

Allocution de bienvenue au 30^{ème} Congrès du GRAAP – Fondation

« Maladies psychiques et contrainte : pour protéger qui ? »

Mesdames et Messieurs, Chers Amis,

Ce n'est pas pour moi une contrainte mais bien au contraire un honneur et un plaisir que de vous souhaiter la bienvenue à ce 30^{ème} Congrès du GRAAP – Fondation. C'est d'autant plus le cas que le thème choisi nous permet de nous replonger dans les racines des préoccupations qui étaient déjà celles des usagers qui ont porté notre institution sur les fonds baptismaux.

Qui s'agit-il de protéger ? Ce questionnement fondamental est à la fois le symbole des progrès accomplis, des avancées de notre degré de conscience et de connaissance de la problématique qui sera abordée durant ces deux journées, mais aussi des interrogations persistantes en la matière comme des remises en cause indispensables de nos croyances. Ainsi, au grand plaisir de nos pères fondateurs (ne devrais-je pas dire plutôt « nos mères fondatrices » si je songe à celle que nous aurons le plaisir de « fixer » pour clore ce congrès demain... ?) l'iconoclastie côtoiera avec épanouissement l'expérience, les connaissances et les réflexions qui vont être échangées tout au long de ce congrès. Se demander qui protéger, c'est aussi s'interroger sur le « comment protéger ? ». Il nous faut en réalité garder à l'esprit que dans ce domaine, seules l'écoute mutuelle attentive et empathique et la culture d'un climat de confiance et de respect devraient inspirer les différents intervenants, comme les patients. Passionnante, la perspective est d'autant plus délicate que l'on se trouve souvent dans les champs de tension engendrés par la coexistence de la psychiatrie, des institutions juridiques et de l'éthique. Le stress économiste et social croissant rend la tâche d'autant plus délicate. Dans la mesure où il ne s'agit de rien de moins que de fixer un cadre à la violence légale qu'une société peut être amenée à exercer sur ses membres, celle-ci doit absolument se donner les ressources et la sagesse nécessaires pour l'exercer dans le

plus grand respect possible de la dignité humaine, dans chacun des cas auxquels elle est confrontée.

Voici donc les défis auxquels les conférenciers de ce congrès et ses participants doivent faire face en partageant leurs expériences et leurs réflexions et en se montrant, sans préjugés, à l'écoute de celles des autres intervenants. C'est en tout cas ce que je vous souhaite en me réjouissant d'ouvrir ces discussions qui s'annoncent passionnantes.

Je ne saurais conclure sans remercier tout particulièrement les membres du conseil scientifique qui ont permis la mise sur pied des objectifs et du programme de ce Congrès. De même que nos fidèles sponsors et partenaires que sont la Coraasp, le Département de psychiatrie du CHUV, le canton de Vaud, la Société suisse de psychiatrie sociales Santé Psy et les EESP.

Enfin, je voudrais saisir cette occasion pour dire encore une fois la gratitude du GRAAP – Fondation envers M. Jean-Pierre Zbinden qui a pris une retraite bien méritée il y a quelques semaines. Cela m'amène à saisir l'opportunité, pour conclure, de vous présenter officiellement à tous Mme Annick Kosel, nouvelle Directrice Générale du GRAAP. Au bénéfice d'une formation et d'une expérience professionnelle riche de diversités, elle s'est lancée avec passion et détermination dans sa nouvelle tâche.

Bon vent à elle et bon Congrès à vous tous !

Atelier genevois

La contrainte a été un thème porteur. Il a été abordé sous trois angles : juridique, sociétal et les soins à l'hôpital. Il en est ressorti que les gens sont très fâchés après avoir été soumis à des mesures de contention et après avoir passés beaucoup de temps enfermés dans une chambre dont on a perdu la clé. Ils ont écrit des petits textes pour mettre en mots le compte-rendu des ateliers.

Une jeune femme a écrit des comptines grinçantes :

- « Deux patients se bagarrent. Les soignants se tournent les pouces, ils sont paresseux. Leur café est plus important ».
- « Le psychiatre fait baisser la garde aux patients. Non, c'est le contraire ! »
- « En réunion, pour parler des patients, les thérapeutes font un combat de paix et rient des souffrances de cela ».
- « A l'Alizé, c'est mieux qu'aux Glycines, les patients et les soignants se font une pyjama party et se tutoient ».
- « Le patient dit qu'il est Zoro. Le psychiatre lui dit bravo ! Vous êtes en très bonne santé ».
- « A Belle-Idée, ils parlent la langue des crapauds et sautent comme des grenouilles. C'est la nouvelle thérapie à la mode ».
- « Le psychiatre prescrit une ordonnance : un nouveau visage parce que vous êtes trop moche. Le patient rigole en tremblant ».
- « La chambre fermée abrite un soignant. Les rôles s'inversent. Le patient a la clé ! »
- « A l'hôpital, on mange des vers de terre et des limaces, c'est le meilleur plat qu'ils ont à proposer ».
- « A zozo, le monsieur en blouse blanche a dit schizo. Zozo le schizo a répondu : c'est quoi schizo ? »
- « Xanax et lexiomil ne sont pas dans le dictionnaire ».

Pour évoquer la composition sécuritaire de la contrainte, des "infos psychiques" ont été créées sous la forme radiophonique de l'info trafic. Elles seront diffusées tout au long du congrès.

- « Un médecin est attendu à la chambre no 4 ».
- « Un médecin est toujours attendu à la chambre no 4 ».
- « Le médecin attendu à la chambre no 4 n'est toujours pas passé. Nous sommes désolés, il n'a pas pu rédiger votre bon de sortir pour ce week-end. Bon week-end ! »

Atelier vaudois

Intermède musical.

- Je suis une policière.
- Je suis une personne avec une maladie psychique.
- Moi, je dois souvent intervenir pour des situations de crise difficiles.
- Moi, quand les policiers m'ont attrapée de force, je me suis sentie comme une délinquante alors que je suis malade.
- Mon métier est stressant car j'ai peu de temps pour évaluer la situation. Je suis obligée d'agir, c'est une contrainte ! Avant d'être une policière, je suis un être humain.
- Bien sûr, je n'allais pas bien. Mais, ce n'est pas une raison pour me maltraiter. Ce fut une contrainte morale qui a laissé des traces. Moi aussi, avant tout, je suis un être humain.

La policière et la malade : « le plus important est de pouvoir créer des liens pour mieux se comprendre. »

- Je suis une éducatrice.
 - Je suis concernée par la maladie psychique.
 - Moi, je ne sais pas assez de temps pour accompagner les personnes dont je suis référente.
 - Moi, quand j'ai été placée en foyer, j'attendais beaucoup de mon éducatrice.
 - Il y a de plus en plus de travail administratif. Cela me prend beaucoup de temps et d'énergie.
C'est une contrainte !
 - J'espérais qu'elle soit plus présente. Je me sens seule ! C'est difficile de faire des projets. Je me sens contrainte dans les actes de la vie quotidienne.
 - Le plus important est de pouvoir.
 - Créer des liens pour mieux se comprendre.
-
- Je suis une curatrice.
 - Je suis une personne avec des fragilités psychiques.
 - Moi, je reçois un mandat du juge.
 - Moi, je ne sais pas ce que fait ma curatrice.
 - Je deviens la curatrice d'une personne que les médecins ont jugé comme étant plus capable de gérer toutes ses affaires. Ce sont généralement les médecins experts en psychiatrie qui ont évalué la personne. Leur pouvoir est grand. Je dois donc me plier à cette décision de curatelle. C'est une contrainte !
 - Je ne sais pas combien, j'ai d'argent. Ma curatrice m'impose un budget. Je me sens infantilisée. C'est une contrainte énorme pour moi de dépendre de quelqu'un pour chaque franc dépenser et chaque décision de ma vie.

La curatrice et la malade : « le plus important est de pouvoir créer des liens pour mieux se comprendre. »

Intermède musical.

- Info psychique :
« Cher patient, l'hôpital va bientôt fermer ses portes. Nous vous demandons de terminer votre trafic de médicaments et de vous diriger loin des portes de sortie que nous allons fermer pour la nuit. Nous vous souhaitons un agréable traitement et vous remercions d'avoir choisi Belle-Idée pour votre séjour en unité psychiatrique. Et fermez-la ! »
- Info psychique :
« Happy hour chez les pharmas, pour tout achat de deux boîtes de médicament d'ici la fin du congrès, vous bénéficierez du double effet secondaire ! Tremblement, incontinence et prise de poids inclus ! »

Ateliers citoyens fribourgeois

Dans le cadre du 30^e congrès du Graap, l'Association Fribourgeoise Action et Accompagnement Psychiatrique a le plaisir de vous présenter : contrainte et contention en psychiatrie, transition entre des pratiques asilaires et des réseaux de soins centrés sur les besoins des personnes concernées par la maladie psychique.

Le vécu de la contrainte-contention :

Punition ; maltraitance ; soin bénéfique thérapeutique ; pas d'information ; traumatisme ; humiliation ; violence ; enfermement ; arbitraire ; honte ; colère ; peur ; frustration ; culpabilité ; incompréhension ; infantilisation ; détresse ; non-respect ; injustice ; persécution ; angoisse ; révolte ; confiance ; prise en charge ; soulagement ; apaisement ; libération ; c'était un bien ; sécurité.

Prévenir la contrainte à travers... La relation d'aide :

L'empathie ; le respect ; transparence ; centrée sur les besoins de la personne ; authenticité ; humour ; implication ; bienveillance ; honnêteté ; non-jugement ; acceptation ; écoute.

Prévenir la contrainte à travers... L'alliance thérapeutique :

Faire confiance ; informer ; expliquer ; oser ; faire preuve de courage, développer un réel partenariat ; accepter de perdre du pouvoir ; prendre le risque de se tromper ; partager des responsabilités ; promouvoir l'utilisation des directives anticipées ; accepter de se faire aider ; travailler sur les ressources.

Prévenir la contrainte à travers ... Le travail en réseau et l'intégration de l'entourage des proches :

Un hôpital ouvert ; entretien des réseaux ; mettre en place un réseau ; disponibilité des soignants ; favoriser la désignation d'un représentant thérapeutique ; mettre sur pied un plan de crise conjoint ; directives anticipées ; pour que cela ne soit pas que des mots : faire un lien entre les valeurs et les actes ; accepter de changer les pratiques ; être ouvert au changement ; évaluer les pratiques ; se remettre en question ; développer une réflexion éthique ; avoir du personnel bien formé ; avoir suffisamment de moyens financiers et des dotations en personnel ; être ouvert à partager son vécu ; changer la culture institutionnelle.

ATELIERS CITOYENS VALAISANS

Nous vous proposons un témoignage croisé de trois expériences : malade, proche et travailleur social.

- **Christelle**, qu'est-ce que serait pour toi la contrainte ?
- Moi, j'ai vécu ma contrainte en psychiatrie pendant 17 ans à l'hôpital de Belle-Idée à Genève. J'ai connu les chambres fermées, les injections forcées, le non-respect, le manque d'hygiène... Pour en parler aujourd'hui, j'ai dû faire un travail sur moi-même, ce n'est pas évident, ce sont des souvenirs gravés au fer rouge à jamais dans ma mémoire. J'ai parfois vécu ces hospitalisations comme des échecs par rapport à ma propre façon de vivre, comme mère de deux enfants. C'était très compliqué. D'un autre côté, j'ai pris la décision de placer en foyer mes enfants en bas-âge pour les protéger de ma maladie et pour qu'ils puissent avoir une vie équilibrée. Ce qui est le cas aujourd'hui, j'y suis arrivée! Ils sont pères de famille avec une bonne situation professionnelle. On doit apprendre à bien se connaître. Pour moi, c'est très important de savoir qui je suis et comment je fonctionne. On a toujours peur de la rechute parce qu'elle est omniprésente, elle fait partie de notre vie, du parcours que l'on peut avoir et de l'espoir que l'on y met. Elle peut être belle et elle vaut la peine d'être vécue pour moi comme pour tout le monde! Je trouve que dans ce vécu d'enfermement, de chambre fermée, etc. j'ai ressenti un énorme manque d'empathie et de bienveillance. D'un être humain, on vous transforme parfois en animal ! Mais, pour moi, l'espoir existe dans la maladie !
- **En tant que proche**, Danielle, qu'est-ce que la contrainte ?
- Les contraintes ont un côté terriblement ambigu. Je rejoins un petit peu ce que le Dr Barras a dit auparavant. C'est à la fois nécessaire, pénible, rassurant et implacable. Il y a des contraintes qui peuvent être plus pour les proches ou pour les proches et le malade ou pour la personne malade. Par exemple, l'enfermement en foyer peut être vécu des deux côtés comme une punition. En général, les proches "ramassent" en premier. Certaines attitudes de personnes résonnent comme des sonnettes d'alarme, alors le proche se fait beaucoup de soucis. Est-ce une rechute ? Est-ce que c'est juste un moment de blues ? La maladie, elle, fait ce qu'elle veut de toute façon. On a toujours peur quand un proche est en crise, c'est assez difficile, que ce soit du côté des soignants ou des amis, la bienveillance est quelque chose de très important. Les proches peuvent aussi faire quelque chose pour eux-mêmes : prendre soin d'eux et savoir qu'ils ont infiniment de ressources en allant les rechercher pour s'en servir, pour rebondir ou pour aller mieux. Surtout, savoir que personne n'est à l'abri de la maladie psychique.
- **En tant que travailleur social**, la contrainte est partout. C'est une entrave à la liberté d'action, quelque chose qu'on impose à l'autre, à tout le monde, dans la société. On est aussi régi par des règles de vie qui nous permettent au quotidien de vivre ensemble les uns les autres. La contrainte fait partie de nos "pratiques humaines". Ce que j'ai pu ressentir dans les ateliers citoyens pour la contrainte en psychiatrie, ce qui est extrêmement fort, c'est qu'on touche à l'intimité de la personne, on touche à l'émotionnel. On impose à une personne une violente intervention : les hospitalisations forcées. La plupart des personnes se souviennent de tout ou pas. C'est extrêmement traumatisant. Une personne m'a une fois dit : « Ne me parlez plus de ce vilain mot la contrainte! » Je trouve que cela a beaucoup de sens. En tant que travailleur social, je me suis dit que nous étions aussi confrontés à cette contrainte, nous avons aussi un rôle à jouer, nous sommes des êtres d'émotions et nous ne sommes pas insensibles à tout ce qu'il se passe. Par rapport à ma pratique et à mon champ d'action, je suis aussi limitée face à des personnes qui sont en situation de stress extrême. J'aimerais parfois faire quelque chose, mais je suis dans l'impossibilité de le faire dans ma pratique professionnelle. Je le vois aussi lorsqu'il y a une non assistance à personne en danger. On vit parfois un sentiment d'impuissance, et j'imagine que le cadre soignant, aussi. Ce n'est pas rien de mettre en place des contraintes. Pour les pistes d'amélioration, nous avons nos associations d'entraide qui sont extrêmement importantes, ce sont des lieux où on peut parler, être soi, rencontrer, recréer du lien et un climat de confiance. On parle de restaurer de l'humanité. Au fond, c'est cela le plus important ! Ce sont des lieux où peut faire bouger les choses politiquement. Il est aussi très intéressant de parler de la formation des soignants, de la formation des accompagnants, par des personnes concernées. Ce sont des choses qui existent et c'est une manière de sublimer la maladie, d'en faire une ressource. Je trouve cela très bien et très important ! Puis, c'est aussi une forme de militantisme qui peut être complémentaire à une autre approche de soin. La piste des directives anticipées est aussi un volet où on peut décider de ne plus subir certaines contraintes. De ne pas le faire seul car cela est émotionnel et fastidieux à remplir.
- Et toi **Christelle**, quelles sont tes pistes d'amélioration ?
- Avec ce parcours de vie dans la maladie psychiatrique et grâce à une association, j'ai découvert la formation de pair praticien et de pair aidant. Ayant toujours voulu faire quelque chose de cette expérience, j'ai commencé à écrire à l'ordinateur mon vécu, etc. Cette formation me parle énormément, j'ai fait la demande de pouvoir la suivre dans le chemin du rétablissement. Je souhaite faire de cette expérience une force de vie !
- Et toi, **Daniele** ?
- Quand une personne concernée par la maladie psychique rencontre un regard ou une approche bienveillante et surtout respectueuse de qui que ce soit, un thérapeute ou une commerçante, elle en ressort toujours grandie. Sa vision sur autrui change un peu et, à ce moment-là, les mesures de contrainte baissent en intensité. Si on

en a besoin, on pourra en parler plus calmement et on pourra en sortir quelque chose de constructif ! Mais, tout compte fait, la maladie et les troubles psychiques ne sont-elles pas les premières contraintes ?

Peut-on apprendre de l'histoire pour agir aujourd'hui

Christel Gummy

Historienne, directrice de recherche, Commission indépendante d'expert-e-s (CIE)
internements administratifs, Berne

Cette présentation est le premier volet d'une petite collaboration entre la Commission Indépendante d'experts et le Graap. Par rapport au titre de la conférence, j'ai décidé de développer une réflexion sur la fonction politique d'une histoire de l'internement administratif et sur le lien consubstantiel entre histoire et politique.

En Suisse, jusqu'en 1981, date à laquelle les bases légales cantonales administratives ont été remplacées par les PLFA, des dizaines de milliers de personnes ont été placées dans des établissements fermés alors qu'elles n'avaient commis aucun délit. Elles étaient le plus souvent internées sur décision administrative sans bénéficiaire des protections propre à une procédure judiciaire. On leur reprochait des comportements ou des modes de vie jugés déviantes des normes dominantes en matière de travail, de famille ou de sexualité. Ces personnes ont été mises à l'écart de la société, dans des maisons d'éducation, dans des colonies de travail, dans des pénitenciers ou des hôpitaux psychiatriques. Elles y ont fréquemment été soumises à l'exploitation, aux violences physiques et psychiques et aux abus sexuels. Sous prétexte de protéger la morale et l'ordre public, comme de réguler les coûts de l'assistance, des individus de fait souvent pauvres, vulnérables, rebelles ou marginaux ont été privés de liberté pour de longues périodes au mépris des droits fondamentaux et réduits à des conditions de vie indignes. Des processus d'exclusion, de marginalisation et de stigmatisation reproduits et produits par les mesures auxquelles ces personnes ont été soumises, cumulées aux conditions de vie désastreuses dans les établissements de détention, ont gravement préteritis les chances d'intégrations sociales et professionnelles de ces personnes et, souvent, initiés des troubles physiques et psychiques à vie.

La loi fédérale sur les mesures de coercition à des fins d'assistance et les placements extrafamiliaux antérieurs à 1981, la LMCFA, adoptée par le parlement fédéral le 30 septembre 2016, vise selon l'article 1^{er} à reconnaître et à réparer l'injustice faite aux victimes de ces mesures. Cette loi, qui a remplacé la loi fédérale sur la réhabilitation des personnes placées par décision administrative du 21 mars 2014, constitue une concrétisation légale d'un combat de plusieurs décennies mené par des personnes qui ont subi des placements durant leur enfance ou des internements dans leur jeunesse, comme à l'âge adulte. Outre la reconnaissance ex-léguee de l'injustice commise, elle instaure notamment une contribution de solidarité et règlemente la conservation et l'accès aux dossiers individuels des personnes concernées. Elle ordonne enfin l'étude scientifique complète des mesures incriminées et confie à une Commission indépendante la tâche de mener "une étude scientifique sur les placements administratifs qui tiennent compte des autres mesures de coercition à des fins d'assistance et des autres placements extra-familiaux". La Commission Indépendante d'Experts d'internements administratifs, la CIE, a donc reçu de la part du Conseil fédéral le mandat d'effectuer des travaux de recherche dont les conclusions une fois portées à la connaissance du public doivent, selon l'autorité fédérale, contribuer à faire comprendre pourquoi et comment les mesures ont été ordonnées et mises en œuvre, et quelles conséquences, elles ont eu sur les personnes touchées et leur entourage.

A cet effet, la CIE a étudié dans le détail les processus de légitimation et délégitimation de l'internement administratif, les pratiques des autorités en la matière, les modalités et les conditions de détention ainsi que les biographies et les parcours de vie des personnes soumises à ces privations de liberté. Elle a également évalué au niveau national l'ampleur de ce phénomène coercitif, et a établi une vue d'ensemble du large éventail du dispositif des dispositions légales qui le gouvernait du milieu du XIXe siècle à 1981. Les résultats des travaux de la CIE sur la question de l'internement administratif sont en cours d'être rendus public et constituent, de l'avis du Conseil fédéral, l'un des piliers du traitement de cette problématique, dans le cas de la politique de reconnaissance et de réparation consacrée par la LMCFA. Alors, les livres qui seront publiés en mai et en juillet seront disponibles en libre accès sur le site internet de la CIE.

Le contexte particulier dans lequel a travaillé la CIE se situe dans l'interface entre science, politique et société. Elle est partie prenante d'une politique de la mémoire qui implique selon les termes du philosophe Paul Ricoeur : "la réappropriation du passé historique par une mémoire instruite par l'histoire et souvent laissée pareille". Dans ce cadre, il est attendu de l'étude scientifique du passé qu'elle permette une reconnaissance politique et sociale de fait historique jusqu'ici largement ignorée, qu'elle contribue à réaffirmer la cohésion nationale et à favoriser une meilleure pratique dans l'avenir. C'est d'ailleurs à cette fin que la LMCFA prévoit que la diffusion des résultats vers un large public soit encouragée par l'autorité compétente sous les formes diverses tels que production médiatique, exposition et exposé immatériel pédagogique. Il s'agit en particulier de favoriser : "la sensibilisation du public, des autorités, des institutions et des particuliers qui, selon le droit en vigueur, sont chargés de la question des mesures de coercition à des fins d'assistance et des placements extra-familiaux. Autrement dit, il est attendu de l'histoire la confirmation des faits passés, jusqu'ici restés dans l'ombre, de faire la lumière sur l'histoire suisse, et de permettre ainsi à un pays entier de recouvrer la mémoire. A cette lumière, des enseignements seront tirés pour le futur.

S'il est primordial que soit reconnues les injustices subies par les personnes victimes d'un internement administratif, l'histoire peut, de mon point de vue, jouer un rôle plus intéressant, pour ne pas dire moins naïf, surtout s'il on considère que les politiques mémorielles associées de manière parfois paradoxale par les historiens et historiennes, victimes et autorités, dont le rapport à la mémoire et à l'histoire diffère largement. Les enjeux présents et futurs, pour les unes et les autres de ses parties, ne sont point du même ordre non plus.

Dans le cadre de l'axe de recherche, que j'ai dirigé et qui était consacré à l'étude des processus de légitimation et de délégitimation de l'internement administratif au travers d'une histoire sociale et culturelle des bases légales qui gouvernaient cette mesure d'enfermement, nous avons voulu rendre explicite la manière dont sont construits les savoirs qui hiérarchisent des catégories d'individus, qui instituent des vérités, condamnent des manières de vivre, et affirment la domination de certaine façon de concevoir la société au détriment d'autres. Cette histoire qui s'intéresse aux conditions d'existence, de perdurance, puis d'abrogation des bases légales d'internement administratif, souhaite assumer une part d'engagements envers la mobilisation des personnes dont la vie a été profondément marquée par ces textes. Les savoirs, ici juridiques, loin d'être neutres et universels, sont construits par des acteurs et actrices historiques. Ils reflètent et activent des conditions sociales, des choix politiques et des rapports de pouvoir dans une pluralité possible. En conséquence, comme le fait remarquer l'historienne des sciences Donna Haraway : « La validité des savoirs dépend de la possibilité de les situer socialement, historiquement ou politiquement. » Elle nous dit que ce qui rend les savoirs valables pour la société : « L'enjeu est de faire une différence dans le monde, de parier sur certaines façons de vivre et non sur d'autres. Pour ce faire, on doit être fini et sale et non transcendant et propre. Les technologies de production de connaissances, incluant la fabrication des positions des sujets et la manière qu'ils ont de les vivre, doivent être explicitées et ouvertes à l'intervention critique. » Donc, l'histoire comme les sciences juridiques doivent expliciter à partir de quoi elles construisent leur savoir et dans quelles positions, surtout.

À la suite de Donna Haraway, nous avons pris acte du lien consubstantiel entre science et politique. Notre travail vise à rendre accessible à un large public, à mettre en démocratie, des savoirs juridiques sur cette mesure d'enfermement afin de favoriser des prises de position et des débats publics sur la question. Il ambitionne également de donner aux personnes concernées par un internement administratif des outils pour fédérer leurs expériences individuelles. En effet, la privation de liberté dont elles ont été victimes trouve son fondement dans des textes légaux à vocation universelle. Ceux-ci établissent une discrimination et une hiérarchisation entre des groupes d'individus considérés collectivement, à partir d'abstraction conceptuelles stigmatisantes (fainéante, fainéant, alcoolique, prostituée, etc.). Il s'agit au final d'apporter des éléments visant à comprendre comment et pourquoi des autorités justifient des lois, des décrets ou arrêtés, etc. qui excluent du droit commun des catégories de personnes auxquelles on dénie les pleins droits de citoyens et de citoyennes.

L'ambition générale de notre travail a été de restituer les multiples couches politiques, sociales, scientifiques, etc., sédimentées dans les bases légales permettant l'internement administratif et de manière concomitante, de rendre explicite les tensions et contradictions entre États, droits et justices que ces bases légales matérialisent. Notre recherche montre que cette mesure de privation de liberté répond aux besoins éprouvés par les autorités de protéger la société de personnes jugées indésirables, et de rendre ces mêmes personnes socialement conformes. Cette modalité d'enfermement, du point de vue de ses promoteurs et promotrices, représente une réponse a priori cohérente, mais souvent partielle à des phénomènes sociaux-politiques globaux, constituant les problèmes tels que le vagabondage, la prostitution de rue, l'alcoolisme ou la délinquance juvénile.

L'internement administratif participe d'une mise en forme locale de ces problèmes et s'appuie sur les registres de légitimation sans cesse renouvelés. Cette mesure s'incarne dans des bases légales protéiformes relevant de dispositions, bien sûr, administratives, mais aussi civiles et pénales. Mener à bien ce projet de recherches a ainsi cerné les contours flous de l'internement administratif. Sur la base de nos travaux, comme de nos témoignages des personnes concernées par cette mesure, nous proposons une acceptation large du terme définit historiquement et non exclusivement du point de vue juridique, c'est-à-dire qu'il dépasse le fait que la décision émane d'une autorité administrative.

Nous avons considéré que l'internement administratif constitue une mesure de privation de liberté dans un but de prophylaxie sociale en dehors du principe de l'égalité des délits et des peines. Par prophylaxie sociale, nous comprenons un ensemble de mesures qui prétendent protéger la société (des agents criminogènes, pathogènes, de la dégénérescence, de l'immoralité, de la pauvreté, etc.), voire tendent à son amélioration. Ces mesures oscillent ainsi entre coercition, réforme morale, soin et éducation. Selon les périodes, les lieux et les questions soulevées, elles procèdent autant de l'eugénisme, de la gestion de l'illégalisme populaire, de la santé publique que des politiques d'assistances ou d'éducation. Cette définition nous a permis d'insérer notre objet d'étude dans une histoire longue de la gestion par l'État, de la pauvreté, de la déviance qui allie passé et présent. Par exemple, il n'y a pas de rupture conceptuelle radicale entre un terme purement administratif et un PLAF. Les bases légales, dont nous avons retracé l'histoire, accompagnent le développement en Suisse : de politiques d'assistance, de santé publique, de sécurité et de salubrité urbaine ou de protection et d'éducation de l'enfance et de la jeunesse, qui prennent place au cours du XXe siècle.

Les mesures d'internements administratives sont donc légitimées, selon des finalités diverses : comme dispositif punitif envers des individus que l'on considère improprement soutenus par l'assistance ou qui menacent d'y

tomber, elles ciblent prioritairement les hommes auxquels on reproche de se soustraire à la loi dite naturelle du travail, et de déroger à leur devoir de soutien de famille.

En tant qu'instrument de prophylaxie de l'alcoolisme, les mesures de privation de liberté se conjuguent largement à la pauvreté et au masculin. Elles recouvrent en grande partie les enjeux liés à la régulation de l'assistance. La progressive médicalisation de la question de l'alcool au cours du XXe siècle se traduit principalement par le développement de thérapeutique ambulatoire. Le registre de soins qui participe de la légitimation des dispositions légales de lutte contre l'alcoolisme concerne finalement peu l'internement qui est dorénavant réservé aux cas récalcitrants en cas d'échec thérapeutiques.

Comme outils de maintien de l'ordre et d'hygiène publique, les mesures de privation de liberté visent d'une part à éloigner durablement de la rue des femmes qui s'adonnent à la prostitution. D'autre part, l'internement doit contraindre à la sédentarité et au travail régulier des hommes accusés de vagabondage. Il sanctionne dans les deux cas des modes de subsistance précaire et marginaux, et criminalisent à nouveau des comportements qui sont pourtant dépenalisés avec l'entrée en vigueur du code pénal suisse, en 1942. En tant que moyen visant à garantir une reproduction sociale normée, les mesures privatives de liberté doivent permettre d'extraire de leur milieu, puis de rééduquer des jeunes dits moralement abandonnés et d'origine sociale défavorisées et perçus comme le terreau au développement de l'asocialité. Le but est d'éloigner les garçons insoumis et les filles rebelles des spectres propre à leur genre, respectivement la délinquance et la prostitution.

Au final, l'internement administratif doit servir à prévenir les risques pour les finances, la morale, la santé et la sécurité publique inhérents aux comportements jugés déviants de certains individus, mais qui ne constituent pas un délit au sens du code pénal. Cette mesure coercitive est alors investie, selon les cas, par ses promoteurs et promotrices de vertus réformatrice, coercitive, éducative, voire thérapeutique.

Les différents registres servant à légitimer ce dispositif d'enfermement, ainsi que les multiples "vertus" lui étant attribués, dépendent du contexte social, politique et scientifique, dans lequel il est promu. Autrement dit, les textes juridiques qui président à l'internement administratif représentent comme toute loi, la stabilisation historiquement constituée et provisoire de débats politiques sur des questions sociales et gouvernementales. Ces débats sont formés par des savoirs d'experts sur ces questions, souvent, d'intérêts internationales, issues des sciences médicales, éducatives ou sociales. Principalement menés dans l'arène politique, ils mobilisent également les associations philanthropiques, d'utilité publique ou les églises et ils sont parfois médiatisés sous la forme de conférences, d'articles de journaux, d'émissions de radio ou de télévision.

Un apport important de notre recherche est d'avoir fait émerger des voix contestataires envers l'internement administratif contemporaine à l'édiction des bases légales qui gouvernent cette mesure. Bien que minoritaires et émanant principalement de juristes, elles se sont élevées contre ces dispositions d'enfermement. Elles dénonçaient déjà le fait que l'internement administratif bafoue le droit à la liberté personnelle et ment au principe de l'égalité des délits et des peines, ouvrant la porte à l'arbitraire.

Enfin, au regard de nos travaux, on peut s'interroger si l'abrogation des lois cantonales d'internement administratif et leur remplacement en 1981 par les dispositions du code civil suisse qui régule la privation de liberté à des fins d'assistance, les PLAFAs, correspond à l'aboutissement d'un processus de délégitimation de l'internement administratif et à une rupture des conceptions et des pratiques. Il s'agit davantage de notre point de vue d'une mise en conformité des procédures avec les exigences de la Convention Européenne des Droits de l'Homme en la matière et d'une adaptation aux modifications survenues depuis la fin des années 60, dans la manière de poser les questions relatives à l'assistance, la santé, l'hygiène et l'ordre public. Le principe de privation de liberté dans un but de prophylaxie sociale n'est pas remis en cause en tant que tel, par contre, le registre médical du soin par la contrainte est dorénavant dominant pour légitimer l'internement.

Bien que les nouvelles dispositions semblent axées prioritairement sur la protection individuelle et sur un déni des garanties juridiques et une meilleure protection des personnes concernées face à l'arbitraire, notre recherche invite néanmoins à étudier les éventuels modes de persistance de l'internement administratif, sous ces aspects, aujourd'hui, condamnés. Plus encore, elles incitent à identifier les catégories d'individus qui se trouvent minorisés et précarisés dans leurs droits par la législation suisse actuelle. Pour sortir de la question de la psychiatrie, on peut par exemple penser aux migrants.

Notre histoire sociale et culturelle des bases légales permettant l'internement administratif a mis en évidence l'intricatation inexorable entre savoir scientifique, processus politique et raison administrative, dans la constitution de problèmes socio-politiques, marginalisant des individus en dehors du principe de l'égalité des délits et des peines. Plus que d'établir des faits, nous avons ambitionné de rendre explicite ce que le philosophe Michel Foucault nomme "le régime de vérité dont dépend ces mesures de privation de liberté". Le but est de permettre une analyse critique qui lie science et politique comme passé et présent.

Michel Foucault : « Seule a une importance la détermination du régime de vérité qui a permis de dire comme vraies et d'affirmer comme vraies un certain nombre de choses dont il se trouve d'ailleurs que l'on sait maintenant qu'elles ne l'étaient peut-être pas tellement. Voilà le point, précisément, où l'analyse historique peut avoir une portée politique. Ce n'est pas l'histoire du vrai, ce n'est pas l'histoire du faux, c'est l'histoire de la vérité qui a politiquement son importance. »

Par notre travail et dans la mesure de nos possibilités, nous espérons contribuer à soutenir les positions minoritaires des personnes concernées par un internement administratif, en montrant le caractère construit et contingent des textes légaux qui ont présidés à l'injustice, pourtant légale dont elles ont été victimes, en permettant de saisir les hiérarchies, les idéologies et les savoirs, toujours contextuels, inscrits dans ces textes. Nous souhaitons avoir apportés matière à réflexion et de nouveaux arguments. Il y a encore des savoirs à produire et des débats à mener sur les mesures de coercition à des fins d'assistance, mais aussi plus largement sur la pauvreté et l'exclusion sociale. Peut-être comme le suggère la sociologue Colette Guillaumin, il s'agira de vérifier si "devenir un objet de la théorie est la conséquence nécessaire de devenir un sujet dans l'histoire".

En guise de conclusion, je vais citer le défenseur pénal et socialiste vaudois de la première moitié du XXe siècle Paul Golay, qui est un des rares personnages politiques à s'être régulièrement élevé contre les mesures d'internement administratif. Il a par ailleurs représenté devant la commission cantonale vaudoise d'internement administratif, souvent gratuitement, un nombre de femmes accusées de prostitution. Ce texte datant de 1940 pousse encore, il me semble, aujourd'hui à la réflexion : « Les nécessités de la vie moderne ont donné le jour à une multitude d'organismes de défense des intérêts des collectivités, des syndicats, des associations. Et cela est bien. Par contre, les droits de l'individu isolé deviennent de plus en plus précaires et aléatoires. L'extension des compétences de l'État, conséquence normale de son intervention dans maints domaines, accroît singulièrement son pouvoir. La résistance à l'arbitraire en devient toujours plus difficile et si elle est parfois victorieuse lorsqu'il s'agit d'intérêts fortement organisés, elle est fort souvent inopérante pour une foule de gens atteints dans leur simple qualité humaine, du fait que, pour ces derniers l'association ne se conçoit pas. Or, la femme seule n'est pas syndiquée, ni l'orphelin, ni l'enfant abandonné, ni le malade, ni le pauvre, ni l'administré, ni le justiciable, ni l'interné, ni le pupille, ni l'interdit. En face de l'armature du pouvoir, des officines et des bureaux, des comités et des polices, des préfectures et des enquêtes, des rapports et des investigations, toute une partie du peuple demeure à la fois « sans défense », sans protection, ne suscitant qu'un intérêt intermittent, passager et accidentel. »

De la contrainte et du lien/Rôles de la police

Christian Pannatier

Chef de la division Proximité, partenariats, multiculturalité de la Police de Lausanne

Après des études universitaires en police scientifique à Lausanne, j'ai eu une expérience policière à Neuchâtel. Ensuite, j'ai fait un voyage autour du monde, je suis allé au Kosovo comme policier et en 2007, j'ai commencé à Lausanne comme responsable de la police judiciaire, avant de devenir responsable de la division proximité, partenariats, multiculturalité, en 2011. (160 nationalités vivent à Lausanne. C'est un gros challenge en termes de gestion)

La police de Lausanne

700 collaboratrices et collaborateurs dont 500 policiers et policières et des unités d'intervention d'enquête, de proximité, de circulation, d'appui opérationnel.

Nous avons des services de soutien très importants :

- Psychologues (à disposition des policiers pour un soutien personnel ou professionnel)
- Ressources humaines
- Juridique
- Communication et prévention
- Logistique, intendance, exploitation

Et un hôtel de police, 6 postes de police (quartiers) et 1 bureau des objets trouvés.

Statistiques 2018

- Les infractions au code pénal ont diminué : 14'106 contre 15'574 en 2017.
- Les infractions contre le patrimoine (vol, dégât matériel, etc.) ont baissé : 9'743 contre 11'345 en 2017.
- La loi fédérale sur les stupéfiants (c'est particulier car si on ne travaille pas dans ce domaine, on n'a pas de dénonciations) : 3'923 en 2018 contre 5'814 en 2017.

Ce qui est important, c'est la diminution de 50% des infractions au code pénal depuis 2012.

La question que vous pourriez me poser, pourquoi la police ne licencie pas du personnel vu qu'il y a de moins en moins de travail ? Ceci n'est pas seulement notre travail, il y a d'autres choses dont je vais vous parler ce matin.

Les partenaires de la police :

- Instances judiciaires
- Institutions policières
- Services communaux (propreté urbaine, social, ...)
- Services et institutions privées (TL, quartiers, ...)
- Acteurs du Bas Seuil (EMUS, ...)
- Acteurs des soins (CHUV, Cery, ...)
- Associations de quartiers, professionnelles, ...

Dans cette liste, des partenaires vous concernent et nous concernent: les services de Bas Seuil à Lausanne et les acteurs des soins. Nous avons des contacts avec Cery bien que l'établissement ne soit pas sur la commune de Lausanne et avec la psychiatrie de liaison du CHUV et la PMU pour les urgences somatiques. Pour la police, ces partenariats sont fondamentaux dans la prise en charge des personnes.

Ce qui me tient à cœur, c'est que la police est au service de toute la population. Cela signifie que nous ne nous occupons pas que des personnes qui ont des problèmes sur le plan pénal (entre 3% et 5%). Nous travaillons aussi avec des groupes et des individus.

Nos missions

- Rassurer (sentiment de sécurité)
 - Disponibilité, écoute, confiance, lien
- Sécuriser
 - Occuper le terrain, dénoncer, contraindre
- Résoudre
 - Partenariats, prévention, durabilité

La contrainte

Définitions

1. Action de forcer quelqu'un à agir contre sa volonté ; pression morale ou physique, violence exercée sur lui.
2. Obligation créée par les règles en usage dans un milieu, par les lois propres à un domaine, par une nécessité, etc.

- La police est contrainte dans son travail (par exemple, l'uniforme)
- La police peut être contraignante dans ses missions et engagements

En tant que policier, notre première contrainte est le code pénal. Notre travail se trouve dans le code pénal. Tout ce qui se trouve à l'extérieur n'en fait pas partie.

- Cadre légal
 - *Nullum crimen, nulla poena sine lege* « Si le crime n'est pas inscrit dans la loi, ce n'est pas du domaine pénal ».
- Conventions internationales, droit fédéral, cantonal, communal
 - Code pénal, code de procédure pénale
 - Principes fondamentaux
 - Proportionnalité, opportunité, légalité
- Principes de gestion publique
 - Finances, ressources humaines, sécurité publique

La police a des contraintes dans d'autres domaines :

- Contrôle **démocratique**
 - Usagers - déontologie policière
 - Lois des organisations policières
 - « Cop watching » (les policiers sont filmés dans la rue ou lors d'interventions)
- Contrôle **médiatique**
 - Aspects sombres et négatifs
- Contrôle **politique**
 - Gestion très bas

La police contraignante

La paire de menottes est le symbole du policier. Elle permet de contraindre une personne physiquement.

- **Contrainte légale**
 - Contrôle d'identité
 - Appréhension / arrestation
 - Moyens de contrainte (les menottes)
 - Usage de la force et de la violence
 - Contention (moyen utilisé en situation de crise dans les locaux de la police)
- **Contrainte illégale**
 - Menaces
 - Délit de faciès (cette dimension est difficile à contrôler)
 - Abus d'autorité (l'organisation policière peut dénoncer un policier, cela arrive)
 - Violences abusives / « bavures »

- Contrainte chimique ou médicamenteuse
- Pression psychologique

Nos difficultés

On nous demande souvent pourquoi on n'a pas pris plus de temps avec les individus ? On ne peut pas faute de temps ou à cause d'un autre engagement ailleurs.

- Gestion du temps et des demandes
- La maladie psychique est souvent inconnue (elle est difficile à identifier comme l'environnement)
- Les secrets de fonction (médical, enquête)
- Être violent pour préserver un bien supérieur, celui de la vie (menotter quelqu'un qui a une tendance suicidaire)
- Trouver l'équilibre entre « rendre compte » et mettre un terme à une situation critique
- Nos préjugés et nos certitudes

Ce qui nous rapproche

- Population concernée par la maladie psychique
- Intervention sur le domaine public ou privé
- La notion de sécurité pour les personnes et la protection de celles-ci (la base fondamentale de notre travail)

Le lien (nécessaire à la relation)

- Relation de confiance
- Tisser les liens
- Respect mutuel
- Trouver l'espace de dialogue
- Développer les capacités à l'ouverture, à l'échange et à la tolérance
- Permet de rassurer

Le lien

- Au minimum deux parties
- Viser la durabilité
- Faire passer des messages de prévention, de dissuasion et aussi de répression
- Surpasser ses peurs de l'inconnu ou de l'autre
- Faire preuve d'humilité

Notre credo (qu'est-ce qui fait que je suis encore policier en 2019)

- Notre matière première est **l'humain** (qui parfois s'expose à des situations négatives)
- Faire le **premier pas**
- Créer le lien permet de développer **la confiance**
- L'uniforme doit être **facilitateur**

- La police n'est pas la seule actrice dans le domaine de la sécurité - **chacun a un rôle à jouer**
- Le **besoin de sécurité** est des plus importants pour vivre et vivre ensemble
- Le policier/la policière est un **agent de régulation sociale** et un gardien de la paix

Je vous remercie de votre attention

Les personnes en souffrance psychique ont souvent l'impression d'être traitées comme des criminels (utilisation des menottes) ? Si on doit mettre une personne dans un véhicule, la consigne de base, de sécurité, est de la menotter. Le bon sens prime aussi, on ne va pas menotter une victime. Il est difficile de poser une généralité. Cela dépend de la situation.

Au secours, on veut m'aider !

Claude Seron

Éducateur spécialisé, psychopédagogue, intervenant social et familial, formateur

Je suis belge d'origine, mais je vis en France. J'ai travaillé pendant 37 dans le secteur de la Protection de la Jeunesse à Liège. Aujourd'hui, je suis formateur et superviseur. Dans cet exposé, je vais vous parler de la pratique du CLIF, un centre de consultation sous contrainte judiciaire et de celle de Kaléidos, le service clinique attaché à Parole d'Enfants (une association que mon épouse et moi avons fondé il y a une vingtaine d'années).

Dans nos populations du Secteurs de la Protection de la Jeunesse et également du secteur de la psychiatrie, seulement 10 % des personnes, des patients ont des attentes optimistes à l'égard de ce que nous pouvons leur apporter. Beaucoup de personnes sont terrifiées à l'idée de devoir compter sur les autres. Elles éprouvent de la méfiance à l'égard des institutions et cela est souvent justifié au regard de leurs expériences antérieures.

- Leur croyance est que « l'aide est dangereuse et inutile ». « On sait comment ça commence, au début, ils ont l'air tout gentils mais, à la fin, on réalise qu'ils sont là pour nous enfoncer! »

Leur prescrire de demander de l'aide, c'est comme demander à un arachnophobe de s'approcher d'une araignée (Nicole Guédeney)

Un contentieux non résolu avec les services sociaux

Il nous appartient de prendre en compte le fait que les familles qui ont un dossier au Tribunal de la Jeunesse depuis très longtemps - parfois depuis plusieurs générations - ont souvent un contentieux non résolu avec les services sociaux.

S'ils n'ont pas confiance dans la possibilité d'être aidés, ce n'est pas seulement à cause d'une image négative qu'ils auraient d'eux-mêmes (une image qui ferait qu'ils ne s'estiment pas dignes d'être aidés), mais c'est aussi lié à l'image de la relation : « Si j'accepte d'entrer dans cette relation avec cette Assistante sociale ou avec cet éducateur ou ce psy, je vais me faire avoir. »

- Ils n'ont jamais trop bien compris les interventions du juge, ni celles des services sociaux.
- Ils se sentent trahis et victimes de fausses promesses d'aide.

Ils cultivent aussi l'idée que l'aide qui leur ait apportée sert à mieux les contrôler et a pour finalité de leur enlever leurs enfants pour les placer en institution. Même si nous nous montrons bienveillants et respectueux, c'est d'abord avec cette expérience là qu'ils nous approchent. Le fondateur de la psychologie positive Martin Seligman parlait de transfert bureaucratique. Cela veut dire que quand vous rencontrez une famille, vous incarnez pas seulement la personne que vous êtes, mais aussi l'ensemble des travailleurs sociaux que la famille a connu avant vous.

Pour bâtir l'alliance thérapeutique, avant de se jeter sur les problèmes, comme un chien se jetterait sur un os, il convient d'aller à la rencontre de leurs expériences antérieures avec les services sociaux et médicaux, aussi bien les expériences positives que les expériences douloureuses, qui sont plus nombreuses. Cela nous apprend énormément sur ce qu'il convient de faire et surtout d'éviter de faire.

Remarquez que ces vécus négatifs sont souvent éprouvés en miroir par les intervenants sociaux et médicaux déçus, découragés, qui finissent par perdre confiance dans les capacités de changement des patients. A peu près tous, nous connaissons cela.

Dr Bowlby nous a enseigné que l'être humain est programmé pour solliciter de l'aide en cas de besoin. Tous les humains ? Oui et pourtant, une grande partie de nos patients, ceux qui en auraient peut-être le plus besoin, ne le font pas.

Dans une perspective éthologique, la programmation vise la survie de l'espèce, dans un environnement donné. Et la théorie de l'évolution nous enseigne que ce ne sont pas les plus forts qui survivent, mais bien les plus adaptés. Dès lors, face à un comportement dérangentant d'un patient, il est utile de se poser la question si ses stratégies (y compris dans le registre symptomatique) ne lui ont été utiles et l'ont aidé à se sauver ?

Puisqu'ils n'ont pas toujours l'idée qu'ils peuvent avoir de la valeur aux yeux des autres. Puisqu'ils sont méfiants à l'égard des mesures d'aide qu'on leur propose, qu'est-ce qui peut les motiver à aller consulter ?

- Peut-être une rencontre positive avec un aidant, un soignant, dans le passé ;

- La motivation peut aussi venir du “care-giving“ : le care-giving est un système d’attention aux besoins des autres à travers un soutien affectif. Beaucoup de patients adultes n’iraient pas consulter pour eux-mêmes, mais pour leur bébé ou leur enfant qui est mal. Ils acceptent de mordre leur chique et acceptent l’aide proposée.

Mais attention, si l’on se sent trop menacé quand on a accepté de l’aide, on éteint notre care-giving. On peut faire sortir notre enfant de notre champ de vision, on peut perdre la motivation à aider notre enfant. Car en situation de menace, on devient auto-centré, on cherche d’abord à sauver notre peau.

Jean-Paul Sartre disait “la confiance se gagne en goutte et se perd en litres“.

Edith Tilmans Ostijn, notre superviseuse au CLIF, insiste régulièrement pour que, non seulement nous prenions le temps d’examiner avec les membres de la famille leurs vécus par rapport aux mesures antérieures, mais aussi pour que nous leur apprenions à se protéger de nous, de nos erreurs, de nos dérapages, même si nous sommes animés par les meilleurs intentions du monde.

« Madame, Monsieur, j’ai besoin que vous me fassiez une faveur, que vous me rassuriez sur le fait que vous vous autoriserez à me le dire sur je vous parle sur un ton qui ne vous convient pas, si vous vous sentez infériorisez et infantilisez quand je vous fais une suggestion ou encore si j’ai tendance à appuyer trop fort là où ça fait mal. Si je vous sais capable de vous protéger vous-mêmes de mes maladresses, en me le disant, vous me faites un beau cadeau car je peux avancer avec vous sans avoir à tenir le pied à la fois sur l’accélérateur et sur le frein. S’il vous plait, gardez bien le pied sur le frein!

Pour permettre à nos patients, je ne sais pas très bien comment les appeler ? Dans le secteur de la protection de la jeunesse, c’est un mot qui sonne faux parce qu’on n’est pas dans le secteur médical. Usagers ? Ça sonne aussi très faux, ça donne l’impression qu’ils ont beaucoup servi. Il est vrai que certains d’entre eux sont déjà passés dans de nombreuses mains de soignants et d’aidants. Les bénéficiaires ? Ce n’est pas nécessairement comme cela qu’ils se vivent. Clients ? Cela fait très commercial, ce n’est pas très bien.

Pour permettre à nos “patients“ de déconstruire leur croyance que nous sommes là pour les prendre en flagrant délits d’incompétence, nous devons apprendre à “battre le fer quand il est froid“ (Irvin Yalom) et à mettre à leur crédit les gains générationnels (John Byng-Hall), notions bien précieuses quand nous nous sentons indignés devant le comportement d’un parent et que nous avons envie de lui voler dans les plumes.

Je vais illustrer ces deux concepts à travers une vignette clinique :

L’un des ingrédients majeur dans l’inadéquation des parents maltraitants réside dans le fait que leurs souffrances d’enfants n’ont jamais été reconnues par personne. Ces souffrances, ils les ont accumulées dans leur sac à dos. La question se pose alors de savoir s’il a encore un moyen de “réparer“ quelque chose aujourd’hui et si ces soins peuvent profiter non seulement aux parents, mais aussi à la bonne évolution de l’enfant.

Kelly a 15 ans quand elle arrive au CLIF. Elle vient avec ses parents qui forment un couple uni, avec son frère et sa sœur aînée qui ont tous deux quittés le domicile familial.

Le comportement de Kelly est très inquiétant: elle se mutilé à différents endroits du corps, elle a fait deux tentatives de suicide aux médicaments. Pour la dernière, elle a mis suffisamment de côté des médicaments pendant longtemps avant de passer à l’acte.

L’assistante sociale du S.P.J. est très inquiète. Elle dit que Kelly cultive le drame et aime les histoires morbides. Kelly a créé un site sur internet en hommage à un garçon de sa classe qui s’est suicidé en se jetant par la fenêtre de l’internat.

Pendant toute la réunion, Kelly nous dit qu’elle a une famille géniale: « Mes parents n’y sont pour rien, je suis la seule responsable de mes comportements. Ne cherchez pas de ce côté-là. »

La maman est très angoissée. Le père et les deux aînés sont en colère contre Kelly, notamment pour la souffrance qu’elle occasionne à sa maman.

Par la suite, nous décidons de rencontrer individuellement les membres de la famille. C’est le père que nous rencontrons en premier. Il nous dit d’emblée qu’il n’aime pas les psychologues, que ces gens ne servent à rien sauf pour les gens qui s’inventent eux-mêmes des problèmes. De son point de vue, Kelly n’a pas de raison valable d’aller mal avec la famille et la maman qu’elle a.

Il accepte néanmoins de nous parler de son histoire. C’est l’histoire d’une famille italienne très nombreuse. Une histoire d’immigration et d’aller et venues entre la Belgique et l’Italie, à cause d’une mère irresponsable, égoïste et instable.

Le papa de Kelly a très tôt développé un grand sens des responsabilités. Il est parti en bas de l’échelle en étant apprenti dans une entreprise, puis il a monté en devenant chef d’équipe et conducteur des travaux.

Il veut pour ses enfants une famille stable et unie.

A la naissance de Kelly, c'est le drame. La mère fait une hémorragie. Le père paniqué prend sa voiture pour aller dans un autre hôpital chercher du sang. Il revient bredouille en se demandant si sa femme et le bébé sont toujours en vie. Elle s'en sort. Il se relève sans avoir partagé ce qu'il avait vécu : sa peur de voir sa femme partir. Quelques années plus tard, sa sœur, à laquelle il est très attaché, meurt dans un accident de voiture. Le lendemain de l'enterrement, il est de nouveau sur le chantier. Trois jours plus tard, Kelly, qui a neuf ans, est hospitalisée pour une occlusion intestinale.

A travers nos échanges, ils réalisent qu'aussi bien qu'avec sa femme et qu'avec sa sœur, il n'a jamais exprimé son vécu par rapport à la mort. Il est frappé par le contre-pied que prend Kelly par rapport à son attitude à lui. Il se dit qu'il va parler à sa fille. Lui dire comment il a vécu la mort de près et lui dire qu'ils ne sont, en définitif, peut-être pas si éloignés l'un de l'autre malgré les apparences.

Lorsque nous rencontrons la mère seule, elle est très angoissée. Elle se demande si Kelly n'aurait pas vécu un traumatisme qu'elle cacherait. Elle voudrait que sa fille lui "avoue" ce qu'elle a vécu. Elle fouille ses affaires, elle lit son journal intime, elle interroge les copines de Kelly... Nous sommes tentés de lui conseiller de respecter l'intimité de sa fille, mais nous nous retenons. Elle nous explique qu'elle était, comme Kelly, la cadette d'une fratrie de 3. Nous lui demandons alors si elle-même a vécu quelque chose qu'elle a "dû" cacher ? Là, elle s'effondre et nous "avoue", c'est le mot qu'elle utilise, en nous faisant promettre de garder le silence, qu'elle a été agressée sexuellement par un cousin qui avait dix ans de plus qu'elle. Elle avait 11 ans. Elle est encore mortifiée aujourd'hui ! Elle n'en a jamais parlé à son mari. Elle lui a dit qu'il était le premier. Elle a le sentiment de l'avoir trompé.

A l'époque, elle en avait parlé à sa mère qui lui avait dit: « Tu as sans doute rêvé ma fille ». Alors, elle s'était renfermée sur son secret. A partir de là, nous rencontrons régulièrement la maman seule. Elle parle enfin des sentiments restés enfouis : la honte, la terreur, la peur, le désir de mourir, le sentiment d'avoir été trahie et d'avoir trahi et le désir se punir.

Parallèlement, nous expliquions au père et à Kelly que la maman avait quelque chose sur le cœur qu'elle a enfin pu déposer. Ils sont très rassurés que nous prenions soin d'elle. Ils acceptent d'être tenus en dehors.

Au fur et à mesure que la mère met à jour son propre trauma et qu'elle autorise à se laisser aider, Kelly commence à prendre en mains sa propre vie, à reprendre ses études, à réussir son année scolaire, à faire des projets et les réaliser... comme libérée.

C'est Kelly, avec ses tentatives de suicide, qui a ouvert la porte. Son attirance pour la mort parlait aussi bien de son père que de sa mère. Elle a mis en scène les sentiments que sa mère avait enfouis et a permis qu'avec notre aide sa maman commence à raconter et à digérer son histoire.

Kelly a permis aussi à son père de se reconnecter à des émotions qu'il avait toujours tenues à distance. L'attrait que la mort exerçait sur Kelly était à la mesure de son évitement à lui.

Dans une famille, un enfant peut, par son comportement ou les réactions qu'il induit "redramatiser" quelque chose du vécu d'un ou de ses parents. Il s'agit d'une blessure qui remonte à l'enfance ou à l'adolescence de ce parent. Cette blessure n'a pas pu cicatriser. Le poison n'a pas été régurgité. La douleur est restée enfermée et s'est enkystée. L'enfant perçoit les suintements de cette souffrance comme on peut percevoir les suintements d'un secret.

Il importe donc d'accueillir la redramatisation de l'enfant comme une opportunité pour le parent de revisiter cette blessure et d'y apporter le soin qui a manqué pour enfin pouvoir cicatriser.

Où voyons-nous des gains intergénérationnels dans cette situation, c'est-à-dire ce qu'un parent arrive à donner à son enfant qu'il n'a pas reçu lui-même de ses propres parents.

- Face aux comportements de sa fille, la mère de Kelly s'est montrée prête à tout voir et à tout entendre et à fouiller les affaires de sa fille, à lire son journal intime. Bien sûr, on ne va pas recommander aux parents d'avoir de telle pratique. Mais, c'est tellement mieux que le « Tu as sans doute rêvé ma fille » de sa propre mère.
- Face aux comportements de sa fille, le père a gardé calme et sérénité. C'est tellement mieux que les bouleversements qui lui ont été infligés pendant l'enfance. Il a choisi comme mère pour ses enfants une femme qui mettait la priorité sur eux. C'est tellement mieux que l'égoïsme de sa propre mère et que l'inconsistance de son propre père.

Au moment où nous avons été tentés de conseiller à la mère de respecter l'intimité de sa fille, nous nous sommes abstenus car, comme le suggère Irvin Yalom, nous avons appris à battre le fer quand il est froid. De quoi s'agit-il ? Il s'agit de rester attentif à ne pas prendre les membres d'une famille en flagrant délit d'inadéquation d'incompétence. Noter ce qui nous choque, accepter de le porter en dépôt un certain temps, essayer de bonifier dans notre esprit sa formulation avant de le ré-aborder de manière bienveillante et non menaçante avec le parent, à un moment où il se montre particulièrement compétent, davantage, capable de recevoir ce retour d'information sur sa conduite ou lorsque la charge émotionnelle est retombée, à un moment où il est prêt à

entendre ce qu'on a à lui dire. Non pas parce qu'on est sous le sceau de l'indignation, le lui dire parce que cela nous soulage ou parce que de ne pas lui dire, c'est comme si on cautionnait ce qu'il fait.

Travailler le déni versus la reconnaissance

En tant qu'intervenants sociaux, nous avons très souvent tendance à déplorer le manque de remise en question des parents que nous rencontrons dans le cadre de mesures contraignantes ordonnées par le juge.

Mattéo Salvini de l'Ecole de Milan nous dit qu'il n'est pas toujours opportun, surtout lors des premiers entretiens, de restituer aux membres de la famille une connexion entre le symptôme et une difficulté relationnelle au sein de la famille ou au sein du couple parentale. En effet, une telle explication pourrait être pressentie comme accusatoire et jugeante de la part des parents.

En présence de ces risques, il est plus indiqué de donner une première explication qui montre comment le symptôme du jeune est un moyen d'atténuer la souffrance. Par exemple, on peut voir la toxicomanie d'un jeune comme un moyen d'anesthésier les souffrances : le jeune consomme de l'héroïne comme s'il consommait des antidépresseurs. Le symptôme est une stratégie de lutte contre la souffrance.

Les parents du patient, tout comme le patient lui-même, doivent d'abord être aidés, accompagnés, pour surmonter les stades dits "prépsychologiques" dans la manière de définir le problème :

- Le premier stade est le déni ou la banalisation du problème (« Tout va bien, il n'y a pas de problème. Allez voir dans les quartiers nord de la ville, vous verrez là où les enfants sont élevés comme des chiens. Mais là-bas, vous n'avez pas le courage d'y aller. »)
- Vient ensuite celui de l'omnipotence (« Laissez moi, foutez-moi la paix, je m'en sortirai bien tout seul. »)
- Le troisième stade est la victimisation, l'abnégation de sa propre responsabilité (« C'est la faute de mes mauvais parents, de l'école, de la société qui donne tous les droits aux jeunes sans exiger en retour aucun devoir de leur part. »)
- Pour arriver finalement à l'acceptation d'une co-responsabilité dans la souffrance du patient désigné.

Il est utile de se souvenir que le déni n'est pas la preuve de leur mauvaise foi. C'est une stratégie défensive pour pouvoir continuer à se regarder dans la glace malgré les mauvais traitements qu'on a parfois infligé à son conjoint ou à ses enfants. Il sert à ne pas être débordé par notre chaos intérieur. Aussi devons-nous apprendre à travailler la reconnaissance des problèmes autrement que par la confrontation des résistances des patients.

Pour nous, il est effectivement très facile de tomber dans le piège des échanges polémiques avec les auteurs de violences où l'on se livre à une espèce de batailles d'arguments et de contre-arguments.

Avançons plutôt à l'aide de questions ouvertes :

- « Qu'est-ce que nous pourrions faire au cours de nos entretiens qui vous serait utile ? »
- « Que savez-vous des accusations portées contre vous ? »
- « Comment comprenez-vous que vous en soyez arrivés là ? »
- « Vous, comment appelez-vous les gestes que vous avez posés ? »
- « Dans quelles situations, en fonction de vos propres repères, estimez-vous, vous, avoir été trop loin ? »

Cela n'exclut pas que nous puissions nous montrer confrontant, mais toujours de la manière la plus bienveillante. Je vous lis un bref extrait d'entretien :

- « Entre la déclaration de la victime (ou ce que j'ai lu sur les PV) et ce que vous me dites là, il y a un écart bien trop important. Je suis prêt à vous donner un coup de main mais pour cela j'ai besoin de connaître votre problème et de votre problème, il n'y a que vous qui pouvez m'en parler. » (...)
- « Donc, ça veut dire que vous ne me croyez pas ? »
- « Ce n'est pas que je ne vous crois pas mais ce que je comprends, c'est qu'il est bien difficile pour vous de reconnaître ce que vous avez fait à votre fille ! »
- « Bon, écoutez, moi je suis venu ici parce que je veux revoir mes enfants, est-ce que ça, c'est clair au moins ? »
- « C'est bien que vous vous responsabilisiez par rapport à vos enfants. Vous comprendrez en même temps que les responsables de la Protection de la Jeunesse ne puissent pas prendre le risque de vous remettre en contact avec vos enfants avant d'avoir mieux compris qui vous êtes et d'évalué les facteurs de risque liés à cette rencontre. Parce que je suis convaincu que vous ne voulez plus faire revivre cela à votre fille, est-ce que je me trompe ? »
- « Ben non ! »

Comme le dit un de mes anciens formateurs québécois Alain Perron, on ne manœuvre pas un paquebot comme un canoë. Il faut aussi pouvoir lâcher prise sur l'objectif d'obtenir rapidement des aveux, (je devrais dire la

reconnaissance, les aveux, c'est plutôt dans un bureau de police!) ceci afin de favoriser leur implication dans le traitement.

Il nous appartient de prendre les personnes là où elles sont et non là où nous voudrions qu'elles soient. C'est à dire dans la reconnaissance.

Malgré les comportements qu'ils ont commis, ces hommes ont besoin d'un maximum de sécurité pour s'engager dans un processus de responsabilisation. Au vu des actes monstrueux que certains d'entre eux ont commis, cette démarche est loin d'être évidente. Alors, il est important d'aller à la rencontre de l'enfant en souffrance à l'intérieur de l'adulte, de développer davantage d'empathie à leur égard.

Nous nous efforçons également d'être sensible, attentif, aux affects exprimés, au non verbale :

- « Vous voyez, Monsieur, depuis quelques minutes, depuis que vous me parlez de votre grand-mère, avez-vous remarqué comment le timbre de votre voix s'est modifié? Moi, j'ai l'impression que vous vous êtes senti aimé par votre grand-mère. C'est d'ailleurs peut-être la seule personne! Parlez-moi de ce que vous ressentez ? »
Ce questionnement sur leur histoire les reconnecte à des émotions particulières souvent reliées à des ruptures, des abandons, des troubles de l'attachement.

A ce stade de l'affiliation, de la création du lien de confiance, on évite de se poser en autorité et de confronter les erreurs de pensées du type : « Vous dites que c'est votre fille qui vous recherchait, que c'est elle qui vous a séduit, qui vous a allumé. Ok, c'est comme cela que vous comprenez les choses. Mais ce qui est important pour le moment, c'est d'accepter de continuer à me parler malgré les difficultés que cela représente pour vous. »

Nous notons ces distorsions cognitives pour nous souvenir d'y revenir par la suite (quand le fer se sera refroidi).

Il n'est pas très porteur non plus de chercher la question qui va les coincer, qui va les mettre dos au mur car cela induit un enjeu de pouvoir dans la relation. C'est à celui qui va se montrer le plus fin, le plus rusé ! Dans ce "combat", on peut avoir le sentiment d'avoir marqué un point : « Il est dans les cordes, il ne sait plus quoi dire. » Malheureusement quand on a un sentiment d'avoir marqué un point, c'est toujours au détriment de la qualité de la relation. Personne n'aime perdre la face! Laissons toujours une porte de sortie, prenons soin d'eux.

Dans ce processus de reconnaissance des faits, si les auteurs tournent autour du pot, s'ils sont dans l'évitement, on ne les prend pas de front. On leur dit qu'on comprend : « Ce n'est pas évident de reconnaître que l'on a agressé sexuellement son enfant : La plupart des hommes et des femmes, qui viennent ici, éprouvent les mêmes difficultés que vous. Vous n'êtes pas une personne à part! Vous appartenez bien à la même humanité que tout le monde. »

Nous sommes soucieux de mettre en évidence le positif :

- « Monsieur, j'apprécie que vous soyez venu à notre réunion, vous saviez très bien de quel problème on allait parler et vous êtes là. »
- « J'aime que vous me parliez comme cela, en acceptant de vous poser des questions sur l'effet que peuvent avoir vos crises de colère sur vos enfants. »
- « Vous êtes très courageux de faire des efforts pour arriver à regarder en face la réalité des séquelles pour l'avenir de vos enfants. »

Il est intéressant de prendre le temps de poser la question à notre patient, comment il vit les entretiens avec nous. Cela nous permet rectifier le tir, de nous réajuster!

Voilà autant de précautions utiles qui servent à créer un lien de confiance avec ces auteurs de violence, ces auteurs d'infraction à caractère sexuel.

La ligne de vie

La ligne de vie est un outil qui nous sert de support pour accéder à un travail narratif : de mise en récit d'une famille. On est soucieux d'aider les enfants qui vivent dans des situations précaires, dans des situations difficiles où ils ont vécu des traumatismes, de pouvoir passer d'une mémoire traumatique à une mémoire narrative, une mémoire autobiographique, une mémoire convalescente, car elle arrive à mettre du sens sur ce qu'ils vivent ou ce qu'ils ont vécu.

Dans notre boîte à outil, il y a des icônes, des émoticônes, des symboles trouvés sur le net : (on a imprimé sur du papier autocollant) des tampons avec des cœurs, des étoiles, des fleurs et des abeilles. Tout ce matériel va nous aider à la réalisation de la ligne de vie. Quand, nous avons appris la ligne de vie au CLIF, nous nous sommes dits que nous allions l'appliquer sur nous-mêmes. Je me dis que si les psychiatres du XIXe et XXe siècle l'avait appliqué sur eux-mêmes, cela aurait fait du bien aux patients.

La ligne de vie se construit autour d'une question : comment cette histoire personnelle d'éducateur, d'assistante sociale, de psy, de médecin etc., influence la manière dont nous entrons en relation avec nos patients ? C'est un thème que j'ai développé dans mon livre "S'engager aux côtés des familles".

Dans ce livre, je présente une autre ligne de vie avec une adolescente qui a développé la conviction qu'elle était une enfant non désirée et sa mère qui n'avait jamais été aimée par sa fille. La ligne de vie permet d'éclaircir, de donner du sens.

Voici la consigne que nous donnons aux enfants, qui sont nos principaux interlocuteurs, c'est de prendre une feuille de papier pour écrire les événements significatifs de la famille et les noms des différents membres de la famille. En rapport avec les événements, on va proposer des résonances affectives :

- Comment imaginez-vous que papa s'est senti quand il a rencontré maman ?
- Comment imaginez-vous que papa a rencontré maman ?
- Comment imaginez-vous qu'ils ont fait pour choisir les prénoms des enfants ?

Les parents, si ils acceptent de participer, ont leur demande de rester un peu en retrait. Eux, ils sont là comme personne ressource.

La situation que je vais vous présenter est celle d'une mère qui a assassiné le père de ses deux derniers enfants :

Kiki est issu d'une famille ukrainienne qui a fait fortune dans le commerce des produits de luxe. Il s'est marié avec Kokote, une dame portugaise issue du quart-monde. Ils se sont mis ensemble et se sont séparés, ils se sont remis ensemble et se sont mariés, ils se sont séparés et divorcés, ils se sont remariés, etc. Ils sont dans une relation sans fin. Monsieur est fils unique et informaticien alors que madame n'a pas été à l'école, elle a été agressée sexuellement par son père quand elle était adolescente, sa mère lui a dit qu'elle était folle quand elle lui en a parlé. Alors, elle a eu une bonne raison de devenir folle. A l'âge de 19-20 ans, elle a été diagnostiquée schizophrène. Le couple a eu plusieurs enfants dont des jumeaux. A un moment donné, madame est repartie vivre dans sa famille au Portugal pour chercher un traitement. Là-bas, elle a rencontré monsieur 24 avec lequel elle a deux enfants. La vie là-bas était pénible car monsieur 24 était un grand adolescent attardé, il inversait le jour et la nuit, il était sur sa console pendant la nuit et il dormait la journée sur le divan. Comme c'était la misère, ils se sont dits qu'il était plus intéressant de remonter en Belgique où ils se sont installés dans une caravane, prêtée par une amie de madame.

Monsieur est reparti vivre chez ses parents quand madame est partie vivre au Portugal. Il faut savoir aussi que les deux aînés sont atteints d'une forme mucoviscidose sévère. Ils ont des troubles respiratoires, mais aussi des troubles digestifs, etc., qui nécessitent des interventions de kiné à midi et en soirée et, régulièrement, des hospitalisations. Il n'arrive pas à s'occuper seul de ses enfants. Ses parents sont bien utiles pour lui donner un coup de main.

Le deuxième couple est installé dans une caravane à moitié pourrie. Monsieur de Kiki dit qu'elle a de la chance que la Protection de la Jeunesse n'ait pas connaissance de sa situation parce que ses enfants lui seraient enlevés. Du coup, il va louer une maison pour vivre avec elle et son mari. Les trois adultes et les six enfants se retrouvent dans la même maison. Monsieur s'occupe bien des enfants, Madame fait ce qu'elle peut et Monsieur 24 ne fait rien. Madame en a plein le dos, ça lui arrive d'enfermer monsieur 24 dans sa chambre. Ce dernier crie sur les enfants et n'hésitent pas à lever la main sur eux. Madame en a marre et lui demande de repartir dans son pays. A un moment donné, elle change de ton : « Tu vas te casser, ..., je fous tes affaires dans un sac poubelle et je te balance tout ça dans la rue. » Il lui répond : « Tu veux que je parte, c'est ça que tu veux, tu as bien réfléchi ? Alors je pars avec la petite ! Pourquoi la petite, il en a toujours eu pour son fils ? Plus elle réfléchit, plus elle comprend qu'il veut partir avec la petite pour lui faire ce que son père lui a fait. A ce moment, une voix lui dit « tue-le, tue-le ». Elle se bat contre cette voix. Mais plus les tensions montent dans le couple, plus la voix se fait insistante. Un jour, après avoir mis la main sur elle, elle a pris une hache et la lui a plantée. Elle a essayé de faire disparaître le corps, mais comme il était trop lourd, elle a appelé son premier mari qui l'a aidée à faire disparaître le corps. Elle s'était confiée à une amie mais après une brouille, cette dernière l'a dénoncée à la police. On a expliqué aux enfants que Pedro était encore en pétard et qu'il était reparti au Portugal.

Mais, comme il était inscrit nulle part, il n'avait aucune matérialité, c'est passé pour un crime parfait ! C'est ainsi que nous intervenons dans la situation.

Madame est incarcérée et Monsieur repart vivre chez ses parents avec quatre enfants. A la première réunion au SPJ, il y a les parents de Kiki et de Kokote et les grands parents qui s'occupent des enfants, dont deux seront confiés à la sœur de madame, et la maman avec des menottes. C'est le pugilat, ils sont révoltés : « ...quand c'est sorti dans les journaux, il n'y avait personne pour nous aider à consoler les enfants. Aujourd'hui, vous intervenez alors que nous faisons tout pour que les enfants oublient. On dirait que cela vous amuse de retourner le foin... » On laisse le conseiller de la jeunesse se débrouiller avec eux. Mais, il va falloir prendre position. Le conseiller explique que c'est un traumatisme pour les enfants de devoir vivre avec une mère qui a tué le père du demi-frère et de la demi-sœur ! Le père a aussi aidé à faire disparaître le corps, c'est aussi un traumatisme ! Il va falloir mettre des mots là-dessus. La mère répond : « Que voulez-vous que je leur dise, j'ai tout raconté dans les moindres détails. »

Le conseiller a une idée qui fait mouche : « L'affaire va bientôt passer en assise, cela va de nouveau faire les gros titres dans les journaux, et nous voulons que vous soyez accompagnés à ce moment-là. » Ils acceptent. Alors, avec ma collègue, on leur propose de faire une ligne de vie. C'est-à-dire des entretiens familiaux avec le papa, la maman et les quatre enfants concernés. La maman voit les choses d'un autre œil. Elle était privée d'un espace pour voir ses enfants.

Au vu de l'histoire de madame, vous comprenez qu'on aurait dû commencer sa ligne de vie à la naissance des parents. La ligne de vie dans cette situation, c'est comment comprendre que la maman en soit arrivée à tuer Pedro et que le papa l'ait aidée à faire disparaître le cadavre. Il y a des clés de compréhension dans l'histoire de madame. Quand on a écrit quelques événements, on demande aux enfants d'attribuer des émotions à leurs parents jusqu'à leur naissance. Dans la ligne de vie, les enfants créent des symboles qui manquent à notre répertoire.

Madame en a pris pour 20 ans. Les deux aînés font des calculs et ils se disent qu'ils ont peu de chances de revoir leur mère de leur vivant! Après six mois, on n'a pas fini la ligne de vie, on poursuit. Les gens sont très motivés. A l'issue de ce travail, on va proposer aux enfants de rédiger l'histoire de leur vie sous la forme d'un conte, pour prendre de la distance :

Kokote, la maman ours, a été une jeune oursonne. Un jour, quand elle était jeune, elle a été attaquée, elle a été mordue à la patte par un ours beaucoup plus grand qu'elle. C'est une blessure qui a mal cicatrisé parce qu'elle n'a pas été soignée et parce qu'on n'a même pas essayé d'inquiéter celui qui l'avait blessée. Alors, elle s'est sentie bien seule avec ses douleurs. Quand elle a grandi, elle est devenue une belle et grande ours, mais on ne voyait pas qu'elle avait toujours sa blessure à la patte. Kokote rencontre un jour un jeune grand ours plus âgé qu'elle... Les deux premiers oursons se sont rendus compte qu'ils s'essoufflaient quand ils mangeaient, ils étaient vite fatigués, ils grossissaient moins bien. Alors Kiki et Kokote sont allés voir un "magiours" qui a donné un traitement pour les oursons. Le traitement consistait à aller tous les jours à la montagne pour respirer de l'air frais et de redescendre à la tanière. Quand il revenait, il mangeait déjà un peu mieux. Il devait également mettre de la poudre sur le poisson pour aller mieux. Il allait voir le "kinours" deux fois par jour pour les exercices de respiration. "Magiours" avait fait très peur à Kiki et à Kokote car il avait dit qu'il avait connu des petits oursons qui étaient morts de cette maladie. Alors Kokote avait décidé de ne pas l'écouter, elle disait qu'elle était sûre que ses bébés oursons iraient bien. Kiki veillait à ce que les oursons aient bien à chaque repas leur poudre sur leur poisson. Après, il y a eu deux autres petits oursons dans le ventre de Kokote. Kiki, il doit aller pêcher huit poissons : un pour chaque ourson. Kokote est une gentille maman ours, elle n'avait pas raconté à Kiki son mari qu'elle avait une blessure à la patte et, parfois quand elle avait trop mal, elle s'en allait pour trouver un peu d'eau fraîche à la rivière. Une fois, elle est partie bien loin pour aller voir un grand sage, avec l'espoir de guérir de sa blessure. Pendant ce temps-là, Kiki s'occupait toujours bien des petits oursons et il faisait toujours des réserves de nourriture. En allant voir le sage, elle a rencontré en chemin Clarours, un ours qui cachait bien son jeu. Il avait l'air d'abord d'être gentil, mais il a montré plus tard qu'il était en réalité très méchant. ...

Kokote enfermée par Clarours dans sa chambre entendait des cris. C'était ses oursons qui pleuraient car ils étaient maltraités par Clarours. A un moment donné, Kokote a dit à Clarours qu'il devait partir parce qu'il ne faisait rien de bon à la maison. Clarours a menacé de partir avec sa ours, alors Kokote était tracassée, mais pourquoi veut-il partir avec la petite alors qu'il a toujours préféré son fils ? Alors, elle s'est dit : « Ça y est! Il va faire une blessure à ma petite comme celle que j'ai subie quand j'étais moi-même adolescente. » Une nuit, alors que Clarours l'avait encore frappée, Kokote a sorti ses griffes et elle s'est battue contre "Clarours". Comme les griffes ne suffisaient pas, elle a pris une bûche pour faire en sorte qu'il ne nous fassent plus jamais du mal. Kokote a assommé Clarours, et il est mort! Puis, elle a fait disparaître le corps et Kiki l'a aidée à faire disparaître le corps.

Elle a dit aux oursons que Clarours en avait marre et qu'il était retourné dans son pays. Pendant plusieurs jours, Kokote s'est tenue devant la grotte avec une bûche, car même si elle avait tué Clarours, elle avait peur. Elle avait toujours peur qu'il revienne pour enlever sa ours, elle ne savait même plus qu'elle avait tué Clarours car sa blessure lui donnait beaucoup de fièvre tellement elle avait vu rouge. Puis, elle s'est souvenue à un moment, elle a dit à une amie qu'elle avait tué Clarours, en lui disant cela, elle pensait que l'amie allait garder le secret. Mais, l'amie l'a dénoncée et les "poliours" sont venus la chercher. Les "poliours" ne trouvaient pas de preuve de ce qui s'était passé, mais Kokote s'en voulait tellement qu'elle a avoué. Maintenant, Kokote est enfermée dans une cage et elle regrette énormément de ne plus voir ses oursons. Les petits oursons le disent maintenant qu'ils sont très fâchés contre leur maman car si elle n'avait pas pris la bûche pour tuer Clarours et si elle n'avait pas regardé "Clarours" au bord de la rivière, qu'elle avait passé son chemin, elle ne serait pas dans une cage, elle pourrait être plus souvent avec eux. Kiki pense qu'il aurait dû prendre moins de temps pour aller pêcher des poissons et s'occuper des problèmes avec Clarours.

Aujourd'hui, on ne sait pas comment l'avenir va se dérouler, même les "astroours" ne le savent pas. On peut imaginer que Kokote va rester enfermée pendant des années dans sa cage. Puis un beau jour, elle sera libérée, alors Kiki et les oursons, qui ne seront plus vraiment des petits oursons, lui feront une belle et grande fête dans une belle et grande maison qu'ils auront décorée spécialement pour elle. A cette époque, Stiky et Filou habiteront toujours avec Kiki. Sticky fera le même métier que son papa "informatours". Filou travaillera comme

“pompiours“. Poum sera marié et sera devenu “coiffours“. Winy, lui, sera marié à une belle ours de son âge, il sera devenu “professours“.

Dans ce travail narratif, il s’agit de mettre du sens à l’histoire, établir des connexions entre les souffrances des parents et la souffrance des enfants.

« Rédiger un récit intelligible, acceptable, surtout acceptable » disait Paul Ricoeur.

Ce n’est pas évident de se vivre comment étant l’enfant d’un meurtrier ou d’une meurtrière. En construisant ce récit avec eux, on leur permet d’habiter ce récit. Le récit permet aussi de réhumaniser le père et la mère malgré l’horreur qu’ils ont commis. Nous avons fait ce travail pendant onze mois, et à l’issue, le Service de la Protection de la Jeunesse a décidé de classer le dossier en estimant que dans la famille du père, il y avait suffisamment de ressources si un enfant allait mal pour qu’ils aillent d’eux même voir un psychologue.

Je vous remercie pour votre bonne attention.

Privation de liberté : l'éclairage de la Commission nationale de prévention de la torture (CNPT)

Corinne Devaud Cornaz

Membre de la Commission nationale de prévention de la torture et de la psychiatrie et docteure en psychiatrie et psychothérapie (SSPP)

Au nom de la CNPT, je tiens à remercier les organisateurs du congrès de nous avoir invités à venir présenter nos activités dont celles qui sont en relation avec la contrainte en psychiatrie. C'est sur la demande du bureau de la Commission que j'ai l'honneur de venir vous parler du travail que celle-ci déploie depuis dix ans alors que, pour ma part, j'y suis depuis 2015 à titre de membre expert.

Les normes et standards internationaux

La Commission nationale de prévention de la torture (CNPT) vérifie tout d'abord que les privations de liberté ou de restrictions de liberté de mouvement respectent les droits humains fondamentaux. Elle se réfère aux prescriptions internationales, à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme et aux normes des recommandations des droits de l'homme qui émanent d'organes internationaux, comme la Commission de prévention de torture (CPT) ou les Nations Unies (au niveau européen). Elle se réfère aussi aux dispositions nationales qui émanent des législations fédérales : la Constitution fédérale, le code pénal, le code civil, les législations cantonales ainsi que la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Les OPCAT (Optional Protocol to the Convention against Torture) - le Protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture

Lorsqu'un Etat ratifie cette convention, son obligation est de mettre en place un mécanisme national de prévention (MNP) pour assurer des visites régulières dans des lieux de détention. La Suisse a ratifié le protocole facultatif en 2002 et en 2006, le Conseil fédéral a demandé l'instauration d'une Commission de prévention de la torture en tant qu'organe indépendant. Dès lors, une loi fédérale sur la Commission de prévention de la torture est née le 20 mars 2009, précisant les conditions cadres du fonctionnement de la Commission. Cette loi s'appuie sur l'article 54 de la Constitution fédérale qui promeut l'exercice de la démocratie et les droits de l'homme. Elle stipule que la Confédération doit instaurer cette Commission et que celle-là doit veiller à ce que la Suisse respecte les obligations qui lui incombent en vertu des conventions dont la première a été signée en 1984 à New-York. Dans ce but, la Confédération s'assure qu'il existe une autorité d'inspection indépendante des autorités et de la société civile. A cette autorité d'inspection, l'accès aux lieux, où sont détenues des personnes privées de liberté, devra être garanti de manière illimitée. Cette loi définit la privation de liberté comme "toute forme de détention, d'emprisonnement ou de placement d'une personne dans un établissement public ou privé qui n'est pas autorisée à sortir de son plein gré". Cela concerne aussi le champ de la psychiatrie.

Pour la Commission, il est aussi stipulé que l'accès doit être illimité, y compris les données sensibles et médicales. Tous les membres de la Commission sont soumis au secret de fonction et au secret professionnel. Dans la protection des données, il est aussi spécifié que les données sensibles doivent être examinées à condition que l'accomplissement des différentes tâches et des points spécifiques l'exige. Exemple : le dossier médical d'une personne détenue dans un secteur de haute sécurité d'une prison sera examiné afin de vérifier que l'isolement exigé n'ait pas induit des conséquences sur sa santé physique et psychique. (D'autres exemples seront donnés par la suite)

Missions et compétences

La CNPT s'occupe du contrôle de la conformité des mesures de privation de liberté et des mesures restreignant la liberté de mouvement dans tous les établissements de Suisse. Pour cela, elle doit avoir accès à tous les lieux de privation de liberté ainsi qu'à leurs installations et équipements, comme indiqué dans l'article 8 (plus d'une soixantaine d'établissements psychiatriques en Suisse, 110 établissements pénitenciers et on ne connaît pas encore le chiffre des établissements médicaux sociaux). La CNPT doit disposer d'informations sur :

- le nombre et l'identité des personnes privées de liberté ainsi que le lieu où elles sont retenues ;
- le traitement dont les personnes privées de liberté font l'objet ;
- les conditions de leur privation de liberté.

A partir de là, la CNPT doit se préoccuper de l'amélioration des conditions de détention et de traitement et doit prévenir les mauvais traitements. Ensuite, elle doit adresser aux autorités compétentes des recommandations sous la forme de rapport d'inspection. Enfin, elle s'occupe également de certaines prises de position concernant des projets ou des actes législatifs.

Organisation

La CNPT est constituée de douze experts qui sont nommés par le Conseil fédéral et qui sont issus des domaines liés à la justice et police, à l'exécution des peines et mesures, à la migration ainsi que du domaine médical, notamment psychiatrique. Parmi ses douze membres, un président et onze vice-présidents. Au sein de cet organe de milice, les filières de métiers sont diverses et recherchées comme telles. Certains membres sont issus des ONG dont le CICR et Amnesty International, d'autres sont des représentants de la magistrature de longue date - juge et procureur -, des représentants de la médecine ainsi que des représentants en psychiatrie et en médecine légale, qui ont été récemment nommés pour renforcer la Commission dans l'acquittement de cette mission plus spécifique, qui est de visiter des établissements psychiatriques et médicaux sociaux.

La CNPT dispose d'un secrétariat de six collaborateurs et collaboratrices, tous titulaires d'un Master (en droit, en sciences sociales et politiques ou en journalisme). Elle travaille également avec des experts externes pour des visites de contrôle dans certains établissements (psychiatriques et médicaux sociaux).

Rapports thématiques

Après cinq années de pratique et de multiples mandats, elle s'est rendue compte que la procédure des rapports prenait énormément de temps et de ressources, et ceci au détriment d'une vision synthétique. Dès lors, elle a décidé de modifier sa procédure en mettant l'accent sur des thématiques qui touchent les droits fondamentaux dans le cadre de la privation de liberté. Ces thématiques ont ensuite servi de fils conducteurs au cours des visites d'établissements et elles ont fait l'objet de rapports exhaustifs, très détaillés, qui ont été transmis aux autorités. Pour consolider ses prises de position, la Commission a fait recours à des études et à des experts externes. Par exemple, le Centre Suisse des Droits Humains à Berne pour la question de la détention provisoire ou le Professeur Weber de l'Université de Berne pour la question de l'article 59. Afin d'évaluer la portée des recommandations aux établissements et être en mesure d'assurer un contrôle, la Commission a poursuivi en parallèle la rédaction de rapports plus court, succincts, et portant sur des points spécifiques, qui posent problème et sont destinés à chaque visite d'établissement.

Exécution des peines

En 2013 et 2014, la CNPT s'est intéressée aux divisions de haute sécurité. Au sein de celle-ci, des détenus - des personnes dans une perspective de droit humain qualifiées de très vulnérables - sont séparés des autres détenus. Les contacts sociaux sont ainsi très limités et les possibilités de faire valoir leurs droits sont très très restreintes. Dès lors, la CNPT s'est attelée à inspecter l'ensemble des quartiers de haute sécurité (6 en Suisse) pour évaluer les effets de l'isolement. Elle a défini la forme d'isolement selon les prisons. Les bases légales, les motifs de placement, les conditions matérielles de détention, l'équipement des cellules et le régime de détention ont été examinés. La CNPT a surtout exigé de pouvoir vérifier les voies de recours et le droit d'être entendu. Au final, elle a obtenu que les garanties procédurales minimales telles que l'examen à des intervalles régulier par une instance indépendante de la direction soient clairement définies. Ainsi, il a été rappelé que le maintien en isolement ne peut pas être prononcé pour une durée indéterminée. A la suite des visites de la CNPT, des cantons ont ainsi adopté des ordonnances détaillées en la matière qui obligent à revoir l'isolement tous les trois mois au minimum.

Privation de liberté en vertu du droit

La CNPT s'occupe aussi d'évaluer les aspects législatifs et les conditions matérielles, notamment la détention policière et les procédures pénales. Elle examine les modalités de l'arrestation provisoire en rappelant que la personne arrêtée a le droit d'être informée dans une langue compréhensible, d'avoir accès à un avocat et à un médecin, et d'informer ses proches. Ce sont des droits inaliénables.

Pour la détention avant jugement, la CNPT a examiné la durée de l'enfermement sur 24 heures, elle a revu les modalités de l'accès à des activités occupationnelles et sportives, elle a formulé des recommandations sur la manière dont les contacts avec l'extérieur doivent être gérés. Notamment, la possibilité d'accéder à un avocat, à un téléphone ou à des visites de proches. Elle a insisté sur le principe de séparation des détenus : entre ceux qui sont avant jugement et ceux qui exécutent une peine.

Les mineurs

Entre 2014 et 2015, la CNPT s'est préoccupée de la situation des mineurs : ceux qui font l'objet d'une sanction pénale et ceux qui sont placés pour des mesures civiles. Elle a édicté un rapport qui a mis en exergue le principe de séparation des mineurs et des adultes. Elle a insisté sur le développement de mesures pédagogiques, sur la

nature des sanctions disciplinaires (on ne peut pas utiliser n'importe lesquelles sur des mineurs) et sur le droit à la formation scolaire et professionnelle.

Mesures de restriction de la liberté

Dans le domaine de l'exécution des mesures thérapeutiques, les principes les plus importants, pour le traitement des auteurs d'infraction souffrant de troubles psychiques, sont contenus dans une législation internationale, robuste, et dans une législation nationale, explicite. Pourtant, les conditions d'application et de mise en œuvre des traitements institutionnels, tels qu'ils sont définis dans l'article 59, demeurent fortement contestées. Le nombre de places dans les établissements appropriés et définis par le code pénal est encore insuffisant, voire inexistant selon les cantons. Avec pour conséquence, une aggravation non négligeable de l'état psychique de certains de ses patients. C'est le rapport Weber commandité par la CNPT qui documente particulièrement bien cette problématique.

Actuellement, une des missions de la CNPT est de s'occuper de l'organisation des services de santé et du déploiement des soins, pour tous les détenus en exécution de peine et en détention avant jugement. Ce rapport sera publié à la fin de l'année 2019.

Privation de liberté dans le domaine migratoire

Dès le début, la CNPT a visité les centres d'enregistrement et de procédures, les centres d'hébergement fédéraux ainsi que les secteurs de détention administratifs qui accueillent des migrants. Elle s'est ensuite très rapidement préoccupée des conditions de détention des migrants et elle a thématiqué en 2012 la question du degré de fermeture des établissements en le contestant fortement. A la suite de l'accroissement de ces centres en Suisse, un rapport thématique est sorti durant toute l'année 2017.

La CNPT dispose aussi d'une équipe de dix observateurs qui accompagnent régulièrement des personnes lors des décisions de renvoi, notamment les vols spéciaux.

Sa méthodologie

Une première visite est annoncée par le Secrétariat au minimum 15 jours à l'avance. Cette dernière demande à l'établissement visité de préparer de la documentation : définition et mission de l'établissement, organigramme, règlements interne, les registres statistiques avec les taux d'occupation et la liste des personnes privées de liberté. Il y a aussi les visites en fonction des thèmes et celles qui sont inopinées, où il s'agit de vérifier le suivi des recommandations. La CNPT se réserve toujours le droit d'effectuer des visites ad-hoc, où elle est amenée à prendre connaissance d'une problématique particulièrement préoccupante en termes de respect des droits humains.

Dans la préparation du dossier, le secrétariat procède au recueillement des données et demande à clarifier certains points en fonction aussi de l'actualité. Il faut savoir que la CNPT s'autorise à regarder quel est le dossier médiatique consacré à tel ou tel établissement, avant la visite ou voire après. Elle collecte des informations auprès de la société civile et sur lesquelles elle peut s'appuyer pour autant qu'elles puissent contrôler les sources. Elle ne constitue pas un mécanisme de plainte ni une instance de recours.

Les visites

La Commission rencontre d'abord les membres de la direction de l'établissement. Elle l'informe, dans le cadre d'un entretien confidentiel, de sa mission, de son mode de fonctionnement ainsi que des buts de la visite dont celui de vérifier que l'établissement respecte les standards législatifs internationaux et nationaux. Elle effectue un premier tour de l'établissement en visitant l'ensemble des espaces qui accueillent les patients (on parle d'établissement psychiatrique) : les divisions, les chambres, les espaces communs, les équipements, les sanitaires, les CSI (chambres de soins intensifs), les bureaux du personnel, les locaux de consultation, les salles de sport, les ateliers de thérapie, le restaurant, les espaces récréatifs, etc.

Après un briefing interne, les membres de la CNPT se répartissent les tâches. Certains rencontreront en individuel les patients, d'autres rencontreront des employés, des membres de la direction et d'autres compileront les registres des mesures de contrainte, des mesures d'isolement, et des mesures limitatives de liberté et les registres des mesures de PAFA (nombre, durée de séjour, admission volontaire, etc.). Sur la base de ces données, comme une durée de séjour excessive, un âge trop jeune ou avancé, une question de sexe, etc., les secrétaires désignent quels patients les membres experts doivent rencontrer. Les visites peuvent durer de 2 à 3 jours.

Le lendemain, des membres de la CNPT rencontrent des membres de la société civile. Les dossiers jugés les plus délicats sont examinés de manière détaillée. Au terme de la première visite, un compte rendu oral est effectué avec les membres de la direction afin de restituer les premières constatations.

Par la suite, le secrétariat rédige un rapport qui sera soumis aux personnes qui ont participé à la visite. La version corrigée est envoyée à l'ensemble des membres de la Commission (12 membres) pour une prise de

connaissance. Ensuite, elle sera longuement discutée lors d'une séance plénière (4x par an). Le rapport final est adopté et envoyé à la direction de l'établissement. Ensuite, un entretien confidentiel est organisé avec les cadres de l'établissement pour discuter des constats et des recommandations. Les avis et les droits de réponses sont recueillis, et le cas-échéant, un délai est accordé pour présenter d'autres réponses.

Après, le rapport est soumis aux autorités pour une prise de position. Le Conseil d'Etat du Canton qui est concerné transmettra sa réponse et proposera des améliorations à la Commission. Au final, le rapport sera publié sur le site internet de la CNPT, avec la réponse des autorités. Pour maintenir un dialogue régulier entre la CNPT et les autorités, les rapports ne font plus l'objet de communiqué de presse. Alors pour celles et ceux qui s'intéressent à consulter les rapports sur tel ou tel établissement, je vous invite à consulter le site internet de la CNPT qui est moderne et facilement accessible dans toutes les langues.

La privation de la liberté

La CNPT doit se référer à la législation internationale. Tout d'abord, le pacte de l'ONU qui traite des droits civils et politiques rappelle que la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants sont interdits. La résolution 46/119 de l'Assemblée générale des Nations Unies parlent de la protection des personnes atteintes de maladie mentale et définit la question de l'amélioration des soins de santé : toute personne admise dans un service de santé a droit au respect de sa capacité juridique, au respect de sa vie privée et de sa liberté de communiquer. Une fois que l'OPCAT, le protocole facultatif à la convention des Nations Unies, a été signé celui-ci a imposé à la Suisse de mettre en place le mécanisme national de prévention. Il rappelle aussi que la mise en place d'un tel mécanisme doit s'appuyer sur une démarche de coopération plutôt que sur une désignation de condamnation. Je vous invite à vous référer au site internet de l'Association de prévention de la torture.

La Convention relative au droit des personnes handicapées a été adoptée à New-York en 2006 et ratifiée par la Suisse le 15 avril 2014. Elle n'est entrée en vigueur chez-nous que le 15 mai 2015. Elle traite de nombreux aspects juridiques tout en valorisant l'handicap comme une composante de la diversité humaine. Pour plus d'informations, je vous propose de consulter le site internet de la Confédération. Dans l'article 16 de la Convention, il est bien spécifié que les états parties doivent veiller à ce que tous les établissements et les programmes destinés aux personnes handicapées soient effectivement contrôlés par des autorités indépendantes.

Parmi les autres législations, je citerai la recommandation 832 du Conseil des Ministres de l'Europe qui stipule dans l'article 10 que la dignité du patient doit être respectée en toutes circonstances.

En 2004, dans le cadre du champ de la santé mentale, le Conseil des Ministres a édicté des recommandations concernant le placement volontaire et le traitement involontaire. Au niveau des normes de la Commission de prévention de la torture, le 8^{ème} rapport qui a été publié en 1998, rappelle que les conditions de vie pour les patients hospitalisés doivent se rapprocher le plus possible des conditions de vie en société. Il détaille aussi les conditions matérielles du séjour dans un établissement hospitalier ainsi que les modalités des traitements psychiatriques.

La CPT a édicté en 2017 un rapport qui définit les conditions de l'exercice de la contrainte en psychiatrie.

Dans la législation nationale :

- l'article 434 traite des traitements sans consentement,
- l'article 383 traite des mesures limitatives de liberté dans les EMS,
- l'article 438 traite des mesures limitatives de liberté dans les établissements psychiatriques,
- l'article 384 traite du devoir d'information quant aux mesures limitatives de liberté,
- l'article 426 traite du placement non volontaire,
- l'article 427 traite du maintien contre son gré,
- l'article 433, qui préoccupe beaucoup la CNPT, traite des plans de traitements et exigent que ceux-ci soient établis par le médecin avec le patient, et que les informations doivent porter sur les raisons, le but, les modalités, le risque et les effets secondaires du traitement. Pour les professionnels de la santé, cet article est le plus difficile à implémenter.

Les constats de la CPT

Depuis sa fondation, la CNPT a visité huit établissements psychiatriques. La première visite a eu lieu en 2010 à la clinique de Münsterlingen en Thurgovie à la suite d'une situation très préoccupante. Quatre années plus tard, une deuxième visite a été organisée pour contrôler que les droits des patients étaient bien respectés. Accaparée par d'autres thématiques, ce n'est qu'à partir de 2016 qu'elle a pu se concentrer de nouveau sur les établissements psychiatriques. Elle a visité la clinique de la Waldau à Berne et celle de Marsens dans le canton de Fribourg. En 2017, elle a visité les cliniques de : Königsfelden en Argovie, UPK à Bâle, UPK à Zurich et Mendrisio au Tessin.

Le premier constat a été l'hétérogénéité des pratiques :

A l'instar des autres régimes de privation de liberté appliqués dans le cadre pénal, des différences importantes ont été observées au sein des établissements. Elles concernent principalement les pratiques en matière de contention. Le code civil relève d'une législation fédérale qui uniformise ces questions : de placement, de droit de recours et de droit à l'information et de la nécessité de protocoler l'ensemble de ces procédures. Mais, il ne se prononce pas sur la nature qualitative des différentes catégories de mesures limitatives de liberté. Face à ce constat, la CNPT a émis des recommandations très différenciées qui valorisent les aspects positifs : les solutions, que l'établissement psychiatrique a privilégié, pour diminuer le recours à des mesures de contrainte et à des mesures limitatives de liberté. Il est intéressant de constater que, pour la CNPT, ces solutions semblent s'inspirer des valeurs culturelles de la région et sont parfois imprégnées d'un héritage quant à la manière de se représenter la gestion de la maladie mentale. Par exemple, la clinique psychiatrique de Mendrisio au Tessin, elle, ne recourt pas à la pratique de l'isolement ou à l'immobilisation. Cela a agréablement surpris les membres de la CNPT. Mais, comment fait-elle pour gérer des situations d'agitation ? La clinique dispose d'une unité mobile, composée de dix infirmiers, qui vient en soutien dans les différentes unités. En outre, elle propose un accompagnement avec un effectif de 1 sur 1 lors d'une admission ou d'une décompensation psychique ainsi que la possibilité de conduire le patient dans une unité spécialement aménagée, avec différents espaces dédiés à des activités d'art thérapie ou du quotidien. La clinique a expliqué son choix par l'héritage de la loi Basaglia de 1980, qui a ouvert les asiles et a favorisé l'émergence des polycliniques, et surtout, imposé le suivi ambulatoire.

Les recommandations sont toujours contextualisées en tenant compte des ressources humaines qui sont mises à disposition, d'où l'importance de la liste du nombre de patients et de la liste de l'effectif du personnel, et de l'architecture.

La CNPT accorde aussi une grande attention à la qualité de l'entretien des locaux. Cela d'autant plus, si l'hôpital a été construit de longue date, il faut veiller à entretenir les locaux. Qu'en est-il de l'éclairage, de la luminosité, de l'aération ou du chauffage? Sachant que les personnes privées de liberté vont passer plusieurs jours ou plusieurs semaines dans ces établissements. Dans une clinique à Zurich, par exemple, il a été constaté qu'il n'y avait aucune possibilité d'aération.

Les recommandations européennes précisent bien que l'environnement thérapeutique doit être positif avec un aménagement et un décor agréable, que les normes d'hygiène hospitalières doivent être respectées ainsi que l'accès doit être adapté aux personnes handicapées.

Les différents registres d'entrée et de sortie, les registres de documentation des mesures limitatives de libertés et les durées sont scrupuleusement analysés. Une décision peut être prise de rencontrer personnellement les patients qui font l'objet de telles mesures. Concrètement, les membres de la CNPT demande à entrer dans les CSI (chambres de soins intensifs) pour discuter avec les patients attachés ou non, agités ou ceux dont la médication est conséquente. Les dossiers informatisés avec les notes de suite sur l'évolution de l'état du patient et la posologie de la prescription des psychotropes peuvent aussi être évalués. Les directives internes, aussi, sont scrupuleusement lues et consignées dans un registre centralisé où les mesures limitatives de liberté sont détaillées pour chaque patient. Du temps est aussi consacré à contrôler l'effectif du personnel et les gardes, entre autres, pour comprendre pourquoi certains PAFA n'ont pas été suffisamment signalés dans le dossier médical. Il a parfois été constaté qu'un seul médecin assistant était de garde la nuit dans un grand hôpital.

Les restitutions doivent être synthétisées et organisées selon certaines priorités, si on veut qu'elles soient suivies d'effets politiques. Après quelques visites d'établissements, nous constatons que les prises de position politique témoignent que la question de la privation de liberté ne laisse personne indifférent, et heureusement. Il est possible de consulter les réponses politiques sur le site internet de la CNPT.

Les mesures qui ont été rapidement mises en place sont les aménagements des locaux. Soit l'amélioration de la luminosité, l'aération, les décorations intérieures et surtout l'accessibilité des handicapés et des personnes âgées. Du côté des politiques, il a été signalé que de nouvelles divisions seront construites et que les accès aux sorties et promenades seront être accrus.

Pour l'équipe de soin, la qualité des procédures et les formations ont été améliorées.

Les visites de la CNPT avec ses recommandations légitimes pour les cliniciens et les cadres intermédiaires montrent que le temps ne peut pas être consacré uniquement à la productivité.

Enfin, lors de ses prochaines visites, la CNPT ne souhaite plus :

- des divisions fermées
- des immobilisations qui durent au-delà de 2-3 jours,
- des situations de fixation à 5 ou 7 points (dans les mesures limitatives de liberté),
- voir des mineurs hospitalisés dans des divisions d'adulte.

La CNPT souhaite :

- des registres centralisés par établissement et qui inclut systématiquement les plans de traitement. Les plans de traitement sont la question sur laquelle tous les professionnels de la santé doivent travailler en collaboration avec la société civile et les patients
- le renforcement des programmes socio-thérapeutiques,

- un interface mieux clarifier avec les professionnels de santé, agents de police, sécurité et sûreté, voire une réglementation plus uniforme, plus claire pour les établissements.

Conclusion

L'un des points forts de la CNPT dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale est son indépendance. Lors de sa fondation en 2009, la volonté du Conseil fédéral était d'aligner la Suisse aux autres pays, comme l'Autriche et les Pays-Bas, qui disposaient depuis longtemps de mécanismes nationaux de prévention de mauvais traitement. A l'époque, les membres de la CNPT ont estimé que l'appellation officielle de la prévention de la torture était inadéquate car ce titre pouvait être perçu comme infamant pour le personnel des différents établissements visités. Pourtant, le besoin d'une telle structure s'est rapidement avéré essentielle. La formulation des recommandations législatives, mais aussi des recommandations factuelles et organisationnelles s'est révélée indispensable en Suisse. Pourtant, le reproche fait à la CNPT était de ne s'intéresser qu'à des questions en apparence "futiles", mais qui se révèlent fondamentales pour le maintien d'un sentiment d'estime, dans un vécu de dignité qui favorisera le retour dans la société. La résolution de ces questions "futiles" rejoint à mon avis la priorité des dirigeants des établissements hospitaliers car ces derniers, de même que les professionnels de la santé ou les professionnels de gestion pénitentiaire, sont aussi des personnes qui souhaitent avant tout que leurs usagers ou leurs locataires, dont ils ont la charge, puissent un jour regagner la société dans de meilleures conditions possibles.

Dans le domaine hospitalier psychiatrique, les chercheurs disposent d'une plus longue tradition de recherche que ceux en milieu pénitentiaire. Le travail des chercheurs hospitaliers témoigne de l'importance de s'intéresser aux questions du vécu dans le champ de l'isolement et du vécu à l'annonce d'un placement non volontaire et à la question de la manière dont les informations ont été transmises et, surtout de la manière dont elles ont été traitées, pour faire en sorte que les mesures de contrainte lorsqu'elles doivent être exercées, elles le soient le plus possible dans le maintien de la dignité du sujet.

Dans le domaine du suivi en milieu de soins et des mesures limitatives de liberté, le statut indépendant de la CNPT est venu apporter un éclairage supplémentaire et complémentaire à celui du registre de l'ANQ, l'association nationale pour la qualité. En effet, le registre de l'ANQ est un relevé statistique tandis que les délégations de la CNPT, au travers de ses différents membres qui la compose, se rendent en personne dans les locaux des établissements afin de rencontrer les personnes qui sont privées de liberté et celles qui sont en charge d'administrer la privation de liberté. Ceci pour maintenir un dialogue.

Autre force de la CNPT, c'est est son caractère interdisciplinaire, découlant de la composition de la commission. Les médecins, auxquels j'appartiens, posent un regard aiguisé sur l'administration des traitements médicamenteux, psychiatriques et psychothérapeutiques. Membre experte, la policière évalue l'équipement des agents de sécurité et apprécie à sa juste proportion le caractère déplacé de certaines interventions de police sur le site de l'hôpital ou le degré d'armement des policiers dans certains établissements (ailleurs qu'en Suisse romande).

Les juristes passent à la loupe les règlements et discutent avec les membres pour évaluer la pertinence et la justesse en fonction du contexte de l'établissement. Ils examinent d'entente avec les représentants des ONG les voies de recours et prennent systématiquement contact avec les sociétés civiles qui représentent les droits des patients. De cette vision plurielle, avec appréciation et délibération interne entre différentes personnes humaines et éclairées, apparaît une vision globale de l'établissement visité : une vision où il s'agit d'extraire les points faibles et les points forts pour établir une photographie à partir de laquelle un processus d'amélioration puisse être construit.

Dès lors avec l'avènement de la CNPT, nous constatons l'instauration d'une culture de l'inspection. En effet, dans certains cantons dont celui de Vaud, la tradition de l'inspection des établissements médicaux sociaux est établie de longue date par la CIVES alors qu'ailleurs pas du tout. Pourtant, l'article 387 du code civil spécifie bien que les institutions accueillant des personnes incapables de discernement sont assujetties à une surveillance cantonale, à moins qu'elle ne soit prescrite par une réglementation fédérale.

La CNPT instaure une culture de dialogue avec de nombreux partenaires. Comme l'évoque notre président actuel, le juriste Alberto Ackermann, dans le rapport d'activité 2017 de la CNPT: « Le succès des recommandations de la CNPT est quand même déterminé, pour qu'elle puisse déployer leurs effets, par la qualité du dialogue que la CNPT entretient avec les responsables. Ses discussions doivent se mêler avec les directions, mais aussi avec les administrations, les gouvernements, mais aussi avec la société civile. » Ainsi, en 2013, à l'occasion d'une rencontre à l'Université de Berne entre les différentes organisations de la société civile, la CNPT a constaté que peu d'organisations civiles en Suisse sont engagées en faveur des personnes privées de liberté et, lorsqu'il y a des initiatives, elles tendent à être locale ou régionale. Dans ce cadre, la CNPT ne peut que saluer l'initiative du Graap de se pencher, dans ce congrès, sur les différentes formes que revêt la privation de liberté, et de continuer une réflexion critique sur les différentes formes de contrainte qui sont, malheureusement, encore exercées en psychiatrie.

Je vous remercie pour votre attention.

Pouvoir et souffrance du soignant

Dr Stéphane Morandi

Psychiatre, médecin associé, Unité de psychiatrie mobile DP-CHUV, et médecin cantonal adjoint

Je remercie le Graap de m'avoir donné l'opportunité de pouvoir m'exprimer ici et au nom des collègues du département de psychiatrie du CHUV. Je remercie aussi Benedeta Silva qui a beaucoup œuvré à la préparation de cette présentation. D'un commun accord, nous avons convenu que je présenterai seul la conférence.

Ce matin, j'étais au CHUV devant un auditoire de deux cents médecins sur la question des PLAFA. Ce qui me frappe fortement, c'est la discrepancy entre les discours du monde médical et ce qu'on peut entendre ici. La première chose qui me vient à l'esprit, c'est quand est-ce que les uns vont parler avec les autres. Pas seulement pour exprimer les doléances de part et d'autre, mais pour essayer ensemble d'améliorer les choses.

Je vais commencer par présenter un cas clinique pour vous confronter à ce qu'est la souffrance pour un médecin de garde :

Max a environ 25 ans. Depuis 1 semaine, il n'ose plus rentrer chez lui. Il dort dans la rue par des températures négatives. Il est persuadé que son appartement est envahi par des entités qui lui veulent du mal. Max refuse de voir ses proches, car il se demande s'ils n'ont pas été envoutés, voir éliminés, puis remplacés par les entités maléfiques qui habitent son logement. Alertée par des passants qui ont repéré Max dormant dans un parc depuis plusieurs jours, la police demande une évaluation médicale.

Que fait le médecin ? Il évalue le patient et va appeler les proches pour en savoir plus. Les proches sont inquiets, car Max a laissé des messages évoquant une situation intenable et des idées noires. Max refuse depuis peu tout contact avec ses parents et sa sœur. Il a rompu avec son amie et ne se rend plus à l'université depuis environ 2 mois. Il ne s'occupe plus de ses affaires administratives.

Le médecin rencontre Max et observe son état :

- Max est en hypothermie.
- Max se montre méfiant et rechigne à raconter son histoire à un inconnu.
- Max est désespéré et épuisé par la menace constante qui pèse sur lui, mais il nie toute idée suicidaire.
- Max est très anxieux, surtout lorsqu'on lui propose de l'aide. Il craint de «tomber entre de mauvaises mains».
- Max n'a qu'une demande, qu'on lui fiche la paix pour qu'il puisse retourner se cacher.

Dans ces conditions, que faire ?

- Max devrait-il être hospitalisé ?
- Max ne devrait pas être hospitalisé ? (On devrait le laisser partir)
- Max devrait-il être hospitalisé contre sa volonté ?

Une majorité des gens (dans la salle) pense que Max devrait être volontairement hospitalisé.

Le médecin de garde peut très vite être persuadé que Max a besoin d'aide et de soins. Mais, il est plus compliqué de savoir de quelle manière, on va prodiguer les soins. En présence du patient et de la police, le médecin doit rapidement décider car souvent il a d'autres urgences. De plus, cela arrive la nuit, pas de contact, et les proches, inquiets, ne sont pas prêts à intervenir à ce moment-là et à l'héberger. La police demande aussi au médecin de prendre position : le laisser partir ou le faire hospitaliser ? Voici la situation dans laquelle les médecins se trouvent généralement et doivent choisir entre contrainte ou pas ? Pour aider les médecins dans leurs décisions, il existe le cadre légal et les principes déontologiques comme le Serment d'Hippocrate, né il y a 2'500 ans : "Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de tort ou de corruption,..."

Pour le médecin, le Serment d'Hippocrate est confortable. Il décide et fait ce qui est bon pour son patient. En revanche, le patient, lui, manque de pouvoir décisionnel. La situation a évolué en 2'500 ans, heureusement! Maintenant, il existe le code de déontologie de la Fédération des médecins suisses (FMH) qui définit les rôles et devoirs du médecin :

- Le médecin a pour mission de protéger la vie de l'être humain, de promouvoir et de maintenir sa santé, de soigner les maladies, d'apaiser les souffrances et d'assister les mourants jusqu'à leur dernière heure. (art. 2 Code de déontologie de la FMH)

- Tout traitement médical est entrepris dans le respect de la dignité humaine, en tenant compte de la personnalité du patient, de sa volonté et de ses droits. (art. 4 Code de déontologie de la FMH)

Lorsque deux valeurs s'affrontent en médecine, on parle de dilemme éthique. En bioéthique, il y a quatre principes fondamentaux (Beauchamp et Childress, 1994) :

1. Justice
2. Bienfaisance
3. Autonomie
4. Non-malfaisance

La Bienfaisance

Dans la situation de Max, on tient compte du deuxième article de la déontologie de la FMH (protéger la vie, promouvoir et maintenir la santé, soigner la maladie, apaiser les souffrances, etc.) et on applique les principes suivants :

- **La non-malfaisance** : éviter les effets délétères des soins. Il faut pouvoir prodiguer des soins qui fassent du bien en faisant un minimum de mal.
- **La futilité** : point de vue du patient, efficacité des soins proposés. Est-ce que ce que je vais proposer a du sens ? Dans ce cadre, est-ce que les soins proposés sont efficaces ?
- **La proportionnalité** : quels sont les moyens mis en jeu par rapport au but visé ? Est-ce que ça vaut la peine d'appeler la police, les ambulanciers ? Est-ce qu'il faut mettre le patient dans un service fermé ? Est-ce qu'il faut lui proposer un traitement de gré ou de force ? Toutes ces questions doivent être évaluées.

Dans la situation de Max, si on se réfère au principe de la bienveillance, cela signifie :

- Améliorer son confort : réchauffer, hydrater ;
- Rassurer : calmer les angoisses ;
- Apporter de l'espoir ;
- Atténuer les symptômes psychiatriques ;
- Éviter le suicide ;

Ces principes peuvent à un moment donné entrer en conflit avec un autre principe de la bioéthique : l'autonomie (respect de l'autonomie de la personne). L'autonomie se définit au niveau du droit fondamental à la dignité (art. 7 Constitution fédérale) et à la liberté (art. 10 Constitution fédérale). Mais, elle est parfois altérée par :

- Un cadre psychologique : propre représentation du bonheur, influence de l'éducation, personnalité, psychopathologie : ex. pensées imposées, idées délirantes, hallucinations envahissantes.
- Un cadre légal : capacité de discernement (éléments cognitifs et volitifs).
- Un cadre social : place dans une société individualiste et compétitive. Dans quelle société vit-on ?

Dans la situation de Max, le principe de respect de l'autonomie est de :

- Laisser agir Max selon sa volonté, de manière indépendante et sans contrainte.
- Déterminer l'impact du trouble psychique sur la manière de pensée, d'appréhender le monde.
- Évaluer la capacité de discernement par rapport à certaines décisions.
- Tenir compte de l'environnement : ex. ressources, mise en danger de soi, d'autrui.

Soigner sous la contrainte : une forme de pouvoir

Pour le professionnel, le pouvoir est conféré par la justice civile : dans les dispositions légales, placement à des fins d'assistance (art. 426 Code civil suisse) et soins médicaux sans consentement (art. 434 Code civil suisse).

Si on se réfère à la littérature médicale et scientifique, il existe peu de preuves de l'efficacité de la contrainte.

La contrainte ne soigne pas! On connaît en revanche les effets négatifs de la contrainte :

- Détérioration de la qualité de vie, Rusch et al., 2014.
- Etat de stress post-traumatique, Berry et al., 2013.
- Diminution de l'adhérence au traitement, de Haan et al., 2007.
- Réduction de la satisfaction liée au traitement, Nytingnes et al., 2016.
- Recours à d'autres mesures de coercition, Jaeger et al., 2013; Kalisova et al., 2014.

Une grande étude menée il y a quelques années en Allemagne sur 350'000 hospitalisations et durant 15 ans soulève de nombreuses questions sur la manière de pratiquer. Les services fermés et les services ouverts ont été comparés afin de déterminer les répercussions sur le taux de suicide, sur le taux de tentative de suicide et sur le risque de fugue. Les conclusions sont qu'il n'y a pas de différence par rapport au taux de suicide entre les

services fermés et les services ouverts. En revanche, il y a moins de tentative de suicide et de fugue dans les services ouverts que dans les services fermés.

Par rapport à la situation de Max, quels choix se présentent au soignant ? Soit, il soigne sous la contrainte en s'appuyant sur le principe de la bienséance, soit il accepte le refus d'aide et laisse partir le patient. Il est ainsi un bon médecin parce qu'il a respecté le principe d'autonomie. La situation n'est pas aussi simple pour le soignant car il se pose d'autres questions : effets secondaires et efficacité du traitement ? Risques ? Péjoration de la situation (santé, social, légal) ? Symptômes ? Capacité de discernement ? Alternatives ? Collaboration, directives anticipées, bases légales ? Où en sont les proches ? Est-ce qu'on peut faire confiance à la personne ? etc. En outre, il est aussi difficile pour le soignant de savoir quoi faire quand le patient ne veut pas parler.

Du côté des soignants, quel est leur vécu face à la contrainte ?

Pour répondre à cette question, une enquête en ligne a été réalisée auprès des collaborateurs du DP-CHUV. Nous avons analysé 150 réponses afin de pouvoir vous présenter les résultats aujourd'hui.

Les objectifs de l'enquête en ligne :

- Explorer le vécu des professionnels face à la contrainte ;
- Déterminer les facteurs qui influencent leur vécu ;
- Développer un outil permettant d'évaluer ce vécu à différents moments et dans différentes situations ;
- Perspective : améliorer les conditions de travail.

L'enquête en ligne comporte trois parties :

- 1.- Caractéristiques personnelles et professionnelles (âge, genre, activité, profession, niveau hiérarchique, année d'expérience et proches avec des troubles psychiques).
- 2.- Expérience, situations de contrainte (formelle et informelle).
- 3.- Attitudes et expérience des professionnels vis-à-vis des soins sous contrainte (37 questions et Echelles Likert 1-5).

Quelques résultats :

- «**La contrainte est bénéfique aux personnes qui doivent s'y soumettre.**»
1 soignant sur 2 est ni d'accord, ni pas d'accord. Ce résultat montre que de nombreuses personnes ne croient pas à l'utilité de la contrainte.
- «**Recourir à la contrainte engendre chez moi un conflit moral.**»
37% parfois, 30% rarement, 20% souvent, 7% souvent et 7% jamais.
- «**La contrainte est une atteinte aux droits fondamentaux des personnes concernées.**»
39% ni d'accord, ni pas d'accord, 24% pas d'accord, 18% d'accord, 16% tout à fait d'accord et 3% pas du tout d'accord.

D'autres facteurs vont influencer le soignant à recourir ou non à la contrainte :

- Les facteurs sociétaux : croyances et stigmatisation liées aux troubles psychiques.
- Les caractéristiques personnelles et expérience des professionnels.
- L'offre de soins.

Les croyances et la stigmatisation liées aux troubles psychiques sont encore fortement ancrées dans notre société. Pourtant, la Coraasp a mis en œuvre une formidable campagne de promotion et de prévention de la santé mentale et les associations, elles, donnent beaucoup d'informations tout comme les proches et les patients. Les soignants, eux, véhiculent des idées autour des troubles psychiques. Parmi les croyances, l'impossibilité de se rétablir de certains troubles. Pour donner un exemple, Schulz a réalisé une étude en 2007 qui montre que 97 % des professionnels travaillant dans le cadre de la santé mentale pensent qu'on ne guérit pas d'une schizophrénie.

D'une série d'études menées par Corrigan en 2014 sur les propositions thérapeutiques (santé physique) pour les personnes avec des troubles psychiques, il en est ressorti que quand on a un trouble psychique et qu'on va chez un médecin généraliste, moins d'offres thérapeutiques sont proposées que quand on n'a pas de troubles psychiques. Les croyances sont que les personnes souffrant de troubles psychiques sont beaucoup moins compliantes au traitement, elles ne comprennent pas bien ce qui est proposé, alors les traitements thérapeutiques sont restreints. En psychiatrie, nous sommes très mauvais pour l'évaluation du risque, la prédictibilité du risque (étude de Fazel en 2012).

La pression sociale se manifeste aussi à travers les médias. Evidemment, elle pèse en premier sur les personnes concernées, mais elle n'épargne pas les professionnels. Très souvent, on leur reproche d'en avoir trop fait ou d'en avoir pas fait suffisamment. Sur cette question de la pression sociale, nous avons interrogé les collaborateurs du DP-CHUV :

- **«Je recours à la contrainte par crainte de conséquences légales pour moi.»**
Ce n'est pas un facteur déterminant : 50% ont répondu jamais et 32% rarement.
- **«Il m'arrive de recourir à la contrainte sous la pression de tiers.»**
37% jamais, 34% rarement et 24% parfois.

Une littérature montre aussi que les professionnels sont plus ou moins sensibles à la contrainte en fonction de facteurs personnels et professionnels : âge (plus les psychiatres vieillissent moins ils sont à l'aise avec le recours à la contrainte), genre (les femmes utilisent plus la contrainte que les hommes), niveau professionnel et hiérarchique, la profession, l'environnement professionnel et la fréquence de la confrontation à des situations de contrainte influencent la sensibilité des professionnels face à l'utilisation de la contrainte.

L'étude en ligne a montré que la contrainte stresse plus les professionnels en psychiatrie de liaison que ceux dans les équipes mobiles et en psychiatrie hospitalière. Les psychologues sont beaucoup plus sensibles à la question de la contrainte que les assistants sociaux (0%). A noter que ces derniers ne prononcent pas de mesures de contrainte.

Autres questions de l'étude en ligne :

- **« Avoir dû recourir à la contrainte dans certaines situations m'a profondément marqué.»**
38% d'accord, 26% ni d'accord, ni pas d'accord, 18% pas d'accord et 16% tout à fait d'accord.
Il n'y a pas de corrélation avec l'âge, le genre, le type de profession, le niveau hiérarchique, le contexte professionnel et la fréquence des situations de contrainte formelle et informelle.

L'offre de soins : quelles sont les alternatives à l'hospitalisation ?

- Equipes mobiles d'intervention de crise ;
- Services d'urgence psychiatrique et suivi de crise ;
- Hôpitaux de jours ;
- Maisons de crise non-médicalisées.

La prévention des hospitalisations/réadmissions ?

- Campagne de prévention, promotion de la santé
- Déclarations anticipées : directives anticipées, plan de crise conjoint
- Case management dans les situations complexes, dans les transitions

Question de l'étude en ligne :

- **«Il m'arrive de faire usage de contrainte par manque d'alternatives valables disponibles.»**
39% parfois, 21% rarement et 16% souvent.

L'étape suivante serait de construire une échelle permettant d'évaluer la souffrance des soignants.

Les différentes formes de contrainte se manifestent à trois niveaux : pression internes (conflits moraux) ; pressions externes (subir la pression des proches, le risque de recourir à la contrainte) ; implication relationnelle (qu'est-ce que cela va induire pour la suite de la prise en charge).

Conclusion

Le cadre légal donne à certains soignants le pouvoir de recourir à la contrainte dans des situations déterminées. Le soignant a le devoir de travailler selon un code de déontologie et de respecter des principes éthiques. Il arrive que les principes et/ou les valeurs du soignant soient en conflit les uns avec les autres et engendre alors un dilemme éthique. En outre, le soignant est confronté à différentes formes de pressions dans les situations de contrainte. Le soignant peut donc ressentir de la détresse, voire de la souffrance dans ces situations.

L'Académie suisse des sciences médicales propose des outils pour aider les professionnels dans les situations de contrainte :

- Définition du problème → Pour aider le professionnel, il faut une expertise clinique.
 - Comment le problème se manifeste ?
 - Quelles sont les causes de ce problème ?
 - Qui est concerné ?
 - La personne dispose-t-elle de sa capacité de discernement ?

- Objectif de la mesure de contrainte → la question du plan de traitement est essentielle car ce dernier permet de définir où on veut aller.
- Adéquation entre la mesure et l'objectif visé → littératures scientifiques (bienfaits et méfaits de la contention, médication forcée, etc.).
- Nécessité et proportionnalité → Le modèle du rétablissement par rapport au modèle médical est absolument essentiel (la personne a quoi elle aspire, qu'est-ce qu'elle attend ou veut-elle aller ?).
- Alternatives → Connaissances du réseau/travail en réseau. Souvent, on n'utilise pas assez les ressources du réseau pour proposer une autre option que l'hospitalisation (hôpital de jour, CMS, etc.).
- Quelles sont les préférences de la personne concernée ?
 - Discussion avec le patient : décision partagée, besoins, attentes, valeurs.
 - Déclarations anticipées : directives anticipées, plan de crise conjoint.
- Les conditions légales sont-elles remplies ? → Connaissances des bases légales.
- Mesures de prévention à mettre en place pour éviter que le recours à la contrainte ne se répète → Promotion de la santé, travail en réseau, directives anticipées, assurer les transitions.
- La personne concernée est-elle informée de ses droits ? → Connaissances des bases légales.

Usage de la contrainte en psychiatrie : perspective historique

Dr Vincent Barras

Médecin, historien, directeur de l'Institut des humanités en médecine, professeur ordinaire à l'Unil

La contrainte en psychiatrie est une question qui traverse toute l'histoire de la psychiatrie, du moins en Occident, pour traiter la ou avec la maladie mentale. Comment faire avec cette question ? De point de vue, elle va bien au-delà de la question médicale et de la philosophie existentielle ? Dans la contrainte, il y a la question à la fois de la permanence et de l'utile ou du nécessaire. Pour les thérapeutes et les usagers-ères, elle est toujours apparue comme nécessaire, mais contre laquelle il y avait une pensée très critique parce qu'elle était susceptible d'amener toute sorte d'abus et de dérives.

Pour illustrer mon propos, je vais vous montrer des photos. Les images ne sont pas agréables à regarder car elles sont choquantes comme l'idée de la contrainte l'est :

- Le "fou" (fou est un terme historique pour moi)
Dans la plupart des représentations depuis le XIXe siècle, c'est une personne dont la société ne sait pas trop quoi faire sinon, de la contraindre à l'enfermement. C'est une personne que l'ont réduit à l'état d'entité vivante et dangereuse dont il faut pouvoir limiter le rayon d'action. Dans les témoignages du XVIIIe et XIXe siècle que j'ai pu recueillir, on a bien souvent réduit les personnes déclarées "folles", "malades mentaux" ou "psychiquement dérangées" à une immobilisation forcée avec des chaînes, pour limiter les périodes de trouble social. Cette situation a prévalu jusqu'au XXe siècle. Un des moyens social de contenir la folie était de la contenir physiquement.
- La nef des "fous" (le bateau des fous à la fin du XVe siècle)
Elle représente la folie comme un état de liberté, un état excentrique. Les fous qui voguaient sur un navire signifiaient qu'on pouvait les laisser errer en marge des affaires sérieuses de la société. Dans l'imaginaire social, ils représentaient une forme de liberté extravagante.

Les deux illustrations autour de la folie témoignent de l'ambivalence culturelle. D'un côté, la nécessité de préserver un ordre social en contenant l'état de folie et, de l'autre, de réserver dans l'espace social une place à la folie extravagante. Cette ambivalence a imprégné les représentations occidentales pendant des siècles.

Ensuite, la scène sociale a changé avec l'arrivée de la psychiatrie. D'un point de vue de l'histoire, de la sociologie ou de l'anthropologie, la psychiatrie est une institution qui s'est créée au début du XIXe siècle et à laquelle la société a délégué la tâche de traiter médicalement la folie.

L'arrivée de la psychiatrie en image

Dans notre société occidentale, quel est le rôle de la psychiatrie? Son rôle a été pensé par certains médecins, qui sont appelés psychiatre, de faire en sorte que, ce qui était appelé la folie, soit qualifié de maladie mentale ou maladie psychique. Ainsi, les "fous" ont commencé à être désignés d'aliénés ou de malades mentaux ou de malades psychiatriques. Ces différentes dénominations ont remplacé progressivement certains états.

Ce moment majeur de l'histoire du traitement de la folie à l'âge moderne est représenté dans un tableau où le médecin Philippe Pinel (début du XIXe siècle), le personnage central, ne porte pas une blouse blanche, mais une longue redingote. Il regarde un infirmier qui ôte les chaînes d'une aliénée. Pour le Dr Pinel, la folie devait se traiter médicalement et devait être enlevée de la société pour la mettre dans les mains de la psychiatrie.

Au début du XIXe siècle, l'arrivée de la psychiatrie coïncide avec l'ouverture des hôpitaux psychiatriques. Les hôpitaux psychiatriques sont sensés délivrer les "fous" de leurs chaînes et de les transformer en malades mentaux. Des dispositifs vont ainsi être imaginés et vont devenir ceux de la nouvelle psychiatrie. Le paradoxe est que les traitements médicaux sont sensés être à la fois plus humains et plus médicaux que les traitements sociaux précédents. En y regardant de plus près, on se rend compte que cela n'a pas beaucoup changé!

Autrement dit, les instruments de contrainte tels que les camisoles de force ont été utilisés dans les hôpitaux psychiatriques parce que la médecine et la psychiatrie ont été confrontées à des questions de contrainte. Que faut-il faire devant des états d'agitation ? Il a été imaginé des vêtements tels que les camisoles de force qui étaient sensées agir différemment que les chaînes.

Ensuite, au XIXe siècle, des traitements permettant de réduire la folie sont apparus pour calmer le patient :

- Les jets d'eau froide (les techniques d'hydrothérapie).
- Le pirouettement. Installée et attachée sur une sorte de canoë, de kayak, la personne faisait des pirouettes dans l'eau, comme dans un manège. La sensation de vertige avait pour objectif de lui remettre les idées en

place. Malgré l'aspect ludique, je ne suis pas certain que ces pratiques aient été très appréciées. Pour les thérapeutes, ces tentatives démontrent que la contrainte avait pour but de soigner. Une belle perspective humaniste, si on veut, mais qui n'amena pas forcément des résultats très satisfaisants.

- Le lit de contention.

Les instruments au XXe siècle

- L'électrochoc. Fondée sur des observations et sur des techniques scientifiques, cette thérapie de simulations électriques peut changer certains états mentaux. D'un côté, elle rétablit l'ordre des idées et, de l'autre côté, la face sombre, elle est un traitement de contrainte pour rétablir un ordre social.

Ceci démontre la grande ambivalence de l'ensemble de ces traitements qui sont marqués par l'idée de la contrainte, bien que certains d'entre eux aient pu être acceptés librement ou demandés par les malades ou utilisés par la contrainte, notamment lors des situations de troubles politiques du XXe siècle en Europe (des électrochocs étaient administrés aux opposants politiques).

La contrainte et l'utilité thérapeutique se sont toujours côtoyées de très près, au risque de se confondre parfois. L'ambivalence de la contrainte se retrouve dans l'histoire des traitements.

La contrainte n'est pas seulement une action sur le corps, mais aussi un dispositif de l'hôpital psychiatrique. Au XIXe siècle, l'hôpital des Vernets à Genève est le premier établissement psychiatrique de Suisse. Il précède celui de Bel-Air qui est Belle-Idée aujourd'hui. Dans cet hôpital, les chambres, les cours, etc. forment un système fermé. C'est une contrainte dans le mouvement des personnes. L'hospitalisation est une contrainte! Volontaire ou non, la personne est internée dans un hôpital, elle est confinée dans des murs alors qu'à l'extérieur la nature prédomine. Dans l'esprit de ceux qui avaient construits les hôpitaux, la nature permettait d'ouvrir l'esprit des malades. Par exemple, l'hôpital de Cery à Prilly est à la campagne, à l'écart de la ville. Sa situation est sensée donner une ouverture d'esprit vers l'harmonie du paysage. Idem avec celui de Marsens à Fribourg.

A la fin du XXe siècle, cette psychiatrie a été contestée à la fois à l'interne (les soignants) et à l'externe (la société et les patients). Les soins et les dispositifs (camisoles, chambres fermées) sont perçus comme une contrainte. Les électrochocs et les médicaments administrés de force choquent aussi.

Pourquoi dois-je être enfermé dans un asile? Alors que la nature m'appelle et que même si je présente des "bizarreries" de comportements, pourquoi n'aurais-je pas droit à la liberté comme tout citoyen? Des soignants et des psychiatres ont ainsi fondé un mouvement antipsychiatrique. Le psychiatre italien Franco Basaglia est un des héros de cette période.

Conclusion

Il faut comprendre les questions de la contrainte comme quelque chose d'ambivalent : positif, mais terriblement dangereux à cause du risque d'une dérive, d'une contrainte de type militaire, extrêmement répressive. L'histoire démontre que la psychiatrie et la société face à la folie ont toujours flirté entre ceux des tentations. Le témoignage précédent est un bon exemple: « Je sais que les psychiatres ont été utiles. Mais, en même temps, il faut que vous soyez conscients que vous nous faites du mal aussi, quand on se retrouve dans une chambre de soins. » Cette ambivalence n'est pas propre à la psychiatrie, elle concerne la médecine entière.

Exemple avec l'image d'une vaccination : Edward Jenner qui vaccine un bébé contre la variole.

Le bébé est en bonne santé, on ne lui a rien demandé, et on le vaccine. Aujourd'hui, le mouvement anti-vaccination a pris de l'ampleur et on est plus d'accord avec la médecine et l'Etat qui ont imposé la contrainte de la vaccination, dans un but philanthropique et humaniste, à savoir de préserver la population d'une épidémie de variole ou de rougeole. Dans la médecine même, philosophiquement, il y a quelque chose de l'ordre de la contrainte. Cela permet non pas de relativiser la contrainte en psychiatrie, mais de montrer que la réflexion est plus large, elle touche l'ensemble des soins.

Un autre exemple avec l'alcoolisme, une maladie qui a été dénoncée par le Dr Auguste Forel (un grand scientifique suisse qui a figuré sur les billets de 1'000 francs). Selon lui, il faut éduquer les classes ouvrières et les contraindre à moins boire. Il n'y a pas eu de progrès car la question de l'alcoolisme demeure aujourd'hui.

Dans les campagnes d'hygiène, on contraint aussi fortement les gens. A l'époque de la tuberculose, par exemple, on avait très peur du comportement du crachat qui était susceptible de contaminer la population.

On a aussi aligné des enfants pendant 12 heures par jour pour les soigner de la tuberculose. Ces deux exemples sont peut-être moins dramatiques que la camisole de force, mais ils montrent que la médecine a affaire avec la question de la contrainte.

Je vous propose de vous poser la question par rapport aux vieux. Que fait-on avec les vieux ?

Dans les années 20, ils étaient placés dans des asiles. Aujourd'hui, les asiles sont devenus des EMS. La question de la contrainte se pose aussi à d'autres catégories de la population.

Un des défis du XXIe siècle sera de définir la contrainte pour les personnes dont l'état physique est contraint à des limitations. Est-ce que notre société pourra échapper à cette fatalité qu'elle n'a pas su bien déjouer dans le cas de la psychiatrie ou dans d'autres catégories de la population ?

La vieillesse nous concerne tous. Qu'en est-il de la façon dont la société se représente la vieillesse aujourd'hui et demain ? Sera-t-on échapper aux perversités de la contrainte comme on l'a connu dans l'histoire.

Merci de votre attention.

Peut-on concilier protection et contrainte ?

Elisabeth Sturm

Paire praticienne en santé mentale et juge assessesseure auprès du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant de Genève

« Peut-on concilier protection et contrainte ? » C'est un sujet très vaste qu'on ne peut pas résumer en une demi-heure, cela va au-delà.

Je vais vous demander de rallumer vos téléphones portables pour réaliser une petite activité interactive en répondant à des questions sur le site internet www.menti.com. Après avoir introduit le code 944581, je vous propose de répondre, à titre personnel, aux deux premières questions. Pour la 3^{ème}, répondez en qualité de personne concernée : proche, malade psychique ou professionnel. Le code ne fonctionnant pas, nous allons le faire à main levée :

La première question est : « Je me suis déjà trouvée en situation de crise ? »

- Qui est tout à fait d'accord ?
- Un certain nombre de personnes !
- Qui n'est pas du tout d'accord ?
- Il y a peu de mains levées (cela donne une indication).

La deuxième est : « J'ai déjà souhaité, ressenti, le besoin d'être protégé ? »

- Qui est tout à fait d'accord ?
- Je vois qu'un certain nombre de personnes l'est.
- Qui n'est pas du tout d'accord ?
- Il y a quelques mains levées, mais pas beaucoup !

La troisième question est : « En tant que personne - proche, malade, professionnel - ayant subi des mesures de protection ou de contraintes, à posteriori, en avez-vous retiré un bénéfice ? »

- Qui est tout à fait d'accord ?
- Je vois un certain nombre de personnes.
- Qui est tout à fait en désaccord ?
- J'ai l'impression qu'il y a un peu plus de mains levées que pour les autres questions.

Voilà, c'était pour vous donner un petit aperçu du thème de la protection, comment cela vous concerne.

Je suis paire praticienne en santé mentale. Depuis de nombreuses années, les pairs praticiens interviennent au Congrès du Graap. Qui sont-ils? Une personne usagère de la psychiatrie ayant accompli un chemin conséquent sur la voie du rétablissement personnel et capable de prendre du recul sur son parcours. Elle a été formée pour mettre son expérience, son expertise du vécu psychiatrique au service d'autres personnes dans différents cadres. Je suis aussi invitée parce que je suis juge assessesseure auprès du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant. Le système juridique suisse diffère d'un canton à l'autre. Je vis et j'interviens à Genève. Alors, ma présentation sera concentrée sur ma pratique à Genève. Le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant a été mis en place en 2013. J'interviens uniquement dans le cadre d'un tribunal collégial qui a pour mission de se prononcer sur les recours formés contre les mesures de contrainte : les mesures d'isolement (PAFA) ou la prolongation de la mesure de privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA). Dans ce tribunal collégial, trois magistrats interviennent pour traiter les recours : un juge de profession, un juge psychiatre et un juge membre d'une association de défense de droit des patients (ce que je suis!). Pour préciser, je fais partie d'une association de défense des droits des patients et j'interviens en tant que juge de manière impartiale, j'ai prêté serment. Je ne suis pas l'avocate de la personne qui a déposé un recours. Mon rôle, essentiellement, est de poser un regard différent sur les situations.

J'ai préparé ma présentation il y a quelques temps, et entre-temps, il y a eu des changements. Mais cela a suscité chez-moi des questionnements : concilier protection et contrainte ? Oui, mais pas n'importe comment!

- Quelles sont les limites ?
- Quel est le cadre à donner pour arriver à une situation, où la contrainte est réellement appliquée dans le but d'une protection ?
- A partir de quand ?
- Pour combien temps ?
- Comment cela se passe ici ou ailleurs ?
- Pourquoi est-ce important et nécessaire de concilier protection et contrainte ?

Je vais vous présenter une scène du film « 12 jours » de Raymond Depardon (3 minutes 30) qui évoque bien une « situation de crise ». Après l'avoir vue, si vous étiez confrontés à une personne dans cet état. Parmi vous, qui est enclin à prononcer une mesure de protection?

- Je vois un certain nombre de personnes.
- Qui pense qu'une mesure de protection n'est pas nécessaire ?
- Il n'y a pas grand monde. J'en conclus que la majorité des personnes ne savent pas quoi répondre ?

Je vais vous présenter plusieurs situations réelles où la question de la contrainte ou de la mesure de protection s'est posée :

1. Une personne avec un contexte personnel compliqué - alcoolique, suivi psychiatrique depuis plusieurs années, sans activité professionnelle, sans hospitalisation antérieure- commence à avoir des comportements inhabituels et jugés inquiétants par son entourage. Insomnie, irritabilité, incohérence dans le discours, etc. Des proches décident de faire appel à la police pour la faire hospitaliser sous PLAF. Elle se débat lors de la visite des policiers à son domicile. Mais, elle est finalement contrainte de les suivre. Une fois hospitalisée, elle refuse certains traitements et fugue. Elle dépose un recours contre la décision qu'elle ne comprend pas et qu'elle ne juge pas nécessaire. Quelques jours plus tard, avec une apparence plus apaisée, elle indique devant la juridiction collégiale du TPAE qu'elle est d'accord de suivre des traitements. En revanche, elle explique que la mesure de contrainte lui semble exagérée et inutile. Elle précise que le fait de se sentir enfermée et de ne pas être libre de faire ce qui lui fait du bien a un impact très négatif sur son moral et son état de santé en général. Son recours est rejeté. Les juges ont estimé qu'il valait mieux, par prudence, laisser la mesure en place jusqu'à ce qu'un contact soit établi avec ses médecins à l'extérieur de l'hôpital.
2. Une personne ayant passé une nuit entière à aïrer dans les quartiers de la ville et visiblement agitée, contrariée, voire irritée, finit le matin dans une tenue débraillée en plein milieu d'un carrefour important, où elle bloque le trafic et insulte les automobilistes en tapant sur plusieurs voitures. La police intervient et emmène la personne aux urgences sans qu'elle s'y oppose. Elle continue cependant à exprimer sa colère avec fureur. Aux urgences, après avoir vérifié qu'elle n'est pas sous l'emprise d'une drogue, ce qui n'est pas le cas, les médecins lui administrent une forte dose de calmants et l'hospitalisent d'office. Techniquement, ce n'est pas contre son gré car elle n'est pas consciente à ce moment-là. Elle ne se rappellera de rien après son réveil, trois jours plus tard. Lorsqu'elle reprend doucement conscience et se rend compte de l'endroit où elle se trouve, et pourquoi elle est hospitalisée, la mesure d'hospitalisation d'office a déjà été levée par les médecins. Il n'y a donc pas eu de recours devant une juridiction et la mesure de placement a apparemment été appliquée à bon escient, en tout cas, dans la mesure où les agissements de la personne étaient devenus nuisibles à autrui et à elle-même.
3. Une personne hospitalisée régulièrement dans le cadre d'une mesure de protection demande à ce que la mesure de contrainte dont elle fait l'objet soit levée afin qu'elle puisse purger une peine de prison qui a été prononcée et dont l'exécution a été prononcée en raison de la mesure de PLAF. En effet, la personne estime ne pas être malade et préfère aller en prison plutôt que de rester enfermée à l'hôpital.

Voici une photo qui donne l'impression d'une situation de contrainte (la personne est maintenue physiquement). En réalité pour la personne qui va avoir des électrochocs, c'est un véritable soulagement de pouvoir avoir ce traitement. La photo est extraite d'un reportage sur le trouble bipolaire, effectué par Mathieu Zellweger, dans The Lancet.

Un autre aspect important à mettre en lumière, puisqu'on se demande qui on protège et qui faut-il protéger dans une situation de troubles psychiques, c'est d'une part la situation des personnes concernées et, d'autre part, la situation des proches. Par exemple, dans mon parcours personnel de la connaissance de la maladie psychique, j'ai d'abord été proche, et ensuite, j'ai été une personne concernée, avant d'être formée comme paire praticienne et finalement je suis devenue juge. La dimension des proches est donc quelque chose qui m'importe et qui est important à considérer dans ce sujet.

Un autre exemple : dans un feuillet diffusé récemment par la TSR et qui se déroule en France, une femme qui est mère et bipolaire est internée à Genève après avoir saccagé sa chambre d'hôtel. Son ex-mari et sa nouvelle compagne ont été contactés par le consulat. Voici, une partie de leurs échanges :

La nouvelle compagne dit: "Là, c'est grave ! Elle a déjà fait cela avant?"

L'ex-mari répond: "Non, jamais"

- Tu comptes faire quoi maintenant ?
- Je ne sais pas. Je ne sais pas. Mais, je ne peux pas laisser la mère de mes enfants comme ça ? Pardon, de m'énerver, je n'ai pas dormi de la nuit ! En tout cas, je ne veux pas inquiéter les enfants. Je me demande s'il ne vaudrait pas mieux la ramener à Marseille ?
- Tu crois que tu n'en as pas assez fait là ?
- Si on la laisse ici ? Que va-t-il se passer ?
- Et si on la ramène avec nous, que va-t-il se passer ? Tu as vu dans quel état était la chambre d'hôtel ? Cette femme, c'est un danger! Un danger pour elle-même et pour son entourage !
- Cette femme, c'est la mère de mes enfants !
- Justement, tu as déjà oublié qu'elle avait allumé le gaz en pleine nuit ?
- Non

- Alors laisse-la assumer ses actes pour une fois ! Elle n'est pas à la rue, elle est à l'hôpital. C'est un endroit très bien pour elle.
- Oui, tu as raison

Dans les couloirs de l'hôpital, après une discussion avec les médecins :

- Ils t'ont dit quoi ?
- Elle est en pleine crise dépressive, en alternance avec des moments d'euphorie. Il m'a dit aussi qu'il y a un risque élevé de tentative de suicide.
- Heureusement, elle a été prise en charge ici.
- Oui, et il m'a dit que son trouble demandait un accompagnement thérapeutique sur le long terme, avec des médicaments et des suivis.
- Ben, oui. Et ?
- Elle ne peut pas rester ici éternellement ! Ils vont devoir la renvoyer en France, et si elle n'est pas accompagnée, elle risque de finir dans un mouroir. Ne serait-ce que vis-à-vis des enfants, je ne peux pas, je ne peux pas abandonner leur mère. J'ai décidé de la ramener à Marseille. Je veux l'aider. Mais, il n'est pas question que je la prenne complètement en charge ! On va la faire hospitaliser dans un endroit bien pour elle, c'est tout !
- C'est pour les enfants que cela va être dur ?
- Non, je ne veux pas les mettre au courant !
- Pourquoi ?
- Pourquoi ? La dernière fois qu'ils ont vu leur mère, elle ne leur a pas dit au revoir. Tu l'as dit toi-même, ça va être trop dur !
- Ils sont grands maintenant. Ils ont le droit de savoir ? Puis, ils savent très bien que leur mère est malade !
- Tu veux leur dire quoi ? Que leur mère est juste à côté, mais, qu'ils ne peuvent pas la voir parce qu'elle a envie de s'ouvrir les veines
- C'est sûr, vu comme ça...
- Donc pour le moment, on ne leur dit rien !

Dans toutes les problématiques de protection et de contrainte, il s'agit beaucoup une histoire de personnes.

Vous voyez dans le tableau, quand des mesures de contrainte sont appliquées, contrainte et protection sont marqués des deux côtés. Mais, en dessous, c'est complètement aléatoire, il n'y a pas des personnes qui correspondent plus à la contrainte qu'à la protection. Ce que je cherche à vous expliquer, c'est que pour qu'une mesure de contrainte puisse réellement remplir sa fonction de protection, c'est-à-dire dans un monde idéal et aussi en partie dans la réalité, les mesures de contrainte doivent être appliquées pour protéger la personne et non pas pour la punir ou pour lui nuire. Un des éléments, pour arriver à la situation où il y a réellement conciliation entre protection et contrainte, suppose que tous les acteurs agissent en bonne entente et que chacun est conscient de son rôle. C'est-à-dire la personne en situation de crise, les médecins, la société, les accompagnants divers, les forces de police, les proches, les thérapeutes, les avocats et les juges dans certains cas.

D'autres concepts et sujets m'ont interpellés en préparant cette conférence. Mais, je ne peux pas tous les approfondir, cela prendrait trop de temps. Je vais tout de même parler brièvement de deux aspects : l'humanité, l'histoire et la culture.

Au Moyen-âge, les personnes qui avaient des comportements déviants ont longtemps été considérées comme des sorcières. Elles ont fini sur le bûché. Un peu plus tard, on a mis les personnes qui posaient «problèmes» dans des asiles, pour les mettre à l'écart de la société. Aujourd'hui, nous avons des mesures de protection et de soin. Il y a aussi eu une certaine évolution dans l'histoire et dans les cultures. L'approche sur le plan culturel varie dans le temps et dans l'espace. Par exemple, les personnes qui entendent des voix, les personnes qui sont en transe ou celles qui sont capables de communiquer avec les morts. Dans certaines cultures et sociétés, elles sont considérées avec vénération. Alors, quel est le regard qu'on pose sur ces comportements considérés comme problématique et qui nécessite une protection? C'est un sujet ouvert, je ne donne pas de réponse!

L'autre point essentiel, c'est la question de la responsabilité collective et de la responsabilité individuelle. Ce qui est important pour arriver à une conciliation de la contrainte et de la protection dans la responsabilité individuelle, c'est d'apprendre au fur à mesure à mieux se connaître, à identifier, à quel moment on a besoin d'aide et de demander au bon moment une aide et une protection. A l'inverse, la responsabilité collective, c'est comment arriver à offrir ce soutien et cette protection aux personnes qui en ont besoin. Ne pas juger les personnes qui sont en souffrance, ne pas les rejeter, notamment en apprenant à ne pas en avoir peur. Enfin, se rendre compte que la société dans laquelle nous vivons est en elle-même, à certains égards, néfaste pour les individus à cause de l'affaiblissement des liens sociaux.

Ma conclusion, en tant que paire praticienne en santé mentale et en tant que juge assesseur auprès du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (TPAE) de Genève, est que le temps est un élément qui m'a paru fondamental dans la réflexion sur le lien entre protection et contrainte. En effet, c'est le facteur qui semble pouvoir donner une indication quant à la justice et à la justesse d'une mesure de contrainte, dont le but est bel

est bien de protéger et d'assister la personne aux moments précis où elle en a besoin, et pendant la durée nécessaire, mais pas au-delà.

En France, comme le montre le film « 12 jours » de Raymond Depardon, on peut retenir quelqu'un contre son gré jusqu'à douze jours sans qu'une personne tierce - un juge - valide ou contrôle la mesure. A Genève (je ne sais pas comment cela se passe dans les autres cantons), les recours sont possibles immédiatement. Mais, dans les faits, ils n'aboutissent que très rarement. La mesure peut durer jusqu'à 40 jours sans examen juridictionnel. Cela dit, parmi les changements opérés récemment dont un sur le plan terminologique qui peut, selon les personnes, paraître anodin, se limiter à un euphémisme politiquement correct ou traduire l'existence réelle d'un changement dans le monde de la psychiatrie légale. Sauf dans le canton de Vaud, on est passé des mesures de PLAFa, qui sont des mesures de l'ancien terme, aux PAFA. A l'époque, le PLAFa était une mesure de privation de liberté à des fins d'assistance alors que le PAFA est aujourd'hui une mesure de placement à des fins d'assistance. Y-a-t-il une nuance entre les deux termes et les deux mesures ? J'aime à croire que oui comme en témoigne la création de la fonction que j'occupe actuellement au TPAE où les différents changements en cours visent à offrir une prise en charge plus humaine en psychiatrie. Il s'agit d'un processus de changement lent et laborieux mais bel et bien réel qui tend à se concentrer de plus en plus sur la personne, et dans un esprit visant moins à stigmatiser qu'à mettre à l'écart. Il s'agit plutôt de se mettre au service des personnes et d'apporter une assistance véritable et constructive.

Pour résumer un peu mon propos, je reprends une réponse que j'ai donnée à une journaliste il y a quelque jours : « J'ai l'impression que les habitudes en ce qui concerne le recours aux mesures de contrainte a déjà considérablement évolué et, dans une large mesure dans le bon sens, avec des mesures portant moins atteinte à l'intégrité morale de la personne et des applications moins systématiques. Même si je ne dis pas pour autant, qu'il n'y a pas de progrès à accomplir encore sur cette voie. Cela étant, je constate également, dans le cadre de ma fonction de juge assesseur, que le nombre de recours, en particulier, contre des mesures de placement à des fins d'assistance est stable à un niveau qui me semble assez élevé. Je me place ici comme étant une personne concernée, n'étant entrée que récemment dans ma nouvelle fonction. Cela suppose que le nombre des mesures ordonnées est encore beaucoup plus important. Cela signifie que la société dans laquelle nous vivons suscite un nombre de plus en plus élevé de situations nécessitant de protéger ses membres ? Je constate également, et non sans une certaine surprise que, dans des cas relativement nombreux, les personnes qui forment des recours contre les mesures de contrainte dont elles font l'objet finissent par admettre qu'elles ont besoin d'une protection et donc par accepter ces mesures (là aussi, je me place essentiellement sur les mesures de placement à des fins d'assistance plus que sur les mesures de contrainte, d'isolement ou autres hospitalisations). Je ne saurais dire ce que cela présage quant à l'avenir de ses mesures, mais j'espère et j'aime à croire qu'il sera possible dans un avenir, à échelle humaine, de diminuer encore davantage le recours à ses pratiques, et ce, en opérant un changement au sein de cette société "productrice" de détresse et, par conséquent, d'être en besoin de protection. Un changement basé, entre autres, sur un revirement de point de vue sur la fragilité, la maladie et certains comportements perçus, peut-être (ou du moins en partie) à tort, comme dysfonctionnels, que l'on pourrait en réalité souvent considérés comme l'expression d'une réaction à l'évolution parfois un peu absurde et malheureusement trop souvent malfaisante du monde dans lequel nous vivons. »

Pour conclure, oui, il est possible de concilier contrainte et protection, et c'est déjà un objectif en soi. Une manière de l'atteindre, peut-être, est simplement de viser au-delà en créant les conditions où la protection de la personne et de la société devient une responsabilité individuelle et collective - collective et individuelle -, et où le recours à la contrainte, par la force de ce changement de paradigme devient l'exception qui confirme la règle.

Les ateliers citoyens / La parole aux personnes concernées

Florence Nater

Assistante sociale HES, directrice de la Coraasp, Coordination romande des associations d'action pour la santé psychique

Les ateliers citoyens, c'est la citoyenneté en amont puisque pour la cinquième fois depuis 2011, le congrès du Graap s'élargit dans sa préparation et dans son élaboration, au-delà des frontières cantonales, en intégrant la Coraasp, l'organisation faîtière romande d'action en santé psychique, et ses ateliers citoyens. Par ailleurs, en intégrant dans le congrès des espaces de restitution des ateliers citoyens, le Graap accorde une place au savoir citoyen, au savoir de l'expérience. Mais dire cela, c'est presque un pléonasme tant l'intégration du savoir et de l'expérience fait partie de l'ADN du Graap et des organisations membres de la Coraasp. Cette vision citoyenne de la santé mentale qui intègre les savoirs profanes, de chacune et chacun, c'est aussi l'expression propre à la Coraasp et à sa philosophie d'une revendication bien plus universelle, et pourtant, encore loin d'être naturellement intégrée par tous. Cette revendication est celle de la convention de l'ONU relative au droit des personnes handicapées : « on ne décide rien sur nous sans nous ».

Pour intégrer cette dimension, j'aimerais commencer par remercier Jean-Pierre Zbinden, l'ancien directeur général du Graap-Fondation. Nous savons tous que Jean-Pierre Zbinden a de multiples qualités, en particulier, d'élargir la perspective et de considérer la santé mentale dans la cité et dans sa posture citoyenne. Si la Coraasp est là aujourd'hui, c'est avant tout grâce à lui ! Merci. Merci à Marie Israël et Christine Carderinis, les maîtres d'œuvre, de cette articulation entre le savoir scientifique et le savoir citoyen du congrès. Merci aussi à la nouvelle directrice général du Graap-Fondation Annick Kosel, de partager son 1^{er} congrès en élargissant la perspective à la Suisse romande et en intégrant, encore plus que d'habitude, la dimension de la citoyenneté.

L'atelier citoyen

Pour la Coraasp et ses organisations membres, l'atelier citoyen est un espace de discussion ouvert à chacun, un espace qui est ni un groupe d'entraide ou de parole ni une conférence-débat, mais un espace où se croisent les regards et les savoirs, les savoirs d'experts, mais aussi les savoirs profanes. Ceux qui naissent de l'expérience de chacun, que l'on soit personne concernée par une expérience de souffrance psychique proche et/ou professionnelle. Je dis volontiers à dessein et/ou car on peut être un professionnel concerné soi-même par une expérience de souffrance psychique, comme on peut avoir un proche en difficulté psychique ou être un professionnel qui souffre de troubles psychiques et qui met son expérience dans une fonction professionnelle. Nous sommes susceptibles de créer des savoirs collectifs, des pistes d'action ou encore des propositions, à l'attention des institutions et des autorités, et c'est cela le principe de l'atelier citoyen.

Entre les mois de janvier et avril 2019, dix-huit soirées dans six cantons romands ont été consacrées au thème de la contrainte. La contrainte a été abordée librement tantôt dans sa dimension juridique tantôt dans ce qu'elle est au quotidien ou encore dans les soins. Au total, les ateliers ont accueilli près de 260 participants. Soit des personnes concernées, des proches et/ou des professionnels. Certaines personnes ont participé aux trois soirées organisées dans leur canton, d'autres, au contraire, n'ont participé qu'à l'une ou l'autre des soirées. C'est le principe de l'atelier citoyen, la participation est libre, et nul besoin de s'engager à être présent les trois soirs. Quelques soirées sont animées à travers le partage de l'expérience des personnes présentes, c'est par exemple le cas du canton du Jura. D'autres ont accueilli des experts à chacune de leurs soirées ou à certaines d'entre elles, pour apporter une impulsion externe. Ainsi, des professionnels du droit, des travailleurs sociaux, des infirmiers, des médecins, mais aussi deux paires praticiennes en santé mentale ainsi qu'un policier ont partagé leur savoir spécifique dans l'un ou l'autre des ateliers.

Ces quelques mots sont pour moi l'occasion de remercier chaleureusement toutes les associations qui ont animé cette édition 2019 des ateliers citoyens : Parole à Genève, l'Avep en Valais, le Croepi dans le canton de Vaud, l'Afaap à Fribourg, l'Anaap à Neuchâtel, A3 Jura et Pinos dans le canton du Jura. Mes remerciements s'adressent aussi à tous les intervenants externes qui ont consacré du temps pour partager leur savoir et, surtout, merci à tous les participants qui ont contribué à ce qui vous sera partagé durant ces deux jours de congrès. Ce sont eux les auteurs de ces savoirs collectifs, ce sont eux les éminents professeurs. Tour à tour durant les deux jours, les porte-paroles des ateliers partageront avec vous quelques éléments saillants, quelques réflexions, quelques pistes pour l'action. Ils le feront avec humour, avec incontestablement créativité, et fondamentalement avec humanité.

En préambule, permettez-moi encore, de partager quelques propos qui ont émergé de façon transverse dans les différents ateliers. Je vous parlerai d'abord de quelques constats et ensuite, des pistes pour agir. Les mots que je vais citer sont ceux qui ont été prononcés dans les ateliers.

La contrainte

Alors, avant même de concevoir la contrainte dans la thématique du congrès, la contrainte commence par la maladie.

- La maladie est une contrainte. Une contrainte qui engendre d'autres contraintes sur la vie familiale, affective et professionnelle.
- La maladie contraint à la prise de médicaments.
- La maladie contraint à demander et à avoir besoin d'aide, de l'aide pour son quotidien parfois, pour vivre à domicile.
- De devoir vivre avec des moyens financiers réduits.
- La contrainte du temps. Le temps dont les soignants peuvent manquer, le temps qui semble nécessaire pour aller mieux, le temps intérieur qui semble souvent interminable ou au contraire qui s'emballe parfois.
- Viser l'autonomie peut aussi, paradoxalement, être une contrainte.

La contrainte de l'hôpital psychiatrique

Comment se fait-il qu'un séjour à l'hôpital psychiatrique soit rarement perçu comme une période de récupération, mais plutôt comme un moment difficile, voire traumatisant :

- Beaucoup de colères envers l'hôpital. Le sentiment d'avoir été maltraité, d'avoir dû absorber des médicaments qu'il ou elle ne voulait pas et de n'avoir jamais pu le déposer quelque part.

Puis, il y a la contrainte dont on va parler ces deux jours :

- La contrainte dans les chambres d'isolement et de sécurité.
- La contrainte qui porte atteinte à la dignité.
- La contrainte qui fait qu'en sortant de l'hôpital, on oublie et on veut passer à autre chose.
- La contrainte subie et reconnue comme une nécessité de protection. Je cite : « Je savais que la contrainte me protégeait contre moi-même », « c'était très pénible, mais je savais que cela m'empêchait de commettre l'irréparable. »
- La contrainte subie transformée en processus de résilience. Je cite : « Sous contrainte, je suis tombé au plus bas. C'est alors que j'ai déployé une formidable énergie et que je me suis découvert de nouvelles ressources pour mieux rebondir. »

La contrainte du soignant

Elle est parfois exprimée de la bouche même du patient.

- La contrainte du temps face à la surcharge de travail, d'une équipe hospitalière qui ne peut pas faire face quand il y a parfois trois soignants pour une unité de quinze à vingt personnes.
- La contrainte imposée par une société normée en psychiatrie. Pourtant, rien n'est standardisé. A force de vivre dans la psy, le médecin devient contenant envers ses émotions.
- La contrainte de devoir gérer aussi la situation du patient, mais aussi l'émotion des proches.

Les proches, aussi, sont confrontés à des contraintes :

- La contrainte de l'impuissance ou du sentiment d'impuissance.
- La contrainte, mais aussi le soulagement des proches.
- La contrainte peut aussi permettre aux proches de souffler, d'avoir un moment de répit.

La contrainte et le droit

La nouvelle loi de protection de l'adulte n'est pas forcément appliquée sur le terrain. Par exemple, on se pose de nombreuses questions autour du plan de traitements que finalement personne n'a jamais vu ni comme proche ni comme patient. Le patient n'est pas un juriste, et la loi peut être interprétée de multiple façon. Je cite: « C'est un peu comme David et Goliath. » Les personnes concernées rappellent encore une fois que dans un état de crise, elles n'ont pas la clarté d'esprit pour faire valoir leurs droits et qu'elles investissent leur énergie à se soigner plutôt qu'à se battre contre une structure. Dans le droit, chaque cas est différent. La réponse juridique de base, je ne sais pas si elle va plaire aux juristes dans la salle est "ça dépend". L'éthique professionnelle de l'avocat peut faire basculer l'affaire dans un sens comme dans un autre. On dit qu'aucune contrainte n'est applicable à une personne en capacité de discernement. Mais la grande question, quand est-on en capacité de discernement ?

Voici quelques constats recueillis autour des ateliers. Je ne sais pas ce que cela vous inspire, mais pour moi, qui suis active dans le champ associatif de la santé mentale depuis bientôt vingt ans, il y a quelque chose de l'ordre du déjà entendu. Comme si aujourd'hui en 2019, psychiatrie et contrainte restaient étroitement et intimement

liés. Au-delà des constats, les participants aux ateliers ont aussi esquissé des pistes d'action. Des pistes qui a défaut de se défaire de la contrainte lui donneront peut-être moins de pouvoir. Les pistes s'articulent autour de deux axes essentiels :

- Le lien, la relation, avec le temps.
Je cite : « La base dans le soin est la relation que tu tisses avec le personnel soignant », « Le lien est super important », « Demander au personnel soignant de prendre du temps pour discuter au lieu d'appliquer la mesure de contrainte directement. »

Les personnes souhaitent de la considération et des échanges verbaux avant d'enfermer les gens ou d'appliquer des mesures de contrainte.

Pour le soignant, c'est important d'instaurer une relation de dialogue et d'écoute avec la personne et son entourage, et d'adopter une posture humble, d'être conscient de ses propres limites, de ses propres émotions.

Dans ces propositions, il y aussi quelque chose de l'ordre du déjà entendu. Pourtant, c'est comme si le contexte nous empêchait ou freinait une possibilité d'une telle relation d'aide, pourtant appelée de leurs vœux par les professionnels aussi bien que par les personnes concernées.

Enfin, les participants aux ateliers ont mis en perspective une autre piste :

- Les directives anticipées.
Elles sont un moyen pour maîtriser son destin, anticiper les crises et travailler avec le corps médical sur le comment réagir à une éventuelle décompensation. Il faut remplir des directives anticipées, il faut des cours sur les directives anticipées.

Nous avons quelque chose à construire autour de ces deux pistes : le lien humain et les directives anticipées. Je cite une expression empruntée aux ateliers jurassiens : « Des pistes pour sublimer la contrainte. »

Pour conclure, deux citations issues des ateliers : « Ne me parlez plus jamais de ce vilain mot de contrainte ». Si son auteur est présent aujourd'hui dans cette salle, il ou elle sera évidemment déçu. Mais peut-être, je l'espère, que les échanges durant ce congrès renforceront les outils pour qu'à l'avenir : « Le principe soit la liberté et la contrainte l'exception ».

Je vous remercie de votre attention.

FOYERS ET CONTRAINTES

Ateliers citoyens

Iva Nohel et Carole Mock

Notre groupe composé de 7 personnes du Graap s'est réuni plusieurs fois pour parler des contraintes positives et négatives dans les foyers. Nous nous sommes inspirés de plusieurs témoignages en groupe, individuels ou écrits. Ainsi, nous avons identifié des éléments que nous avons comparés avec d'autres expériences en foyer. Le constat est que les expériences de contrainte n'étaient pas des cas isolés ou des exceptions, mais étaient partagés par une large majorité. On vous présente un réel travail collectif, et c'est important qu'il soit entendu. De toute façon, l'entraide au foyer est perçue comme une contrainte, vu l'absence d'autres alternatives. Nous avons remarqué que certaines contraintes peuvent contribuer au rétablissement. Elles peuvent donc être utiles et positives pendant une période d'instabilité. Au contraire, les contraintes peuvent être ressenties comme une expérience traumatisante qui va à l'encontre d'une reconstruction de soi-même. Nous allons présenter ces deux aspects et évoquer les bonnes pratiques que nous avons identifiées tous ensemble.

1.- Les contraintes positives

Le but principal du foyer est de redonner confiance aux personnes à travers la mise en place d'un certain cadre et d'une contrainte structurante, rassurante. Un cadre et une structure permettent d'avoir un rythme au niveau des horaires et des activités de sortie donnent une régularité et une stabilité. Par exemple, être obligé de faire le ménage permet de garder une responsabilité vis-à-vis de son lieu de vie. Certains participants ont révélé que des repas réguliers et de bonne qualité les aidaient à maintenir une bonne santé. Pour d'autres, d'être avec d'autres personnes représentent un soutien. De plus, les éducateurs qui encadrent avec écoute et empathie permettent aux résidents d'évoluer.

- Cadre, structure
 - Rythme
 - Stabilité
 - Repas réguliers et équilibrés
 - Soutien de la part d'autres résidents, entraide
 - Suivi des professionnels qui privilégie l'écoute et l'empathie

2. Les contraintes négatives

En tant que paire praticienne en santé mentale et ayant vécu dans deux foyers différents, j'ai pris une certaine distance par rapport à ces expériences qui ont été en partie traumatisantes. Malgré cette distance, il me reste parfois une once de colère un peu enfouie qui pourrait ressortir dans mon ton. Le contenu des présentations est authentique et reflète la parole et l'expertise collective de tout un groupe de personnes, dont nous sommes les porte-paroles.

Nous avons relevé qu'il s'agit toujours d'une expérience traumatisante à tel point que la mémoire l'efface. On se souvient de certains éléments au moment où l'on en parle à quelqu'un. Cela conduit aussi à une perte de confiance envers soi et une méfiance envers les autres. En général, le foyer est une contrainte dès le départ parce qu'il résulte d'une absence de choix ou d'alternatives.

a) Dévalorisation

- Tendance à tout mettre sur le compte de la maladie ;
- Absence de confiance et mise en doute de la parole, voire de la crédibilité de la personne ;
Par exemple, le soignant dit que de ne pas se considérer comme malade est un signe qu'on est malade. C'est un symptôme de la maladie.
- Incapacité et incompétence ;
Dans des foyers, la condition pour y entrer être d'être sous curatelle alors que certaines personnes sont encore capables de gérer leurs affaires administratives.
- Infantilisation ;
- Paroles humiliantes et destructrices ;
Vous n'arriverez jamais à rien, vous n'êtes pas mature!

b) Hyper-contrôle et domination

- Différence ou même abus de pouvoir ;
Entre les soignants et les résidents absence d'équivalence qui est accentuée par l'attitude, le ton et le vocabulaire.
- Comportement non-respectueux ;
- Attouchements ;
Trois personnes sur sept en ont fait mention. Dragage ou remarque à caractère sexuel ont aussi été évoqués.
- Surveillance au lieu d'accompagnement et soutien ;
Pas de clef pour sa chambre, intrusion dans la chambre sans frapper.
- Non-respect de l'intimité.

c) Climat de travail

- Contraintes imposées aux professionnels ;
La primauté de la structure sur l'individu entraîne des difficultés de travail pour les professionnels.
- Rôle prépondérant de la direction ;
C'est la direction qui reflète l'ambiance de l'équipe ;
- Peur des incidents (qui troubleraient l'ordre et menaceraient l'équilibre).

3. Les bonnes pratiques

Ce ne sont pas des leçons que nous donnons aux professionnels. En outre, elles font référence à des pratiques qui existent dans certains foyers.

a) Expliquer les règles

- Pour faire sortir la personne de la passivité et de la contrainte subie.
- Pour pouvoir accepter les règles, se les approprier.

b) Posture des professionnels

- Etre à l'écoute, compassion ;
Aider, soutenir et passer du temps avec les patients, empathie, expliquer la situation et les règles.
- Confiance accordée aux résidents ;
La punition et la surveillance n'aident pas à aller mieux, avoir confiance en les capacités du patient car celui-ci doute déjà beaucoup.
- Respect mutuel ;
Il se gagne à travers une relation de confiance.
- Dialogue et parole ;
Un entretien par semaine permet un dialogue avec les professionnels et recevoir un retour des accompagnateurs permet de valoriser l'évolution de la personne.

c) Permettre une autonomisation

- Pour remplir la mission fondamentale du foyer ;
Le foyer favorise la transition vers l'autonomie, le foyer redonne la capacité d'agir pour sortir de la dépendance et du rôle d'assisté.
- Inclure les résidents dans les activités qui les concernent ;
Faire les tâches administratives avec eux ou le ménage.
- Favoriser les activités utiles ;
Des cours de développement personnel, des cours d'affirmation de soi, des cours sur la gestion des émotions, il est important d'apprendre.
- Maintenir certaines libertés même si cela comporte certains risques ;
- Donner le droit à la solitude ;
On a le droit de se retrouver seul pour se reconstruire.

Conclusion

Tout d'abord, en cas de dysfonctionnement, nous avons constaté que tout le monde souffre aussi bien les résidents que les professionnels qui visent le bien-être et le rétablissement des personnes qu'ils accompagnent. Ensuite, le rôle des soignants est capital pour les résidents qui traversent une période d'extrême vulnérabilité. Cela implique une lourde responsabilité, nous en sommes bien conscients... Enfin, dans ce contexte, l'aide des soignants est indispensable. Mais la question que nous nous posons encore, comment aider pour rendre libre ? En référence à l'éducation des enfants, donner des règles pour les rendre libres, donner des règles pour s'émanciper et devenir autonome.

Les ateliers citoyens jurassiens

Ils ont été organisés par trois associations : PINOS à Courtemaître, A3 Jura (Association des familles et amis de personnes souffrant de maladie psychique) et l'AJAAP (Association Jurassienne d'accueil et d'action Psychiatrique). Les trois ateliers ont réuni entre 15-25 personnes par soir. A l'échelle de notre canton, c'est un immense succès! Au-delà de la quantité, la diversité du public aussi bien des personnes concernées par la maladie psychique que des proches et des professionnels de la santé mentale a amené des regards variés sur la notion de contrainte qui est apparue à la fois complexe et subjective selon la position des individus et de leurs rapports à la contrainte. Les débats ont été extrêmement riches, et nous avons apprécié le ton positif qui les a nourri et l'once d'espoir d'être loin de la victimisation, et davantage dans la recherche de solutions et dans le partage de petites astuces, pour sublimer la contrainte.

Louis : la personne concernée par la maladie mentale

Jeff : le proche

Fernando : le professionnel de la santé mentale

Rita : la voix off

Qui n'a jamais connu ces peurs ?

....de la décompensation

....de l'hospitalisation ou la réhospitalisation

....de l'échec

....de l'autonomie de la décompensation

....de l'hospitalisation ou la réhospitalisation

....de l'échec

....de l'autonomie

Les proches...

... ressentent de la culpabilité

... sont démunis

... se sentent impuissants

... sont isolés, mis de côté

Dans ces situations, la seule solution est d'appeler la centrale d'urgence 144. Dans le Jura, l'appel est dirigé à l'hôpital du Jura à Delémont. Dans ce canton, il n'y a plus d'unité de soins psychiatriques aigus depuis 2014. Toutes les hospitalisations sont extra cantonales (Bellelay BE, Préfargier NE). Un site de jour a ouvert en 2019.

La personne malade sera prise en charge aux urgences par le psychiatre de garde. Que va-t-il décider ? Une hospitalisation ? Un PAFA ? Un isolement dans une chambre de sécurité ? Ou un moyen de contrainte invasif : injection, lit de contention...?

- **Est-ce que tous ces moyens sont nécessaires ?**
- **Si nous nous y prenions autrement...?**

Dans nos ateliers, nous avons trouvé différentes astuces, pour le personnel soignant et encadrant, pour que cette souffrance liée à la contrainte devienne une force :

- Faire confiance au patient.
- Instaurer le dialogue avec le patient et son entourage.
- Adopter une posture humble, reconnaître ses limites.
- Éviter le jugement moral.
- Réajuster les objectifs fixés au besoin du patient.
- Éviter les rapports de force entre soignant-soigné.
- Expliquer, mettre des mots.
- Débriefing après une crise.

Du point de vue du patient

- Trouver un lieu de vie qui convienne.
- Dédramatiser, déculpabiliser, en cas de sentiment d'échec.
- Savoir être fier de soi, se valoriser.
- S'entourer de personnes bienveillantes.
- Lectures, spiritualité.
- Prendre soin de soi, s'accorder du temps.
- Reconnaître que le personnel encadrant a le droit à l'erreur.

- Eviter le jugement moral.
- Adapter ses objectifs « step by step ».

Et dans l'idéal, pour toutes les parties, c'est les directives anticipées, le plan de crise conjoint (PCC).

Bienfaits de l'humanisation de la contrainte en psychiatrie

- Pour le patient : sentiment de considération de sa souffrance, désinfantilisation.
- Pour le personnel soignant et encadrant : revalorisation de leur métier, de leurs compétences, ils ne sont plus vus comme des bourreaux.
- Pour les proches : déculpabilisation, déstigmatisation.

C'est un partenariat tripartite qui se résume en un mot : l'espoir

Les ateliers citoyens neuchâtois

Nous avons constaté que la contrainte concerne beaucoup de choses et que nous pouvions avoir des rapports très différents avec la contrainte. La contrainte, c'est comme une balle. Il y en a de toutes sortes, de toutes les couleurs, de toutes les grandeurs, et pour beaucoup d'utilisations différentes. On peut jouer en équipe, comme le foot, le volley, etc., on peut s'asseoir dessus comme un siège, on peut l'utiliser pour faire des massages, des exercices, des expériences. Il y a aussi des petites balles dans les stylos à bille et dans les pistolets pour blessés ou tués. Bref, on peut avoir des rapports très différents avec les balles. Tenez-vous bien, la contrainte, c'est pareil !

Exemples :

- On pourrait avoir une contrainte qui est lourde à porter, qu'il faut trimbaler partout avec soi et qui pèse, pèse toujours plus! Cette contrainte est parfois la maladie psychique. Ce sont les médicaments, le fait de devoir prendre son traitement, les effets secondaires comme les tremblements.
- Ce sont les aides imposées ou pas : être amené par un proche chez le médecin, devoir dire que l'on a une maladie psychique lorsqu'on nous demande ce que l'on fait dans la vie et que la maladie nous empêche de travailler. Cette étiquette de maladie psychique nous colle trop souvent à la peau.
- Une hospitalisation. Pour un parent de devoir quitter son emploi pour pouvoir s'occuper de son enfant en décompensation psychique.
- C'est peut-être tout à la fois ! Les contraintes se cumulent et s'accumulent.

Mais, parfois, la contrainte est gérable, on arrive à ce qu'elle ne nous écrase pas trop. Par exemple, lorsqu'on est proche de quelqu'un qui accepte de prendre son traitement. La contrainte de la maladie n'est pas effacée, bien entendu, mais, c'est plus facile à vivre avec le proche concerné. Une contrainte peut devenir aussi plus légère lorsqu'on a compris un peu la maladie - on nous l'a expliquée, on assiste à un congrès du Graap - quand on est informé.

La contrainte peut être vécue différemment suivant les situations. Comment ne pas évoquer les fois où la contrainte nous permet de nous poser ou de nous reposer :

- La chambre douce, sorte de chambre de soins intensifs, qui a comme principe de proposer des expériences douces et sensorielles diversifiées et contrôlables par des lumières douces colorées, de la musique douce. Un infirmier serait là en permanence, permettant à la personne de se poser et de trouver un peu de calme.
- Des médicaments qui nous permettent d'apaiser certains désagréments.
- Une hospitalisation pour nous reposer en sécurité.
- Une personne de contact qui nous demande régulièrement des nouvelles et à qui on peut s'adresser quand on en a besoin.

Il y a donc des situations où la contrainte se révèle être un soutien. D'ailleurs, cette balle-là, elle est prévue non seulement pour s'asseoir, mais aussi elle permet de faire une pierre deux coups puisque le dos se muscle quand on s'assied dessus. Oui, oui, il peut en être de même avec la contrainte quand elle permet de s'entraîner, d'apprendre quelque chose. C'est le cas par exemple d'une personne qui aurait grandi avec un proche concerné par la maladie psychique et qui en aurait souffert parfois, elle pourrait l'utiliser dans une formation ou dans un travail social.

Souvent, une contrainte n'est pas seule et s'accompagne d'autres contraintes. Il y a une double contrainte, quand quelqu'un est obligé de prendre un médicament et de subir les effets secondaires. Alors, on peut essayer de jongler avec toutes ces contraintes. Cela demande de l'exercice et ça peut être satisfaisant quand on y arrive. Certains arrivent à jongler avec trois balles, d'autres avec quatre, cinq, six, et même plus! En tout cas vu de l'extérieur, c'est joli quand la personne arrive bien à jongler. C'est certainement agréable pour les proches de voir la personne jongler avec les contraintes. Mais, de jongler demande de la concentration, et on a les mains prises, de même pour la personne qui jongle avec les contraintes, cela demande de l'énergie et un investissement qu'elle ne pourra peut-être pas mettre ailleurs. C'est parfois le cas, quand on ne peut pas rester, dans le monde du travail.

Heureusement, il arrive qu'une contrainte vienne alléger une autre. C'est le cas par exemple d'une personne qui prend des médicaments ou qui a des activités comme la natation et la marche qui lui permet de diminuer l'anxiété. Puis, cette contrainte, on peut la ressentir dans les relations : une personne essaie d'imposer une contrainte à quelqu'un qui n'en veut pas. La personne concernée accuse le coup et, à chaque fois que l'autre tente de lui mettre cette balle dessus, elle accuse le coup, et l'autre se retrouve aussi à porter cette contrainte. Par exemple, un proche qui voudrait amener à l'hôpital quelqu'un qui ne veut pas se faire soigner se retrouve dans cette situation.

Ou encore la contrainte, c'est une relation qui nous ennuie ou qui est difficile. On accepte la contrainte que l'autre nous partage ou nous met dessus, pour garder une amitié, la relation que l'on a. On accepte de continuer

la relation comme telle pour soulager l'autre. C'est compliqué d'avancer à deux quand c'est une contrainte! Il faut trouver le même rythme, s'accorder et se coordonner.

Mais, la contrainte ne nous empêche pas d'avancer, d'éviter des obstacles et d'atteindre nos buts. Cela peut devenir un travail d'équipe. Les différents intervenants font que cela va plus vite, qu'on avance vers le but et qu'on marque, comme au foot ! Si notre but est d'habiter seule dans un appartement. Par exemple, la participation d'un infirmier en psychiatrie à domicile pour aider à suivre le traitement, une aide au ménage, une curatelle pour gérer le loyer à payer, etc. seront peut-être le chemin pour la personne pour qu'elle puisse atteindre le goal.

On a vu aussi que quand il s'agit d'imposer une contrainte, ce n'est pas une décision facile à prendre! On est parfois limité par nos propres contraintes légales et médicales, et on se renvoie la balle.

- Que faire avec la contrainte ?
- Doit-on l'imposer ?
- Comment travailler ensemble ?

Et vous, comment gérez-vous la contrainte pour vous et celle que vous voyez peser sur les autres ?

Quel rôle pour les proches ?

Groupe de proches Maladie psychique et prison

Véronica Eusebio, Ruth Challandes, Naïma Simé, Marianne Schopfer, Jean-Paul Rechelet et Pierre Dominique Scheder

Merci, c'est la première fois que nous avons un espace de parole au congrès du Graap.

Nous sommes une équipe - un groupe de parents, un groupe de frères et sœurs ou d'amis - qui avons tous eu ou avons encore un proche qui est concerné de près ou de loin par la maladie psychique ou par la prison. Notre groupe se rencontre une fois par mois à Lausanne et à Monthey et il est accompagné par Madeleine Pont. Notre objectif est de déstigmatiser la maladie, de mener des actions communes et de nous entraider, d'avoir un moment de partage. Ce qui est pour nous une évidence ne l'est pas forcément pour nos proches ou pour toute l'équipe encadrante des personnes malades ou détenues en prison. Ce que nous cherchons, c'est de nous mettre en relation pour mieux comprendre la maladie, comment elle fonctionne du point de vue des proches ? Nous invitons aussi à nos réunions des professionnels pour nous éclairer sur le jargon judiciaire, le droit pénal et la maladie.

Nous allons vous exposer des faits vécus par les personnes.

Naïma

J'ai posé la question à un psychiatre : « Pourquoi la sécurité du patient ou d'autrui est mise en danger ? Vous ne contraignez pas le malade à se soigner ? » Il faut passer à l'acte pour user de la contrainte. J'ai demandé à un professionnel : « Comment va mon proche ? ». Demandez-le lui ! La réponse doit être constructive malgré le secret professionnel. Ce genre de réponses détériore la qualité de la relation entre le proche et l'intervenant.

Mon proche a été placé dans une institution : un travail appréciable a été fait, l'encadrement est satisfaisant et le résultat est probant. Comme la loi le prévoit, un rapport doit être établi par les intervenants de l'institution, surtout, quand le patient demande des horaires plus souples et plus de liberté, voire d'intégrer un appartement protégé. Le personnel encadrant a souligné que nous étions des proches hyperprotecteurs et que nous surestimions notre malade. François Jacob, chercheur en biologie a dit "rien n'est plus dangereux que la certitude d'avoir raison". A mon avis, un rapport doit se limiter à un constat, et non pas à des jugements de valeur. La personne qui a rédigé le rapport n'a pas compris que nous essayons uniquement de maintenir des liens sociaux avec notre proche qui avait auparavant rompu toute relation avec son entourage. De surcroît, on voulait renforcer ses ressources positives pour qu'il dépasse ses blessures. De tels malentendus sont sources de culpabilité et risquent de déshumaniser les relations familiales. Ces observations externes, qui ne reposent sur rien, peuvent faire obstacle aux opportunités de sortir de l'article 59 qui est, en théorie, limité à 5 ans et peut se prolonger à cause de certaines certitudes jugées par nos proches comme dogmatiques et non fondées.

Au sujet de la problématique initiale, contrainte pour protéger qui ? Mon objectif est de mettre le doigt sur certaines incohérences. Plusieurs formes de contraintes existent à tous les niveaux : maladie, entendre des voix ; une crise ; l'hospitalisation, l'isolement, etc. ; le mal-être ; l'absence de dialogue ; la prise de médicaments, les nerfs du corps médical sont mis à rude épreuve car ce dernier intervient dans des situations de crise et doit proposer un plan d'action ; pour les proches qui subissent des violences pour lesquelles ils ne sont pas préparés et ils doivent faire face à des comportements antisociaux du malade dont les appels de détresse ne sont pas entendus (peu d'espaces pour la contestation) ; à l'intérieur de la prison qui est un nid de violences et de comportements antisociaux qui renforcent les tendances violentes des patients.

Nous sommes confrontés à différentes formes de contrainte et les différents points de vue sont un champ de bataille de querelles intellectuelles et philosophiques. Nous les proches, nous constatons qu'une seule partie de la souffrance est prise en compte. Je sais qu'un poids important pèse sur les épaules des médecins, mais je trouve qu'on est face à un système pervers. D'un côté, on ne veut pas comprendre le malade à se soigner, de l'autre, on le punit pour le guérir. Je ne mets pas en question les compétences des intervenants dans la santé, mais il me semble que les soins d'un malade est une mesure justifiée parce qu'il existe un grand bénéfice pour le patient, c'est une mesure structurante. Je n'ignore pas le destin tragique de la victime, mais les patients soignés à temps avec un encadrement améliorent certaines performances cognitives petites à petites et, à mon avis, respectent leur dignité humaine. Dans la vie, le but n'est pas d'être libre de toute contrainte, mais de choisir la meilleure qui apporte un réconfort et atténue les douleurs départ et d'autre. Nous les proches, nous souhaitons une approche plurielle pour les patients, assistants sociaux, curateurs, personnel de la santé, éducateurs et des proches qui ont un savoir produit par l'expérience du vécu. Chacun est riche de ce dont l'autre est pauvre. Cela permet aussi de corriger des distorsions et de maintenir une coresponsabilité. Nous avons la chance d'être dans un pays qui a développé différentes institutions et a formé différents intervenants compétents dans tous les domaines. Nous pouvons nous nourrir mutuellement et entretenir des relations respectueuses selon les besoins de chacun. Le cœur du mal-être, c'est qu'il n'y a pas de continuité dans l'accompagnement du malade.

Par exemple, une proche relève que son fils, après des soins à Cery, se trouve en errance dehors. Je me suis renseignée personnellement, l'institution Croepi aurait pu faire le lien.

La communication interpersonnelle dysfonctionne parfois malgré de bonnes intentions. Pour finir, je dirai que punir par la maladie, c'est comme tirer sur des morts. Le projet de soins doit être dans un environnement adapté et non en prison. Le chemin est long, il demande des efforts constants, mais le voyage en vaut la peine. Vous allez me dire que le coût est exorbitant! Je vous réponds qu'il suffit de dynamiser les institutions existantes. Merci pour votre écoute.

Ruth

Mon proche est en prison depuis trois ans et demi à la suite d'une agression grave commise lors d'un congé d'une hospitalisation psychiatrique. C'est un peu un comble! Heureusement que Dieu était là pour éviter le pire. Contrainte pour protéger qui? Cette question évoque pour moi des souvenirs douloureux et stressants quand mon fils était en décompensation psychotique et, à chaque fois, j'étais dans l'impossibilité de le convaincre de voir un médecin. Ça été l'hospitalisation forcée en psychiatrie par la police. Après le soulagement de le savoir enfin soigné et non plus errant succédait la frustration de le savoir en chambre d'isolement, complètement coupé de tout! Je me sentais souvent exclue : pas d'autorisation de visites, pas de nouvelles par téléphone, langue de bois (sous prétexte que notre fils est majeur, on respecte son droit de ne pas vouloir communiquer avec la famille). Plusieurs fois, il fuguait de l'hôpital et je n'ai pas été tenue au courant. Je me demandais si j'étais nocive pour mon fils. Pourtant, j'ai des choses à dire puisque je le connais depuis toujours, et je l'aime. Je me sens contrainte au silence et mise à part! Quand approche le moment de la sortie, soudain, on me sollicite : « Pouvez-vous le recevoir à la maison? » Souvent, les sorties de l'hôpital se faisaient dans de mauvaises conditions. On lui dit : « Si vous avez un endroit où aller, vous pouvez sortir! » Deux fois, il reçoit une autorisation de sortir en disant qu'il ira vivre chez une patiente dont il a fait la connaissance à l'hôpital. Il n'y a pas de vérification. Rien! Il a déjà été plusieurs fois violent à l'égard d'autrui lorsqu'il n'est pas lui-même et est en décompensation. Malgré cela, on le laisse sortir dans une situation plus que précaire. Le curateur de portée général n'intervient pas, et on ne prend pas l'avis de la famille. Peu de temps après la sortie, le traitement est interrompu, les mesures demandées par la justice de paix ne sont pas respectées et personne ne fait rien! Dans un tel cas, je trouve que le soi-disant respect du droit du patient n'est plus du respect, mais de l'indifférence face à la détérioration de la santé de celui qui refuse les soins et devient de moins en moins capable de discernement. Les cris d'alarme et les appels au secours de la famille ne sont pas entendus, on laisse le patient s'enfermer de plus en plus dans sa maladie. C'est aussi une forme violente de contrainte que d'attendre qu'il se passe quelque chose de très grave pour agir. Quand le patient détenu est soumis à la justice pénale, cela change du tout au tout. C'est l'attitude sécuritaire qui prime avant tout pour protéger la population, semble-t-il. Incarcéré en prison préventive de long mois, 23h/24h à deux ou trois dans une cellule, je ne crois pas que c'est le bon endroit pour des patients psychiques, même s'il y a une prise de médicaments et un cadre strict, qui peuvent aider à la stabilisation dans un premier temps. Je pense que la prison n'est pas un lieu pour mon proche, et encore moins quand il se trouve avec des prisonniers de droit commun, avec sa fragilité psychique, il s'est retrouvé carrément en danger.

En tant que proche d'un patient détenu, c'est le choc au début! On veut soutenir notre proche, mais les contacts sont très limités. Il y a bien les lettres, les téléphones sous surveillance et les visites au parloir (très impressionnantes, mais très appréciées de part et d'autre). Il faut du temps pour comprendre le fonctionnement des services pénitentiaires et judiciaires. Pour moi, heureusement, il y a le groupe de proches de patient psychique en prison qui m'a beaucoup aidé et soutenu. Le manque de perspectives pour nos proches est un facteur très démoralisant, ils peuvent avoir purgé leurs peines depuis longtemps, mais comme ils sont soumis à l'article 59, ils doivent rester en prison pour une durée indéterminée car il n'y a pas de foyer adapté pour eux ou parce que personne n'ose peut-être prendre la responsabilité de les faire sortir.

Avoir un proche en prison est une grande épreuve. La stupéfaction, la sidération, la colère contre notre proche, la colère contre le système qui a laissé faire, la honte face à notre entourage et à la société, la tristesse, l'incompréhension, l'impuissance, sont les sentiments qui nous habitent successivement. Nous trouvons ces mesures de contention injuste pour nos proches qui auraient mérité une prise en charge multidisciplinaire et en réseau, beaucoup plus précoce et incluant les proches. Peut-être aurait-on évité cette contrainte extrême qu'est la prison pour un patient psychique.

Marianne

Pour moi, la contrainte est représentée par une véritable forteresse qui entoure la psychiatrie dans le cas où la personne atteinte de psychose refuse d'entrer en lien avec sa famille. En plus, cette personne est protégée et peut se permettre de dire ce qu'elle veut, sans être confrontée à ses dires qui, parfois, sont extrêmement violents. Cette forteresse est cloisonnée, il n'y a pas d'historique, pas de transmission, et pas de famille. J'ai un peu perdu ma fille aînée à l'âge de 25 ans, quand elle a fait sa première décompensation. La deuxième fois, dix ans plus tard, quand elle a commencé à nous à prendre comme cible d'une manière brutale et insidieuse. Nous étions délibérément tenus à distance. Pourtant, qui a-t-il de plus important que notre enfant? La psychiatrie défend le secret alors que l'on sait que le secret fait parfois beaucoup de mal. Pour moi, la parole de ma fille est trop respectée, elle a droit à un espace démesuré et ainsi elle ne réalise pas la gravité de ses paroles et de ses actes, et en plus, elle se sent protégée.

Elle devrait aussi avoir des contraintes et devoir s'expliquer. D'ailleurs, ma fille se péjore de plus en plus, elle a aujourd'hui perdu son travail et est de plus en plus isolée, elle ne voit plus sa famille. A-t-elle fait vraiment le bon choix pour elle? Est-elle allée trop loin? Dans les moments de crise ou non, comment évalue-t-on le discernement? On sait très souvent que ces personnes ont des problèmes de lien. Aujourd'hui, la situation est

bloquée de part et d'autre, nous aurions besoin d'aide pour retrouver un lien entre nous. J'aurais besoin au moins de savoir si cela est possible. Lorsque ma fille est en détresse, elle nous appelle en pleurs et nous donne en référence lorsqu'elle est hospitalisée, et très vite, elle se rebiffe et ne veut plus rien savoir, et se montre agressive de nouveau. Je ne veux pas connaître son dossier, je veux être respectueuse, et j'aimerais juste faire partie des différents rouages et être concernée et respectée. Comment pourrais-je ne pas être concernée ? J'aimerais que cela fasse partie du traitement et de la prise en charge en psychiatrie et qu'il y soit ponctuellement la possibilité d'établir un lien. Ainsi, nous pourrions peut-être éviter le rejet et la marginalisation des personnes. Je crois vraiment qu'il faut trouver un peu d'humanité et de sens et non laisser ce flou, ce mal-être, cette indifférence, envahir les différents partenaires de la santé. Je remercie les groupes de partage.

Jean-Paul

Que l'on soit dans une cellule d'une prison, 23h/24h, ou dans une salle d'un hôpital, capitonnée et souvent obscure, on est soumis à la contrainte, c'est-à-dire à l'épreuve de la contention. On l'a évoqué, aussi loin que l'on remonte dans le temps, l'histoire de la psychiatrie dévoile tous les moyens que l'humanité a déployé pour contenir la menace de la délinquance ou de l'aliénation : le bain froid ou échaudant, le jet d'eau à moitié nu dans une douche, l'électrochoc, les sangles de cuire d'un lit, la camisole de force ou chimique, qui anéantit le patient à l'état de zombie, de légume, où seule la médecine peut dire où est son progrès.

A la fin du XIXe siècle, l'hôpital Pitié Salpêtrière à Paris accueillait 2'020 hystériques menottés au mur car ils menaçaient la sécurité publique par leurs regards et leurs cris exaltés comme par leurs gestes obscènes. Ils baignaient dans leurs excréments, été comme hiver, dans les vastes sous-sols de l'hôpital devenus une prison et où l'on peinait à chauffer ses locaux mal isolés et aux vitres souvent cassées.

C'est au milieu du XXe siècle qu'émergea une réflexion de Freud sur l'hystérie qui nous montra à quel point une partie de nous-même ne nous était pas consciente. Au même moment Philippe Pinel s'intéressa à la "manie" appelée aujourd'hui trouble bipolaire pour y voir l'origine des troubles sociaux que sont les crimes et les délits. Il initiait lui aussi une nouvelle investigation dans le champ des déviations sociales qui allait devenir la science criminelle ou criminologie. Cette science qui s'occupe de mêler psychologie à sociologie, droit pénal à médecine et statistique à déterminisme individuel ou collectif, reçoit dans la jeunesse actuelle un écho sans précédent et suscite des vocations universitaires à foison. Leurs vocations sont forgées dans leur enfance baignée par les séries télévisées destinées au grand public, dès le profilage et l'esprit criminel, réveillant des sensations les plus fortes d'exaltations, d'un suspense rempli d'avidité. La génération des criminologues d'aujourd'hui se nourrit des jeux tels que Khoo-Lanta ou le Maillon faible qui visent à éliminer leurs partenaires appartenant à la même équipe pour faire triompher in fine le chef de la meute, le dominant suprême, le roi de ce chantre. Ces criminologues sont devenus les nouveaux agents de contention puisqu'avec l'aide des psychiatres et des agents de détention, ils peuvent prolonger la peine des détenus qu'ils soient atteints de maladies psychiques ou non, d'une mesure thérapeutique allongeant leur détention de 1 an à 5 ans. Cette mesure est selon le nouveau code pénal destinée à astreindre le délinquant ayant purgé sa peine à une thérapie de contrainte dans le cadre d'une prison, le plus souvent, ou dans un milieu psychiatrique, le plus rarement. Comme je viens de l'évoquer comme jadis, l'hôpital Pitié Salpêtrière s'est transformé en prison et, aujourd'hui, la prison helvétique s'est transformé en hôpital. Sur les 900 dossiers de détenus des prisons vaudoises, 154 sont actuellement traités d'expertises en thérapie et de thérapies en expertise par un personnel aux méthodes douteuses dont je vais évoquer quelques souvenirs. Pour mémoire, lors d'une visite, mon fils en exécution de peine au pénitencier de Bochuz me révèle avoir vu circuler un carton rempli de sachets d'héroïnes, de cocaïnes, de marijuana et d'amphétamines thaïes. En outre, il m'a révélé que des clans de détenus musclés se disputaient le marché très juteux de ces stupéfiants revendus trois fois leur prix de revient. En cet été 2015, j'ai pensé que mon fils était devenu schizophrène puisqu'il voyait des choses qui n'existaient pas. Il n'en était rien puisque les journaux annonçaient une année plus tard, le 18 juin 2016, que gardiens et détenus étaient complices de ce trafic. Par acquis de conscience, j'ai écrit au chancelier du Canton de Vaud pour lui demander confirmation de ces informations. Il m'a répondu, par un simple accusé de réception, me priant d'attendre la position du service concerné, une position qui n'a jamais été fournie ! J'ai interpellé à ce sujet Naira Sorite, en vain. A l'heure où je vous parle, je ne sais si ce silence est un signe d'une psychose autistique ou d'une névrose phobique, voire une complicité avec les faits, pour confondre la force de caractère des détenus, de la part du pouvoir et de son autorité. Quoi qu'il en soit, il m'est permis de me forger une opinion que l'Etat organise sciemment une totale insécurité à l'endroit de ses détenus afin de les rendre méfiants à l'égard des uns des autres, à l'égard des agents de détention, comme à l'égard des médecins, des psychiatres ou des agents sociaux. On induit donc chez le détenu souffrant ou non de troubles psychiques un comportement paranoïaque tout en lui disant qu'il se fait des idées fausses. C'est le fameux double band ou message contradictoire qui dissocie la personnalité, inhibe son action et sa confiance en soi. Ainsi, peut donc se justifier le prolongement d'une peine en traitement carcéral. A qui profite cette nouvelle contrainte ? A mon sens, cette contrainte sert la formation des futurs médecins, des stagiaires en psychiatrie, des milliers d'avocats présents dans le pays de Vaud ainsi que la nuée de criminologues sortant des universités. Quant au rôle des proches des malades incarcérés, ils leurs incombent d'annoncer une prison qui induit les délits et les déviations sociales qu'elle prétend corriger.

Pierre Dominique

J'ai un proche en prison. Mon témoignage se fait en chanson. La chanson est inspirée des propos d'une maman qui parlait à un journaliste de son gamin. Le journaliste lui a demandé : « Cela ne vous fait rien d'avoir un délinquant, un voyou, en prison ? » Ça ne fait rien, c'est quand même mon gamin!

C'est quand même mon gamin

Il rate tous ses examens
Il n'a de langage que ses poings
Teigneux, sauvage comme un matou
De son avenir s'en contrefout
Ses camarades un peu farceurs
Disent qu'il a été conçu
Durant l'entracte d'un film d'horreur
Foi de maman je n'en ai jamais vus

Refrain

**Ça ne fait rien, ça ne fait rien,
C'est quand même mon gamin**

Part en vadrouille sans le sou
Rapatrié de Katmandou
J'ai d'ses nouvelles par les journaux
Quand il braque une station Esso
Il met plein tube de vieux Elvis
Quand j'essaie de le sermonner
Et si je lui serre la vis
Il menace de se suicider

Refrain

Fidèle abonné d'la prison
En a fait un peu sa maison
En compagnie de plus rusés
Se prépare à recommencer
M'en fait des vertes et des pas mûres
Mais de le voir entre deux gendarmes
Les passants qui le défigurent
A grand jamais je ne le condamne

Sa piaule un vrai capharnaüm
Des litrons vides jonchent le sol
Un soir, s'en dort moitié pompette
Sans éteindre sa cigarette
Son nom dans la Feuille officielle
Les voisins me montrent du doigt
Une sombre affaire de recèle

Refrain

A son dernier cours de répète
A retourné sa baïonnette
Contre un gueulard de lieutenant
C'est pourtant ce qu'on lui apprend
Quand sonnera l'heure essentielle
Devant Saint-Pierre embarrassé
J'le vois piquer les clés du Ciel
Et tous ses potes y faire entrer

**Ça ne fait rien, ça ne fait rien,
C'est quand même mon gamin**

Ce que nous avons envie de vous demander comme proche, mais aussi ce qu'on souhaite demander aux proches, aux professionnels, à tous les membres qui sont touchés de près ou de loin par quelqu'un qui souffre de ces maladies, c'est de comprendre que nous détenons chacun, de notre position, des éléments stratégiques du comportement ou de l'histoire de la personne que nous visons à soigner et à guérir. Ce que nous voulons, c'est les mettre ensemble. Nous avons entendu à plusieurs reprises : le lien. Qu'est-ce que le lien ? Si je peux vous l'imager : nous sommes ici les proches, nous avons tous un lien - quelque chose qui nous réunit - et vous l'avez tous, de par le fait d'être ici, de par le fait d'y travailler. Il y a toutefois une chose, et c'est celle-ci que nous aimerions apprendre à donner : le lien ne peut exister uniquement que par la coopération. Cette coopération se crée par des espaces de travail, en se donnant la main : donnez-vous la main, donnez-nous la main ! On ne soigne pas un malade, on met en place un projet de rétablissement et une personne.

Droit de la protection de l'adulte en vigueur depuis 2013 : état des lieux

Shirin Hatam

Titulaire du brevet d'avocat, conseillère juridique de Pro Mente Sana - Association romande

Jean-Dominique Michel

Secrétaire général de Pro Mente Sana - Association romande

Le droit de la protection de l'adulte a suscité de nombreuses discussions pendant une quinzaine d'années avant son entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013. Les réflexions se sont déroulées à une époque plus libérale, plus respectueuse de la liberté individuelle, plus tolérante, envers les comportements déviants, que celle de son application définitive. Néanmoins, au cours de l'élaboration du droit, il y a eu des pressions de la part d'associations de proches ainsi que des professionnels de soins pour que la contrainte puisse être appliquée pendant le placement à des fins d'assistance sous forme de traitement forcé. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter les études de Cristina Ferreira.

Le nouveau droit qui remplace la privation de liberté par le placement à des fins d'assistance va s'appliquer dans un contexte plus sécuritaire, plus contraignant, que celui dans lequel il a été conçu. Je pense par exemple au financement des hôpitaux qui détermine la qualité et la longueur des soins : le repos n'est plus un soin financé par l'assurance maladie. Notre époque est aussi, me semble-t-il, plus normalisatrice. Elle est aussi une adepte de l'efficacité, de la rapidité et de la surveillance des comportements dans tous les domaines où les ayants droits font valoir leurs droits à des prestations sociales : aide sociale, chômage, assurance maladie perte de gain, prestations complémentaires ou assurance invalidité. Tout cela va s'exercer sur la contrainte légalisée par le nouveau droit de la protection de l'adulte.

Le petit grain de sable dans ce dossier est l'entrée en vigueur en 2014 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qui devait nous obliger à réviser la manière d'appréhender la maladie psychique puisque le handicap n'est plus défini comme une déficience de la personne, mais comme une inadaptation du monde à cette déficience. Ce n'est plus la personne qui doit s'adapter au monde, mais c'est le monde qui doit s'adapter aux problèmes de la personne. Ceci devait nous inciter à revoir notre façon de concevoir le soin psychique.

Le discours du Tribunal fédéral au regard du placement à des fins d'assistance, du traitement sous contrainte pendant un placement à des fins d'assistance et du traitement ambulatoire forcé.

A partir de 2013, la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) a posé des exigences, assez strictes, d'ordre formel et procédural dans des arrêts qui devraient être appliqués. Ça semblait bien parti pour la reconnaissance des droits des patients!

En 2013, le TF nous rappelle l'obligation d'entendre la personne concernée elle-même en collège (pas uniquement en présence du juge de paix) quand la personne demande la levée du placement à des fins d'assistance (PLAFA). Comme le recours n'a pas besoin d'être motivé, puisque la personne ne va pas très bien au moment où elle fait recours, il faut que la personne puisse exposer ses motifs oralement et personnellement devant le Tribunal réuni en collège. On le voit, il y a un respect strict des droits procéduraux et de l'accès à un juge siégeant dans une composition prévue par la loi.

En 2014, de nouvelles exigences procédurales sont posées quant à l'expertise sur laquelle peut être prise une décision de placement, par ricochet sur la qualité, la nature, de la décision de placement elle-même. On va exiger de cette décision qu'elle indique quel danger concret, établi par l'expertise, pour la santé pourrait subsister si le traitement ou l'assistance n'était pas mis en œuvre. Il est encore précisé qu'un risque purement financier n'est pas suffisant (le risque financier ainsi que d'autres risques, par la suite, seront souvent pris en compte).

Ensuite, la décision de placement doit expliciter la nécessité d'assistance ou du traitement, et dire pour quel motif on ne peut pas faire autrement. Pourquoi on ne pourrait pas le faire en ambulatoire ? L'autorité doit aussi expliquer pourquoi elle a choisi cet établissement-là comme institution appropriée. On nous dit clairement que l'expertise et la décision doivent se déterminer sur tous ces points. C'est de nouveau une exigence de procédure pour prendre une décision restrictive de la liberté de quelqu'un.

En 2014, on nous précise encore que le rapport d'expertise doit être actuel, on ne peut pas se fonder sur un ancien rapport, et que l'avis d'un juge spécialisé dans une autorité de protection de l'adulte, comme un juge

psychiatre, n'est pas une expertise et ne la remplace pas. C'est une nouvelle exigence procédurale. On ne fait pas d'entre-soi pour prendre une décision de placement.

Le traitement

La jurisprudence est similaire, y compris l'exigence dans les procédures. On peut faire un traitement, mais il faut aussi y mettre les formes. Pour établir les droits de procédure du patient, c'est-à-dire le droit de recourir contre un traitement forcé, le Tribunal fédéral a été amené à définir qu'est-ce qu'un traitement forcé. C'est intéressant car il a été confronté à ce qui se passe dans les hôpitaux.

En 2017, le Tribunal fédéral nous explique que la prise volontaire d'un médicament n'exclut pas un traitement sous contrainte. Autrement dit, ce n'est pas parce que quelqu'un met volontairement une pilule dans sa bouche qu'il n'est pas sous contrainte. Il nous précise qu'un acte matériel, en l'occurrence le fait d'avoir menacé un patient de le placer en isolement s'il ne prenait pas volontairement son traitement, doit pouvoir être contesté par le patient dans les mêmes formes que si on avait eu une prescription de traitement forcé conforme à loi. C'est-à-dire un ordre écrit du médecin chef. Cet acte matériel ouvre le droit de recours au patient et à ses proches.

Plus tard, le Tribunal fédéral a dû redéfinir qu'est-ce que le traitement forcé. Il existe trois manières :

1. Administration par la contrainte physique.
2. Le consentement du patient, mais quand il fait suite à une menace d'administration forcée.
3. Le consentement "libre" à un traitement qui précédemment a été appliqué par la force.

Le traitement forcé ne peut être administré que sur ordre écrit du médecin chef. Mais, si on se trouve dans un cadre de traitement forcé qui n'a pas été administré sur ordre du médecin, ça reste un traitement forcé, et le patient et ses proches peuvent faire recours. On le voit, il y a un énorme respect des procédures, du droit de se défendre auprès du Tribunal fédéral, mais cela n'est pas suffisant pour assurer le respect des droits de l'homme dans les hôpitaux. On sait qu'il manque une surveillance dans les hôpitaux qui enraierait le processus de mise en danger des droits de l'homme, une surveillance comme celle de la Commission nationale pour la prévention de la torture pourrait être plus intense et faite par d'autres entités.

Ici, la vision est encore agréable car le patient peut défendre ses droits. Elle est moins agréable quand on se penche sur la multitude d'arrêts publiés et non-publiés qui portent sur les indications de placement. C'est-à-dire sur les raisons de placer qui sont retenues comme valables par les juridictions. Les motifs pour placer une personne sont très larges : établir ou ajuster un traitement ; en cas de danger quand la personne cesse de prendre ses médicaments, sorte placement préventif ; éviter une décompensation qui pourrait aboutir à une hospitalisation (un placement pour éviter un placement) ; un diagnostic (le schizophrène paranoïde qui ne veut pas suivre son traitement) ; prévenir des infractions (le TF a dit que celui qui menace la sécurité d'autrui a un besoin personnel de protection), pour protéger qui ? ; épuisement de l'épouse.

Le point préoccupant dans ses arrêts, c'est qu'il n'y a rien sur les notions d'assistance. Le Tribunal fédéral ne s'est jamais posé la question : qu'est-ce que l'assistance ? Pourtant, il s'agit bien d'un placement à des fins d'assistance. Il est confondu avec le traitement qui ne définit pas l'assistance pour elle-même.

Deux remarques sur les raisons de placement

1. Quand l'autorité de protection de l'adulte place parce qu'un traitement lui semble nécessaire, elle ignore délibérément les droits du patient. Au moment où la décision de placement est prise, il n'est pas encore possible de savoir si les conditions d'un traitement forcé seront remplies. Je rappelle que pour un traitement forcé, il faut déjà avoir un plan de traitement. Ce plan doit être élaboré avec la personne concernée et avec sa personne de confiance. Au cours de cette opération, on doit renseigner la personne concernée sur tous les éléments essentiels du traitement qui est envisagé : les raisons, le but, la nature, les modalités, les risques, les effets secondaires, les conséquences de l'absence de soin et l'existence d'autres traitements. Tout ceci doit être discuté, et seulement en cas de refus de plan de traitement par la personne, il pourra être prescrit à titre de traitement forcé par un ordre écrit d'un médecin chef si trois autres conditions sont encore remplies. D'une part, si l'opération est bien faite, le traitement sous contrainte serait moins agressif puisqu'il a été discuté auparavant, d'autre part, c'est impossible, pour le Tribunal qui décide du placement, de savoir que toutes ces conditions seront remplies au cours du placement. Cette réalité de l'impossibilité de savoir si les conditions de traitement seront remplies au moment de placer, c'est délibérément ignorer par le discours des juges, donnant l'impression que les juges ne veulent pas intervenir dans la surveillance de l'acte médical. Nous savons que les plans de traitement ne sont pas faits ou sont faits de façons insuffisantes. Des actions ont été entreprises en 2018 à cet égard dans tous les cantons où des demandes ont été déposées devant les parlements cantonaux sur les plans de traitement et la surveillance des hôpitaux (Jean-Michel Delivaud dans le canton de VD, Florence Nater à NE, Xavier Gagnoud à Fribourg et Alberto Velasco à GE). Dans le canton de Vaud, le médecin cantonal a mis sur pied des directives sur l'obligation d'un plan de traitement et la CIVES a intensifié sa mission de surveillance des plans de traitement.

Sur ces plans de traitement, le Tribunal fédéral n'est pas exigeant. En 2013, il a estimé qu'une décision de traitement est l'équivalent d'un plan de traitement. Un patient s'était en effet plaint de son traitement qu'il considérait comme illégal car il n'était pas dans un plan. On lui a répondu que la décision contenait tous les éléments du plan.

2. Le placement à des fins d'assistance est justifié par la nécessité de faire accepter au patient de poursuivre un traitement. D'abord stationnaire, ensuite ambulatoire. Cela va largement au-delà de ce qu'autorise le code civil en matière de privation de liberté. Ce n'est pas le but du code civil ni le but du placement à des fins d'assistance que de soumettre à un patient au long cours à un traitement ambulatoire. La justification du placement par la nécessité médicale est, je pense, une sorte de soumission des juristes. C'est une nécessité médicale qu'ils refusent d'envisager sous l'angle des droits de l'homme, sous l'angle des références qui sont celles de la Commission nationale de la prévention de la torture, de pouvoir voir si cela se passe bien dans les hôpitaux. Ce sont les juges qui devraient faire cet exercice-là et se demander si le traitement est conforme aux droits de l'homme.

Ce refus même de considérer l'acte médical sous l'angle des droits de l'homme est à l'œuvre aussi dans la justification du traitement forcé. Le Tribunal fédéral admet très facilement des traitements forcés de 9 mois, des traitements forcés de mise en danger sans exiger que la mise en danger soit concrètement explicitée. Il ne se pose pas la question en termes des droits de l'homme. Pour le TF, il semblerait que c'est l'indication médicale qui justifie le traitement sous contrainte, sans aucun examen de la Convention européenne des droits de l'homme ou de la Convention relative aux droits des personnes handicapées ou encore de la Constitution.

Traitement ambulatoire

Il est admis et sa particularité est qu'on ne peut pas l'infliger sous la contrainte. L'ancienne Conseillère fédérale Evelyne Widmer-Schlumpf avait dit qu'on ne pourra pas le faire sous la contrainte, mais qu'on le fera avec de la pression psychologique. La pression psychologique est un moyen de contrainte interdit pour la police, mais il semblerait que cela soit admissible dans ce cadre-là.

En réalité, le traitement sous contrainte ambulatoire est appliqué par le chantage et la menace. Cela ressort du rapport 2016 de la Commission d'examen des plaintes des patients. Par exemple, un patient va au TF en se déclarant empoisonné et menacé de chantage : soit je prends le médicament en ambulatoire, soit on ne lève pas le placement. Le TF lui répond que ce n'est pas un chantage, c'est un fait! Si vous ne prenez pas votre traitement, vous irez mal et on devra vous remettre à Préfargier. Le TF refuse la levée du placement en fonction d'une prédiction sur l'avenir qui est faite par la science médicale. Il n'examine jamais la question en fonction des droits de la personne. La question se pose, à savoir est-ce qu'on peut maintenir quelqu'un de privation de liberté au motif que si on la lève, on devra la reprononcer plus tard ? Au pénal, on ne le fait pas! On ne maintient pas un dealer en prison au-delà de sa peine sous prétexte qu'il va recommencer à sa sortie.

Les patients acceptent le traitement ambulatoire sous des contraintes qu'ils croient être légales alors qu'elles ne le sont pas!

Il y a une autre tactique pour le traitement ambulatoire, c'est la curatelle de représentation qui est limitée aux soins psychiatriques pour les gens qui ne veulent pas prendre leurs médicaments. Le hic, c'est la convention des droits des personnes handicapées qui nous dit qu'on doit respecter la volonté et les préférences de la personne qui n'a pas de discernement et que le seul modèle de décision compatible avec la CDPH est la décision assistée, de sorte qu'on ne devrait pas faire une curatelle de représentation qui donne le droit de décider à un curateur, mais une curatelle d'accompagnement. Pour quelle raison, on ne le fait pas ? Je ne le sais pas!

Conclusion

On peut se demander pourquoi les Tribunaux sont réticents à juger un traitement médical à l'aune du respect des droits de la personne ? Un respect entre professions libérales (médecin et juge) ? Un préjugé que la maladie psychique est grave et indésirable, nécessitant des soins pour le bien de chacun ? Il faudrait travailler sur l'application des droits de l'homme aux traitements sous contrainte, puis faire un travail de lobby sur les préjugés parce que dans d'autres domaines, on est parfaitement capable de raisonner autrement. On accepte que la thérapie de réassignation sexuelle, appliquée pendant longtemps, soit considérée comme une atteinte à liberté personnelle. On pourrait faire un raisonnement similaire avec les troubles psychiques.

Jean-Dominique Michel

Secrétaire général de Pro Mente Sana - Association romande

En tant qu'anthropologue de la santé, il me tient de restituer une vision plus transversale. Dans cette perspective, la contrainte est-elle nécessaire ? Est-elle une nécessité ? Est-ce qu'on ne peut pas s'en passer ? Y a-t-il des situations où il n'y a pas d'autres réponses que celle-là ? N'étant pas médecin, je ne peux pas me prononcer entièrement sur ce sujet. Du côté des spécialistes, il y a un consensus assez massif pour dire que, pour l'essentiel, on pourrait se passer de la contrainte. Que la contrainte soit exceptionnellement nécessaire, aucun d'entre nous n'en disconvient. Par contre, que ça soit un mode par défaut de l'hospitalisation en psychiatrie, comme c'est le cas aujourd'hui où il y a plus d'hospitalisation non volontaire que volontaire, c'est infiniment questionnable. Au niveau international, je rappelle que l'Organisation mondiale de la Santé milite activement pour une psychiatrie sans aucune contrainte : c'est souhaitable, mais de surcroît, c'est possible ! Chez-nous, on l'observe depuis longtemps, comme l'expérience Soteria à Berne : sans médication et sans contrainte. On arrive à le faire ! Alors pourquoi, ne le fait-on pas partout ? C'est le type de phénomène qu'on observe de manière très répétitif dans notre société. Quand on pose la question, on voit apparaître quelque chose de très culturel : « Oui, c'est vrai, ça serait possible, ça prendrait du temps... Par contre, vous savez, c'est compliqué, ça prend du temps, les usages, la politique, les crédits, etc. »

Nous sommes dans une réalité sociétale qui est d'une complication extrême dans tous les domaines, sur la base de choses qui se sont arbitrairement construites étage par étage, une superposition d'usines à gaz, qui effectivement rendent la vie extrêmement compliquée. Puis on est assujéti à ces logiques plutôt qu'aux valeurs et au sens de ce qu'on fait réellement.

Je vous invite à l'exercice suivant : imaginons qu'on puisse changer tout le système d'une manière qu'il soit conforme aux intérêts des personnes en souffrance, qui ont besoin d'être aidées. On verrait apparaître un certain nombre de points intéressants :

- Un pôle hospitalier démesuré, selon des études, où la moitié des malades ne devrait pas y être. Il pourrait y avoir d'autres structures mieux adaptées aux besoins et moins coûteuses.
- Nos pôles médicaux et hospitaliers consomment énormément de ressources, avec pour conséquence, pas de moyens pour faire autre chose, notamment moins coûteuses et plus utiles. Là, on est encore dans un schéma paradigmatique. Par exemple, le secrétariat d'état à l'économie se plaint tous les ans du manque de proactivité des employeurs au sujet du stress au travail et de la santé psychique de leurs collaborateurs. On sait que des programmes existent et apportent des retours sur investissement. Mais, les employeurs ne les utilisent pas !

Nous sommes dans un self-made collectif où nous nous sommes résignés à dépenser beaucoup d'argent pour des choses inutiles et limitées, excluant les autres choses existantes.

Loin de moi l'idée de vouloir jeter la pierre à qui que ce soit ! Il faut savoir que le système de santé lui-même est aujourd'hui en très mauvaise santé ! Les soignants sont en souffrance et les structures fonctionnent mal. Une culture de l'urgence ne cesse de se déployer et les soignants sont les premiers à en souffrir et à le dire.

Je dis parfois en plaisantant à mes amis psychiatres qu'il y a en France 1 psychiatre sur 2 en détresse émotionnelle, mais qui va se faire aider par un autre psychiatre. Il vous faut fonder "les psychiatres anonymes", pour vous entraider les uns les autres à rester en bonne santé. Ce n'est pas du tout une boutade ! Aujourd'hui, nous sommes dans des dispositifs qui ne sont plus adaptés et, même pour certains d'entre eux, sont devenus carrément pathogènes.

Le lien avec la contrainte est dès lors que les liens de sociabilité et communautaires se sont délités, dès lors que les professionnels sont mis dans des petites cases. Par exemple, un médecin qui devrait passer une après-midi avec une régie pour discuter de la possibilité d'un patient de rester à son domicile au lieu qu'il se fasse virer ne peut pas se faire rembourser par le catalogue de l'assurance. S'il fait une injection, il est remboursé. S'il va plaider la cause de quelqu'un de manière pour que ce soit utile pour sa vie, ce n'est pas remboursé.

Un dispositif plus souple et agile permettrait d'accompagner les gens dans leurs besoins d'une manière qui réduirait au maximum la nécessité de l'usage de la contrainte. Pourtant, il est aujourd'hui peu développé. Cela conduit à des situations où effectivement, "in fine, on met en place des systèmes qui on l'a dit et redit, sont brutalisants. Exemple avec le retour des ateliers citoyens : « Désolant goût de déjà entendu ». En même temps, ce n'est que la manifestation du fait qu'il n'y a pas encore eu de compétences au niveau sociétal et au niveau politique de penser les dispositifs en fonction des besoins prioritaires des gens. Quand on est dans un système mal pensé depuis le début ou pas repensé depuis un certain temps, les réponses sont profondément insatisfaisantes pour les individus et problématiques pour la société dans son ensemble.