou pistes de développement (d'action) (s'il y a lieu)

Il pourrait être envisagé d'écouter davantage le patient, notamment concernant l'interdiction de visite. Il faudrait le remettre au centre du récit et tenter de savoir ce qu'il pense de cette situation.

Pose des contentions à Mademoiselle R.

Nom du ou des contributeurs : **Frédéric Mougeot**

Contexte de récupération de la situation : Recherche doctorale en sciences sociales

Petit résumé de la situation : la pose des contentions de Mademoiselle R. est difficile. Le sociologue observant la scène est appelé à prêter main forte à l'équipe soignante. La patiente est violente mais ne l'exprime qu'en direction des membres de l'équipe soignante.

Mots clés : psychiatrie – contentions – organisations – professions

Présentation de la situation :

Mademoiselle R., une patiente de 46 ans, est en chambre d'isolement depuis deux jours. Elle bénéficie de trois autorisations de sortie par jours pour fumer une cigarette. Elle s'agite à présent devant la porte du bureau infirmier car elle ne veut pas retourner en chambre d'isolement après sa pause cigarette. Mademoiselle R. est présentée comme une « habitué » de l'unité. Elle fait en effet des séjours réguliers lorsqu'elle est « trop haute ». Elle les sollicite le plus souvent afin de ne pas mettre en péril sa vie personnelle car, en phase maniaque, il arrive qu'elle ne parvienne plus à gérer les relations avec son environnement. Aujourd'hui, elle est, selon les infirmiers, « un peu haute » et fait une scène pour ne pas retourner en chambre d'isolement. Elle parle fort et blâme l'équipe soignante de lui imposer d'y retourner. Une infirmière de l'équipe de l'après-midi, Stéphanie, une IDE de 22 ans, la raccompagne avec Annie, l'aide-soignante. Je reste pour ma part dans le bureau infirmier. Sur ce terrain, la seule restriction à mes observations était de ne pas franchir le seuil de la chambre d'isolement. Un patient frappe alors à la porte du bureau. Il demande de l'aide et dit que Stéphanie et Annie réclament une infirmière supplémentaire. Anaïs, une IDE de 24 ans, Sonia, le médecin assistant de l'unité et moi-même nous rendons sur place. A notre arrivée, Stéphanie et Annie tentent de contenir Mademoiselle R. Disposées près du lit de la patiente, elles peinent à mettre les liens de contention tant Mademoiselle R. est agitée. Cette dernière donne des coups de pieds, bat des bras et des jambes. Elle crie qu'on l'a remise en CI trop tôt. Anaïs saisit alors les contentions. Je reste sur le seuil de la chambre. Anaïs et Stéphanie tiennent fermement les membres supérieurs de la patiente. Anaïs tient la main gauche, Stéphanie la main droite, Sonia le pied gauche. Mais la patiente s'agite encore et prend appui sur sa jambe droite. Elle bande son torse et se jette sur le matelas et reproduit ce mouvement pour libérer ses membres entravés. Pendant toute la scène, Sonia et Anaïs tentent de la rassurer. D'une voix douce, elles lui demandent de se calmer, de se relaxer et mettent en avant le fait qu'elle a besoin de repos. C'est alors que Sonia, le médecin assistant nouvellement recruté, me crie: « Eh, et toi ? Qu'est-ce que tu fais, viens tenir son pied ! ». Je m'approche et m'exécute. Je saisis la cheville droite de Mademoiselle R. Je me souviens encore du sentiment qui m'a parcouru. C'était la première fois que je touchais le corps d'un patient. Cette femme poilue, à la poitrine décharnée et qui criait sans relâche en se débattant. Les voix douces continuaient et ne parvenaient guère à calmer

son agitation. Mais, très vite, chaque membre fut lié au cadre du lit. Pendant tout le temps où je tenais la cheville de Mademoiselle R., celle-ci n'avait pas bougé sa jambe droite... Une fois contenue, le médecin lui demande de remettre correctement son pyjama pour être plus présentable. Elle réaffirme que c'est bien elle qui décide de ce qui se passe. Stéphanie demande à Sonia le traitement à donner à la patiente. Sonia propose un traitement per os (à avaler). Elle le présente à Mademoiselle R. qui le refuse. Elle lui conseille de le prendre afin d'éviter l'injection. La patiente s'en fiche et dit qu'elles n'ont qu'à lui faire une injection. Anaïs part préparer l'injection. Elle ferme la porte pour ne pas entendre la patiente hurler pendant la préparation. A son retour, Annie et Stéphanie tiennent de nouveau la patiente. Annie est accroupie sur elle et s'appuie sur son corps de toutes ses forces pour la contenir. Mademoiselle R. lui donne un coup de pied et la fait tomber au sol. Anaïs monte alors à son tour sur la patiente pendant que les autres détachent une cheville de Mademoiselle R, la font basculer le flanc et procèdent à l'injection. Mademoiselle R. continue de crier et les soignants de parler d'une voix douce. Mademoiselle R. va porter plainte. Elle insulte les infirmières de salopes, m'interpelle et me demande si je trouve ça normal. Après avoir fermé la porte, j'ai le peignoir de la patiente entre les mains, Annie le range et fait glisser les sabots de la patiente dans le placard. Une fois sortis, nous retournons quelques instants dans le bureau infirmier. Annie commente la scène : « Pas mal le cheval d'Anaïs ». On se lave les mains avec de la solution hydro alcoolique.

Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :

Dans cette scène où peuvent s'observer une série d'éléments donnant du grain à moudre au chercheur interrogeant les usages de la contrainte en psychiatrie, ce qui est d'abord remarquable, c'est à la fois la précision des gestes et le fait qu'ils ne parviennent jamais totalement à contrecarrer l'incertitude quant à l'issue de l'interaction face à la violence du patient. Ensuite, il est frappant de percevoir l'aigre-doux de la relation soignant-soigné dans le temps de l'interaction avec le patient. Si la pose des contentions impose l'usage de la force et peut induire des débordements du corps, la violence de ce corps à corps est comme détachée de la douceur des propos des soignants. Face à la violence des gestes, qu'ils soient le fait des patients ou des soignants eux-mêmes, se distingue l'enveloppement des mots visant notamment à préserver "l'alliance thérapeutique".

Un premier élément renvoie dès lors à une forme d'ambiguïté (Véga) de la contrainte dans laquelle l'usage de la force et de la violence qui en découle doit être accompagné, par le support de la voix, d'une prise en charge libérant de la douleur corporelle. Un second élément est notable dans cette scène. C'est bien sûr l'immobilité incroyable de cette jambe que j'avais à contenir. Si l'on prend cette situation au sérieux et que l'on considère la violence de cette femme envers le personnel soignant et son absence de violence envers ma propre personne, on peut émettre l'hypothèse suivante : Dans l'unité, Mademoiselle R. est venue discuter avec moi plusieurs fois de façon informelle. Elle m'avait parlé de ses études, de sa connaissance de la sociologie, des théories de Renaud Sainsaulieu. Elle avait aussi, au cours de ces discussions, évalué ses capacités à obtenir, par mon intermédiaire, des avantages quant aux conditions de sa vie

quotidienne dans l'unité. Elle avait alors pu noter que, contrairement aux soignants de l'unité, je n'avais, du fait de ma position dans l'organisation que peu de pouvoir pour influencer sur sa trajectoire de maladie. En tout cas, elle savait que mon éloignement du "jeu psychiatrique", lié à l'interprétation de mon rôle d'observateur, ne me permettait pas d'entrer dans la négociation de ses conditions de vie au sein de l'unité. Seuls les segments professionnels jouant un rôle clef dans cette négociation ont été l'objet de violence de la part de Mademoiselle R.. Qu'ils soient médecin, infirmières ou aide-soignante, ils ont tous été bousculés par la violence de la patiente et ont été amenés à mobiliser la force dans leur prise en charge. Parmi eux, ce sont plus particulièrement Stéphanie et Anaïs, les infirmières, qui sont au centre du jeu.

Pourquoi justement le segment infirmier ? Dans la division du travail psychiatrique, ce sont les infirmiers qui sont chargés de faire appliquer les mesures de contrainte prescrites par l'équipe médicale. Une part importante du faisceau de tâches (Hugues) infirmier est de veiller à l'application du cadre de soin des patients. Mais les infirmiers jouent aussi un rôle crucial, de façon informelle cette fois-ci, dans la négociation de ce cadre de soin avec les autres segments professionnels engagés dans ce processus. Du fait de leur présence continue et proximale avec les patients, les infirmiers bénéficient d'un grand nombre de ressources leur permettant d'influer sur la trajectoire de maladie des patients hospitalisés dans "leur unité".

Recommandations ou pistes de développement (d'action) (s'il y a lieu) :

Il conviendrait d'analyser davantage les enjeux organisationnels liés à l'usage des contentions.