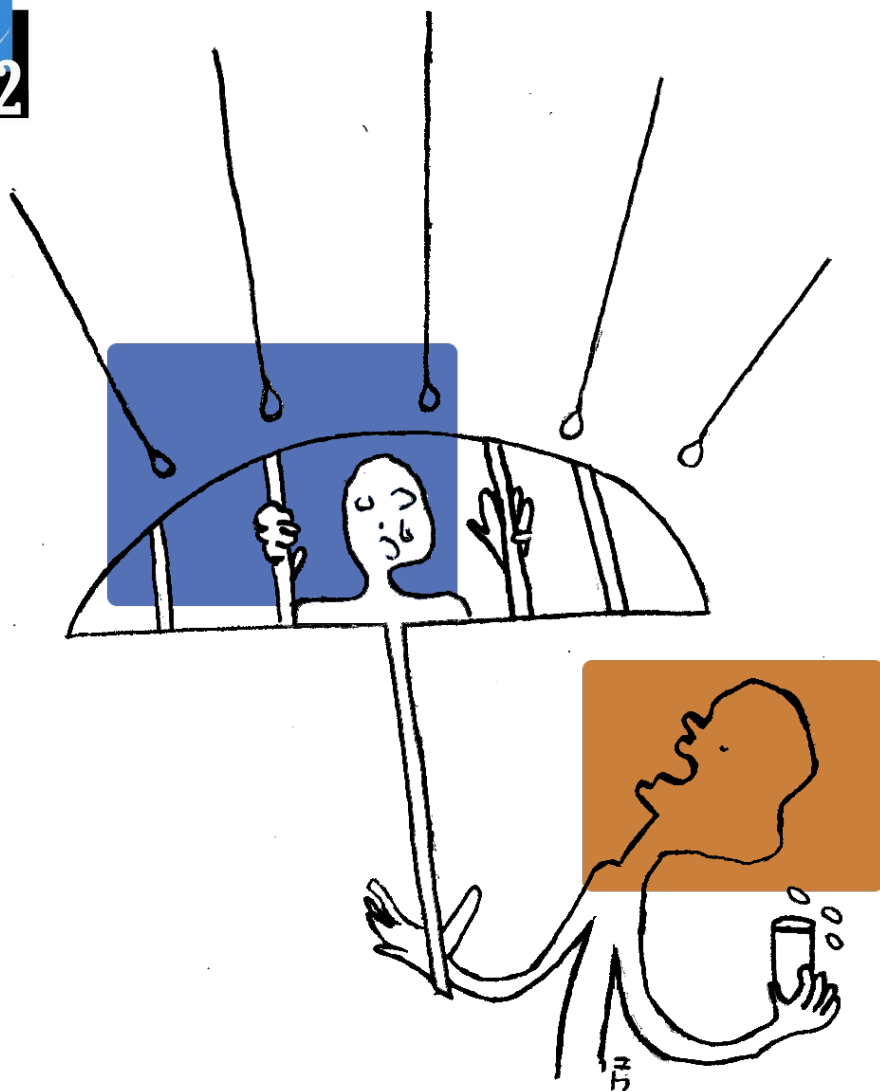




C'EST DU SOIN SI C'EST CONTRAINTE ?

Enquête autour de témoignages sur les soins sans consentement
réalisée par des adhérents et des amis
du Groupe d'Entraide Mutuelle L'ANTRE-2

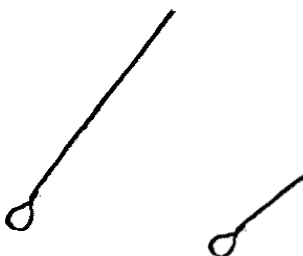
Première restitution dans le cadre de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale
6 octobre 2021, Rennes, Éditions j'aime L'Antre-2



SOMMAIRE

Notre projet : recueillir une parole rare et nécessaire	p.2
Les soins sans consentement, qu'est-ce que c'est ?	p.3
Des pratiques dont la fréquence ne cesse d'augmenter	p.6
Travailler ensemble	p.7
Restitution d'extraits des témoignages	p.8
Propositions pour un accueil favorisant le soin, la construction d'alliances thérapeutiques et le rétablissement	p.22
Une autre psychiatrie est possible	p.25
Conclusion	p.26
Pour aller plus loin	p.27
Remerciements	p.28





NOTRE PROJET : RECUEILLIR UNE PAROLE RARE

Cette année, la thématique de la SISM « Pour ma santé mentale, respectons mes droits » a interpellé les adhérents du GEM L'Antre-2. L'envie a émergé d'élaborer un questionnaire et de recueillir des témoignages autour des soins sans consentement. Les soins sans consentement, ce sont des pratiques d'isolement et de contentions, des hospitalisations en service fermé et des obligations de soin et de traitement. Le patient est privé d'une partie de ses droits.

Certains adhérents du GEM L'Antre-2 ont vécu des hospitalisations sans consentement et font deux constats : celles-ci sont souvent mal vécues et traumatisantes, et il en existe très peu de témoignages. Pour nous, la parole des personnes concernées est effacée derrière celle des soignants et des familles. Même entre personnes concernées, il y a peu d'occasions de revenir sur ces expériences, et encore moins collectivement.

Nous avons souhaité rencontrer nos pairs et échanger en profondeur autour de ces questions. Pour cela, nous avons élaboré un questionnaire d'enquête pour recueillir des témoignages anonymes et nous l'avons présenté aux adhérents du GEM, à des associations amies et aux membres du collectif SISM rennais et du Conseil Rennais en Santé Mentale.

Aujourd'hui, nous vous proposons une restitution des premiers témoignages collectés et de notre travail. Pourtant, il ne s'agit pas d'un travail achevé. Nous aimerions diffuser ces voix rares le plus largement possible : édition un recueil, émissions de radios, d'interviews presse...

Ce projet nous tient à cœur pour de multiples raisons. Il est important pour nous de développer une parole collective sur ce sujet, et de penser un accueil et des soins plus dignes et plus respectueux. **Nous voulons libérer nos paroles, permettre l'entraide entre pairs et le partage d'informations sur nos droits. Nous voulons faire entendre nos voix aux équipes soignantes et aux institutions. Enfin, nous voulons engager le grand public sur ces questions. Nous sommes convaincus que de meilleures pratiques sont possibles. Nous voulons du soin.**

LES SOINS SANS CONSENTEMENT, OU « SOINS » CONTRAINTS, QU'EST-CE QUE C'EST ?

DES RÉGIMES D'HOSPITALISATION SPÉCIFIQUES

Soins Psychiatriques Libres ou SPL (anciennement Hospitalisation Libre, HL) :

Les patients sont hospitalisés avec leur consentement, ils disposent des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux patients admis pour une autre cause. Ils ou elles peuvent librement quitter l'établissement.

Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers ou SPDT (anciennement Hospitalisation à la Demande d'un Tiers, HDT) :

Les soins sont demandés par un membre de la famille ou un proche qui n'est pas nécessairement désigné par le patient. L'admission est prononcée par le directeur de l'établissement concerné.

Deux conditions, appuyées de deux certificats médicaux (d'un médecin de l'établissement et d'un médecin extérieur) et de la demande d'admission formulée par le tiers, doivent être réunies : les troubles présentés rendent impossible le consentement du patient et son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Deux autres procédures existent en cas d'urgence et de péril imminent (à l'appréciation du médecin), un seul certificat médical est alors nécessaire.

Toute décision (prolongation de soins, programme de soins...) est prise par le directeur, au vu des certificats médicaux. La levée est décidée principalement par le psychiatre.

Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État ou SPDRE (anciennement hospitalisation d'office ou HO) :

La SPDRE est une mesure de police administrative : l'hospitalisation est ordonnée par arrêté préfectoral, après que soit établi un certificat médical. Là aussi, la notion de nécessité de soin (à l'appréciation du médecin) est centrale. Les SPDRE interviennent quand la sûreté des personnes est compromise, ou quand elles portent atteinte, de façon grave à l'ordre public. Cette seconde notion de protection est elle aussi centrale. La prolongation et l'aménagement de la mesure du patient hospitalisé en SPDRE relèvent des arrêtés préfectoraux.

COMMENT SE MATÉRIALISENT LES PRIVATIONS DE LIBERTÉ LORS DES HOSPITALISATIONS CONTRAINTES ?

- Interdiction de quitter l'établissement, interdiction de quitter le service.
- Levée du secret médical : la personne, le tiers ayant initié la SPDT peut avoir accès aux informations médicales du patient sans son consentement.
- Les possibilités de communiquer avec l'extérieur peuvent être compromises : interdiction de visites, confiscation du téléphone, accès aux visiteurs encadré...
- Confiscation des effets personnels : vêtements, cigarettes... Le port du pyjama d'hôpital (pyjama bleu) peut être imposé.
- L'accès aux sanitaires et aux salles de bain peut être limité, compromettant les besoins d'hygiène.
- Les droits à la vie privée et à l'intimité sont compromis : chambres parfois partagées.
- Les décisions médicales ne sont pas toujours explicitées et parfois l'instauration d'une mesure (le pyjama, la privation de tabac...) semble purement punitive.

QUELS SONT LES MOYENS DE COERCITION DONT DISPOSENT LES SOIGNANTS ?

Isolement : la chambre d'isolement est généralement une petite pièce de 10 ou 12m² qui ne peut être ouverte que de l'extérieur, avec une fenêtre renforcée ou sans fenêtre. Elle est équipée d'un lit sur lequel peuvent être installées des contentions. Certaines chambres sont équipées d'un hublot, ou de sonnettes pour alerter les soignants, d'autres de caméras de vidéosurveillance. L'accès aux sanitaires est conditionné par la présence d'un soignant. Les patients ne peuvent y emmener aucun effet personnel et sont souvent contraints de porter le pyjama d'hôpital. Une bouteille d'eau est parfois mise à leur disposition.

Contentions : les contentions sont un dispositif qui permet aux soignants d'attacher 1, 2, ou 4 des membres du patients à un lit ou à un brancard. Le réglage et la fermeture des contentions se fait à l'aide d'un mécanisme magnétique.

Médication forcée : par médication forcée, nous entendons tout traitement non consenti par le patient. A fortiori, ce sont les traitements qui ont vocation d'abrutir et de séduer le patient, que nous appelons camisoles chimiques, parfois jusqu'à l'empêcher de parler ou d'effectuer les tâches les plus élémentaires qui nous semblent les plus inquiétants.

PROCÉDURES DE CONTRÔLE ET MOYENS DE RECOURS

L'hospitalisation sans consentement, l'usage de la chambre d'isolement et des contentions sont encadrés par la loi. Les médecins sont ainsi tenus légalement de produire des évaluations et des certificats à 24 et 72h et tout au long de l'hospitalisation justifiant ou infirmant la poursuite de l'hospitalisation.

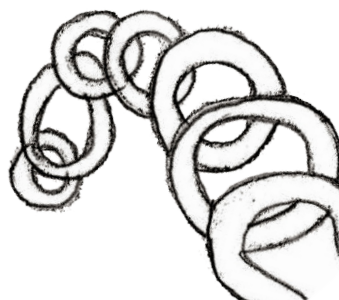
Une mesure d'isolement est d'abord établie par un médecin pour 12h, puis renouvelée pour 12h, puis toutes les 24h. Les placements dépassant 48h doivent être exceptionnels et justifiés, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Les mesures de contentions sont initiées pour 6h, et peuvent être maintenues pour 6h supplémentaires, puis renouvelées toutes les 24h. La Haute Autorité de Santé recommande que les mesures de contentions dépassant 24h restent exceptionnelles.

Depuis 2011, une procédure judiciaire encadre ces hospitalisations. Le Juge des Libertés (JDL) doit ainsi être saisi au plus tard le 12ème jour de toute hospitalisation contrainte, puis à chaque échéance de 6 mois. Ce dispositif prévoit que le patient reçoive une information sur cette procédure et qu'il puisse être représenté par un avocat de son choix.

Dans l'écrasante majorité des cas, le JDL entérine la décision des médecins de poursuivre l'hospitalisation (si c'est ce qu'ils préconisent), après avoir veillé au respect des procédures pénales – la production des certificats médicaux en bonne et due forme. Il semblerait qu'il y ait un manque de formation spécifique des magistrats et des avocats à ce sujet, ainsi qu'un manque d'informations dispensées aux patients. De plus, il semble que les décisions puissent être sanctionnées sans leur présence ou celle d'un représentant.

Les décisions d'hospitalisations contraintes se situent au carrefour de trois préoccupations : la nécessité de dispenser des actes de soin à une personne en détresse psychique, la nécessité de protéger cette personne, de protéger la société, et le souci du respect des droits et de la dignité de cette personne. L'inquiétude qui sous-tend notre travail est que la nécessité de soin et le souci du respect des droits et de la dignité de la personne soient effacés, dans un déséquilibre en faveur d'une logique sécuritaire et répressive des personnes souffrant de troubles psychiques.



DES PRATIQUES DONT LA FRÉQUENCE NE CESSE D'AUGMENTER

Entre 2006 et 2011, les hospitalisations sans consentement ont presque doublées. (chiffres Médiapart)

En 2016, en France 342 000 personnes ont vécu une hospitalisation à temps complet. Parmi celles-ci, 80 000 ont été prises en charge sans leur consentement. Ces admissions en soins sans consentement représentent plus de 23% des admissions (chiffres CGLPL).

Plusieurs collectifs de soignants (Printemps de la Psychiatrie, Collectifs des 39), plusieurs associations d'usagers et de familles (CRPA, UNAFAM), plusieurs ONG (Amnesty International) et des autorités administratives indépendantes (Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) et Haute Autorité de Santé (HAS)) alertent les pouvoirs publics et les directeurs d'établissement sur les nombreux abus observés.

Le CGLPL a réalisé près de 200 contrôles d'établissements en douze ans : « Le CGLPL n'a jamais visité deux établissements similaires, les éléments de distinction touchent l'ensemble de leurs conditions de fonctionnement [...] Aucun de ces établissements n'est totalement exempt d'atteintes aux droits de ses patients. »

Dans un rapport adressé à la presse, le CGLPL observe une multiplication des demandes adressées à la psychiatrie, empreintes de préoccupations sécuritaires. « Les champs de compétence et d'intervention de la psychiatrie ont considérablement augmenté depuis quelques décennies, souvent après certains faits divers dramatiques, médiatiquement surexploités. » Le CGLPL évoque une psychiatrisation des problèmes sociaux, et un abaissement du seuil pathologique. Selon lui, « la communauté médicale est obnubilée par la responsabilité qu'elle pense encourir en cas de passage à l'acte, quel que soit le patient et son mode d'admission. Le patient devient dangereux d'abord pour le risque juridique potentiel qu'il fait courir au médecin ou à l'établissement et s'en prémunir peut passer avant le respect des droits du patient. »

Le CGLPL poursuit plus loin : « Sur le territoire, il existe un besoin incompressible d'hospitalisation. La diminution rapide des capacités intrahospitalières – passée de 170 000 lits en 1970 à 50 000 lits en 1999 – n'a pas été compensée par une augmentation nécessaire des moyens alloués aux dispositifs extrahospitaliers ; couplée à la pénurie de médecins psychiatres exerçant en secteur public, elle a conduit à une croissante difficulté pour accueillir des patients en crise, à des retours insuffisamment préparés vers le domicile et à des ré-hospitalisations plus fréquentes. »

TRAVAILLER ENSEMBLE

Notre travail collectif a commencé début mai. Il s'est déroulé sur une dizaine de séances au GEM, il a aussi nécessité plusieurs réunions préparatoires entre ces séances. Quinze personnes, adhérents et adhérentes ou amis du GEM ont participé à au moins une réunion de travail, et six d'entre elles ont participé régulièrement.

Émilie, Sarah, Yann, Mathieu F., Julia, Mathieu L., Simon, Mathis, Claude, Ludovic, Lionel, Julien, Romain, Sami, André, ont participé à l'aventure, et les animateur et animatrices nous ont offert un précieux soutien pour nous organiser.

Le travail s'est articulé autour d'échanges libres, de la création du questionnaire d'enquête dont vous trouverez un lien à la fin du livret, de l'analyse des premiers témoignages et de l'organisation de cette présentation. Au fil des séances, nous avons eu à cœur de nous interroger sur ce qui, selon nous, constituerait un accueil digne et adapté aux situations délicates que nous pouvons traverser.

Les séances se sont déroulées selon les règles de participation de l'Antre-2 : la participation est libre, chacun peut s'engager comme il le souhaite, en fonction de ses envies et de ses disponibilités, la durée des séances ne dépasse pas 1h30 et comprend une petite pause au milieu.

Si ce projet réunit essentiellement des personnes concernées par des fragilités psychiques, certaines d'entre elles sont concernées par le soin contraint et d'autres non. Tous les participants ne portent pas le même regard sur la psychiatrie, sur les soignants ou sur leur prise en charge : plusieurs niveaux de satisfaction et d'insatisfaction émergent.

Si l'envie de dénoncer certaines pratiques est partagée par les personnes ayant vécu des hospitalisations sans consentement, il n'était pas évident que ces pratiques soient maltraitantes pour tous les participants. Nous avons pris le temps de reprendre ensemble cette réflexion autour des questions qui ont émergées : « Est-ce que ces contraintes sont forcément mal vécues ? », « Est-ce qu'elles ont un intérêt dans la prise en charge et le soin ? ». Les personnes directement concernées ont eu à cœur d'expliquer et de convaincre. La volonté de s'informer ensemble est partagée.

Ce travail collectif a fait émerger des difficultés pour certains à s'exprimer sur ces sujets sans être accompagnés de soignants. Pour nous, ce travail participe à favoriser l'expression des personnes concernées par les troubles psychiques en tant que sujet et en tant que citoyen.

Parmi nous, ceux qui ont vécu ces contraintes sont d'accord sur leur caractère problématique, et la nécessité de recueillir cette parole, rare et précieuse pour favoriser le développement de pratiques plus favorables au soin et à la construction de relations thérapeutiques indispensables au rétablissement.

Nous sommes fières et fiers d'avoir réalisé ce travail de manière autonome.

RESTITUTION DES TÉMOIGNAGES

INTRODUCTION

Ces témoignages sont issus des réponses au questionnaire en ligne que nous proposons depuis le début de l'été. Ces réponses étant anonymes, nous avons choisi d'attribuer un prénom fictif à chacune des personnes ayant répondu. Nous vous proposons ainsi de revenir ensemble sur ce questionnaire et sur les récits proposés par six personnes : Mathilda, Thibault, Thomas, Naïma, Joséphine et Sandra.

Nous avons choisi de vous proposer, le plus possible, les témoignages bruts. Nous avons sélectionné les réponses qui nous ont semblé les plus intéressantes. Nous nous sommes permis de tronquer certains passages, mais nous n'avons pas modifié les témoignages. Pour chaque question, nous vous proposons aussi une analyse de l'ensemble des témoignages, qui n'est pas une interprétation mais plutôt ce qu'il nous a semblé utile de relever lors des lectures collectives des témoignages.

Au moment où nous préparons cet événement, six personnes ont répondu à l'enquête, quatre femmes et deux hommes. Ils et elles sont âgés de 19 à 40 ans, et résident majoritairement en Ille-et-Vilaine. Le nombre et les durées d'hospitalisation sans consentement varient pour chaque personne, de 1 fois à 6 fois, pour des séjours allant de 72h à 4 mois. La majorité des hospitalisations sont des soins psychiatriques à la demande d'un tiers, l'une d'entre elle est une décision de soin psychiatrique du représentant de l'État. Les hospitalisations se sont déroulées entre 2000 et 2019 dans des hôpitaux psychiatriques ou pédo-psychiatriques. Lors de leur première hospitalisation, Sandra et Thomas avaient 17 et 11 ans. Ils avaient tous et toutes moins de 30 ans lors des hospitalisations.

L'ensemble des témoignages est disponible à la consultation au GEM L'Antre 2, à la discrétion des adhérents et adhérentes participant au projet.

RESTITUTION

Nous avons choisi de vous présenter les questions telles que nous les avons formulées dans le questionnaire d'enquête. Nous avons sélectionné des réponses parmi les témoignages.



Première partie : Nous aimerions d'abord disposer d'informations concernant vos hospitalisations

Qui était à l'origine de chacune de ces hospitalisations sans consentement ?

Joséphine : Ma mère est celle qui a signé chacune de mes HDT, c'est elle que je désigne comme «personne de confiance», et c'est elle qui fait le lien avec les équipes soignantes. Toutefois, ce sont souvent des proches (amis, coloc...) qui ont alerté ma mère et/ou appelé les pompiers ou le samu, ou m'ont conduit à l'hôpital.

Naïma : J'ai été poussée à être hospitalisée par ma tante et la famille chez qui je logeais à l'époque, même s'il n'y a pas eu de procédure d'HDT au début. Puis en cours d'hospitalisation, j'ai été hospitalisée d'office. Je ne suis pas certaine des raisons. C'était peut-être parce que je refusais de rentrer à Quimper, qui était pourtant mon hôpital de secteur en théorie. Ou bien c'était parce que j'étais sortie de l'enceinte de l'établissement sans permission. Ou peut-être que c'était juste parce que mon état «empirait» selon les médecins. Je n'ai jamais eu d'explication claire. En tout cas c'est peut-être ma tante qui a signé l'HDT, comme elle était la personne en lien avec le service, mais ça non plus je n'ai jamais su.

Sandra : La psychiatre que j'ai rencontrée qui ne m'a pas laissé le choix mais qui a ensuite indiqué dans mon dossier que j'étais consentante.

***Analyse:** Pour la majorité des personnes ayant répondu à l'enquête, c'est un membre de la famille qui a demandé les hospitalisations. Une des hospitalisation a été décidée par un juge pour enfant, une autre par un psychiatre. Le rôle du tiers demandeur, qui n'est pas désigné par la personne hospitalisée, n'est parfois pas clairement énoncé. Naïma indique qu'elle a basculé d'une hospitalisation libre à une hospitalisation sans consentement, et rapporte qu'elle estime ne pas avoir reçu d'information claires sur les raisons de ce changement de régime.*

Deuxième partie : Nous vous invitons à raconter ces hospitalisations plus en détail

Pouvez-vous raconter votre ou vos arrivées à l'hôpital ?

(Comment vous êtes-vous senti-es ? Quel a été le rôle de vos proches, de votre curateur ou de votre tuteur ? Qui vous a emmené à l'hôpital : vos proches, les pompiers, le samu, la police... ? Êtes-vous passé par les urgences ?...

Sandra : Je suis allée toute seule aux urgences pour voir un psychiatre. Je me suis sentie très mal quand j'ai vu la psychiatre car c'était la première fois que je me livrais et elle n'a pas été professionnelle. Elle m'a proposé de rester à l'hôpital alors je lui ai dit que je ne voulais pas. Elle m'a ensuite dit que je n'avais pas le choix et qu'elle ne me laisserait pas partir. Je n'étais toujours pas d'accord mais j'ai dû obtempérer et ils m'ont donné des anxiolytiques pour me calmer.

Naïma : [Avec ma famille,] Nous sommes arrivés le matin. Je n'étais pas psychotique, j'étais même plutôt éteinte, donc j'étais certainement considérée comme la dernière des urgences. Nous avons attendu toute la journée pour que je sois prise en charge. Le soir, épuisée et stressée, j'ai fini par faire une sorte de crise, à me rouler par terre en hurlant et en pleurant sans que j'arrive à me calmer, et j'ai enfin été prise en charge, même si le personnel n'arrêtait pas de me dire d'arrêter de faire mon caprice. C'est vrai que je ressemblais à un enfant de trois ans dans un supermarché... On m'a mise dans une salle fermée pour que je me calme, j'ai fini par voir un médecin qui a été odieux avec moi, qui me disait que j'étais un poids pour ma famille, que je faisais un caprice, qui minimisait tout ce que je disais. Une fois qu'il a été décidé que je resterais à l'hôpital, on m'a laissée dans un couloir en attendant qu'une chambre se libère, et ce pendant des heures, sans qu'on me propose à manger. Je me sentais seule, j'avais peur.

Mathilda : Je suis arrivée aux urgences volontairement, j'ai été transférée chez les jeunes adultes quelques jours puis j'ai été placée en chambre d'isolement avec placement sous contrainte lors d'une crise d'où j'ai ensuite rejoint le secteur fermé adultes. Ma famille, désemparée, a été très présente et je ne leur en veux nullement. En revanche, j'en veux beaucoup au corps médical.

Thibault : C'est souvent la Police qui m'a emmené à l'hôpital. Dès mon arrivée, j'ai subi les contentions. Je me suis sentis agressé.

Joséphine : La première fois, ce sont des amis, en lien avec ma mère, qui m'ont conduit au CMP. Puis j'ai été emmené en ambulance à l'hôpital psychiatrique. J'étais consentante et volontaire, mais je n'ai pas supporté les règles de l'hôpital: j'ai basculé très vite d'une hospitalisation libre à une HDT. La seconde fois, ce sont les policiers qui m'ont arrêtée. J'étais entrée dans un centre commercial avant l'ouverture. Ils m'ont emmenée menottée au commissariat, où je leur ai donné le numéro de téléphone de ma mère. Puis ils m'ont emmenée aux urgences où je suis restée attachée jusqu'à mon transfert à l'hôpital psychiatrique (j'étais endormie). J'étais très agitée, du fait de la manie, mais aussi à cause de l'hostilité des policiers et des équipes soignantes. Je me suis réveillée dans le noir complet le lendemain, nue (ma blouse d'hôpital ayant glissé), attachée aux pieds et aux mains. Je ne savais pas où j'étais. C'est la plus grande terreur que j'ai connue. [...]

Thomas : Je ressentais à chaque fois une grande angoisse, un bouleversement dans mes habitudes de vie. Mes parents n'étaient d'aucun secours pendant les phases d'entrée à l'hôpital. Il arrivait qu'ils m'y emmènent par tromperie prétextant un rendez-vous chez le médecin. Je passais parfois par les urgences. Les infirmiers et les médecins n'étaient pas aidants non plus. Car j'avais un mal-être qui se manifestait par des troubles du comportement, mais personne ne pouvait comprendre la cause de mes troubles. Pas même moi, puisque j'étais, en tant qu'enfant puis adolescent, dans l'ignorance de soi et de son environnement. Or, ce n'est que bien plus tard que je compris que mon environnement familial était délétère. Aussi je peux dire avec maintenant près de 20 ans de recul que ces hospitalisations n'ont servi à rien. Puisque à leur terme je retrouvais mon cercle familial toxique.

***Analyse :** Certains témoignages racontent une arrivée volontaire à l'hôpital, seul ou accompagné, avec une bascule en soin sans consentement lors du déroulement de l'hospitalisation. D'autres rapportent des arrivées très violentes, après une arrestation par la police ou un passage difficile aux urgences. Le sentiment de ne pas être accueilli, ou de ne pas recevoir d'explications revient souvent. Les contentions semblent fréquemment utilisées, aux urgences comme à l'hôpital. Les réponses des équipes soignantes à l'angoisse et à l'agitation, associées à la peur et à l'attente semblent parfois amplifier leurs manifestations. Certaines personnes rapportent de la manipulations, menaces, moqueries. Tout va très vite.*

Pensiez vous, au moment de la/des hospitalisations, présenter un danger pour vous-même, pour les autres ? Qu'en pensez-vous aujourd'hui ?

Thibault : Pendant la crise, je ne pensais pas présenter un danger pour moi-même ou pour les autres. Avec le recul, je pense que j'étais surtout très gênant pour les autres, mais pas dangereux.

Mathilda : Absolument aucun danger ni pour moi ni pour les autres. Le seul moment où je me suis sentie en danger était dans la chambre d'isolement. J'ai eu, pour la 1ère fois de ma vie envie de mettre fin à mes jours.

Joséphine : Je ne me suis jamais sentie en danger ou dangereuse en manie. C'est un état où je me sens très forte, guidée, accompagnée, et je n'ai jamais eu de pensées suicidaires en phase manique. Je n'ai jamais agressé personne lors d'une manie, ni physiquement, ni verbalement. Ce qui me rend agressive, dans ces phases maniaques, c'est la contrainte : les règles du jeu de l'hôpital que je suis incapable de respecter, les policiers qui m'interpellent rudement, comme si j'étais une menace alors que je suis en train de doucement divaguer. Je trouve très injuste que ce qui justifie les hospitalisations contraintes, c'est cette notion de danger. J'ai souvent ressenti ces hospitalisations comme des punitions de fautes que je n'aurai jamais commises. Aujourd'hui, avec le recul, je sais que je présentais à chaque fois un état qui avait besoin d'être accueilli, soigné. J'étais en danger parce que je ne pouvais plus prendre soin de moi : je ne mangeais plus, je ne dormais plus, et mon corps et mon esprit n'auraient pu encaisser cette agitation très longtemps... J'étais en danger parce que j'étais plus vulnérable. [...] J'étais en danger, et j'aurai pu mettre les autres en danger parce que ma capacité à être attentive était émoussée. J'aurai par exemple pu provoquer un accident ménager. Mais, là encore, on parle de dangers qui ne se sont jamais matérialisés...

Naïma : Au moment de l'hospitalisation, je ne pensais pas grand chose, j'avais la tête dans le brouillard. Au moment précis où j'ai basculé en Hospitalisation à la Demande d'un Tiers, quelques semaines plus tard, par contre, je ne voyais absolument pas de danger pour moi-même et encore moins pour les autres. Je trouvais ça même absurde ce changement en cours d'hospitalisation, qui semblait juste venir du fait que j'étais sortie de l'établissement, que j'avais pris le tram pour deux stations pour aller m'acheter des bonbons et un magazine, et revenir. Je trouvais ça disproportionné. C'est vrai que j'étais très suicidaire, et donc on pourrait dire que je représentais un danger pour moi-même, mais un autre type de prise en charge aurait été plus adapté pour cette situation.

***Analyse :** Dans l'ensemble des réponses, les personnes interrogées semblent être conscientes ou avoir été conscientes de leur besoin d'être prises en charge. Les hospitalisations contraintes reposent sur des principes de soin et des principes de précaution (pour les personnes et pour la société), hors, la majorité des personnes interrogées jugent qu'elles n'étaient pas dangereuses ni pour elles ni pour les autres. Le « danger » qui justifie l'hospitalisation est plutôt un danger potentiel : comment alors évaluer le risque ? Les témoignages rapportent plutôt un état dérangeant ou gênant, que dangereux.*

Pouvez-vous raconter vos expériences de soins sans consentement ? (Ici, vous pouvez raconter vos expériences de l'isolement, des contentions, des médicaments, du pyjama, mais aussi la vie en service fermé : les occupations, les interdictions ou les autorisations de sortie, les visites...)

Mathilda : J'ai été placée en isolement sans explication. Comme un lion qu'on enferme après son spectacle. Par mon expérience, j'ai appris que chaque patient est traité de la même manière, il n'y a aucune différence, quelle que soit la pathologie, l'âge ou la façon de penser. C'est un réel traumatisme. Le monde de la psychiatrie est un reflet du monde vivant, en miniature. Les patients sont les animaux, le corps médical représente les humains. Du dressage, du domptage, des croquettes magiques et de l'obéissance pour avoir le droit de se promener librement dans la jungle.

Joséphine : La première hospitalisation a été, de loin, la plus difficile. Les premières heures et les premières journées en isolement, la façon dont les soignants me parlaient, dont j'étais attachée pour chaque repas, les tours aux toilettes chronométrés quatre fois par jours, le sevrage forcé du tabac, et cette pièce, glauque, à l'odeur métallique de la peur et des excréments... Le pyjama bleu, avec l'entrejambe ouverte, sans sous-vêtements, aucune affaire personnelle... L'isolement a duré une semaine. Je n'ai pas vu la lumière du jour pendant plus de quinze jours. Il me fallait mendier chaque cigarette auprès des soignants. Pas de musique, pas de cahier ni de crayon, aucune activité. A chaque signe de rébellion, les menaces des soignants : l'isolement, les contentions, une piqûre... Les soignants toujours indisponibles, le psychiatre inaccessible, jusqu'à être convoquée, environ une fois par semaine, et devoir faire de mon mieux pour acquérir chaque fois une nouvelle miette de liberté. Le rituel des médicaments, trois fois par jours, un traitement dont je ne comprenais rien, et la menace de la piqûre si je ne les prenais pas. L'impossibilité de recevoir d'autres visites que celles de la famille, alors que je ne voulais pas les voir. Leur présence m'a été imposée lors de la pose du diagnostic. La façon dont les autres étaient traités m'a aussi beaucoup choqué. Les soignants qui, bousculés par un patient, se lâchent et le frappent de grands coups de pied... Il y avait aussi un patient qui vivait à l'isolement, il était là depuis plus d'un an... L'apprentissage des règles de ce premier service fermé où j'étais hospitalisé a été vraiment rude. Ce qui conditionne l'arrêt des mesures d'isolement, de contention, et du port du pyjama, c'est la résistance à la frustration, la docilité, et la capacité à ne formuler que des demandes «raisonnables» (selon les critères des soignants), et une seule demande à la fois. [...] Les urgences de l'hôpital général ont, [par contre], toujours été un passage obligé très difficile. C'est hyper dur d'être dans cet état maniaque où je suis une éponge au milieu de tous ces gens qui souffrent. De devoir patienter des heures. Les soignants ne savent pas quoi faire de nous, alors ils nous attachent.

Sandra : Je n'avais pas le droit de quitter le service, certaines infirmières se basaient sur la peur pour me faire coopérer. Je n'ai même pas eu le droit d'accéder à l'aumônerie de l'hôpital alors que je le souhaitais. Je n'avais pas mes affaires mais ils s'en fichaient, ils m'ont juste donné du savon mais j'ai dû garder la même culotte pendant 4 jours, je n'ai pas pu me brosser les dents...

Naïma : [...]Je ne sais pas ce qui est le plus pesant en chambre d'isolement. C'est peut-être le temps qui est beaucoup trop long, avec absolument rien à faire pour s'occuper, sinon observer le temps qui passe. C'est le fait aussi qu'on soit entièrement dépendant des soignants qui viennent pour les repas, donner le pommeau de douche. C'est de ne pas savoir quand on va pouvoir sortir. Ce que j'ai trouvé le plus dur, c'est que pour sortir j'ai dit à la psychiatre que je voulais bien revoir mes parents et confronter mon agresseur, et ça a marché, donc j'ai été obligée de le faire même si en théorie ça venait de ma propre initiative. Sinon, plus globalement sur la vie en service fermé, il faut toujours négocier pour ses droits, même les plus petits. Le droit d'avoir des habits, le droit d'avoir son téléphone, de pouvoir sortir dans le parc, de voir du monde... Et on ne comprend pas tout de suite, surtout au début, qu'est-ce qui fait qu'on les a ou pas. Et c'est très infantilisant quand on nous retire ces droits comme mesure punitive parce qu'il s'est passé telle ou telle chose. C'est le plein pouvoir des infirmier-es et des psychiatres.

***Analyse :** Les personnes témoignent d'un manque d'information ou d'explication vis à vis des mesures d'isolement, de contention et de privation. Les contentions apparaissent autant à l'hôpital psychiatrique qu'aux urgences générales ou lors des transferts. À l'isolement, les personnes sont privées d'accès aux sanitaires, à des vêtements propres ou à leur propres vêtements, parfois pendant plusieurs jours. Les personnes rapportent l'usage de ruses ou de négociations pour accélérer la sortie ou obtenir quelque chose, l'une d'entre elle parle de dressage : dans ces témoignages, tout rapport de confiance semble compromis, c'est la résistance à la frustration qui semble évaluée. Une personne note qu'elle n'a pas été traitée dans tous les services dans lesquels elle a été hospitalisée. Les personnes racontent aussi la vie lassante, très codée, très ritualisée des services, et l'ennui, qui semblent étouffant.*

Vous a-t-on proposé des activités thérapeutiques ? Si oui, lesquelles ?

Nous avons choisis ici de synthétiser les réponses.

***Analyse :** Trois personnes rapportent qu'il ne leur a été proposé aucune activité. L'une d'entre elle est parvenue à participer à quelques ateliers après l'avoir demandé à plusieurs reprises. Les trois autres personnes indiquent que très peu d'activités leur ont été proposées, certaines d'entre elles sous la forme d'atelier thérapeutique ponctuel ou hebdomadaire, d'autres sous la forme d'activités occupationnelles éparpillées. L'une des personnes, hospitalisée en pédopsychiatrie semble avoir bénéficié d'activités plus régulières. Plusieurs personnes soulignent l'ennui, le manque d'activités proposées, et le manque de matériel disponible dans les services pour s'occuper.*



Avez-vous bénéficié d'une audience avec le juge des libertés, le douzième jour de votre hospitalisation ? Pouvez-vous décrire cette audience ?

Naïma : Oui, j'ai bien eu une audience. Je ne me souviens pas très bien. Une infirmière m'a accompagnée à l'autre bout du bâtiment, j'étais contente parce que jusqu'ici je n'avais pas eu le droit de sortir du service. J'ai vu d'abord une avocate commis d'office, je ne me souviens pas spécialement lui avoir parlé ou raconté comment ça se passait, elle s'est présentée et m'a expliqué que j'allais passer devant le juge, que c'était juste une formalité. Effectivement, on a changé de pièce où il y avait la juge et d'autres personnes, je ne me suis pas exprimée pendant l'audience. En quelques minutes c'était terminé.

Joséphine : J'étais vraiment révoltée du traitement que je recevais lors de ma première hospitalisation. Je cherchais à tout pris un moyen de me défendre, et j'ai insisté auprès des soignants qui ont fini par m'indiquer qu'une audience avec le juge des libertés était possible. On ne m'a pas informée de la possibilité d'être représentée par un avocat. Le 12ème jour, j'ai été conduite dans une des salles de l'hôpital, accompagnée d'un infirmier, et l'audience a eu lieu en visioconférence. J'ai été choquée de voir que ma mère était aux côtés du juge. J'ai vraiment eu l'impression d'être seule contre tous, de vivre un cauchemar kafkaïen. J'ai plaidé du mieux que j'ai pu, mon argument principal étant celui-ci : « je reconnais avoir eu besoin de soins, mais j'estime aujourd'hui qu'il serait préférable pour moi d'être soignée en ambulatoire ». J'allais déjà vraiment mieux ! La juge a entériné la procédure médicale et la poursuite de l'hospitalisation sous contrainte. J'étais écœurée. Je me souviens que la possibilité d'une audience avec le juge des libertés m'a été proposée lors d'une des autres hospitalisations. J'ai refusé, hors de question que je prenne part de nouveau à cette mascarade. Je ne crois pas qu'elle m'ait été proposée systématiquement. Les audiences ont eu lieu sans moi, ma mère a reçu toutes ces « décisions de justice », décisions qui ne sanctionnent que la capacité d'un psychiatre à remplir des documents administratifs...

***Analyse :** La procédure n'a parfois pas été proposée aux personnes répondant à l'enquête. Lorsqu'elle a lieu, son objet n'est pas clairement défini, et les personnes interrogées rapportent beaucoup de perplexité.*

Troisième partie : relations avec les soignants et les autres patients

Pouvez-vous décrire vos relations avec le personnel soignant et le personnel paramédical pendant l'hospitalisation ? Étaient-ils disponibles ? Bienveillants ? Vous êtes-vous senti écouté ? Bien informé ?

Thomas : Bienveillant, oui pour les infirmiers dans l'ensemble. Mais dans une trop faible mesure. Car je trouve qu'ils étaient éloignés de l'aptitude morale qui devrait être la leur, dans quelque mesure, en tant que soignant : à savoir la capacité à être affecté par la souffrance du patient, et à vouloir prendre soin de lui. Cette capacité étant dépassée trop largement par la professionnalisation du soin. Ainsi, du fait des exigences d'efficacité et du manque de moyens humains dans les services, l'activité de soigner doit s'exercer à distance de la disposition morale de prendre soin de la personne malade. Et l'activité de soigner devient finalement distincte de cette disposition morale, qui pourtant en est à l'origine. Cela est vrai à plus forte raison pour les médecins.

Joséphine : [...] Mes relations avec les infirmiers et les aides soignants n'ont jamais vraiment dégénéré, mais il leur arrive de quitter une attitude bienveillante. C'était surtout vrai pendant ma première hospitalisation. Malgré leur indisponibilité, j'ai pu, lors de certains moments de détresse bénéficier de leur attention. Certains soignants n'ont pas hésité à contourner un peu les règles pour rendre mon séjour moins difficile: en m'autorisant à fumer dans la salle de bain attenante à la chambre d'isolement, en m'autorisant à avoir mon lecteur mp3 pour me coucher, en m'autorisant à rentrer un peu plus tard de sortie... J'ai vu un psychologue une fois, ce qui m'avait fait du bien, je regrette que ces suivis ne soient pas proposés systématiquement. J'ai vu une assistante sociale une fois, pour faire un point sur ma situation. Il y a vraiment, partout, un défaut d'information: sur les procédures médicales, sur la médication, sur les ressources disponibles pour préparer sa sortie...

Naïma : Pour moi, il y avait un rapport très déséquilibré, de dépendance, et ça se ressentait. Ils nous infantilisaient, j'avais l'impression d'être retournée au collège, à attendre qu'ils aient le dos tourné pour sortir les sucreries et à leur mentir. Les infirmiers étaient beaucoup là pour poser un cadre, et certains avaient l'air d'un peu trop aimer ça. De toute façon, ils n'étaient pas très disponibles. Les agents de service étaient souvent bien plus bienveillants et enclins à discuter.

***Analyse :** On note un défaut d'information, défaut de disponibilité, et un accueil qui varie en fonction des structures, des services et des soignants. Si certaines des personnes interrogées trouvent les infirmiers dans l'ensemble bienveillants, elles les jugent parfois trop distants. Une des personnes rapporte une attitude infantilisante de la part des soignants du service où elle a été prise en charge. Mathilda, que nous n'avons pas entendu rapporter des moqueries et des gestes de dégoût à l'égard des patients. De belles relations peuvent néanmoins se former avec les infirmiers, les auxiliaires et les agents de service, et certains soignants semblent prêts à contourner les règles.*

Pouvez-vous décrire plus en détail vos relations avec le ou les psychiatres ?

Thomas : Avec les pédo-psychiatres, il y eut de l'incompréhension de part et d'autre. C'est-à-dire un mauvais diagnostic de leur part, et une méconnaissance voire une ignorance de ma part de leur rôle de soignant. Ils n'ont pas eu de discernement sur l'origine réelle de mes troubles. A en être parfois risibles : ainsi convoquer une théorie freudienne sur le futile et l'accessoire, en même temps qu'être aveugle sur les causes du plus gros de mes troubles. Avec les psychiatres, je n'ai eu que peu d'occasions d'en rencontrer dans le cadre d'une hospitalisation contrainte pour en parler. Si ce n'est un excellent contact avec l'un d'eux, lors d'une hospitalisation lorsque j'étais jeune adulte. Ce psychiatre me suivra par la suite.

Sandra : La première psychiatre que j'ai rencontrée a eu une relation de domination avec moi, basée sur la peur qu'elle m'a fait ressentir et qu'elle a entretenue. La deuxième psychiatre était une interne et refusait de m'écouter et de me comprendre. Souvent je dis que j'avais l'impression que tous nos entretiens se passaient comme ça : - [elle] Je pense qu'il faut qu'on fasse / que vous fassiez ça - [moi] Non je ne veux pas pour telles et telles raisons et je pense que ça n'est pas ce qu'il me faut - [elle] Je m'en fiche un peu de votre avis, c'est moi la psychiatre, c'est moi qui décide alors vous allez faire ça.

Mathilda : Les relations étaient très distantes au début. J'ai ensuite discuté avec une patiente qui m'a expliqué comment réagir face à la psychiatre pour sortir vite. J'ai alors « joué un rôle » et les relations se sont bien passées. Jusqu'à ma sortie, où elle n'a plus du tout été présente malgré ma demande. J'ai alors vite compris que j'étais désormais seule et je me suis débrouillée par moi-même, en stoppant tout.

Naïma : Le rendez-vous avec le psychiatre, c'était très sacralisé auprès des patients, notamment parce que c'était le moment de demander plus de droits, voire demander si on pouvait sortir définitivement. C'était aussi évidemment le moment d'ajuster les médicaments, il n'y avait pas vraiment de discussion sur ce qui n'allait pas.

***Analyse :** Les personnes rapportent des postures dominantes, infantilisantes, ou distantes de la part des psychiatres, et soulignent leur indisponibilité... Les rendez-vous semblent très attendus, l'une des personnes dit qu'ils sont « sacralisés », pour obtenir un allègement des contraintes. Plusieurs personnes rapportent la nécessité de « jouer un jeu », et l'impossibilité de réaliser une alliance thérapeutique. Même si la méfiance transparaît dans la majorité des témoignages, nous devons noter qu'il existe des exceptions, pour certaines personnes, des relations thérapeutiques consenties ont pu se former.*

Avez-vous des remarques à formuler sur vos relations avec les autres patients ? Sur les relations des autres patients avec l'équipe médicale ?

Mathilda : Comme dans le monde extérieur, il existe tous types de patients. Des délinquants, des tueurs, des obsédés, des violeurs, des illuminés, des grands enfants, des gens drôles, des bienveillants, des gentils, des sensibles et de belles âmes... J'ai créé des amitiés sincères mais j'ai aussi nourri ma peur de l'Homme au sein des 4 murs de l'HP... c'est un peu le concentré du monde extérieur, vécu en accéléré...

Joséphine : Les rencontres avec les autres patients ont été précieuses, surtout au début, pour connaître les rouages de l'institution. Pour se soutenir aussi, pour tuer ces journées interminables, pour rire, même, parfois! Aujourd'hui encore, j'entretiens quelques relations formées à l'hôpital. Ce ne sont pas des amis, mais nous aimons échanger de temps en temps. J'en ai déjà un peu parlé, dans le premier service que j'ai fréquenté, j'ai vu des soignants traiter très durement d'autres patients. J'ai vu des gens presque mort-vivants tellement ils étaient sédatisés. Des gens punis : pyjamas bleus. Une personne vivait à l'isolement.

Naïma : Il y a une vraie solidarité qui se crée entre patients. Ceux qui ont le droit de sortir ramènent clopes et sucreries de l'extérieur, on s'entraide sur nos problèmes, en particulier ceux liés à l'hospitalisation. On se prête des vêtements, on discute. On accueille les nouveaux, on leur explique comment ça marche. Dans mon service, il y avait des patients qui étaient là depuis plusieurs années, c'était vraiment chez eux l'hôpital, et je crois que ça se ressentait. Je n'ai jamais gardé d'amitié durable après mes hospitalisations, mais les amitiés éphémères créées sur place étaient intenses et réelles. Les autres patients m'ont vraiment aidé à me sentir utile et à me sentir mieux, pour moi c'est un peu eux qui m'ont soignée.

***Analyse :** Pour trois des personnes interrogées, les échanges avec les autres patients ont été très importants. Des amitiés, même éphémères sont nées entre les murs, et parfois des liens plus durables. Les personnes rapportent des moments de partage, de solidarité et d'empathie, mais aussi, parfois, des contacts plus difficiles, ou bouleversants.*

Quatrième partie : Nous aimerions connaître votre regard sur ces hospitalisations, avec le recul qui est le vôtre

Ces hospitalisations ont-elles modifié votre rapport à votre entourage ? Si oui, de quelle manière ?

Nous avons choisis ici de synthétiser les réponses.

Analyse : Pour la majorité des personnes interrogées, ces hospitalisations n'ont pas changé leurs rapports avec leur entourage. Pour l'une d'entre elle, elle a permis une meilleure communication au sein de sa famille. À l'opposé, une des personnes rapporte que la crise et l'hospitalisation initiales ont été très difficiles, fragilisant la relation de la personne avec ses parents et en provoquant un isolement social brutal. Il y a alors un avant et un après hospitalisation.

Aujourd'hui, quel rapport entretenez-vous avec ces hospitalisations ? Pensez-vous en porter des séquelles ou des traumatismes ?

Mathilda : Bien sûr ! Mais c'est aussi ma force. Cela m'a redonné goût à mes passions : l'écriture et le dessin.

Thibault : Je pense que mes hospitalisations n'ont pas contribué à mon rétablissement.

Joséphine : Je suis toujours écoeurée de la manière dont se déroulent ces hospitalisations. L'isolement, les contentions et la médication forcée ne sont pas du soin ! Il y a beaucoup à faire pour penser un accueil plus juste ! Je me réveille encore parfois la nuit, en panique, d'un cauchemar où je ne peux ni bouger, ni parler. Certaines situations réveillent des angoisses que j'associe à l'enfermement.

Sandra : J'en porte un énorme traumatisme. Je ne peux plus retourner à l'hôpital, même dans un autre service, sans faire une crise d'angoisse. Et je refuse de me faire hospitaliser dans un service de psychiatrie depuis, peu importe l'hôpital.

Naïma : J'entends encore les serrures de la chambre d'isolement et je suis un peu claustrophobe depuis, alors que je ne suis restée que quelques jours en chambre d'isolement. Je crois aussi malheureusement que j'ai appris à ne pas dire la vérité à mes soignants de peur des répercussions (notamment une nouvelle hospitalisation). Je suis toujours dans la méfiance et la confrontation. Par contre je ne regrette absolument pas le rapport aux autres patients qui a été très thérapeutique, de savoir que je n'étais pas seule.

Thomas : Il me reste le sentiment d'avoir été mal jugé par le personnel soignant au regard de ma situation de vie affectée par des troubles mentaux. Ces mauvais diagnostics incombent au premier chef aux pédo-psychiatres. Je n'ai pas de séquelles ou de traumatismes.

***Analyse :** Quatre personnes disent porter des traumatismes liées à ces hospitalisations. Pour l'une d'entre elle, il est impossible de revenir sur les lieux de l'hospitalisation, pour d'autres, il s'agit de cauchemars récurrents, ou de claustrophobie. Pour Mathilda, il semble que cette expérience traumatisante lui a permis de mieux se concentrer sur ce qui était important pour elle. Il s'avère que c'est surtout la chambre d'isolement et les contentions qui engendrent le plus de traumatisme.*

Pensez-vous que l'état dans lequel vous étiez nécessitait une prise en charge ?

Nous avons choisis ici de synthétiser les réponses.

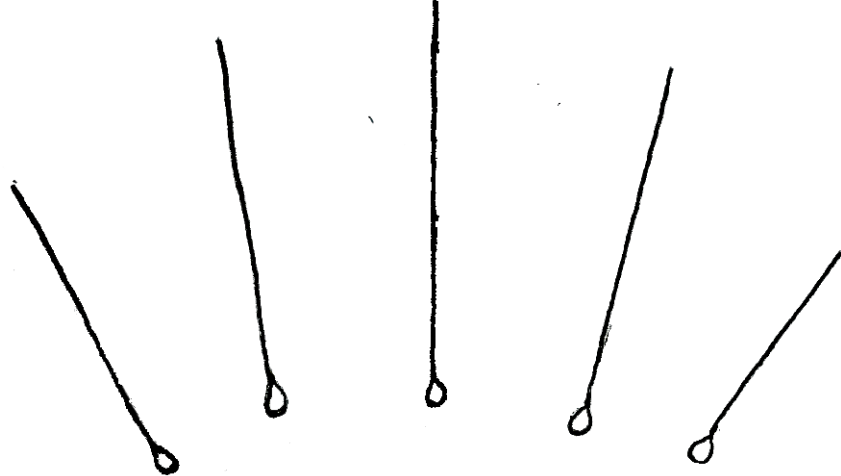
***Analyse :** Les six personnes interrogées ont répondu oui, mais quatre d'entre elles ont critiqué le mode de prise en charge, elles estiment que l'hospitalisation ou la médication n'étaient pas nécessaires.*

Pensez-vous que cette prise en charge a été utile dans votre parcours ?

Joséphine : Si la question est : "ces hospitalisations ont-elles permis de contenir les crises ?" La réponse est "oui". Ont-elles réellement participé à mon parcours de rétablissement ? Dans un premier temps elles ont eu plutôt l'effet inverse : j'étais méfiante à l'égard des médecins, à l'égard des médicaments après un premier traitement qui me noyait...

Naïma : C'est compliqué... Oui pour la rencontre avec d'autres patients, non pour tout ce qui est de l'ordre des soignants, psychiatre...etc

***Analyse :** L'intégralité des personnes interrogées estime que ces hospitalisations n'ont pas été utiles dans leurs parcours.*



CONCLUSION DES TÉMOIGNAGES

Les personnes interrogées rapportent toutes de s'être senti incomprises. On peut se permettre de dire que l'accueil des personnes relève plus d'une « gestion » coercitive que d'une prise en charge thérapeutique. On est très loin de « l'hospitalité ».

Le danger c'est plutôt de ne pas vraiment soigner les gens, de faire de l'hospitalisation une expérience traumatisante pour la personne. À la lecture de ces témoignages on comprend tout ce que ces traitements induisent de méfiance et de défiance à l'égard du corps médical, et de quelle manière ils compromettent la formation de relations thérapeutiques, d'alliances thérapeutiques nécessaires au soin et au rétablissement. Ces témoignages laissent aussi entrevoir une forme de déchéance de citoyenneté. Si elle s'exprime très concrètement pendant l'hospitalisation (privations de droits, négation de la personne et de sa parole...), elle semble persister dans le temps. C'est, selon nous, en partie, ce qui explique la difficulté des personnes concernées à s'exprimer et à dénoncer ces traitements.

PROPOSITIONS POUR UN ACCUEIL FAVORISANT LE SOIN, LA CONSTRUCTION D'ALLIANCES THÉRAPEUTIQUES ET LE RÉTABLISSEMENT

Voici la dernière question de notre enquête : En cas de crise, quel serait selon vous l'accueil idéal ?

Toutes les personnes interrogées s'expriment :

Sandra : Laisser une place au ressenti et aux besoins / envies du patient, sans le considérer comme incapable de se rendre compte de quoi que ce soit et sans l'infantiliser.

Mathilda : Une présentation des lieux, du pourquoi du comment ainsi que du corps médical me paraît être la base. Des activités physiques et intellectuelles proposées chaque jour. Un suivi psychologique adapté en fonction du patient et non une liste de patients à voir sur une feuille A4....

Thibault : Déjà, il faudrait supprimer les contentions. Il faudrait plus de moyens humains et matériels. Il faudrait aussi des activités réellement thérapeutiques. Il ne faudrait pas juste gérer des patients, mais offrir aux patients divers outils (écoute, médias, etc...), pour que la crise ne soit pas néfaste pour le psychisme.

Joséphine : J'imagine une petite unité, avec des soignants nombreux, disponibles. Des protocoles d'accueil qui cherchent à convaincre plutôt qu'à contraindre. Des équipes qui prennent le temps d'évaluer réellement l'état clinique de leur patient, individuellement, plutôt que d'imposer des privations de liberté à tous les patients. Je pense aussi que d'avoir un interlocuteur référent serait une bonne chose. J'aimerais des lieux de soin ouverts sur la ville, et des journées rythmées des gestes du quotidien, et d'activités diverses : sport, arts, jeux...



Thomas : Un accueil avec des soignants qui ont le temps d'être à l'écoute du patient et d'observer pendant la durée de l'hospitalisation ses états pathologiques. Ce qui nécessite de donner les moyens humains au personnel soignant, c'est-à-dire recruter davantage de soignants, afin qu'ils aient le temps de s'occuper des patients. Ainsi les médecins et infirmiers pourraient retrouver la vigueur de leur disposition originelle de soignant, qui devrait primer sur la professionnalisation de l'activité de soigner. C'est-à-dire qu'ils pourraient être plus largement affectés par le patient, par son histoire, sa situation de vie, ses états pathologiques. Cela dans la mesure où les conditions de travail leur permettraient de désirer davantage être disponible mentalement pour prendre soin du patient. Car soigner psychiquement implique non seulement la capacité à être observateur, afin de poser le bon diagnostic et les moyens thérapeutiques adéquats. Mais en outre, l'activité de soigner la psyché implique d'être bienveillant, attentionné, voire protecteur quand cela est nécessaire, afin qu'une relation de confiance puisse s'établir entre le soignant et le patient et qu'une alliance thérapeutique se noue. En conséquence, ces moyens humains supplémentaires permettraient au personnel soignant d'être plus en mesure d'apporter une réponse thérapeutique adaptée à l'individualité du patient. C'est-à-dire la réponse la plus efficace.

Naïma : Ce qui me manquait à l'hôpital, c'était de pouvoir donner mon avis sur qu'est-ce que moi j'estimais qui me ferait du bien, et d'avoir une réelle discussion et échange. Des groupes de paroles entre personnes concernées. Avoir des explications sur le cadre et les règles. Voir un-e psychologue, faire un vrai travail sur le fond du problème. Être écoutée et respectée.

***Analyse :** Dans ces témoignages, le désir de ne pas être infantilisé est prégnant, tout comme la nécessité d'une meilleure information des patients, tant sur les décisions médicales que sur leurs droits et les moyens de recours à leur disposition. Les personnes interrogées souhaitent pouvoir bénéficier d'activités thérapeutiques, ainsi que d'un suivi psychologique individuel et adapté. Pour cela, ils soulignent qu'il est important d'accroître les moyens humains et matériels à l'hôpital. En filigrane, ils et elles demandent la construction d'une nouvelle culture du soin, et, plus simplement, le besoin urgent d'être écouté et accueilli de manière digne et respectueuse.*

NOS PROPOSITIONS :

- Arrêt immédiat des contentions et des camisoles chimiques.
- Repenser les politiques de santé publique en faveur du soin et du rétablissement.
- Augmenter les moyens alloués à la discipline, surtout et avant tout les moyens humains.
- Réinstallation d'une formation spécifique pour les infirmiers.
- Soutenir les professionnels qui s'investissent, innovent et proposent des alternatives de soin basées d'abord sur la relation humaine.
- Développer des dispositifs d'accueil et d'information respectueux des patients et de leurs droits, simplifier l'accès aux moyens de défense et de recours, à l'aide d'une politique d'aller vers, et, à chaque fois qu'il l'est possible avec un interlocuteur référent.
- Favoriser une participation active et autonome des usagers dans les instances de décision des structures hospitalières.
- Travailler à l'alliance thérapeutique et au consentement éclairé du patient dès son arrivée et tout au long de l'hospitalisation.
- Dispenser une information de qualité et adaptée sur les traitements médicamenteux, et favoriser l'autonomie dans la gestion et la prise du traitement dès l'hospitalisation.
- Augmenter l'offre d'activités thérapeutiques et favoriser la participation active des patients, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.
- Rénover et améliorer les locaux.
- Proposer dans chaque unité des équipements sportifs et ludiques variés (ping-pong, baby foot, billard, jeux de société...). Favoriser l'expression avec du matériel (crayon, papier) facilement disponible.
- Favoriser la participation active des patients à la vie quotidienne.
- Soutenir et développer les initiatives de soutien entre pairs.
- Privilégier les petites structures et l'ouverture sur la ville.
- Veiller au maintien du lien entre les patients et la cité.

UNE AUTRE PSYCHIATRIE EST POSSIBLE

La psychiatrie qui a pu transparaître dans ces témoignages, et qui est majoritaire en France, n'est pas la seule qui existe ! Il existe de nombreuses alternatives, à l'étranger, mais aussi en France.

Nous vous proposons un bref aperçu.

Parmi les exemples récents, nos voisins Italiens ont, à partir de 1978 ("loi 180 ou loi Basaglia") progressivement supprimé les hôpitaux psychiatriques publics, et avec eux les chambres d'isolement et les contentions.

En Allemagne, la médication forcée est interdite dans plusieurs états dont celui de Berlin.

En Norvège, à Tromsø, une unité expérimente de ne pas imposer la médication, et d'accompagner la réduction et l'arrêt du traitement médicamenteux des patients au profit d'un accompagnement autour de la parole par les soignants et d'exercices physiques.

Il existe de par le monde de nombreuses initiatives propulsées par les soignants et prises en charge par les patients, telle la radio Colifata en Argentine. Ce projet de radio est l'occasion pour les patients de l'hôpital de Borda de Buenos Aires de raconter leur quotidien, d'échanger avec des personnes concernées, et d'être diffusés aujourd'hui dans toute l'Argentine et tous les hôpitaux psychiatriques.

Les initiatives de pair-aidance, par les personnes concernées et pour les personnes concernées, sont bien plus développées et depuis plus longtemps au Canada, et la France semble doucement suivre cette progression.

En France, si l'on s'intéresse aux initiatives passées et présentes, on constate que les pratiques ne sont pas uniformes.

Le courant de psychiatrie institutionnelle, toujours vivace, montre qu'une autre psychiatrie est possible. Ce courant est né après la deuxième guerre mondiale en réaction aux asiles et aux pratiques d'isolement et de contention, et plaide pour une prise en charge du patient sans que l'institution et l'enfermement ne lui porte préjudice. Pour la psychiatrie institutionnelle, les troubles psychiatriques trouvent leur origine de la perte du lien social et d'un rapport à l'autre et au monde compromis.

La clinique de La Borde, créée en 1953 par Jean Oury en est le meilleur exemple. À La Borde, le soin se fait alors grâce au concours de toutes les énergies (patients, soignants, éducateurs, cuisiniers, etc...), et dans la construction d'une vie collective où les hiérarchies s'effacent.

Par ailleurs, un accueil à l'hôpital n'est pas la seule solution en cas de crise. Il existe à Marseille et ailleurs des Lieux de Répit. Le principe ? Un lieu d'accueil et de repos pour les personnes en crise qui propose un accompagnement non pas par des médecins, mais par des pairs et des acteurs sociaux, en privilégiant l'ouverture sur le monde et la cité. Il est possible d'y rester quelques jours ou quelques semaines.

CONCLUSION

Si l'on revient au cadre de l'hôpital, les accueils diffèrent d'une région à l'autre et d'un établissement à l'autre. Les directeurs de structures et les chefs de pôles ont de plus en plus de pouvoir. Ils impulsent des politiques d'établissement à chaque fois singulières, choisissant l'orientation théorique des soins. On observe aussi différentes approches et visions des troubles suivant les pôles, les secteurs et même les unités. Cela dépend de la formation, de la vision des psychiatres et des référents, mais aussi de ce qu'on pourrait appeler de la micro-culture des équipes, c'est-à-dire des habitudes de façons de faire et de règles mises en place. Les soignants peuvent choisir les secteurs où ils sont le plus à l'aise avec ce qui est pratiqué, ce qui entretient cette micro-culture. A quand la possibilité pour les patients de faire de même pour choisir les pratiques qui leur conviendraient le mieux ?

Nous sommes alarmés par le virage sécuritaire observé ces quinze dernières années.

Nous sommes écœurés du désintérêt que nous rencontrons partout autour de ces questions, de la sphère politique au corps social. Ces pratiques, leurs abus et leurs excès portent gravement atteinte à la dignité des personnes qui en sont l'objet. Nous pensons qu'il est urgent que les professionnels médicaux et para-médicaux, les universitaires, et les syndicats s'emparent de ces questions. Nous souhaitons que, partout en politique, des élus aux groupes militants, ces questions soient travaillées sous l'angle du soin et du rétablissement. Nous souhaitons la levée du tabou sur l'enfermement contraint en psychiatrie. Nous souhaitons que le soin, celui, réel, de la relation, ne soit pas laissé à la seule charge des patients, de leurs familles, des acteurs médico-sociaux et associatifs, ou de trop rares soignants, isolés dans leur lutte.

Il est urgent d'agir. Cette transformation ne pourra pas se faire sans nous.

POUR ALLER PLUS LOIN

SUR LES PRATIQUES DE SOINS SANS CONSENTEMENT

« Pour ma santé mentale respectons mes droits ! Collectif SISM de Rennes », conférence du Secrétaire Général du CGLPL Mr André Ferragne pour le lancement de l'édition 2021 de la SISM rennaise, 2021. Vidéo disponible sur Youtube.

« Rapport thématique : Soins sans consentement et droits fondamentaux » Dossier de presse, CGLPL, 2016.

Le blog de Mathieu Bellahsen, Le Club de Médiapart, sur le site de Médiapart.

DES ALTERNATIVES ET DES INITIATIVES QUI NOUS INSPIRENT

« La Borde, le droit à la folie », documentaire, INA, 1977. Vidéo disponible sur Youtube.

« A Marseille, ce Lieu de Répit est une alternative à l'hospitalisation », Konbini news, 2021. Vidéo disponible sur Youtube.

« La Colifata contre la stigmatisation, Je suis Moi, de Fernando Aquino », Radio Colifata, 2016. Vidéo disponible sur Youtube.

REMERCIEMENTS :

Nous remercions tous les adhérents, adhérentes et amis du GEM L'Antre-2 ayant participé à rendre cette aventure possible : c'était un défi de travailler sur ce sujet, nous l'avons relevé ensemble.

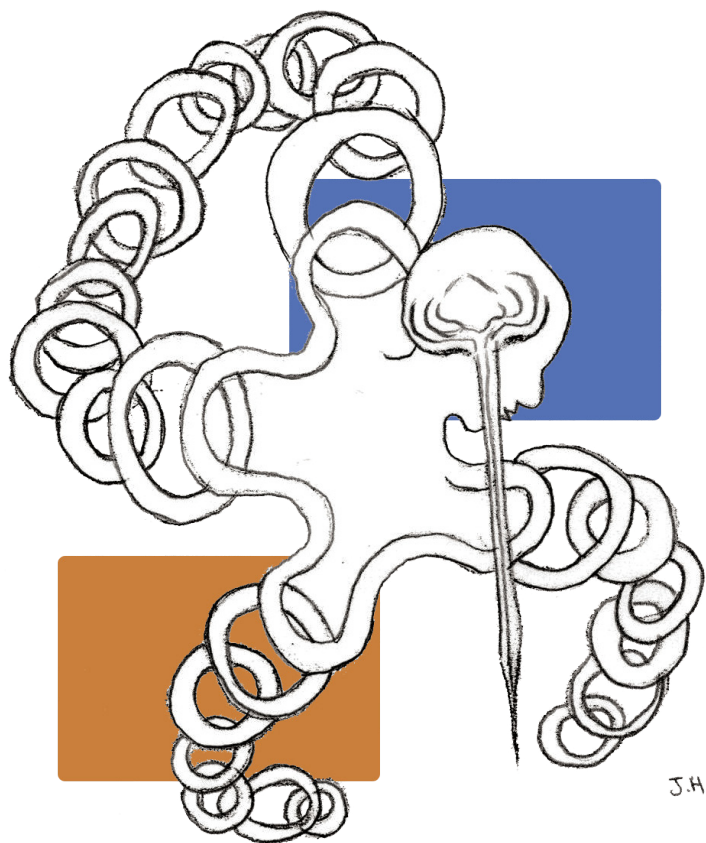
Nous remercions plus particulièrement Julia, qui a réalisé les dessins pour la couverture de ce livret.

Nous remercions les animateur et animatrices du GEM Marion, Liza et Frank pour leur aide et leur soutien tout au long du projet.

Nous remercions le collectif SISM rennais de son soutien, et de nous permettre de restituer nos travaux dans le cadre de la semaine d'information sur la santé mentale.

Nous remercions tous ceux qui, au quotidien dans les services, de par leur plume aiguisée dans les journaux, ou de par leurs actions associatives et militantes, luttent pour qu'une autre psychiatrie soit possible.

Enfin, avec chaleur et respect, nous remercions toutes les personnes qui nous ont confié leurs précieux témoignages.



VOUS AVEZ DES QUESTIONS ?
ENVIE DE RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE ?

Vous pouvez nous contacter au GEM L'Antre 2
gemlantre2@yahoo.fr
06.67.27.11.12 - 09.51.65.07.41
14 rue Papu, 35000 Rennes

