

Colloque

SANTÉ MENTALE À BRUXELLES
RÉALITÉS ET PERSPECTIVES
UN PARCOURS DE DINGUE

LES ACTES

Matinée du 7 décembre 2022



Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale
Brussels Platform Geestelijke Gezondheid

30 ANS

DE LA PLATEFORME BRUXELLOÏSE
POUR LA SANTÉ MENTALE



Table des matières

La matinée du 7 décembre a été consacrée au vingtième anniversaire de la loi relative aux droits du patient.

Après un état des lieux des plaintes en médiation, nous écouté les témoignages de professionnels et usagers.

Nous avons ensuite été invité.e.s à réfléchir au sens que nous accordons à l'autonomie du patient dans les soins de santé : le juriste, la philosophe et le sociologue ont ainsi croisé leurs regards sur cette notion.

Enfin, nous avons reçu trois psychiatres qui chacun à leur tour, nous ont exposé leur façon de concevoir les soins dans des situations où l'autonomie du patient peut faire défaut.

“DROITS DU PATIENT” ET SANTE MENTALE

4

AUTOMONIE ET SANTE MENTALE

9

LA RELATION DE SOINS

15

DISCERNEMENT, URGENCE ET CRISE

18

LE SOIN DANS LA CONTRAINTE

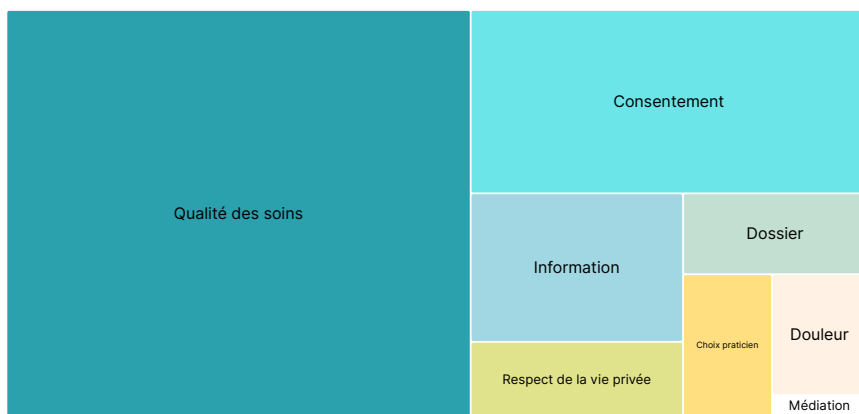
21

20 ANS DE LA LOI RELATIVE AUX DROITS DU PATIENT : FOCUS SUR LES PLAINTES

HAJAR LAGHMICHE, MÉDIATRICE PBSM

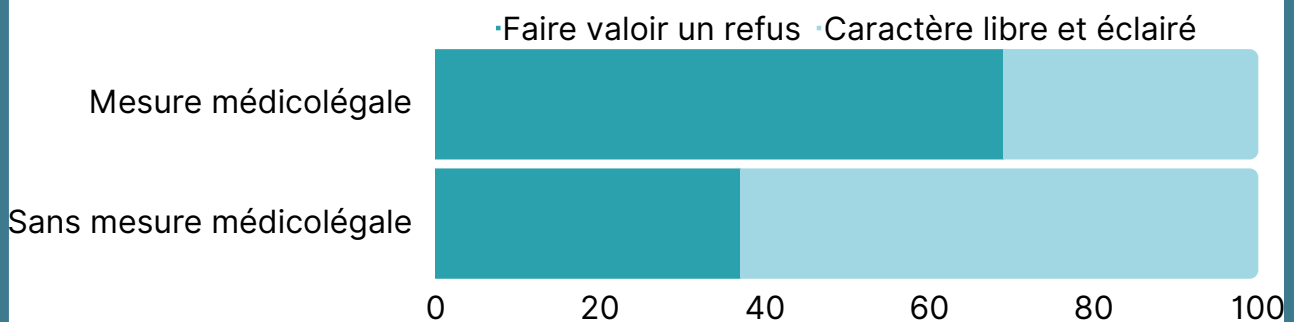
La loi du 22 août 2002 établit un cadre de collaboration au sein de la relation de soins. Dans les faits, l'exercice des droits du patient en santé mentale continue à questionner à la fois les professionnels et les bénéficiaires, notamment à travers l'appréciation des capacités d'autonomie de l'utilisateur. Le service de médiation de la Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale déploie ses activités au sein d'une trentaine d'institutions sur la région. L'analyse des données enregistrées permettent de dégager certaines difficultés exprimées par les patients.

Répartition des plaintes par type de droits du patient



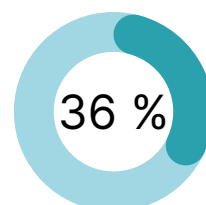
Le droit à la **qualité des soins** représente la moitié des interpellations traitées. Les patients évoquent majoritairement des aspects liés au respect de l'autonomie et de la dignité

Lien entre le contexte du soin avec de le contenu des plaintes "consentement"



Le droit au **consentement** est régulièrement cité mais est à nuancer : si le droit au refus de soins est très largement cité par des patients visés par une contrainte d'hospitalisation (Mise en observation ou internement), les autres témoignent encore d'un manque d'information préalable

Le **droit à l'information** est difficile à exercer au vu de la pluridisciplinarité et des soins en réseaux : les patients témoignent d'une incompréhension quant aux missions des différents intervenants



Plus d'un tiers des patients sont incapables de nommer l'intervenant responsable de l'information

Nous pouvons retenir du traitement de ces plaintes les différents éléments :

Le souci de **protection** de patients vulnérables peut rapidement se confondre avec des **réflexes paternalistes**. Le patient en santé mentale doit encore très souvent revendiquer sa place de partenaire de la relation de soins.

Les difficultés d'exercice du droit au consentement de l'usager en santé mentale doivent pouvoir être nuancées : un refus de soin reste difficile à faire respecter, notamment dans le cadre des **mesures médico-légales**. Mais l'information préalable au traitement est également citée en dehors de ce contexte.

La **multiplicité d'intervenants** dans les équipes et les réseaux complexifie la communication efficace de l'information au patient. Si la loi envisage les soins dans le cadre d'une relation interpersonnelle, la réalité des pratiques en santé mentale est bien différente. Cela nous amène à **requestionner la notion d'autonomie individuelle** comme fondement de la loi de 2002.



ECHANGES AVEC LA SALLE...

Y a-t-il des personnes toxicomanes qui font appel au service de médiation ?

Oui, nous rencontrons des usagers de drogues dans les services où nous allons, leurs demandes sont globalement similaires à celles des autres patients. Parfois, c'est la gestion même de la dépendance qui peut faire l'objet d'une interpellation. Il y a un manque de formation du personnel face à ce type de prise en charge, la collaboration avec des professionnels spécialisés peut constituer une piste de travail.

Les proches peuvent-ils solliciter la médiation ?

Oui, toute personne intéressée peut contacter le médiateur. La demande d'intervention sera toutefois travaillée en concertation avec le patient.

Comment trouver les coordonnées du médiateur compétent pour chaque structure ?

Globalement, et à quelques exceptions, on peut dire qu'il y a des médiateurs internes dans les hôpitaux généraux, les médiateurs de la Plateforme pour les structures "santé mentale" (moyennant la signature d'une convention). Tout le reste dépend du service de médiation fédéral. Malheureusement, il n'existe pas de listing actualisé.

PATIENT EN SANTÉ MENTALE. UN PATIENT COMME UN AUTRE.

Table ronde en présence de :

René Bartholemy, pair-aidant, aidant proche, chargé de mission PBSM,
Nadia Mahjoub, experte de vécu, ASBL UilenSpiegel et initiatrice de NADA (Netwerk Alternatieven voor Dwang en Afzondering in de GGZ)

Natalie Vanderborght, infirmière-chef adjointe, Psycho Sociaal Centrum Sint-Alexius (Ixelles),
Mathieu Vanderheyden, médiateur CHU BRUGMANN, Président Association des médiateurs en institutions de soins

Nous avons convié des représentants d'usagers, aidant-proches, professionnels et médiateur pour nous aider à comprendre les freins à l'application des droits du patient et identifier les pistes d'amélioration de la dynamique collaborative au sein de la relation de soins. Trois questions principales ont été abordées

Existe-t-il des différences dans la perception du patient en santé mentale et un patient en médecine somatique?

Mathieu V. : Sur base de ma pratique de la médiation en hôpital général depuis 9 ans, la différence de perception entre patient en somatique et patient psychiatrique s'amenuise, mais il y en a encore par exemple en ce qui concerne l'accès au dossier. En raison notamment de la proportion importante d'informations concernant des tiers.

L'exception thérapeutique est plus facilement évoquée en psychiatrie à cause de certaines données sensibles. Une autre difficulté concerne aussi l'autonomisation du patient face à la place que peut prendre la famille. La connaissance du diagnostic psy préalable peut parfois aider à adapter son approche car certains troubles influent sur le comportement et la relation. Mais cela risque aussi de catégoriser ou infantiliser.

Je ne trouve pas normal que d'autres professionnels de santé puissent connaître des éléments de mes troubles psychiatriques. La stigmatisation est réelle et cela peut entraîner une mauvaise prise en charge du trouble somatique
Témoignage dans le public

Nadia M. : UilenSpiegel a mené une étude qui a démontré que les plaintes « physiques » des patients psychiatriques ne sont pas suffisamment prises au sérieux. Je peux témoigner d'une hospitalisation où j'ai dû attendre trois jours pour recevoir un anti-douleur pour calmer une rage de dent. Alors que chez moi j'aurais eu accès à ce comprimé sans prescription !

Le patient en situation de vulnérabilité est-il reconnu en tant que partenaire de la relation de soin? Le rapport de force s'est-il atténué depuis l'entrée de la loi de 2002 ?

Natalie V.: En tant que professionnels de la santé mentale, nous cherchons à avoir une bonne relation avec le patient et une bonne communication. Quand la relation entre le soignant et le patient est bonne, la coercition n'a pas lieu d'être. Dans le cas de psychose aiguë, ce sera bien sûr plus difficile de déterminer des objectifs communs ou de travailler les éventuels conflits. Cela n'exclut pas de mettre en avant notre position pour des raisons de sécurité et donc de protection. L'avantage que nous avons est d'avoir des suivis au long court pour travailler cette relation.

René B. : Je pense que ça va mieux mais qu'il y a encore beaucoup d'améliorations à faire concernant les droits du patient. J'ai moi-même accompagné en tant que pair-aidant une personne pour une hospitalisation. Tout ceci s'est terminé en mise en observation alors que la personne en souffrance demandait à ne plus être soigné par un médecin psychiatre en particulier. Or le choix du praticien est un droit de patient. La mise en observation ne me semblait pas nécessaire puisque le patient était en demande de soins, il souhaitait juste pouvoir choisir le médecin.

*Il n'est pas possible d'avoir une relation équilibrée avec un soignant s'il peut à tout moment vous attacher à un lit
Nadia Mahjoub*

Nadia M.: Les abus de pouvoir se situent principalement dans les soins aigus ou de crise : ce sont littéralement des situations où le temps manque pour établir une relation de confiance entre le patient et le soignant. Or, le recours à la coercition dans ces situations de crise est perçu par le patient comme un traumatisme supplémentaire. J'ai eu le cas l'année dernière, où j'avais du mal à dormir à cause d'un problème de médication. L'infirmier de nuit m'a dit : « arrête ton cinéma ou on va t'attacher ». Pour moi ce ne sont pas de bons soins.

Le recours à la médiation est-elle une voie de résolution adéquate et/ou suffisante en cas de désaccord voire de conflit ?

Natalie V. : A St Alexius, la relation entre le personnel et le médiateur est plutôt bonne, il vient chaque semaine. Nous lui laissons de la place pour informer les patients et promouvoir la médiation.

René B. : J'ai connu une situation où un résident d'une IHP était en conflit avec un soignant. L'intervention de la médiatrice a été très mal prise par le soignant qui a vécu cela comme une agression. Ça a terni l'image de la médiation au sein de l'équipe. Il y a peut-être quelque chose à faire par rapport à cela.

Je regrette de découvrir si tard l'existence de la médiation en tant que droit de patient.

Témoignage dans le public

Nadia M. : J'apprécie le travail des médiateurs mais ils ne peuvent pas résoudre les difficultés que l'on rencontre dans des soins en situation de crise. Ils peuvent uniquement les relever. Et pour moi, ces questions préoccupantes relèvent d'avantage du domaine des droits humains que des droits du patient. La contention, par exemple, empêche l'utilisation des toilettes.

Mathieu V. : Effectivement, il y a une difficulté de la médiation en situation de crise. On ne peut qu'agir qu'à posteriori pour essayer que cela ne se reproduise pas : grâce au partage d'expérience en médiation, certaines pratiques ont été supprimées ou des soins améliorés. Dans les unités fermées de crise, le travail de médiation fonctionne assez bien et des soignants eux-mêmes interpellent le médiateur. Cela peut permettre de détacher la contrainte de l'hospitalisation des soins à fournir. Le médiateur travaille le conflit sans envenimer la relation thérapeutique.

Il y a bien une dimension moins linéaire en psychiatrie, les problèmes y sont plus nébuleux et complexes, parfois cycliques.

Il y a aussi une difficulté à cerner la vraie souffrance du patient ou ses attentes. Il faut pouvoir comprendre l'influence de la maladie sur le conflit : par exemple, une personne hospitalisée dans la clinique du stress va avoir tendance à se plaindre sur chaque détail de l'hospitalisation, on voit vraiment un lien entre la maladie et la plainte. A ce niveau-là, les formations de médiation ne sont pas adaptées

La loi « droits du patient » repose sur l'autonomie du patient. Qu'en est-il du patient en santé mentale ? Nous avons souhaité croiser les regards experts autour de la définition de cette notion et des enjeux qui en découlent au sein de la relation soignante.

Le regard juridique, par Tom Goffin, Professeur de droit, Président de la Commission fédérale « Droit du patient »

Le concept d'autonomie ou droit à l'autodétermination à la base de la loi avait comme objectif de responsabiliser le patient pour contrer le paternalisme qui caractérisait la relation de soins. Cette approche individuelle de l'autonomie doit évoluer vers une approche relationnelle en se fondant sur un autre principe du droit, la dignité humaine universelle.

Le regard philosophique, par Marie-Françoise Meurisse, philosophe et docteure en médecine

Historiquement, la philosophie a développé l'autonomie essentiellement dans les domaines de la morale et de la politique. En politique, la notion d'autonomie, chère à nos démocraties modernes, est présente dès l'Antiquité grecque ; elle représente pour les cités la possibilité d'élaborer leur propre régime et leurs propres lois. Par ailleurs, c'est à Emmanuel Kant que l'on doit d'avoir fondé une philosophie morale basée sur la capacité de la raison humaine de construire des règles morales universellement acceptables. L'autonomie est aujourd'hui considérée comme un principe éthique majeur, à la base notamment de la notion de consentement éclairé. Un principe pourtant mobilisé dans des acceptions diverses, tiraillé entre visions strictement individualistes et visions relationnelles.

Le regard sociologique par Nicolas Marquis, Professeur de sociologie à l'université Saint-Louis-Bruxelles, ERC Starting Grantee

L'autonomie est, théoriquement, le motif essentiel du soin en santé mentale. On trouvera en effet peu de voix qui s'élèveront contre ce principe, qui instaure le patient comme responsable du choix de ses fins (souvent qualifié de « projet »), tandis que les soignants seraient responsables de mettre en place les moyens (souvent qualifié « d'accompagnement »). En pratique, cette division du travail est impossible à tenir, et les soignants ne cessent d'intervenir non seulement sur le « comment », mais aussi sur le « pour quoi », et participent à définir ce qu'est une vie qui vaut la peine d'être vécue.



LE REGARD JURIDIQUE.

Prof. Tom Goffin

Cet exposé va s'attacher au concept d'autonomie juridique dans son articulation avec la loi relative aux droits du patient. Nous sommes passés d'une relation de soin teintée de paternalisme dans les années 60/70, à une loi promouvant l'autonomie du patient en 2002.

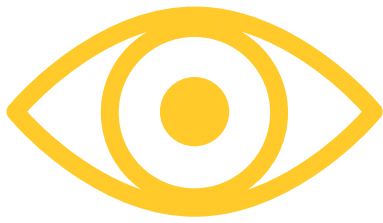
C'est une évolution logique : la notion d'autonomie juridique trouve sa source dans les fondements juridiques portés par Convention Européenne des Droits de l'Homme de l'après-guerre. Ainsi lors des travaux de la loi « droits du patient », cela s'est d'abord traduit sous la forme du droit à l'intégrité physique, soit le droit de décider de ce qu'on fait de son propre corps. C'est ce qui a donné le concept de consentement, soit le droit d'exprimer ses choix. Au total, le texte final comprendra 7 droits en plus du système de représentation. L'accent a donc été mis sur les droits à l'autodétermination du patient. Mais avec **en référence les maladies somatiques...** La question de l'exercice de ces droits par les patients en psychiatrie n'a pas été prise en compte, ou très peu. L'approche holistique des droits de patient est peut-être à reconsidérer.

En vingt ans, nous constatons qu'il y a eu des évolutions en lien avec les attentes des patients. Ainsi nous voyons que le patient se positionne plus comme un « consumer », avec des attentes de résultat. La prise en charge du patient, en particulier en santé mentale, est assurée par une équipe ; la relation de soin n'est donc pas unique mais multiple. Cela soulève la question de la responsabilité du soignant.

Je cite l'art. 5 de la loi : **Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.** Le focus ne doit pas s'arrêter à l'autonomie du patient. L'autonomie doit être interprétée au travers d'un intérêt supérieur soit le respect de la dignité humaine. Un patient n'est pas simplement une personne, mais une personne avec une histoire...

La question ne se résume pas à savoir si le patient est capable ou incapable. La loi nous demande d'interpréter cela de façon graduelle : se questionner sur la façon de collaborer avec le patient pour atteindre les objectifs thérapeutiques. Il s'agit d'une autonomie relationnelle qui implique une forme de responsabilité aussi pour le patient

Et le respect doit être mutuel, car la loi de 2002 est bien plus qu'une liste de droits pour le patient et des responsabilités pour le soignant. C'est une collaboration.



LE REGARD PHILOSOPHIQUE

Dr Marie-Françoise Meurisse

L'autonomie, du grec ancien *autos* (soi-même) et *nomos* (loi/règle), signifie le fait **d'être soumis à une règle que l'on a déterminée soi-même**. Le contraire est l'hétéronomie ou le fait d'être soumis aux règles déterminées par un autre ou des autres. Il est important de remarquer que l'autonomie fait référence à une règle/loi. Il ne faut donc pas la confondre avec des mots semblables tels que indépendance - ne dépendre que de soi-même (sans référence à la loi/règle), autarcie - se suffire à soi-même- ou liberté -la condition générale de l'individu soumis à aucune contrainte ou détermination

À l'origine, chez les Grecs de l'Antiquité, l'autonomie signifiait la capacité d'une cité à déterminer ses propres lois. Elle y était donc conçue à un niveau collectif et non individuel. Plus tard, lors de l'émergence de l'individualisme à l'époque de la Modernité, le **contrat social apparaît** : les êtres individuels ont besoin de règles par crainte du chaos. Ils vont donc confier une part d'autonomie à une autorité supérieure pour garantir les libertés individuelles et la sécurité.

En **philosophie morale**, Kant va installer la notion d'autonomie sur l'idée que l'individu a une raison et donc une capacité d'autonomie. Alors que jusque-là les règles morales étaient hétéronomiques car principalement édictées par les religions, Kant affirme que seul l'individu peut répondre à la question morale fondamentale « que dois-je faire ? » en utilisant sa Raison.

La loi morale selon Kant repose sur deux principes :

L'UNIVERSALISATION

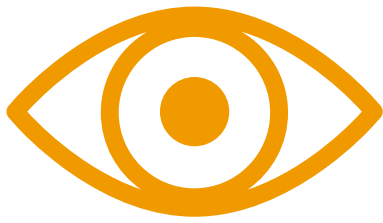
lors d'un choix moral, la décision prise pourra être valable en toute circonstance

LE RESPECT INFINI

envers tout être humain, à la fois autrui et soi-même

L'autonomie est considérée aujourd'hui comme l'un des **principes phares de la bioéthique**. Dans la méthode du principlism (Beauchamp & Childress), elle constitue l'un des 4 piliers avec la bienveillance, la non-malveillance et la justice. Actuellement, dans le champ des soins de santé, l'autonomie a pris le dessus sur les autres car elle permet de contrecarrer la vision paternaliste qui prévalait dans ce domaine. Elle est aussi le **fondement du consentement libre et éclairé** ; pour s'incarner dans la pratique, elle doit passer par le corps, un corps qui consent ou pas à recevoir tel ou tel soin.

Comment concevoir très concrètement ces visions de l'autonomie aujourd'hui ? Nous évoluons vers une vision beaucoup plus relationnelle de l'autonomie. Nous ne sommes pas des êtres isolés dans des bulles, nous vivons en interdépendance avec autrui. L'autonomie de l'un doit se confronter à l'autonomie de l'autre : c'est la porte ouverte à une vision beaucoup plus en dialogue, en communication entre les personnes. C'est la voie qu'ont ouverte les éthiques du « care », vers une autonomie aidée, soutenue. On évolue également d'une autonomie considérée comme un statut figé vers une autonomie comme processus évolutif. On va dès lors **préférer le concept d'autonomisation**.



LE REGARD SOCIOLOGIQUE

Prof. Nicolas Marquis

Dans le contexte moral d'une **Société de l'autonomie comme condition**, nous pouvons dégager deux caractéristiques : d'une part la valeur accordée à l'autonomie individuelle et d'autre part la présupposition que l'autonomie est une possibilité pour chacun, même si elle est peu visible ou temporairement empêchée.

On peut observer des disputes sur la définition du « **bon soin en santé mentale** » mais on s'accordera sur l'idée que les soins doivent être les moins inégalitaires possibles. Ainsi le patient sera responsable du choix de ses fins (souvent qualifié de « projet »), tandis que les soignants seront responsables de mettre en place les moyens (souvent qualifié « d'accompagnement »). Dans la pratique des institutions, on assiste souvent à une négociation menant à un projet « raisonnable » ou « acceptable », qui répond à des besoins de sécurisation de l'immédiat (lieu de vie, suivi, prévention de rechute) et à une ambition minimale (éviter un statu quo ou la régression).

Ces projets peuvent être certes variés mais sont bornés par deux extrêmes « déraisonnables » ou « inacceptables » : D'un côté le **projet irréalisable** car il mettrait en danger l'avenir du patient en n'assurant pas l'après-séjour immédiat. De l'autre les projets considérés comme entretenant un **statu quo**.

Plutôt que d'interdire formellement, l'équipe signifiera son non-soutien. Dans ces situations, les négociations

ne visent plus l'ajustement des moyens au projet du patient, mais concerne le fond même du projet, voire l'ajustement du projet aux moyens... ce qui questionne la répartition des rôles dans le soin tel que définie par une société de l'autonomie.

Nous pouvons l'expliquer par deux raisons : la première étant la nécessité pour les institutions à rendre le patient à la société en meilleure état. La seconde se trouve dans le caractère exigeant de l'anthropologie à toutes fins pratiques du patient, aux attendus de laquelle ces derniers peinent à répondre (prise active au soin, la préférence d'une vie autonome sur une vie administrée, etc.) Ceci se pose avec d'autant plus d'acuité dans les mondes de la santé mentale où certaines maladies mentales graves – parce qu'elles sont qualifiées par une désorganisation de l'intentionnalité – touchent précisément à la fois à la capacité de se mettre en projet, à offrir une stabilité dans les interactions, à agir pour soi-même mais également de percevoir si ces éléments ont tout bonnement du sens.

En conclusion, l'autonomie est théoriquement le motif essentiel du soin en santé mentale. On trouvera en effet peu de voix qui s'élèveront contre ce principe : le soin se divise aujourd'hui théoriquement dans une forme de partage des « tâches » où le « comment » revient au soignant et le « pour quoi » au patient. Dans la pratique, cette division du travail est parfois impossible à tenir. Et les soignants ne cessent d'intervenir non seulement sur le « comment », mais aussi sur le « pour quoi », et participent à définir ce qu'est une vie qui vaut la peine d'être vécue.

Discussion entre le Dr Meurisse et le Pr Goffin,

modération : Christian Marchal coordinateur pédagogique de l'autre lieu

Professeur Goffin, j'aimerais que vous précisiez ce que vous entendez par la redéfinition de l'autonomie par rapport à la santé mentale dans votre exposé?

T. Goffin : Dans le texte de la loi, il n'a pas de mention explicite (ndlr dans la version néerlandophone de la loi) de l'autonomie. On peut donc interpréter cette notion en fonction du contexte. Il y a 20 ans, elle s'est écrite en réaction au paternalisme dans les soins de santé. Mais aujourd'hui, l'accent est plutôt mis sur les soins en équipe, intégrés, des chartes de prises de décision. En ce sens il faut revoir le texte de la loi relative aux droits du patient, avec une attention particulière pour le respect de la dignité du patient dans ce nouveau contexte. Il faudra donc réinterpréter le concept d'autonomie et passer d'une vision individuelle vers une autonomie relationnelle.

Le droit à l'autodétermination est mis à mal par les considérations diagnostiques : la personne atteinte d'une maladie mentale aurait une capacité réduite pour déterminer ce qui est bon ou pas pour elle. Comment peut-on accompagner les patients de sorte qu'ils ne perdent pas tout ajustement dans les choix à poser, notamment au travers du consentement au traitement ? Je pense ici aux cas d'hospitalisations contraintes ou de personnes institutionnalisées et donc dépendantes.

T. Goffin : La loi relative aux « droits du patient » il est fait mention de la capacité du patient d'exprimer sa volonté, et c'est là qu'il faut du changement. Il est regrettable que le champ d'application de la loi soit aussi spécifique : elle se présente sous la forme « one to one » où l'histoire se racontera en version blanc et noir. Il est dommage que les 25 autres interprétations, tout en nuance de gris ne se retrouvent pas dans la loi. Et en cela le cadre n'est pas suffisamment garant. L'idée de la notion d'incapacité était à l'origine pour parler de problèmes somatiques. Or, on ne peut simplement parler d'incapacité d'exprimer sa volonté lorsqu'on parle de santé mentale. Le problème est que dans la pratique, les traditions sont différentes. Et maintenant, nous devons affiner la loi mais pas simplement sur cette notion d'incapacité à exprimer sa volonté. Par exemple, ces dernières années les critiques de la loi en lien avec la santé mentale tournaient autour de quelques points précis comme l'exception thérapeutique ou l'accès au dossier. On peut se questionner sur l'inclusion dans la loi de la notion de capacité du patient sur ces points.

M-F. Meurisse : On doit sortir de cette logique binaire : il est capable/incapable, il consent/il ne consent pas. J'ai toujours défendue l'idée que le consentement doit être perçu comme un processus. Il se peut qu'à certains moments comme quand le patient est en crise, il ne peut pas donner de consentement éclairé. Mais qu'avec l'évolution de son état clinique, le patient peut rediscuter avec le médecin du traitement. Dans une démarche de dialogue où le médiateur a d'ailleurs toute sa place. Je pense que le problème de cette pensée binaire, très occidentale, c'est blanc ou noir, l'un ou l'autre. Or il faut laisser la place à cet « entre-deux » où on peut cheminer la démarche de consentement.

J'aimerais revenir sur cette notion d'autonomie relationnelle. Or, il n'est pas rare de voir que les personnes atteintes de maladie mentale soient isolées. Aussi le système de représentation est très peu mobilisé. Comment voyez-vous cette autonomie relationnelle ?

M-F. Meurisse : L'autonomie relationnelle s'envisage bien évidemment avec les proches... quand il y en a. il y a aussi la personne de confiance qui est largement sous-utilisée, et cela peut être un proche mais aussi un praticien professionnel : On peut penser au médecin traitant qui connaît très bien son patient, un pair-aidant. L'autonomie relationnelle se conçoit aussi avec les soignants. On vient d'une relation paternaliste qui tend à s'équilibrer, s'horizontaliser, où les partenaires de la relation collaborent au travers du dialogue et du respect mutuel. Il faut penser à l'autonomie du patient mais aussi l'autonomie du soignant... et donc un ajustement qui doit se faire.

T. Goffin : Pour revenir à la question de la logique binaire concernant la notion de capacité, on peut aussi citer la distinction entre la personne de confiance et le représentant. Dans le texte actuel de la loi, la personne de confiance exprime la volonté de la personne en état de capacité tandis que le représentant exprime la volonté de la personne en situation d'incapacité. On peut se questionner sur cette dualité, pourquoi ce sont deux personnes différentes qui agissent en fonction de l'état de capacité du patient. Or l'accent devrait être mis sur l'assistance au patient, assistance dans la capacité du patient, et qui dans le cas d'une moindre capacité, décide non pas à la place du patient mais en concertation avec le patient.

La loi demande un devoir de collaboration du patient. Il arrive qu'il y a une confusion entre le non consentement du patient et la non collaboration. Qu'en pensez-vous ?

T.Goffin : Je ne vois rien de paradoxal. D'ailleurs le fait de reconnaître le droit de refuser consacre le droit à l'autonomie. On peut toutefois s'interroger sur ce qui se passe « après » le refus du traitement. Le prestataire de soins qui est convaincu qu'un certain traitement est la meilleure option pour le patient, peut s'interroger sur les raisons du refus dans un dialogue avec le patient : l'adéquation du traitement avec le projet de vie, la pertinence du traitement d'un point de vue thérapeutique,... Le refus de consentement à un soin doit alors conduire à d'autres soins, peut-être plus en adéquation avec les attentes et besoins du patient.

M-F. Meurisse : Je vais introduire une distinction car je pense que la question vise essentiellement les patients sous contrainte où quasi par définition ceux-ci refusent les soins. Or la contrainte porte sur le principe de recevoir des soins avec une marge de manœuvre sur la nature des soins. Si on met un patient en hospitalisation contrainte, on n'a pas vraiment de choix vu que c'est une décision de justice. Sur le traitement qui sera administré, là il y a sans aucun doute une marge pour la discussion avec le médecin.

T.Goffin : Les hospitalisations contraintes concernent bien les hospitalisations, qui sont régulées par la loi. Par contre, le traitement n'est pas régulé par cette loi, ce qui implique que la loi relative aux droits du patient s'applique. Dans la pratique, c'est difficile de combiner les deux. Et ceci n'est pas un problème lié à la loi sur les droits du patient, mais plus sur la loi relative à la protection des malades mentaux qui mérite d'être adaptée.

ÉTABLISSEMENT DE LA RELATION DE SOIN

Dr Caroline Depuydt, psychiatre, chef de service de l'HAS, service d'hospitalisations sous contrainte de la Clinique Fond'Roy

Qu'est-ce que l'alliance thérapeutique, tant du point de vue du soignant que vu par le prisme de l'utilisateur ? Sous quelle temporalité se met-elle en place, est-ce immédiat ou est-ce une co-construction progressive qui se cherche et se nourrit dans la rencontre ? Et quid des enjeux particuliers qui se jouent dans le cadre de l'hospitalisation contrainte ? C'est donc toutes ces nuances que nous aborderons ensemble pour honorer la relation de soins de toute la subtilité qu'elle requiert.

L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique concerne la collaboration entre les deux protagonistes de la relation de soin, l'engagement mutuel basé sur une confiance réciproque. Elle doit se comprendre comme un processus car elle est évolutive et dynamique : l'entente n'est pas toujours là et il faudra alors s'adapter à la situation. La confiance n'est pas non plus toujours évidente : le soignant peut s'interroger - *dois-je croire le patient quand il dit ne pas boire ?* - ainsi que le patient - *puis-je croire que son intervention vise à prendre soin de moi* -.

« *La relation de soins s'établit entre le soignant et le soigné. Elle est caractérisée par sa dissymétrie : l'un des sujets de la relation est en situation de vulnérabilité... ce qui ne signifie pas la toute-puissance du soignant* »

L'élément fondamental à cette alliance est la neutralité bienveillante car elle permet une certaine distance pour éviter la projection de ses propres difficultés. Elle est nécessaire au soignant pour la mise en œuvre des soins, mais aussi pour se sentir bien soi-même, notamment lorsque des difficultés émergent. La neutralité bienveillante demande la conciliation entre ses qualités humaines et professionnelles. Les compétences affectives doivent être portées par un projet professionnel où l'expertise est mise au service de la relation.

Le patient sera quant à lui plus enclin à se déposer dans un lieu de confiance. Il lui sera plus facile de s'ouvrir et d'accepter ce que l'autre lui renvoie. Se sentir pris en compte dans les décisions permet d'éviter le sentiment d'impuissance. L'impuissance est terrible car elle paralyse et inactive. En revanche, se mettre en action est déjà thérapeutique en soi : pouvoir dire ou demander, c'est sortir de la passivité. La co-construction peut s'opérer dans la dissymétrie si on laisse une part de maîtrise à l'autre.

L'alliance dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte

Dans les soins en ambulatoires, on peut se choisir, s'approprier, se sentir, ... Le principal enjeu est de garder du lien malgré les désaccords. Dans le cadre des hospitalisations volontaires, en particulier lorsqu'il y a des entretiens de pré-admission, on peut discuter, formuler des demandes préalables, informer des règles. C'est déjà une pré-alliance. Dans le cadre d'un service de mise en observation, c'est plus compliqué, d'autant plus lorsqu'il n'y a pas de conscience morbide. Et pour les soignants aussi, il y a soumission à la même loi, où un tiers nous impose cette situation.

Le contre-transfert désigne l'ensemble des réactions émotionnelles (conscientes ou inconscientes) du soignant vers le patient.

Notre approche est de ne pas viser l'alliance thérapeutique dans un premier temps car cette approche serait contre-productive aussi bien pour le patient (sentiment de persécution) que pour le soignant (risque de contre-transfert négatif).

L'alliance thérapeutique est donc un objectif souhaitable à long terme, mais pas d'emblée. En revanche, on travaillera le processus d'accueil au travers de nos missions de base en mettant l'accent sur les points suivants :

- **Neutralité bienveillante comme développée plus haut**

-Humanisation des soins : Dans un service de mise en observation, le quotidien est difficile. Parce qu'on doit parfois faire des mises en chambre de sécurité, parce que parfois on doit contraindre à un traitement, parce que le cadre peut être déshumanisant pour le patient. Et ce sont des pratiques difficiles à mettre en œuvre pour les soignants aussi. C'est pourquoi nous recherchons sans cesse la rencontre avec l'autre comme être humain. On l'écoute et on le croit. Croire que ce qu'il dit au moment où il le dit est totalement réel pour lui.

-Accepter d'être parfois détesté : On peut devenir le réceptacle de la haine du patient, l'alliance fluctue, il y a des résistances, et dans le cadre de l'hospitalisation contrainte on est parfois l'objet de la haine de l'autre. Et il faut y répondre, sans escalade symétrique, mais accepter qu'il est peut-être nécessaire que je sois maintenant celui ou celle qui sera détestée.

-Respect dans le langage, la posture ou les interactions. Mais en même temps, nous demandons le respect mutuel. Et c'est difficile dans le cadre de l'hospitalisation contrainte. Le patient est là alors qu'il ne le veut pas. Il peut l'exprimer mais pas nous insulter. On sait que ce n'est pas parce qu'on demande cela à un patient qu'il le fera, néanmoins c'est important pour nous de le répéter.

-Priorités des missions : Remettre une évaluation au juge dès les premiers jours sur les critères de la loi de 1990, mettre au point une hypothèse diagnostique pour permettre les interactions, le traitement avec la personne. Ceci permet de mettre une temporalité très utile pour l'alliance. Celle-ci peut parfois se construire au fil des hospitalisations. Il arrive même qu'elle se construise sur le désaccord en lui-même.

En conclusion, malgré la contrainte, on peut porter un projet de soin, même sans alliance, voire une alliance tardive ou fluctuante : il faut se dégager de cette pression-là pour se mettre au service de la rencontre et de ce qu'on peut laisser émerger.



« Il ne faut pas craindre le désaccord : laisser au patient la liberté de contester revient à lui laisser de la maîtrise »



ECHANGES AVEC LA SALLE...



N'est-il pas antinomique de parler de neutralité bienveillante tout en ayant une position d'expert (demandée par la mesure de MEO) ?

Nous préparons le passage devant le juge avec le patient en retraçant les éléments symptomatiques sans jugement mais en exprimant un avis médical comprenant la suite de la mesure. Maintenant, il arrive que le patient ne soit pas d'accord et que cela mette à mal l'alliance thérapeutique. Mais la personne doit pouvoir l'entendre tout en n'étant pas d'accord.

Comment travailler les compétences affectives ?

On ne travaille pas cela de façon de formelle. Par contre, lors des formations/supervisions, on en parle beaucoup en équipe. Se permettre d'être avec l'autre sans lui faire porter nos fardeaux..

Vivre avec une personne malade c'est faire preuve de compassion (souffrir avec). Cela peut amener à de la détresse empathique. Avez-vous des conseils pour des proches ?

Vous parlez de compassion, moi je parle d'empathie. La position d'un proche est différente du soignant : moi j'enfile ma blouse et puis je la retire.

Une approche serait de différencier la crise et la personne : D'abord, pour éviter le sentiment d'impuissance qui est nocive même pour les proches. Ensuite, il faut pouvoir poser ses propres limites : au nom de la crise ou de la maladie, on ne doit pas tout accepter.

Dans notre service, nous appliquons la "règle des trois"

1. Je dis que je n'accepte pas
2. Je vous l'ai déjà. Si je le redis, on devra intervenir.
3. On l'a déjà dit deux fois; maintenant on intervient. On explique et on fait ce qu'on a dit.

Mais c'est bien sûr; plus facile à dire qu'à faire et dans la réalité, nous aussi, sommes dans la débrouille

Gérald Deschietere, psychiatre, chef de service aux urgences psychiatriques des cliniques universitaires Saint-Luc

L'intervention sera consacrée aux quelques éléments qui permettent d'appréhender la crise psychique, de la distinguer d'une urgence psychiatrique et surtout de pouvoir évoquer la notion de capacité de discernement comme élément à la fois diagnostique et d'orientation thérapeutique. La conclusion évoquera les réformes en cours et questionnera la dimension d'accessibilité aux soins.

Appréhender les notions de crise, urgence et discernement

En tant que travailleur aux urgences psychiatriques, notre premier souci est la qualité de l'accueil : très souvent, la personne face à nous ne souhaite pas de soins. Or, c'est de cet accueil que dépendra la suite de la prise en charge; Nous devons également évaluer si nous sommes face à quelqu'un qui présente une maladie mentale en situation d'urgence psychiatrique ou quelqu'un qui souffre émotionnellement en situation de crise psychique. On parle de crise psychique quand on parle de santé mentale. On parlera d'urgence psychiatrique quand on parle de psychiatrie. « L'enjeu est de dépsychiatriser autant que possible ». Cette distinction permet de travailler l'issue : on évitera l'hospitalisation lors d'une crise psychique si la personne peut rester dans son environnement avec l'aide de ses proches. Alors que quand quelqu'un a une maladie mentale, l'étape hospitalière sera plus souvent nécessaire. Évidemment, la limite entre « crises » et « urgences » n'est pas imperméable : on peut passer de l'un à l'autre dans certaines situations.

Dans notre pratique, nous sommes amenés à déterminer s'il s'agit d'une véritable urgence. Les vraies urgences psychiatriques sont rares : c'est la bouffée délirante aiguë, un épisode maniaque décompensé et soudain, parfois aussi un traumatisme psychique. Le plus souvent, nous rencontrons des urgences liées au système de soins de santé : le système n'a pas mis en place un accueil suffisamment rapide dans la plupart de ses structures.



« Les patients les plus nécessiteux de soins sont ceux qui ne demandent pas de soins »



Quel que soit le système de santé, peu importe le pays, quelle que soit la volonté des hommes et femmes politiques de tenter de diminuer ce recours aux urgences, le système échoue. Quelques pistes d'explications sont à évoquer :

- **Le besoin d'immédiateté de nos sociétés**, et donc la difficulté d'attendre
- **La crise de la décision** : nous sommes perçus comme des « spécialistes d'une décision » que les gens ne savent pas prendre car ils ne savent pas quoi faire dans certaines situations. Parfois nous endossons ce rôle mais parfois ce n'est pas opportun pour le patient.
- **L'augmentation des délais d'attente** : Il est difficile pour une personne qui souffre de crises d'angoisse d'attendre des mois pour un rendez-vous. Cela s'est vu lors de la crise sanitaire en 2020 : les salles d'urgence ont connu des pics de demandes lorsque certains services ont diminué leur accès.

Nous devons également évaluer la capacité de discernement du patient, indispensable pour notre pratique. Il s'agit d'évaluer s'il y a altération du jugement chez le patient auquel cas il faudra en investiguer la cause. Cela peut être une altération temporaire des émotions (par exemple la personne en rupture amoureuse qui exprime son souhait de se suicider). Il peut également être question d'un problème somatique (infection urinaire, pulmonaire,...) qui entraîne un épisode confusionnel aigu. Cela peut être causé par la prise de substances (médicaments, alcool, drogues). Parfois, ce sont plutôt des troubles psychiatriques (bouffées délirantes aiguës, certains états psychotiques,...)

La place de la psychiatrie médicalisée

Prendre une décision respectueuse des droits du patient, de son autonomie et de sa liberté nécessite des moyens. Le problème est que les urgences psychiatriques sont mal financées. Les chiffres et études publiées dans les revues médicales démontrent que les fonds sont attribués à des soins psychiatriques au long cours plutôt qu'aux services d'urgences. La question de la considération se pose : on sera plus admiratif d'un cardiologue urgentiste qui sauve un patient qu'un soignant psy qui empêche quelqu'un de se suicider.

Quelques particularités des urgences psychiatriques :

-L'hypothèse du diagnostic d'exclusion :

Cette attitude permet de vérifier qu'un patient qui souffre psychiquement n'a pas d'abord besoin de soins somatiques, qui ne sont pas toujours facilement accessibles aux patients psychiatriques

-Une particularité en termes de séquence

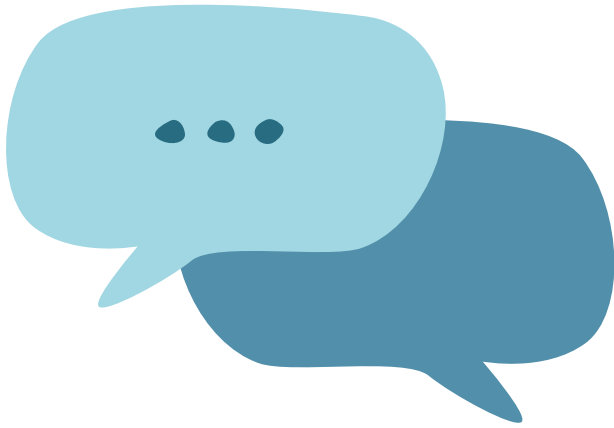
On ne travaille pas d'emblée l'hypothèse diagnostique. Dans un second temps, on pourra élaborer avec un patient apaisé, en savoir partagé, notre hypothèse diagnostique.

-La règle des «3C », soit évaluer si la personne est

- calme (une personne calme pourra attendre plus longtemps)
- compréhensible (les propos intellectuellement et cognitivement incompréhensibles indiquent qu'il faudra d'abord vérifier le diagnostic d'exclusion)
- collaborante (une personne non collaborante nécessitera d'être vue à deux)

En conclusion, je souhaite plaider pour la continuité de l'engagement dans des lieux généraux des soins psychiques et psychiatriques, de la santé mentale et de la psychiatrie. Rappelons que ce sont les médecins généralistes qui voient le plus de patients psychiatriques, il faut donc continuer à insister sur la formation de ces médecins et lutter contre le dualisme : cette croyance selon laquelle il y aurait d'un côté le corps et de l'autre l'esprit.

« *Le service d'urgences psychiatriques peut être perçu à la fois comme la première ligne de soins car il est le plus généraliste dans la prise en charge et à la fois comme la dernière ligne de soins car il accueille les personnes qui n'ont pas trouvé réponse ailleurs* »



ECHANGES AVEC LA SALLE...

Les urgences psychiatriques sont-elles séparées des urgences générales ou est-ce un service dans un service d'urgences?

Une salle d'urgences psychiatriques est nécessairement reliée à une salle d'urgences générales. A ma connaissance, en Belgique, il n'y a pas de salle d'urgences liée à un hôpital psychiatrique. L'une des raisons est qu'il faut pouvoir utiliser la technologie médicale et faire tous les examens médicaux nécessaires afin de pouvoir poser un diagnostic d'exclusion

•En tant qu'intervenant auprès d'un public précarisé et consommateur de substances psychoactives, nous intervenons en soirée, dans la rue. Parfois, certaines personnes sont en crise suicidaire et se font balader d'urgences en urgences car la question de la consommation pose problème. Qu'en pensez-vous ?

La question est complexe, une des raisons serait le manque de moyens. Mais il y a aussi la particularité de la prise en charge des patients qui sont sous l'effet de substances : ils nécessitent des soins somatiques et des soins psychiques. Il faut reconnaître que ce sont des prises en charge complexes où l'on oscille entre responsabilisation de l'utilisateur et le risque d'un paternalisme mal dosé.

SOIGNER LA DANGÉROSITÉ ?

Pierre Oswald, psychiatre et Docteur en psychologie légale enseignant à l'ULB et à l'UMons, Directeur médical du Centre Hospitalier Jean Titeca

La notion de dangerosité reste floue et sujette à problèmes de communication entre médecins et juristes. Si les premiers évoqueront spontanément le risque d'agressivité en lien avec l'état mental actuel, les seconds envisagent plutôt la dangerosité comme le risque criminologique de récurrence délictuelle. Il existe des outils d'évaluation de la dangerosité, actuariels et systématiques, qui peuvent réduire ces incompréhensions et la subjectivité de l'exercice.

« Les mesures de protection ne peuvent être prises, à défaut de tout autre traitement approprié, à l'égard d'un malade mental, que si son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui »

Art 2 de la loi relative à la protection des malades mentaux (1990)

Je vous propose de nous concentrer sur l'un des trois critères de la loi, celui de la dangerosité. Je rappelle ici que ces critères sont cumulatifs : il ne suffit pas de présenter une menace grave mais il faut en plus souffrir d'une maladie mentale et qu'il y n'ait pas d'autres alternatives que l'hospitalisation contrainte

La dangerosité se définit comme le risque ou la probabilité de commissions d'un acte violent. L'évaluation d'un risque est un exercice difficile d'autant que les psychiatres sont formés pour l'évaluation de l'état clinique actuel d'une personne. Aussi, il faut s'entendre sur le terme lui-même. La dangerosité psychiatrique représente une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie. Or nous constatons que l'on demande de plus en plus aux psychiatres de répondre à la dangerosité criminologique, soit la capacité d'une personne à commettre une infraction criminelle ou délictuelle portant atteinte aux personnes et aux biens.

La psychiatrie de la justice

Depuis deux siècles ces deux notions tendent à se rencontrer : l'attente de la société est de voir le monde psy répondre également à la dangerosité criminologique. Des domaines tels que la criminologie et la psychologie médico-légale se sont développés ces dernières décennies, notamment à travers des approches de la prédiction du risque.

Par ailleurs, la Justice impose de plus en plus un canevas d'évaluation psychiatrique. Certains projets de loi vont même plus loin comme l'imposition d'un traitement au détenu. De même, dans les travaux autour de la réforme de la loi 1990, il est prévu que la période d'évaluation de la personne soit allongée pour passer à 48h. De prime abord, on pourrait se réjouir d'avoir plus de temps pour l'évaluation du patient. Mais il ne faudrait pas perdre de vue le risque de restriction abusive des libertés individuelles sous la forme d'une détention sans délit.



« *Il y a un manque de formation chez les médecins psychiatres qui seront amenés à mener ces évaluations* »

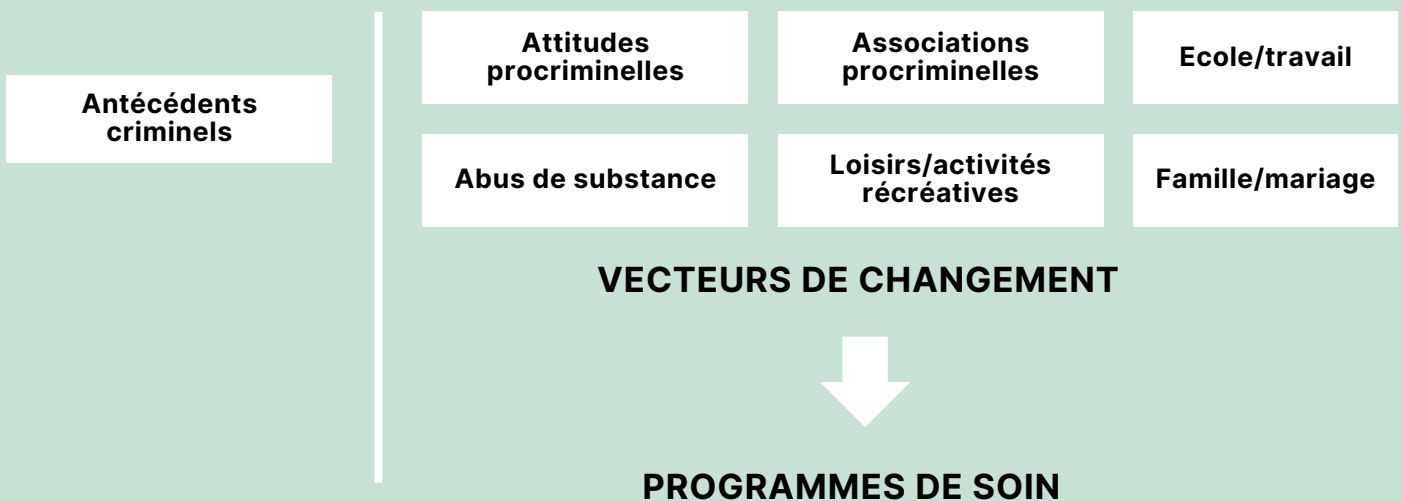


Le psychiatre ne devrait être ni « flic » qui serait le bras armé de la justice à exécuter des décisions ni « Mme soleil » qui décide selon ses propres intuitions. Il y a bien une troisième voie, celle qui s'appuie sur des outils systématisés et actuariels qui ont montré leur efficacité à prédire les actes délictueux. Ce sont des « outils » dans le sens d'une aide à la décision qui associe à la fois objectivité utile et subjectivité nécessaire.

Le rôle du psychiatre dans cette évaluation

Il existe beaucoup de modèles, je choisis de vous proposer le GPCSL(ou théorie générale de la personnalité et de l'apprentissage social cognitif); Ce modèle comprend huit facteurs qui vont engager les personnes à développer des intentions à commettre des crimes/délits d'hétéroagressivité au travers d'une balance entre des coûts et des bénéfices. Vous remarquerez que seul un facteur est statique : les antécédents criminels. Tous les autres ont une possibilité d'être interrogés voire modifiés... C'est là que les intervenants psy ont leur place, il faut dépasser l'optique purement évaluative dans une démarche plus constructive de soin : travailler les émotions, sur la situation familiale, croyance sur les rôles des hommes et des femmes,...

EXEMPLE DE FACTEURS DE DANGEROUSITE (GPCSL)



On peut donc intégrer le travail d'évaluation dans des programmes de soin avec un double objectif : améliorer le bien-être de la personne en plus de diminuer le risque de passage à l'acte.

Il y a encore d'autres modèles comme le « good lives model » qui se fonde sur l'idée que les attitudes d'hétéroagressivité sont une réponse à des besoins tout à fait légitimes. C'est un modèle humaniste qui questionne la place des intervenants psycho-sociaux au travers du mécanisme de rétablissement. Les outils peuvent aussi être combinés par des approches complémentaires et permettre la limitation des mises en observation, voire le retour permanent de certains patients.

Bien sûr « l'approche psy classique » est à maintenir. Mais dans le cadre de la loi de 1990, qui vise à la prévention de l'acte délictueux, ces modèles ont leur totale utilité. Avec une double visée : d'abord la diminution des mises en observation ou des réintégration. Mais aussi dans le sens d'une justice restaurative : la justice ne doit pas punir les gens mais doit protéger la société. Or cette protection passe par la diminution du risque de passage à l'acte.



« Retenons que le trouble mental est un facteur mineur dans l'évaluation de la dangerosité criminologique, c'est même un élément secondaire »



ECHANGES AVEC LA SALLE...

Mettre sa santé en danger dans la loi de 1990 est-il uniquement à considérer dans une perspective de crise aigue ? Prenons l'exemple d'une personne délirante, consommatrice, dans une spirale descendante... à terme, elle risque de mettre en péril sa vie. Est-ce en adéquation avec le critère de la loi ?

Il faut rappeler que la loi de 1990 n'est pas spécifiquement une loi d'urgence (même si dans la majorité des cas elle passe par la voie urgente). En conséquent, la situation décrite ici pourrait rentrer dans les critères, sur appréciation du juge et en dehors de la notion d'urgence