

Déjouons la contrainte

Edito

Shirin Hatam, juriste, responsable
du pôle juridique, Pro Mente Sana

« Les remèdes agissent moins
vite que les maux »
Tacite

Le processus de civilisation a supprimé la peine de mort et la torture, la première en dépit de son efficacité contre la récidive et la seconde malgré son inefficacité dans la recherche de la vérité. De tels procédés devenaient insupportables à nos sensibilités modernes. Dans cette veine humaniste, respectueuse de l'intégrité de chacun-e, nos lois cantonales de santé interdisent désormais la contrainte à l'alinéa un et en fixent les modalités à l'alinéa deux.

Ce n'est pas la première fois que Pro Mente Sana aborde la contrainte que ce soit pour en dénoncer les avatars¹ ou en commenter les règlementations, dérives et réussites dans un fastueux exercice de déploration collective². Toutefois, comme l'expérience décrite par les patient-es n'est obstinément pas symétrique aux pratiques reconnues par l'Institution, nous remettons l'ouvrage sur le métier pour aborder la contrainte avec d'autres armes que la seule dénonciation de son usage. Peut-on influencer sur les raisons profondes de cette tradition par une observation confidentielle de son déroulement ?

Un bref contact avec la réalité nous montre que le contexte contrariant de l'hospitalisation provoque une violence qui légitime la contrainte en réponse. Cela est si vrai que les hôpitaux revendiquent jusque devant les tribunaux la nécessité d'exercer sur les patient-es une certaine pression pour les amener à prendre une médication qui les rebute : la menace de placement en cellule d'isolement serait indispensable face à certaines pathologies (malheureux schizophrène paranoïde !) sans qu'il s'agisse de contrainte au sens du code civil ; la pression circonstanciée serait un simple « acte maté-

riel » échappant à l'emprise civilisatrice du droit. Pour le Tribunal fédéral, au contraire, toute pression – même informelle – exercée sur un-e patient-e est une contrainte qui doit respecter les procédures prévues par le code civil et pouvoir faire l'objet d'un recours³. Cette jurisprudence protectrice a-t-elle ruisselé dans les piluliers, a-t-elle coulé sous les portes fermées, a-t-elle purifié les mœurs ? Il est légitime d'en douter. La pratique est résiliente, elle tend à adapter ses discours plutôt que de changer de cap. Par exemple, lorsque l'hôpital de Belle-Idée fut rabroué par la Haute Cour pour avoir mis un fugueur en chambre d'isolement à titre disciplinaire⁴, il a émis une directive pour que ce traitement ne soit plus désormais prescrit qu'« à titre thérapeutique ». Voilà qui n'adoucit pas le moment punitif passé à l'isolement, ne modifie pas les us et coutumes mais a pour principal résultat, sinon pour intention, d'enrayer toute contestation judiciaire.

Le peu d'influence immédiate qu'ont les instruments juridiques sur les pratiques médicales s'explique par des réticences machinales. Les injonctions venues du haut au nom du respect des droits humains ne sont pas acceptées lorsqu'elles contredisent les progrès de la médecine. Cela arrive parfois car la conception qu'ont les patient-es de ce qui est supportable n'est pas toujours celle d'une médecine progressiste et éclairée par la science. Ainsi, en 1996, une patiente demanda à l'hôpital de l'enfermer dans sa chambre plutôt que de lui donner des neuroleptiques. L'hôpital s'opposa à cette volonté pour ne pas priver la patiente d'un traitement efficace et conforme à la science médicale. Ayant reconnu que la contrainte physique, préférée par la patiente à l'administration de neuroleptique, pouvait déplaire à l'hôpital de façon tout à fait compréhensible, le tribunal l'appela néanmoins à se plier à la volonté de la patiente⁵. Ce qu'il fit en se bouchant le nez.

Le droit, impuissant à modifier la marche des choses, n'est bon qu'à devancer de peu ou à accompagner l'évolution des mentalités. Il met aussi beaucoup d'énergie à renouveler son vocabulaire. Or, en médecine c'est la pratique quotidienne qui fait jurisprudence puisque ce sont les patricien-nes qui jugent, dans un moment d'intensité imperméable à la réflexion critique, si les conditions de la

1. LT 41 en 2008.

2. Esprit(s), no 2, novembre 2020.

3. 5A_834/2017.

4. ATF 134 I 209.

5. RDAF 1996 64.

contrainte sont remplies, sans devoir en référer à un-e juge. Ainsi la personne menacée d'un placement imminent, aux prises avec un-e médecin et parfois la police, n'a pas droit à un-e défenseur-euse de la première heure, contrairement à n'importe quel-le délinquant-e lors de son premier interrogatoire... Par la suite, une fois privé-es de leur liberté, l'immense majorité des patient-es n'ont pas la force de contester les décisions, de motiver leurs révoltes en langage juridique et de payer leur défenseur-euse. Et c'est ainsi que s'installe l'habitude, qu'elle ronronne sans vraie contradiction et possiblement sans respecter la loi.

Et si plonger un regard acéré et sans concession dans ce qui nourrit l'action était plus opérant que mille lois bienveillantes ? Nous voudrions n'avoir plus à chanter tragiquement à celles et ceux qu'une hospitalisation forcée terrorise : lasciate ogni speranza, voi ch'entrate⁶...

La contrainte déjouée

Christel Gumy, historienne, responsable du projet d'Observatoire romand de la contrainte en psychiatrie, Pro Mente Sana

« J'accepte cet entretien parce que j'aimerais que plus personne n'ait à vivre tout ça. Je pense qu'il y a d'autres moyens. Enfin, il y a d'autres moyens d'agir et ce n'est pas dans la violence. Parce qu'ils sont dans la violence, donc nous on réagit avec la violence. Du coup ça fait quelque chose en escalade et après, ben, c'est de notre faute parce que c'est nous qui sommes hospitalisés. Alors voilà, c'est plutôt pour ça, pour qu'on essaye de trouver d'autres façons de faire⁷. »

Après bientôt un an d'activité, l'Observatoire romand de la contrainte en psychiatrie (ORCEP)⁸ a montré qu'il est un projet nécessaire dans le sens où il vient combler un manque dans le dispositif romand d'intervention et de réflexion en santé mentale, autant par la thématique qu'il aborde que par la manière de le faire. L'ORCEP

est un projet qui vise à faire exister et rendre légitime l'expérience des personnes usagères de la psychiatrie et en permettre la diffusion et la valorisation. Le but est d'offrir un outil qui favorise et soutienne l'élaboration de modèles de pratiques de soins et de prises en charge de la maladie et du handicap psychiques qui tiennent compte de l'expérience des personnes concernées et qui rendent effectifs les protections de leurs droits fondamentaux et les buts d'assistance et d'autonomisation prévus par la loi. Mais il s'agit également de participer à la réalisation du devoir de surveillance et de documentation des pratiques de prise en charge des personnes handicapées psychiques induit par la ratification par la Suisse de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH : art. 16 § 3 ; art. 31 § 1), comme à celui de participation des personnes concernées et des associations qui les représentent dans l'accomplissement des effets prévus par la convention (art. 33 § 3). Dans ses dispositions visant à garantir le droit aux personnes handicapées de ne pas être soumises à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance (art. 16), cette convention contraint en effet les États signataires à veiller « à ce que tous les établissements et programmes destinés aux personnes handicapées soient effectivement contrôlés par des autorités indépendantes » (art. 16 § 3). Elle préconise par ailleurs la récolte « d'informations appropriées » dans le but de « formuler et d'appliquer des politiques visant à donner effet » à ses principes (art. 31 § 1). Autrement dit, l'ORCEP vient compléter avec des informations qualitatives les données quantitatives récoltées dans les différents registres cantonaux et nationaux⁹.

Pour rappel, l'ORCEP documente et conserve les expériences personnelles de la contrainte en psychiatrie. À travers ses Archives de l'expérience de la contrainte en psychiatrie, cet observatoire réunit systématiquement un matériau dense et multiple (par des questionnaires et entretiens, la réception de documents privés, de productions littéraires ou plastiques, etc.) afin de constituer des savoirs issus du vécu des personnes usagères de la psychiatrie qui mettent « le savoir médical à l'épreuve du réel¹⁰ ». La diffusion et la valorisation de ces savoirs doivent favoriser des réflexions sur la contrainte, porteuses de transformations et rompant avec une vision progressiste et normative de la psychiatrie. À travers ce projet, nous voulons soutenir un questionnement de la prise en charge de la maladie psychique, de la crise et/ou de la déviance, d'un point de vue non seulement médical et juridique mais également social, économique et politique.

6. Laissez toute espérance, vous qui entrez

7. Entretien mené par l'ORCEP, D12, Archives de l'expérience de la contrainte en psychiatrie, ORCEP.

8. L'ORCEP est un projet pilote de Pro Mente Sana dont le financement est assuré pour trois ans. Des informations détaillées se trouvent sur le site dédié : <https://orcep.promentesana.org/>.

9. Voir Morandi Stéphane, Silva Benedetta, Masson Arianne, Nationale Zahlen zur fürsorglichen Unterbringung in der Schweiz – Recensement des placements à des fins d'assistance en Suisse : état des lieux et perspectives, Department of psychiatry, Lausanne University Hospital, 2021.

10. Solhju Katrin et Rivière Alice, « Le savoir médical à l'épreuve du réel », Propos recueillis par Valentine Bonomo, Agir par la culture, n° 67, 2022, p. 14.

Assistance et contrainte : une tension historique indépassable ?

Du point de vue des autorités, l'histoire des mesures de coercition à des fins d'assistance est une histoire de progrès. Depuis un siècle environ, les lois protègent de mieux en mieux les droits individuels, le personnel soignant est soumis à une formation toujours plus pointue et exigeante, et les lieux d'accueil répondent à des critères encore plus précis en matière d'adaptation à leur public¹¹. Lorsque l'on se place du côté des personnes premières concernées, l'histoire de l'assistance contrainte ne reflète pas ce progressisme¹². Malgré les évolutions légales et structurelles, nombre de personnes placées ou hospitalisées de force continuent de vivre cette mesure comme une injustice et ne perçoivent pas l'aide que l'on prétend leur délivrer. Cette tension historique entre assistance et contrainte semble constitutive de la manière de concevoir et de prendre en charge la maladie psychique, la déviance ou la marginalité, tant elle est ancrée dans des normes dominantes en matière de comportements sociaux admis, de productivité et d'autonomie.

Aujourd'hui encore, bien que la majorité des acteur·ices s'accordent pour tendre vers une psychiatrie qui minimise les situations de contrainte et qui respecte le plus souvent les droits fondamentaux des personnes concernées, un socle incompressible de recours à la contrainte perdure. Le « dernier recours » justifie encore des actes qui vont à l'encontre de la volonté des patient·es lorsque « on ne peut malheureusement pas faire autrement ». Il faut alors reconnaître que le personnel soignant se trouve dans les structures actuelles de prise en charge de la crise et des urgences dans des situations où l'utilisation de la contrainte est parfois inévitable pour protéger des personnes d'elles-mêmes et pour protéger les autres. Nous comprenons ce principe de réalité, mais sommes d'avis que dans une société démocratique et un État de droit, nous ne pouvons pas nous contenter de cette situation une fois pour toutes.

La contrainte en psychiatrie : c'est quoi le problème ?

La littérature clinique sur la contrainte en psychiatrie a pour habitude de distinguer deux formes de contrainte, les contraintes « formelles » d'une part, et celles « informelles » d'autre part. Les contraintes dites formelles font référence aux « mesures de contrainte » encadrées principalement par les dispositions du Code civil en matière de placement à des fins d'assistance (PAFA).

Ces dispositions légales, outre une hospitalisation forcée ou un placement non volontaire en institution (art. 426), permettent d'administrer un traitement sans consentement (art. 434) et de faire usage de mesures limitant la liberté de mouvement (art. 438) telles que la contention mécanique (par exemple avec des sangles) ou la mise en chambre sécurisée et fermée (appelée chambre de soins intensifs). Les contraintes dites informelles désignent, quant à elles, les incitations, les pressions, voire le chantage, exercés à l'encontre d'une personne vivant avec un trouble ou un handicap psychique afin de lui faire accepter des mesures considérées comme thérapeutiques.

Les personnes qui témoignent auprès de l'ORCEP et qui partagent leurs expériences décrivent des situations qui peuvent se rapporter aux deux catégories de contraintes, formelles comme informelles. Les analyses qu'elles tirent de leurs expériences sont contrastées et pondérées ; elles départent sans peines les prises en charge institutionnelles qui leur ont porté assistance – même contraintes – de celles qui ne l'ont pas fait, et les interventions à leur égard – même contraintes – qui ont eu des effets thérapeutiques de celles qui n'en ont pas eues.

Ce qui pose problème donc, du point de vue des personnes qui ont participé jusqu'ici au projet mené par l'ORCEP, au-delà de l'hétérogénéité des situations et des classifications cliniques des types de contrainte, ce sont les situations qu'elles ont vécues comme humiliantes, dégradantes, voire violentes. En d'autres termes, c'est toutes les fois où elles ont compté pour rien dans la façon d'être traitées, où elles ont été soumises par la force (physique, psychologique, administrative ou institutionnelle) aux logiques réductrices imposées par un cadrage diagnostique et symptomatologique, où elles ont été réduites à une maladie mentale – indépendamment du fait qu'il est aujourd'hui couramment accepté que cette maladie puisse aussi avoir des origines sociales. Elles ont gardé des séquelles psychologiques et parfois physiques, par exemple après avoir été laissées longtemps seules, en simple chemise d'hôpital, sanglées sur un lit sans savoir si quelqu'un viendrait quand elles auraient besoin d'aller aux toilettes ; après avoir dû se résigner à ingérer une dose de neuroleptiques telle qu'il faudra des mois, à la sortie de l'hôpital, pour la réduire et recouvrer une fonctionnalité digne ; après avoir été plaquées au sol et traînées en chambre dite de soins intensifs ; après ne pas avoir été entendues comme une victime d'agression sexuelle mais considérées comme une malade ; après avoir dû se soumettre à des expertises humiliantes et senti le soupçon peser sur elles dans le cadre de procédure pour l'obtention d'une rente AI ; etc.

11. Gummy Christel, Knecht Sybille, Maugué Ludovic, Dissler Noemi et Gönitzer Nicole, *Des lois d'exception ? Légitimation et délégitimation de l'internement administratif*, Chronos, Zürich, 2019.
12. Praz Anne-Françoise, Odier Lorraine, Huonker Thomas, Schneider Laura et Nardone Marco, « ... Je vous fais une lettre ». Retrouver dans les archives la parole et le vécu des personnes internées, Chronos, Zürich, 2019.

Faire exister une voie subalterne

La sociologue indépendante Léna Dormeau propose, à partir de son expérience personnelle de psychiatisée, de mobiliser la notion de « subalternité » empruntée aux subaltern studies pour qualifier, analyser et comprendre la position des personnes usagères de la psychiatrie. Par subalternité, elle entend « l'expression simultanée de la subordination et de la résistance chez un individu ou un groupe d'individus, dans son rapport au groupe dominant¹³ ». Ce positionnement lui permet de reprendre à son compte la question fondamentale posée par la théoricienne de la littérature et philosophe féministe Gayatri Chakravorty Spivak : Can the subaltern speak?¹⁴ Selon Dormeau, « en interrogeant les conditions de possibilité d'une parole subalterne, Spivak [...] nous indique que le processus de subalternisation ne repose pas uniquement sur un rapport de force matériel, mais également sur la confiscation d'un discours qui permettrait l'auto-représentation¹⁵ ». En d'autres termes, la question n'est pas seulement de pouvoir parler, ni même encore d'être entendue, mais bien d'être en position de produire une parole qui est performative dans l'établissement de sa position de sujet et le respect de ses droits fondamentaux. La parole des subalternes n'a pas le pouvoir de faire advenir un monde où iels sont reconnus et qui leur soit favorable.

L'ORCEP constate également que les usager·ères de la psychiatrie font l'expérience d'une relation de pouvoir entre elleux, les médecins et le personnel soignant qui repose notamment sur le fait que leur parole est disqualifiée d'emblée lorsqu'il s'agit d'exprimer leur volonté propre. Il faut dire que la parole est un outil thérapeutique en psychiatrie. Dans ce contexte, la parole de l'usager·ère porte en elle l'indice de la pathologie mentale ; elle est soumise à l'interprétation du corps médical à l'aune d'une lecture symptomatologique. Subalternes deviennent alors aussi les moyens de résistance et de sauvegarde de sa subjectivité. À l'opposition et à la rébellion frontales, font place l'adhésion factice, la dissimulation et le louvoiement. Ces « arts de la résistance¹⁶ », pour reprendre une expression du sociologue James C. Scott, ne sont pas des faiblesses mais au contraire, les signes de l'insoumission à un ordre dominant qui génère de la violence (et ce n'est pas que le fait de la psychiatrie) comme ceux de la possibilité d'organisations alternatives plus égalitaires.

13. Dormeau Léna, « Dire sa souffrance ou exister autrement : résilience individuelle et résistance subalterne », *Psychologies, genre et société*, 2023, 1(1), p. 3/18.
14. Les subalternes peuvent-elles parler ? Spivak analyse les conditions de possibilité de prises de parole des femmes du tiers-monde en regard de leur position dans un système d'oppressions croisées.
15. Dormeau 2023, op. cit., p. 4/18.
16. Scott James C., *La domination et les arts de la résistance. Fragments du discours subalterne*, Éditions Amsterdam, Paris, 2019.

Collectiviser et politiser la violence en psychiatrie

L'ORCEP s'est donné pour projet de donner un lieu d'existence à ces paroles subalternes et d'œuvrer à les collectiviser. Ces paroles sont peut-être à même de nous indiquer une voie pour aborder la question de la maladie et/ou du handicap psychiques qui dépasse la tension entre assistance et contrainte et qui nous permette d'imaginer « pouvoir faire autrement ». Ce qu'elles rendent déjà évident, c'est que les expertises médico-juridiques seules sont insuffisantes pour proposer des alternatives à la contrainte en psychiatrie. En effet, sans une remise en cause des conditions historiques, sociales et économiques qui interviennent dans la constitution, la définition et la prise en charge des troubles psychiatriques et/ou de la crise, il paraît difficile de mettre en place des modalités d'intervention conformes à la CDPH et qui respectent le droit à l'autodétermination des personnes concernées. Plus précisément, il faut aborder les processus collectifs qui participent à constituer des individus en déficit de raison, de discernement et donc de citoyenneté. Il s'agit notamment d'ouvrir les « boîtes noires » que sont les diagnostics psychiatriques et les théories qui les sous-tendent afin d'éclairer les présupposés normatifs qu'ils contiennent, les types de sujet qu'ils déterminent et les actions qu'ils autorisent. Enfin, il faut aborder ensemble, en tant que société, les violences et les souffrances désignées et induites par la maladie, le trouble ou le handicap psychiques. Comme l'affirme la philosophe des sciences féministe Donna Haraway : « 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 connaissance, incluant la fabrication des positions des sujets et la manière qu'ils ont de les vivre, doivent être explicitées et ouvertes à l'intervention critique¹⁷. »

Décembre 2024

Contact

info@promentesana.org
www.promentesana.org
Produit par l'Imprimerie Trajets - imprimerietrajets.org

17. Haraway Donna, « Le témoin modeste : diffractions féministes dans l'étude des sciences », in *Manifeste cyborg et autres essais. Sciences, fictions, féminismes*, anthologie établie par Allard Laurence, Gardey Delphine et Magnan Nathalie, Paris, Exils, 2007[1996], p. 323-324.