

et leur remplacement par des systèmes d'accompagnement<sup>(24)</sup>. Il faudrait alors s'attacher à ce que la représentation, instrument classique de protection en droit français, se limite à une substitution de personne sans déborder sur une substitution de jugement<sup>(25)</sup>.

**Le passage vers la présomption d'autonomie amorcé.** – C'est exactement le virage opéré par la loi de programmation 2018-2022 et de réforme de la justice lorsqu'elle supprime la nécessité – exigée par l'ancien article 460 du Code civil – pour le majeur protégé de voir son mariage autorisé par son curateur ou son tuteur<sup>(26)</sup>. L'objectif visé par l'article, et affirmé par le Conseil constitutionnel, était de préserver les intérêts de la personne pro-

tégée<sup>(27)</sup>. En pratique, il en découlait que la conformité du projet nuptial aux intérêts du majeur était objectivement appréciée par un tiers sans qu'il soit apporté la preuve préalable de l'incapacité du majeur à juger seul de l'opportunité de son choix<sup>(28)</sup>. Pourtant, dans l'hypothèse où le majeur serait apte à émettre un consentement intègre, ne devrait-il pas être le seul juge de la manière de préserver ses intérêts ? En énonçant désormais que la personne chargée de la mesure de protection est simplement informée du projet de mariage (C. civ., art. 460), tout en lui accordant la possibilité de former opposition (C. civ., art. 175), le législateur présume le majeur protégé autonome, à charge pour les tiers de renverser cette présomption. C'est là un important pas en avant. Pour que l'autonomie soit entièrement préservée, il ne reste plus qu'à espérer que la mise à l'écart de la volonté du majeur protégé reposera sur le seul examen formel de celle-ci. ■

(24) Voir D. n° 2010-356, 1<sup>er</sup> avr. 2010 portant publication de la convention relative aux droits des personnes handicapées (ensemble un protocole facultatif), signée à New York le 30 mars 2007.

(25) Sur ce point, voir Baudel M., Repenser la protection des majeurs protégés au regard de la Convention internationale des personnes handicapées, Dr. famille 2018, comm. 8.

(26) La loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 a été déclarée conforme à la Constitution : Cons. const., 21 mars 2019, n° 2019-778 DC.

(27) Voir Cons. const. QPC, 29 juin 2012, n° 2012-260, D. 2012, p. 1675 et p. 1899, note Raoul-Cormeil G.

(28) Voir par exemple, Cass. 1<sup>re</sup> civ., 20 avr. 2017, n° 16-15.632, RJPF 2017-6/22, obs. Ferrière Sc.-M.

→ RJPF 2019-10/4

## Le péché originel de la psychiatrie



Par **Thierry NAJMAN**

Psychiatre  
ancien chef de pôle hospitalier,  
auteur de *Lieu d'asile. Manifeste pour une  
autre psychiatrie* (Odile Jacob, 2015)

La question de la restriction des libertés des malades mentaux se pose depuis la naissance de la psychiatrie comme discipline médicale, c'est-à-dire selon les historiens de la spécialité depuis la Révolution française. Depuis cette époque, folie et liberté constituent les deux faces indissolublement liées d'une même médaille. Au risque de surprendre le lecteur, nous soutiendrons en ces lignes que la thématique de la contrainte et de l'enfermement demeure comme une sorte d'impensé de la psychiatrie, presque son point aveugle, son paradoxe essentiel.

Nous en prendrons pour preuve la régression permanente de la psychiatrie hospitalière en matière d'isolement, de contention et de contrôle des patients depuis les années 1990, autrement dit depuis l'entrée de la spécialité dans une période « néoaliéniste », qualificatif dont nous avons précisé la signification électorale dans un ouvrage récent<sup>(1)</sup>. À cet égard, la loi du 5 juillet 2011 réformée le 27 septembre 2013<sup>(2)</sup> a constitué un accélérateur indéniable.

L'inflation statistique permanente des admissions sans consentement en établissement de santé s'accompagne d'une dégradation des pratiques des professionnels de terrain. Ce constat affecte l'ensemble du spectre des dispositions de contrainte. Celui-ci balaye un large éventail de possibilités, allant de l'interdiction des vêtements, du téléphone ou la limitation des visites des proches, jusqu'à la mise sous contention physique, en passant par les restrictions en matière de pratique religieuse ou politique et bien d'autres contraintes encore. Depuis une dizaine d'années, les rapports du Contrôleur général des lieux de privation de libertés sont tout à fait éloquentes sur ce point. Les scandales récurrents relayés par la presse concernant les impressionnantes dérives de divers hôpitaux témoignent de l'actualité brûlante du sujet. Du centre psychothérapeutique de l'Ain à Bourg-en-Bresse<sup>(3)</sup> jusqu'à l'hôpital psychiatrique d'Évreux<sup>(4)</sup> en passant par le CHU de Saint-Étienne<sup>(5)</sup>, les gros titres se multiplient, doublés de temps à autre par la réaction émue d'un ministre de la Santé ou des autorités de tutelle.

(1) Najman Th., *Lieu d'Asile. Manifeste pour une autre psychiatrie*, Odile Jacob, 2015.

(2) L. n° 2011-803, 5 juill. 2011, JO 6 juill. et L. n° 2013-869, 27 sept. 2013, JO 29 sept.

(3) Voir Favereau E., *Psychiatrie, l'enfer derrière les portes*, Libération, 25 mars 2016.

(4) Voir Goanec M. et Michel P., *À Évreux, l'hôpital psychiatrique paye dans la violence le prix de son sous-financement*, Mediapart, 23 juin 2019.

(5) Voir Jacquin J.-B., *Psychiatrie : des traitements inhumains à l'hôpital de Saint-Étienne*, Le Monde, 1<sup>er</sup> mars 2018.

## LA DISTINCTION ENTRE ISOLEMENT ET CONTENTION : UN IMPENSÉ

Comment, en effet, aborder autrement que comme un impensé, un scotome fondamental de la psychiatrie, l'amalgame systématique entre contention et isolement ? Les rapports d'experts, les lois, les textes réglementaires ou les articles mélangent presque à chaque fois les deux notions, les confondent et les unissent, comme si attacher un individu aux quatre membres et à l'abdomen sur un lit équivalait à limiter sa liberté de déambulation à une pièce ou un espace clos. La Haute Autorité de Santé intitule par exemple « *Isolement et contention en psychiatrie générale* » ses recommandations de bonnes pratiques publiées en mars 2017. Ainsi également de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016, dite loi *Touraine*<sup>(6)</sup>, disposant : « *L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours* ». Plusieurs arguments forts nous amènent à penser que ces pratiques méritent pourtant une différenciation tranchée, sans laquelle la réflexion ne peut avancer décemment. Isolement et contention constituent à nos yeux des méthodes hétérogènes aux potentialités et aux conséquences radicalement distinctes.

Isoler un patient et limiter ses possibilités de circulation soulève bien entendu de nombreuses questions d'ordre juridique, éthique, clinique, sécuritaire ou sociétal. Nous partageons la conception développée par le psychiatre Jean Oury, selon laquelle la liberté d'aller et venir constitue un préalable à la possibilité même d'un soin en établissement de santé<sup>(7)</sup>. Pour autant, restreindre cette liberté en isolant un patient nous paraît non seulement occasionnellement défendable, mais peut même s'avérer transitoirement indispensable dans des situations où ledit patient présente un risque élevé de passage à l'acte suicidaire imminent.

*A contrario*, plusieurs arguments solides nous conduisent à affirmer que *les contentions devraient être bannies en pratique hospitalière quotidienne*. L'usage des contentions mécaniques conduit à une immobilisation complète du corps et des membres loin d'être anodine pour un individu donné, notamment concernant sa santé physique et psychique. Le sujet bascule dans une passivité absolue et une dépendance totale. Il devient redevable de son environnement et des personnes alentour, y compris pour ses besoins physiologiques les plus archaïques. Il est offert aux bons soins, au regard et à la volonté de l'autre. Pour le meilleur et pour le pire.

Aucune étude n'a jamais démontré l'intérêt des contentions physiques comme thérapeutique, pas plus que pour la sécurité des patients ou des services hospitaliers. Simultanément, de graves effets indésirables peuvent découler de leur usage. Plusieurs études ont mis en évidence les conséquences psychologiques délétères, en particulier les traumatismes psychiques liés à l'utilisation des contentions, mais aussi les lésions musculo-squelettiques pouvant en résulter. Plus dramatique encore, il arrive que des patients décèdent des suites de cette pratique. La mort peut dé-

couler d'un étouffement<sup>(8)</sup> lié à la pression physique des sangles, de l'inhalation du contenu acide de l'estomac, ou bien encore des suites d'une phlébite et d'une embolie pulmonaire. Les contentions peuvent tuer. Ce n'est pas le cas de l'isolement.

Nous n'hésiterons pas à affirmer l'existence d'un certain tabou sur ce sujet dans la psychiatrie d'aujourd'hui, étant donné l'absence de statistiques concernant des effets indésirables aussi tragiques. Quel médicament, quelle autre méthode « de soins », disposerait dans notre pays d'une autorisation d'usage par les instances concernées sans qu'une évaluation précise des conséquences soit mise en œuvre ?

Il n'est pas indifférent qu'un pays comme l'Islande ait tout bonnement aboli l'usage des contentions de sa psychiatrie hospitalière depuis 1932, à la suite des initiatives du psychiatre islandais Helgi Tómasson<sup>(9)</sup>. Une telle réforme implique bien entendu une remise à plat de l'organisation des soins. Mais elle indique aussi la possibilité d'une évolution des pratiques que la majorité des psychiatres et des infirmières de notre pays considère comme impossible. En France, plusieurs équipes, peu nombreuses au demeurant, ont déjà décidé d'exclure cette méthode extrême, localement, à l'échelle d'un service. Elles prennent pourtant en charge les mêmes pathologies, les mêmes problématiques que les autres. Les professionnels opèrent une forme de franchissement subjectif dès lors qu'ils refusent l'inacceptable. À partir de cette position éthique et clinique s'ouvrent de nouvelles questions, du côté de la recherche de dispositions alternatives à l'usage des contentions. Une telle hétérogénéité des approches thérapeutiques entre les services hospitaliers n'est pas sans soulever une question de fond. Elle est à nos yeux l'un des révélateurs d'un non-dit et d'un impensé fondamental concernant la psychiatrie.

## LA PSYCHOSE PRÊTE LE FLANC À LA MALTRAITANCE

Ce trou symbolique, cet espace resté vacant dans la conceptualisation des pratiques psychiatriques interroge selon nous la conception même de la maladie mentale. La grande majorité des patients admis en hospitalisation souffre de diverses pathologies regroupées le plus communément sous le terme de « *psychose* ». La psychose est ainsi venue se substituer dans le vocabulaire des professionnels à ce que le langage populaire qualifie usuellement de « *folie* », les médecins ayant eux-mêmes adopté successivement les mots « *d'insensé* » sous l'ancien Régime, puis « *d'aliéné* » à partir de la création des asiles, à l'orée du XIX<sup>e</sup> siècle. De nos jours, le diagnostic de schizophrénie est devenu la catégorie de psychose de loin la plus usitée pour les malades hospitalisés, en particulier pour ceux soumis à des pratiques de contraintes. Ces patients souffrent notamment d'idées délirantes et d'hallucinations le plus souvent auditives, c'est-à-dire verbales.

(6) L. n° 2016-41, 26 janv. 2016, JO 27 janv.

(7) Oury J., *La psychothérapie institutionnelle. De Saint-Alban à La Borde*, Éditions d'une, 2016, p. 18

(8) Voir AFSSAPS, Rapp., 28 févr. 2011, Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique.

(9) Conférence du psychiatre islandais Pall Matthiasson du 14 mars 2017 lors de la journée du CCOMS à Paris, intitulée *Contrainte et liberté en psychiatrie : des expériences, des résultats*.

Il est, à nos yeux, peu probable de développer un accueil convenable de ces patients en institution si l'on ne prend pas en compte une donnée cardinale de la problématique psychotique : *la psychose prête le flanc à différentes formes de maltraitance*. La formule peut surprendre, mais elle relève d'un constat clinique à la portée de chaque praticien exerçant à l'hôpital.

Le modèle psychanalytique amène à concevoir la maladie mentale comme relevant de la répétition d'une expérience première fondatrice. Dans le cas de la schizophrénie, ce moment matriciel a été perçu par le futur patient comme un temps d'insécurité psychique profonde. C'est pourquoi les malades mettent à l'épreuve, de façon récurrente, des questions de sécurité. De nombreux patients tendent la main au personnel soignant pour se faire malmené. Ils conduisent les professionnels vers des pratiques de maltraitance, à leur insu, sans jamais s'en rendre clairement compte, car ils ont ressenti dans les instants premiers de leur existence, le douloureux sentiment d'être psychiquement voire physiquement menacés. Ils ont, à tort ou à raison, interprété cette situation première comme empreinte de malveillance. Ils dupliquent ainsi les circonstances inaugurales de leur vie, au cours des épisodes critiques de leur maladie, comme si la réédition de l'expérience originelle allait permettre d'en corriger les aspects dommageables. Ce faisant, si les professionnels restent dupes de ces mécanismes, ils risquent d'être eux-mêmes happés, avec leurs patients, vers des mesures de plus en plus contraignantes, de plus en plus sécuritaires, dans une surenchère sans limite, pouvant mener aux contentions physiques et même au-delà, le cas échéant jusqu'à l'inéluctable.

Voilà probablement le refoulement premier de la psychiatrie, son péché originel, son aspect de plus en plus oublié dans les formations comme sur le terrain, le plus écarté des conceptualisations modernes : la dimension de l'inconscient à l'œuvre non seulement dans l'attitude des patients psychotiques, mais aussi dans celle des soignants. Dans ces circonstances, une jouissance inconsciente est palpable, tant du côté des professionnels que du côté du public admis à l'hôpital psychiatrique. Cette jouissance apparaît comme le concept jumeau de celui d'inconscient. Il prolonge la découverte freudienne en même temps qu'il la complète, renouvelant les hypothèses psychanalytiques sur la pulsion de mort. Cette jouissance masochiste n'entretient aucun lien de parenté ni avec le plaisir, ni avec l'extase, pas plus qu'avec une quelconque volonté consciente de nuire. Cette jouissance exerce une contrainte sur les patients, à la mesure des dispositions de contrainte que les services hospitaliers développent en miroir sur ces mêmes patients. Il est possible que cette notion de *jouissance*, particulièrement reprise et développée par les élèves du psychanalyste Jacques Lacan, puisse choquer certains lecteurs non avertis. Nous postulons, à tout le moins, une corrélation intime entre la réaction épidermique, voire le refus de ce concept, et le constat d'un impensé dans la réflexion sur l'enfermement et les restrictions de liberté. Ce rejet d'une jouissance inconsciente est articulé au refoulement de la question de la contrainte psychiatrique et de ses conséquences fâcheuses.

Il existe cependant bel et bien, qu'on le veuille ou non, des phénomènes de jouissance masochiste sous-jacents aux épisodes pathologiques de nos patients attisant des processus analogues chez les professionnels. Voilà pour quels motifs les patients prêtent si souvent le flanc à des attitudes confinées à diverses formes de maltraitances institutionnelles. Il n'est pas rare que les professionnels se

laissent ainsi piéger par la maladie et le contexte asilaire. Le piège se referme lorsque les soignants ne démêlent pas suffisamment la logique de la psychose, à travers leur formation, à travers leurs réunions institutionnelles et leurs élaborations théorico-cliniques collectives et individuelles.

## LES SOIGNANTS, DES EXPERTS EN DÉSESCALADE ?

À cet égard, il n'est pas neutre qu'un service hospitalier de psychiatrie cumule en son sein, par vocation, de nombreux facteurs propices à l'agitation, à l'agressivité et à une bascule dans la violence. Tout est réuni pour qu'un engrenage délétère s'enclenche dans une direction contre-productive du point de vue des soins et de la sécurité.

Une telle institution a, en effet, pour mission d'admettre en un même lieu plusieurs individus en crise subjective aiguë, en pleine déconstruction existentielle et identitaire, dans un espace clos, à temps plein, de jour comme de nuit, parfois sous le coup d'une mesure de contrainte légale, donc contre leur propre volonté. Les risques en matière de sécurité psychique, de sécurité matérielle et physique, sont donc poussés dès le départ à leur acmé. Les coordonnées du passage à l'acte sont posées d'emblée, dès l'entrée à l'hôpital. De nombreux patients arrivent envahis d'angoisse, d'hallucinations et d'idées délirantes plus ou moins structurées. Une forme d'agitation est donc déjà là. Il s'en faut de peu pour basculer dans la violence.

Les professionnels de la psychiatrie doivent dès lors se montrer, avant toute chose, des experts en prévention du passage à l'acte ainsi qu'en matière de désamorçage des situations tendues. Si l'on admet, conformément à une perspective psychanalytique, que la psychose peut être définie comme un processus de rupture du lien à l'autre, du lien social, la mission des soignants relève d'une gageure. Le travail thérapeutique vise en effet à injecter de l'humain au cœur d'un processus déshumanisant, à la façon d'un alchimiste cherchant à transformer du plomb en or. Les équipes soignantes s'attendent à développer une relation humanisée là même où celle-ci est la plus menacée. Il s'agit d'instaurer un lien de confiance dans le cadre d'une pathologie générant méfiance et sentiment de persécution.

Dans ce contexte, il n'est pas rare qu'un patient soit perçu comme « dangereux », c'est-à-dire au seuil de la violence. Quelle démarche les soignants peuvent-ils alors adopter ? À nos yeux, le modèle heuristique en l'espèce consiste à concevoir le binôme soignant-soigné comme situé sur une ligne de crête. Cela signifie que le comportement dudit patient peut déraiper vers un passage à l'acte destructeur, comme il peut tout autant, à partir de petits riens, glisser vers un apaisement, un désamorçage salutaire, et même une relation de confiance avec les soignants. C'est pourquoi cette notion de *ligne de crête* mérite d'être hissée à la hauteur d'un concept de la psychiatrie, tout comme cette idée de « *petits riens* » subtils au cœur d'un équilibre précaire. En psychiatrie, l'essentiel se joue souvent dans les interstices.

Face à un individu angoissé et impulsif une simple proposition de promenade dans un parc – comme il en existe dans tous les hôpitaux –, de modification d'activité ou d'écoute attentive, peut parfois



suffire à désamorcer une situation crispée, là où un accroissement de mesures sécuritaires peut mener à une surenchère de violence, et même au pire. Une fraction de seconde, un détail infime dans l'attitude ou les dispositions adoptées peut ainsi favoriser une bascule d'un côté ou de l'autre, comme si violence et humanité pouvaient muter l'une en l'autre en fonction d'une alchimie subtile. Le même patient, la même situation peut connaître des orientations aussi antinomiques du fait que le malade n'est pas dangereux en lui-même. La dangerosité n'est pas constitutionnelle. Elle relève d'un processus. Le malade est emporté, comme les professionnels qui l'accompagnent, dans un mouvement comportant des risques de dérapage. Ce processus implique des étapes successives et des facteurs influant sur le cours des événements.

## LE COLLECTIF SOIGNANT COPIE PARFOIS LES MÉCANISMES DE LA PATHOLOGIE

Une réflexion approfondie sur la désescalade et l'apaisement de l'ambiance est ainsi consubstantielle à l'élaboration du soin lui-même en établissement de santé<sup>(10)</sup>. Une carence d'élaboration en la matière peut amener le collectif soignant à mimer, ni plus ni moins, les mécanismes de la psychose. Il s'agit là d'un des phénomènes des plus singuliers et des plus significatifs de la dynamique inconsciente des équipes lorsqu'elles sont gagnées – comme les patients – par l'angoisse ou un sentiment d'insécurité. Comme les patients, elles peuvent ressentir la pathologie comme une menace à leur organisation et leur intégrité d'équipe.

Les mesures d'isolement ou de cloisonnement dupliquent ainsi dans la réalité concrète d'un hôpital les mécanismes psychiques de clivage à l'œuvre chez les malades. Les murs des bâtiments hospitaliers ou les sangles sur les lits reproduisent alors les barrières psychiques, mais dans l'environnement du patient. L'installation de caméras ou la mise en place d'œilletons sur les portes des chambres viennent matérialiser les phénomènes de persécution paranoïaque de nombre de patients. Le sentiment d'être observé et surveillé trouve là une traduction tangible, venant parfois confirmer ou nourrir les idées délirantes.

Lacan avait avancé en son temps que dans la psychose, « *ce qui n'est pas venu au jour du symbolique apparaît dans le réel* »<sup>(11)</sup>. C'est exactement ce que nous observons ici, mais à travers un cheminement par le collectif soignant. Paraphrasant le célèbre psychanalyste, nous pourrions dire que ce qui n'a pas été suffisamment élaboré et symbolisé par la réflexion des professionnels fait retour dans la réalité des dispositions adoptées par les soignants. Ce qui est rejeté de l'inconscient des patients devient un impensé du côté des soignants. Ces derniers, empruntant alors des mécanismes propres à la psychose, mettent en œuvre des contraintes aussi puissantes que peuvent l'être les injonctions hallucinatoires de la psychose.

Pour le dire autrement, la psychose se révèle congruente à la logique sécuritaire développée par de nombreuses équipes,

en tant qu'elle constitue elle-même une réaction de défense face à une menace ressentie.

## LES LIBERTÉS FONDAMENTALES MARCHENT DE CONCERT

Les équipes de psychiatrie ne mesurent pas toujours qu'une négligence concernant les droits des patients finit tôt ou tard par impacter les droits des professionnels eux-mêmes. Les libertés fondamentales ne se découpent pas. Elles sont solidaires les unes des autres, comme les cinq doigts de la main. L'atteinte de l'une d'entre elles entraîne inexorablement, à nos yeux, des répercussions progressives sur le vaste ensemble qu'elles constituent, au fondement même de la conception moderne des démocraties.

Les libertés fondamentales ne se découpent pas, car la liberté d'expression ne peut se déployer décemment sans une liberté de réunion. Quant à la liberté de réunion, il n'est guère possible de l'envisager sans une liberté d'aller et venir. Et ainsi de suite pour l'ensemble des droits fondamentaux. C'est pourquoi le mot « libertés » ne peut s'orthographier qu'au pluriel.

De telles considérations prennent une tournure particulière transposées dans l'écosystème hospitalier et dans la réflexion sur le soin. Ainsi, c'est parce qu'il ne peut exister d'inventivité ni de créativité authentiques sans libertés préalables, qu'aucun soin digne de ce nom ne peut être proposé sans une attention soutenue aux droits des patients comme à ceux des professionnels. Le soin psychique, corrélatif des différentes formes de psychothérapie, requiert une liberté de pensée comme une liberté d'expression et une liberté d'opinion, ainsi qu'un travail permanent sur l'ensemble de ces dimensions de la vie psychique et de l'humanité de l'homme.

Dans cette perspective, il convient de souligner l'articulation intime entre les libertés des patients et celles des professionnels. La liberté des uns ne va pas sans celle des autres. Le moins que l'on puisse dire est que cela ne saute pas aux yeux de certaines équipes de soins. Il s'agit pourtant d'une réalité indéniable si l'on prend au sérieux la signification profonde du mot liberté, en ses fondements philosophiques. Ce postulat se révèle d'autant plus vrai que l'on tente d'imaginer un soin au-delà d'une action biologique pure. La liberté des soignants marche avec la liberté des patients parce que le processus de soins relève de mécanismes subjectifs analogues, et d'une énergie créatrice de même nature.

Dans un contexte de réformes des organisations hospitalières et de l'arrivée de nouvelles formes de *management public* depuis les années 90, les professionnels des hôpitaux se sentent de plus en plus souvent menacés dans leurs libertés de travail, dans leurs choix d'outils théoriques par exemple.

Voilà pour quelles raisons les soignants devraient se montrer vigilants, et de la plus extrême prudence, avec tout ce qui entoure les libertés fondamentales des patients. Lorsque les professionnels de la psychiatrie ne manifestent pas une attention des plus rigoureuses aux libertés des malades, tôt ou tard, ce sont les libertés des soignants eux-mêmes qui se trouvent entravées, écornées et menacées, dans un mouvement de retour inéluctable. ■

(10) Najman Th., La liberté. Une dimension du soin, in *Pratiques en santé mentale*, n° 3, sept. 2016, p. 11 à 15.

(11) Lacan J., Réponse au commentaire de Jean Hyppolite sur la « Verneinung » de Freud, in *Écrits*, Seuil, 1966, p. 388.