

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N° 122

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

spécialité Psychiatrie

par

ROHR Gaël

Né le 31/12/1986 à Nancy

Présentée et soutenue publiquement le 3 novembre 2015

Quelle place pour la personne de confiance à l'hôpital psychiatrique ?

Enquête sur les représentations de la personne de confiance dans les soins
psychiatriques à Nantes et sa périphérie.

Président : Monsieur le Professeur J-L VENISSE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur P. LAFAY

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse,
Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE,

Nous le remercions pour la qualité de son enseignement, son intérêt aux différents courants psychiatriques qui nous ont permis d'ouvrir notre esprit et notre curiosité.

*Nous tenons également à le remercier pour sa précieuse aide au cours de cette
thèse.*

Qu'il trouve dans ce travail le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE,

*Nous le remercions pour la qualité de son enseignement et sa disponibilité au cours
de notre formation.*

Qu'il trouve dans ce travail le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Juge,
Monsieur le Docteur Renaud CLEMENT,

Nous le remercions pour la qualité de ces travaux scientifiques qui ont éclairé notre travail. Nous tenons également à le remercier pour sa disponibilité et la pertinence de ses conseils.

Qu'il trouve dans ce travail le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Juge,
Madame le Docteur Muriel BOSSARD,

*Nous l'a remercions pour ses qualités humaines, sa bienveillance, sa raison qui ont
éclairé notre formation.*

Qu'elle trouve dans ce travail le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A notre Directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Pierre LAFAY,

Nous exprimons notre profonde gratitude à son égard. Nous tenions à le remercier de son engagement, sa bienveillance et la pertinence de ses remarques. Par sa vision humaniste, son discernement, sa sagesse, il est un modèle pour nous.

A la mémoire de mes grands-mères Marcelle et Geneviève, votre souvenir restera à jamais cher à mon cœur.

A ma mère. Les mots ne seront jamais assez forts pour t'exprimer tout mon amour. Je t'adresse toute ma reconnaissance pour ton soutien et ta confiance. Tu es un modèle de sagesse et d'humilité pour moi.

A mon père pour ton amour, ta sensibilité et la chaleur de ton réconfort. Je tiens à t'exprimer mon plus grand respect.

A mes frères Kevin et Erwan, parce que vous êtes mes frères chéris. A Lucas et Paul mes deux petits frères d'amour.

A Guillaume pour ton réconfort et pour beaucoup plus...

A Philippe, pour ta gentillesse et tes relectures patientes.

Anne-Laure pour ta bienveillance.

A tonton Bernard et Nelly, Marion, Hugo, Matthieu, Sébastien pour tous ces bons moments passés en famille.

Philippe et Edith pour m'avoir accueilli chaleureusement dans votre famille.

A Matthieu, de l'airsoft à la course contre une péniche que de bons moments partagés ensemble.

A Dede, ma femme, mon dieu. A la façon que tu as d'être à toi.

A Imour, Jany, Juju, Lise, Céline, Cécile, Camille, Anne-Claire, Marie...et tous mes amis de Dijon que je n'ai pas cité et qui ne m'en voudront pas.

A la famille Nantaise, Clémence pour ton amitié et le partage de nos tares, Cécile, Camille, Lulu, Marie, Juliette, Lise, (deuxième fois), Agathe, Emeline, Anne-Catherine et carcasse, Annabelle, Sylvain, Adeline, Lucile, Florentine, Noémie et tous les amis que je n'ai pas cité et qui m'en voudront.

A l'esprit des jacquelines et Nanou pour ta relecture professionnelle.

Aux différentes équipes de soins avec laquelle j'ai eu la chance de travailler, pour ce qu'elles m'ont transmis et pour leur humanisme.

A tous les services de l'hôpital Saint Jacques, de l'hôtel Dieu et de l'hôpital Daumézou sans qui cette thèse n'aurait pas pu être réalisée.

Aux patients qui nous en apprennent tous les jours beaucoup sur la vie...

GLOSSAIRE :

AS : Aide-soignant

ASH : Assistant des services hospitaliers

CATTP : Centre d'activité thérapeutique à temps partiel

CCOMS : Centre collaborateur OMS

CDSP : Commission départementale des soins psychiatriques

CDHP : Commission départementale des hospitalisations

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10^{ème} révision

CMP : Centre médico-psychologique

CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

JLD : Juges des libertés et de la détention

HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers

HO : Hospitalisation d'office

IRSNa : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la Noradrénaline

TGI : Tribunal de grande instance

PAP : Personne à prévenir

PEC : Prise en charge

PDC : Personne de confiance

SDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SDRE : Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état.

VAD : Visite à domicile

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION :	12
CAS CLINIQUE. MADAME MUR : Le risque de dépendance.	14
I- PLACE DU PATIENT A L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE	19
1) Aspects historiques : place du patient et de son entourage à l'hôpital psychiatrique à travers l'Histoire.....	19
a) Des sociétés primitives à l'antiquité.....	19
b) Au Moyen Âge.....	20
c) Durant la Renaissance.....	21
d) Le XVIIème siècle : Naissance de l'hôpital général.....	22
e) Au XVIIIème siècle : création de l'asile, l'aliéné et l'aliéniste.....	23
f) Le XIXème siècle.....	24
g) Le XXème siècle.....	27
h) Aujourd'hui	33
2) Etat des lieux de la psychiatrie en France.....	33
a) Evolution sociétale et psychiatrie.....	33
b) Évolution de l'hôpital psychiatrique.....	35
c) Place du patient à l'hôpital psychiatrique.....	36
d) Place de l'entourage à l'hôpital psychiatrique.....	41
3) Rapport entre le patient et l'équipe soignante à l'hôpital psychiatrique	42
a) La relation de transfert.....	43
b) La relation de contre-transfert	45
4) Le risque de relation d'emprise dans les soins.....	49
a) Définitions.....	50
b) Dans le champ psychanalytique.....	51
c) Dans le champ systémique	53
d) La relation d'emprise dans le soin.....	58
5) Le tiers en psychiatrie.....	63
a) Le concept de tiers	63

b) Le tiers à l'hôpital.....	67
II- LA PERSONNE DE CONFIANCE.....	75
1) Aspect historique.....	75
a) Le paternalisme médical.....	75
b) La remise en question du paternalisme médical.	78
2) La loi du 4 mars 2002 et la personne de confiance.	83
a) Les travaux préparatoires de la loi du 4 mars 2002.....	83
b) Sur le plan législatif	83
c) La notion de confiance.	85
d) Les missions de la personne de confiance.....	87
e) Obligations juridiques pour la personne de confiance.	90
f) La personne de confiance et les autres représentants.....	93
g) Qui désigne ?	95
h) La personne de confiance	96
3) En pratique	98
a) Etat des lieux des connaissances.....	99
b) Représentation de la personne de confiance pour les patients.....	100
c) Représentation de la personne de confiance pour les soignants.	102
d) Limites.....	103
4) Les autres modèles Européens.	108
III- ENQUETE SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE EN PSYCHIATRIE.....	113
1) MATERIEL ET METHODES.....	113
a) Objectifs.	113
b) Population cible.	113
c) Description de l'enquête.....	114
2) RECUEIL ET ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES.....	117
a) Recueil des données	117
b) Analyses des données	118
3) RESULTATS.....	119

a) Questionnaire patient	119
b) Questionnaire soignant.....	142
4) DISCUSSION	159
a) Force du travail.....	159
b) Biais et limites méthodologiques	160
c) Principaux résultats de l'étude et hypothèse	162
d) Réflexions.....	169
e) Quelques exemples cliniques.....	169
CONCLUSION.....	175
ANNEXES	177
BIBLIOGRAPHIE	179

INTRODUCTION :

Les places du « fou » et de son entourage ont progressivement évolué au fil du temps. Des sociétés primitives faisant corps avec le malade, aux sociétés modernes basées sur l'individualisme, les considérations du malade et de sa famille ont beaucoup changé. Les progrès de la médecine par l'amélioration des connaissances, la technicisation des soins, l'augmentation des coûts de la santé, l'amélioration des moyens de communications sont autant de facteurs qui ont impacté notre société moderne.

La logique libérale est devenue progressivement la norme et le discours dominant, elle s'est inscrite dans l'ensemble des domaines de la société, dont la santé. Le patient a pris progressivement la place d'utilisateur des soins, avec cette logique de consommation des services. Le modèle paternaliste, s'est progressivement effacé au profit du modèle dit autonomiste. Cette modification du rapport entre le médecin et son patient a entraîné la judiciarisation de leurs rapports. C'est ainsi, que les usagers des soins, ont évoqué la nécessité d'une médiation entre eux et le corps médical.

La loi du n°2002-203 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, introduit cette volonté d'autonomisation et la nécessité de médiation des rapports. Le dispositif, relatif à la personne de confiance est né avec cette fonction principale de soutenir et de venir faire tiers entre le corps médical et l'utilisateur. L'histoire permet de rendre compte que ce dispositif a d'abord été pensé en réaction à des catastrophes sanitaires qui se sont déroulés dans les services de soins somatiques (pandémie de SIDA, l'affaire du sang contaminé,...). Ce dispositif, demandé par les associations de malades a été généralisé à l'ensemble des disciplines médicales dont la psychiatrie. La particularité de cette discipline, dans ce qui se joue entre le patient et l'institution, et plus particulièrement dans le travail d'alliance et de confiance nous a interrogé.

Les rencontres de plusieurs patients et de leurs personnes de confiance au sein de services psychiatriques ont été à l'origine d'un questionnement sur la place et la fonction de la personne de confiance au sein de l'hôpital psychiatrique. Avec cette question de fond, y-a-t-il un intérêt à nommer une personne de confiance en psychiatrie ?

Pour tenter de répondre à ce sujet notre thèse propose de développer dans un premier temps des éléments théoriques sur l'évolution de la psychiatrie et des rapports entre le patient et le médecin ou l'institution. Nous aborderons ensuite plus spécifiquement, le dispositif légal relatif à la personne de confiance, en décrivant les éléments historiques, légaux, pratiques ainsi que les autres modèles européens. Enfin, nous nous proposons de présenter, l'enquête que nous avons menée auprès des soignants et des patients hospitalisés dans des services de psychiatrie, sur l'état de leur connaissance et leur représentation de la personne de confiance. Cette étude, malgré ses biais permet de rendre compte de la place de la personne de confiance au sein de l'hôpital psychiatrique.

CAS CLINIQUE. MADAME MUR : LE RISQUE DE DÉPENDANCE.

Notre interrogation sur la place de la personne de confiance à l'hôpital psychiatrique a été nourrie de diverses situations cliniques où sa présence s'est trouvée bénéfique à la prise en charge du malade. Une situation clinique nous a particulièrement touchés et permet de saisir sa possible fonction dans les soins. Pour le respect du secret médical, les noms des protagonistes ont été modifiés.

Il s'agit de Mme MUR. C'est une patiente âgée de 81 ans, hospitalisée dans un service ouvert de psychiatrie, pour la prise en charge d'un syndrome confusionnel dans un contexte d'épisode dépressif majeur avec composante anxieuse.

Madame MUR vit seule dans un appartement situé au 3ème étage sans ascenseur dont elle est propriétaire. Elle n'a pratiquement plus de famille, en dehors de deux cousines très âgées vivant en région Parisienne. Elle est fille unique, son père est décédé pendant la seconde Guerre Mondiale lorsqu'elle était âgée de 8 ans et sa mère des suites d'un cancer lorsqu'elle avait 16 ans. Mme MUR, n'a jamais eu de relation amoureuse, n'a jamais été en couple et n'a pas eu d'enfant. Elle a commencé à travailler dès l'âge de 16ans et a occupé un poste de secrétaire dans une entreprise de transport jusqu'à sa retraite. Habituellement, c'est une femme très active qui occupe son temps avec les visites d'amis, des voyages organisés sur les cinq continents, la lecture, le surf sur internet... Avant son admission, elle était autonome à son domicile, ne bénéficiant d'aucune aide-ménagère. Sur les conseils d'une amie, elle a contracté il y a 2 ans, auprès de son notaire, un mandat de protection future. Le mandataire se prénomme M. GOU, il était une simple connaissance mais depuis un an, elle le voit tous les jours. M. GOU, est un ancien chef de chantier, récemment à la retraite, se décrivant comme dynamique, dans le souci du détail.

Dans ses antécédents médico-chirurgicaux, on retrouve un diabète de type II traité par insuline dans un contexte de surpoids sans complication, une hypertension artérielle sous quadrithérapie, une dyslipidémie et une fracture du coude droit en

novembre 2014. Il n'est pas retrouvé d'antécédent psychiatrique personnel et familial.

Mme MUR, nomme pour cette hospitalisation M. P comme personne de confiance. C'est un ami dont elle se dit très proche. Elle l'a rencontré, il y a plus de 50 ans, lorsqu'il s'est marié avec son amie d'enfance. M. P ancien médecin généraliste, a été le médecin traitant de la patiente jusqu'à sa retraite.

L'anamnèse des troubles permet de préciser le développement psychopathologique de la symptomatologie présentée par Mme MUR lors de son admission.

Au début de l'année 2014, il est remarqué par l'entourage de la patiente, une instabilité psychomotrice, des oublis et des troubles de la concentration parfois dangereux (gaz laissé allumé, conduite automobile inattentive,...). En octobre 2014, à son retour d'un voyage en Andalousie avec une amie, un conflit éclate entre la patiente et son mandataire au sujet de frais de téléphone importants, qu'il a pu constater grâce aux procurations sur son compte. A la fin de l'année 2014, Mme MUR, chute par inattention à son domicile, se fracturant la palette humérale droite. Elle est hospitalisée quelques jours en orthopédie. De retour à son domicile, apparaît rapidement une symptomatologie anxieuse, elle sollicite son voisinage et ses amis de façon inhabituelle la nuit. La réassurance par ses proches est décrite comme inefficace. L'état de stress, se majore progressivement, et elle se montre de plus en plus dépendante des autres. Inquiet de cette dégradation clinique la personne de confiance de Mme MUR interpelle son médecin traitant à deux reprises. Son médecin traitant constate un syndrome confusionnel, et l'hospitalise en service de médecine polyvalente gériatrique. Au cours de son hospitalisation, le psychogériatre diagnostique un « syndrome dépressif avec perplexité anxieuse » et un traitement anxiolytique par benzodiazépines est introduit ainsi qu'un traitement antidépresseur par IRSna (inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrenaline). Les symptômes anxieux régressent mais les troubles dépressifs se majorent. Il est alors décidé une augmentation de son traitement antidépresseur qui se révèle inefficace et la patiente est transférée dans un service ouvert de psychiatrie.

A son arrivée dans le service, Mme MUR, présente une symptomatologie anxieuse au premier plan, le contact avec elle est difficile, elle ne semble pas entendre la voix de son interlocuteur. Cliniquement, on retrouve une hyper-vigilance, une tension musculaire, une perturbation de son sommeil avec plusieurs réveils nocturnes, un manque d'appétit, des troubles de la concentration objectivés lors des médiations thérapeutiques. Son discours est redondant, centré autour d'inquiétude sur son autonomie sociale et financière. En entretien, elle se présente négligée, ses vêtements sont tâchés, sans qu'elle ne s'en inquiète. Par ailleurs jusqu'ici autonome dans la gestion de ses injections d'insuline, Mme MUR déclare ne plus savoir comment faire, laissant ces soins aux infirmières.

Au fur et à mesure de la prise en charge de Mme MUR, nous ferons l'hypothèse qu'elle est la « victime » d'une relation d'emprise avec son mandataire de protection future. Mme MUR expliquant le choix d'un mandataire « au cas où », n'ayant pas de famille proche. M. GOU, l'a rapidement « séduite » par son caractère entreprenant et lui a proposé de l'aider dans la gestion de ses biens. Insidieusement, il semble que M. GOU ait pris une place de plus en plus importante dans son quotidien, avec un discours suggérant la perte d'autonomie, l'ingérence, le manque de lucidité ; autant d'attaques du moi indiquant la nécessité d'être épaulé. M. GOU a pu ainsi prendre possession, d'un double des clés du domicile et d'une procuration sur l'ensemble des comptes. Sur les conseils de M. GOU, Mme MUR a souscrit une assurance décès au profit de ce dernier. La chute accidentelle, de Mme MUR qui a occasionné la fracture humérale, a été la preuve ultime de sa faiblesse, une faiblesse physique conduisant inévitablement à son institutionnalisation.

Dans les premières semaines de sa prise en charge Mme MUR, reste repliée sur elle-même, s'abandonnant dans un mouvement très régressif à l'équipe soignante. Elle demande sans cesse d'être réassurée, sur sa santé financière et craint d'être confrontée à M. GOU. Le discours répétitif, ne permet pas d'aborder d'autres sujets et l'idée d'un projet d'EHPAD est discutée en réunion de synthèse. En parallèle, une mesure de sauvegarde de justice avec la nomination d'un mandataire spécial en urgence est adressée au procureur de la République.

M. P, la personne de confiance, sollicite spontanément des entretiens médicaux afin d'être informé des soins et de soutenir Mme MUR dans sa prise en charge. La

bienveillance et la confiance entre Mme MUR et sa personne de confiance sont tout de suite perçues. La patiente se présente beaucoup plus détendue en présence de sa personne de confiance. Nous rencontrerons à de nombreuses reprises M. P avec Mme MUR, ce dernier insiste sur la relative autonomie de la patiente, il y a encore quelques mois. Il soutient la patiente dans son projet de retourner à son domicile, n'excluant pas pour autant l'intérêt d'une inscription en EHPAD afin de garantir une solution en cas de non rétablissement ou de dégradation de sa santé.

Progressivement les troubles anxieux s'amendent, le discours est moins envahi et permet à Mme MUR, de se concentrer dans les médiations thérapeutiques. Un bilan neurocognitif est réalisé et ne montre aucune atteinte des fonctions supérieures. La patiente, prend progressivement confiance dans l'équipe soignante et en elle-même, elle sort progressivement de sa chambre, du service, à proximité de l'hôpital puis jusqu'à son domicile situé à plus d'une heure en transport en commun. Il est finalement décidé en accord avec la patiente et sa personne de confiance, un retour à son domicile, après une inscription en EHPAD. A l'approche de son retour au domicile, les symptômes anxieux réapparaissent nécessitant de poursuivre l'hospitalisation. Finalement un accueil temporaire en EHPAD dans sa commune lui est proposé afin de temporiser son retour à domicile.

Nous prenons contact avec Mme MUR à quatre mois de sa sortie d'hospitalisation. Après trois mois d'hébergement en EHPAD, elle est finalement retournée à son domicile où elle dit avoir retrouvé ses marques et un emploi du temps chargé. Son moral est bon et il n'y a plus de troubles anxieux.

Interrogée sur sa personne de confiance, elle explique que c'est elle-même qui l'a désigné, elle savait qu'il lui était possible de nommer une personne de confiance en cas d'hospitalisation et qu'elle serait un soutien. Le choix de sa personne de confiance, a d'abord été un choix affectif « c'était avant tout un ami de longue date en qui je pouvais avoir confiance ». La patiente aura du mal à décrire ses attentes vis-à-vis de sa personne de confiance, il semblera tout de même se dégager un besoin d'être soutenue, conseillé et entendue.

Commentaires :

Lors de cette prise en charge, ce qui nous a interpellé c'est l'existence d'une relation d'emprise ayant probablement concouru au développement d'une symptomatologie anxio-dépressive chez une patiente vulnérable. La persistance des symptômes en hospitalisation et l'installation rapide d'une dépendance institutionnelle ont interrogé, l'impact iatrogénique de l'institution sur la patiente. Nous nous sommes aperçus que la participation de la personne de confiance avait eu un effet thérapeutique et peut-être prévenu une issue délétère. Un questionnement est né autour du dispositif de la personne de confiance : Quelle place pour la personne de confiance en psychiatrie ? Quel intérêt thérapeutique ? Est-ce une réelle avancée dans la prise en charge des patients ? Quelle est sa fonction exacte ? Que peut-elle représenter pour le patient et pour l'équipe ? Ce dispositif est-il adapté à toutes les prises en charge ? C'est à ces différentes questions que se propose de répondre notre thèse.

I- PLACE DU PATIENT A L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

1) ASPECTS HISTORIQUES : PLACE DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE À TRAVERS L'HISTOIRE.

La place de l'entourage du patient dans le système de soin est étroitement liée à la conception de la folie et à l'histoire du Droit. Nous verrons ici quels ont été les impacts de ces évolutions historiques au fil des époques.

A) DES SOCIÉTÉS PRIMITIVES À L'ANTIQUITÉ.

Dans les sociétés primitives, on imputait la folie et autres souffrances physiques aux conséquences de causes extérieures. A cette époque, la croyance du surnaturel est très forte et le seul moyen de lutte est la magie, une magie exercée collectivement. Face au danger que représente pour le groupe la maladie d'un seul, le soin est guidé par un sorcier ou un chaman, utilisant des rituels incantatoires, des fumigations ou l'absorption de drogues hallucinogènes permettant d'assurer la transe collective. Le malade n'est pas isolé, il fait partie d'une communauté et la thérapie groupale lui permet d'être dépossédé (sineurbe, 2008).

Dans les sociétés plus organisées de l'antiquité, l'art médical reste avant tout une affaire de religion et les médecins sont des prêtres ayant fréquemment recours à des pratiques magico-religieuses pour chasser les démons responsables, ou pour invoquer les dieux guérisseurs.

La civilisation hébraïque marque le passage du polythéisme au monothéisme et la folie est alors considérée comme une punition divine subséquente à un péché. C'est Dieu qui rend fou, et c'est Dieu seul qui, par l'intermédiaire des prêtres peut apporter la guérison. « Et l'Eternel te frappera de délire, d'aveuglement et d'égarement d'esprit » (Deutéronome).

L'époque de la civilisation antique pose un peu plus les bases de la psychiatrie moderne. Hippocrate différencie la médecine de la magie et de la religion. Il n'explique pas les troubles mentaux comme des conséquences surnaturelles ou religieuses mais plutôt comme les causes d'une affection organique. Le concept de bile noire, sécrétée par la rate permet d'expliquer les symptômes de la mélancolie. Platon, Socrate et Aristote, contemporains d'Hippocrate, reprennent ses théories et orientent leur réflexion vers une meilleure connaissance de l'homme.

La folie apparaît alors comme l'expression d'un malaise entre l'individu et son milieu social. Par analogie, la santé de la cité, comme la santé de l'âme dépend du même équilibre intérieur basé sur le respect de certaines règles de sagesse et d'organisation. La cité comme l'âme, peuvent tomber malades et leurs troubles s'exprimer par des déséquilibres, des débordements de passions incontrôlées. Ainsi, il s'avère parfois nécessaire de soigner les maux de la cité, parce que la santé de l'un dépend aussi de la santé de tous. A cette époque, la psychiatrie suppose une prise en charge collective à forte dimension sociale. Selon Aristote, l'homme exclu, retiré de la cité, est un être dégradé qui ne peut être que malheureux.

Chez les romains la naissance du christianisme impacte les conceptions grecques et on assiste à un retour des explications mystiques et religieuses de la folie.

Les données des sociétés antiques sont parcellaires mais elles indiquent qu'il existe à la fois des soins dans la communauté pour les malades mentaux et des exclusions de la famille et de la société lors de troubles à l'ordre public. Ces deux réactions opposées se poursuivent jusqu'au Moyen Âge.

B) AU MOYEN ÂGE.

Durant les cinq premiers siècles du Moyen Âge, la folie est assez bien tolérée dans la société, c'est la naissance du fou du roi. Le fou est peu enfermé et peu exclu. La notion de collectivité reste importante ; les malades mentaux sont acceptés et pris en charge par sécurité et par charité chrétienne. Seuls les plus dangereux sont enchaînés à domicile ou dans des prisons, lorsque les familles peuvent payer la

pension. La folie est considérée comme une possession démoniaque, d'un « innocent », un pauvre d'esprit auquel le Christ a promis le royaume des cieux. Le soin passe d'abord par les saints guérisseurs. Si la société accepte le fou et en prend soin, c'est la famille qui se charge des soins comme de protéger la société, sauf en cas d'agitation et de danger.

Les derniers siècles du moyen-âge ont en revanche été beaucoup moins cléments pour les malades psychiatriques. En effet, les guerres, les épidémies et les famines qui jalonnent cette période appauvrissent le peuple et l'église, et les seigneurs craignent pour leur pouvoir. Faute de trouver des remèdes au mal, ils vont chercher des coupables. Il se crée des tribunaux ecclésiastiques pour juger les hérétiques, le « Malleus » (1487), de Kramer et Spencer, désigne les coupables (les sorcières et les possédés). C'est à cette période que la folie retrouve sa parenté avec la sorcellerie, la démonologie et la superstition dont elle aura bien du mal à s'affranchir par la suite.

Au cours du Moyen Âge la famille est au cœur de la prise en charge du malade, la loi lui confie la responsabilité du malade qui doit se charger des soins et de protéger la société, sauf en cas d'agitation et de danger.

C) DURANT LA RENAISSANCE.

La Renaissance est une période de remise en question, les progrès de la science, la raison des philosophes démontrent que Satan n'est pour rien dans les esprits dérangés et la folie. Les premiers humanistes, tels que Brant, Erasme, Rabelais, Marchiavel ou Montaigne, suscitent un mouvement qui s'écarte des doctrines rigides pour se rapprocher de la philosophie Antique. On prend conscience du fait que la folie reste relative, puisque c'est toujours la société qui en fixe les limites. Malgré tout la Renaissance reste marquée par l'image du fou habité de démons et l'inquisition brûle encore énormément de sorcières. Le nombre d'errants augmente considérablement en lien notamment avec la misère et l'urbanisation. Parmi ces vagabonds, des chômeurs valides ou non, des estropiés, des prostitué(e)s, des enfants abandonnés, des idiots, des fous,... « Nombreux sûrement sont les insensés indigents devenus errants parce leur famille ou leur

communauté était peu soucieuse d'assurer leur garde ou leur subsistance » (Postel J, 2009). Le fou cesse donc d'être intégré au groupe social sans pour autant avoir le statut de malade et des lieux d'exclusion apparaissent comme la « nef des fous ».



La nef des fous de Jérôme Bosch vers 1500

Au XV^{ème} siècle, quelques hospices voient le jour pour prendre en charge les malades mentaux, l'ordre de St Jean de Dieu donne naissance aux hospices de la charité, à Charenton, Senlis, Lyon, Lille, Dinan,... Là encore c'est la charité chrétienne qui prend en charge les patients et non la médecine.

D) LE XVII^{ÈME} SIÈCLE : NAISSANCE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL.

A cette époque, Descartes et les philosophes objectent que le monde obéit à des lois rationnelles explicables scientifiquement. La maladie mentale peut se détacher de la fatalité du péché et être reconnue comme une maladie naturelle. Malgré tout, le fou anciennement associé au démon, se confond avec le pauvre et subit la détention et l'isolement. La lutte contre la pauvreté entraîne la création de l'Hôpital Général et

va conduire le malade mental derrière les murs de l'internement où peu à peu on lui attribuera ses propres quartiers d'isolement.

La responsabilité légale de la famille reste la règle, mais la création de l'Hôpital général modifie le comportement des familles de malades. En cas d'échec des soins (pèlerinage, médicaments calmants, évacuants, irritants, toniques,...) administrés au domicile, un internement à l'hôpital général est décidé. L'exclusion d'un malade par sa famille ou sa communauté s'appliquerait à l'ensemble des proches « déviants » selon Postel J et Quétel C (Postel J, 2009).

E) AU XVIIIÈME SIÈCLE : CRÉATION DE L'ASILE, L'ALIÉNÉ ET L'ALIÉNISTE.

Le XVIIIème siècle est marqué par une augmentation du courant philanthropique, c'est le siècle des lumières et de la révolution française. Le dogmatisme religieux est de plus en plus critiqué et de nouvelles valeurs sont développées, on peut citer comme exemple celui de Rousseau avec « le contrat social » en 1762 (Rousseau, 1762). Malgré cela, la pauvreté reste très importante et de nombreux indigents peuplent les rues, la politique de répression s'accroît avec celle de l'enfermement. L'édit de 1724, sur les mesures de renfermement du siècle passé est renouvelé, ce qui accroît le remplissage de l'hôpital général. L'ordonnance de 1764, ordonne la création des « Dépôts de mendicité », on y accueille les pauvres, et l'hôpital général devient réservé aux « insensés ». Le fou est toujours mal considéré par la société, il reste coupable de sa déraison, il est issu d'une volonté perverse qui suppose un choix. Charenton, Bicêtre et d'autres hôpitaux généraux ouvrent leurs portes les fins de semaine pour que la bourgeoisie vienne se distraire.

Au cours de ce siècle, on fait l'hypothèse d'une étiologie organique sans beaucoup de preuves, le traitement doit donc passer par le corps, on pratique alors régulièrement saignées, choc hydrique,...

La fin du XVIII marque tout de même un changement dans la vision du malade, influencée par les mouvements philanthropique et philosophique, Pinel publie son traité « médico-philosophique », où il explique qu'il est possible à la fois d'améliorer

les conditions d'hospitalisation et de travailler en même temps, à la guérison des malades. Le médecin fait son entrée à l'asile, garant d'une morale plus que représentant de la science. Le fou quitte sa parenté avec la bestialité, sans vraiment être reconnu comme un malade. Le patient prend le nom d'aliéné et on soigne sa folie en passant un « contrat moral », assortie d'une punition en cas d'inobservance.

Lorsqu'une famille voit l'un de ses membres commettre, sous la démence ou sous l'influence de troubles mentaux, des actes qui risquent de compromettre sa sécurité, celle de ses parents, ou encore de porter atteinte à l'honneur et à la réputation des siens, alors le seul instrument dont elle peut disposer est la lettre de cachet. C'est-à-dire le recours à l'autorité du roi, soit directement, soit par l'intermédiaire de ses agents. Cet « ordre du roi » prescrit l'enfermement du parent incriminé, mais n'est octroyé qu'une fois la preuve faite des actes allégués. Il faut aussi régler, au préalable, la pension à payer et se mettre d'accord sur la maison de force, le couvent ou la pension qui doit recevoir le malade.

F) LE XIXÈME SIÈCLE.

En Europe et en France, c'est l'époque de l'industrialisation et de l'exode rural, donnant naissance à la bourgeoisie triomphante et affairiste, ainsi qu'au prolétariat urbain. On donne de plus en plus d'importance à la science de façon générale, de même qu'en médecine, on peut citer C. Bernard « introduction à la médecine expérimentale ».

Sur le plan de la recherche, on assiste à un envol de la neurologie qui devient la spécialité dominante. Elle seule pense être capable de résoudre l'origine de la folie en y apportant une explication organique. En marge de ces théories organiques qui condamnent la folie comme une dégénérescence incurable, la philosophie et la psychologie lui reconnaissent une existence sociale et la considèrent comme une expérience humaine naturelle et inévitable.

Sur le plan anatomique, on découvre que la colonne vertébrale est aussi le point de départ de certains nerfs (Hall). Ainsi une action peut se réaliser sans que le cerveau n'y prenne part. Autrement dit, la conscience et la volonté n'exercent pas un

contrôle permanent sur le corps. On se demande si la pensée elle-même ne pourrait pas quelquefois rester inconsciente ?

Vers le milieu du XIX^{ème} siècle, l'unicité de l'aliénation mentale cesse au profit d'une conception pluraliste. J-P Favret élève d'Esquirol critique l'unicité de la pathologie mentale au profit de la diversité des maladies (Grivois, 1991).

Morel dans son « traité des maladies mentales » en 1860 est l'un des précurseurs de la théorie de la dégénérescence, basée sur l'idée que l'aliénation mentale est une tare héréditaire, nécessitant de séparer les hommes des femmes dans les asiles pour éviter la procréation de dégénérés. L'eugénisme est pratiqué à visée préventive. Aujourd'hui encore, on recherche à prouver le déterminisme génétique, qui permettrait de mettre à l'écart très tôt les individus repérés dangereux. La neurophysiologie prend une place centrale, et c'est l'Allemand Kraepelin dans son traité de 1883 « Traité de psychiatrie » qui donne une classification clinique basée sur le fonctionnement ou le dysfonctionnement de la pensée mais non sur son contenu. Malgré l'importance considérable de la neurologie, quelques irréductibles médecins et philosophes continuent de se préoccuper du « moral » et de considérer la cause psychologique comme primordiale dans la folie.

C'est à cette époque qu'est établie la première loi sur la réglementation des hospitalisations, Esquirol dans son « Rapport sur les établissements consacrés aux aliénés en France », propose une réforme des institutions asilaires, qui sera à l'origine de la loi de 1838. Cette loi a trois objectifs, tout d'abord elle fixe les modalités d'hospitalisation (placement volontaire et placement d'office) afin d'éviter les internements abusifs et reconnaît que seul un médecin est compétent pour juger d'un état de folie. Elle protège les biens des aliénés par la nomination d'un administrateur de biens. Et enfin, elle prévoit la création d'asiles d'aliénés dans chaque département. Malgré cette réforme les conditions de prise en charge des aliénés restent difficiles, le fou doit obéir aux ordres du médecin devenu tout puissant, incarnant le respect, la morale, la loi et la justice.

Sur le plan sociétal, on entrevoit une évolution progressive de la vision de la folie. Ce sont plutôt les écrivains et philosophes qui véhiculent cette idée, que la folie n'est pas seulement erreur, mensonge, fausseté ou culpabilité. Ils expriment une certaine

vérité humaine, car le fou présente une image déformée de l'homme normal, il en a les travers accentués. On pourra citer comme auteur le philosophe William James (Etats-Unis), il conçoit l'esprit comme organisateur qui utilise les souvenirs, les expériences et les apprentissages passés pour les mettre au service de la vie, de l'adaptation et la construction de la personnalité. D'autres auteurs tels que Schopenhauer « le monde comme volonté et comme représentation », Nietzsche (« généalogie morale » 1887, « Ainsi parlait Zarathoustra », 1883), Stendhal (rouge et noir 1830, acte fou et criminel de Julien Sorel), Balzac (1833, la comédie humaine), Maupassant (1887, Le Horla), Zola (avec les « Rougon Macquart » 1871-1893).

Vers la fin du XIXème siècle, Charcot met en évidence la participation importante des facteurs psychologiques dans l'hystérie. Dans son livre « la suggestion et ses applications thérapeutiques » (1889), il développe l'idée que l'hypnose n'est finalement qu'un instrument, une technique d'accès à l'inconscient. La méthode de l'hypnose perd de son importance au profit de celle de la suggestion. Il est apparu difficile de ne pas reconnaître les motivations inconscientes, souvent amoral, qui commandent nos actes ou les conflits d'ordre sexuel à l'origine de troubles mentaux comme l'hystérie. C'est dans ce contexte que Freud a développé par la suite les concepts psychanalytiques.

A cette époque donc la folie, commence à être reconnue, comme existante en chacun de nous, révélant des vérités secrètes de la vie intérieure. « Le mal existe en soi, dans le cœur qui comme immédiat, est naturel et égoïste. C'est le mauvais génie de l'homme qui domine dans la folie ». (La raison dans l'histoire, Hegel 1830).

L'aliéné reste traité par des moyens absurdes et irrationnels : saignées à blanc, cautérisations intracrâniennes, supplices des chaises tournantes, suspensions à des cordes, immersions dans l'eau, régimes insolites, etc....

Outre Rhin, les bases de la psychanalyse avant l'avènement de Freud commencent à émerger. Trois médecins Allemand, Heinroth, Haindorf et Carus établissent que le fonctionnement psychique repose sur une dynamique interne mettant en rapport trois instances : l'instance inférieure (pulsionnelle, instinctuelle, le futur « ça »), l'instance moyenne (fonctionne avec l'intelligence, instance centrale de

la personnalité « le moi »), L'instance supérieure (représente la partie consciente « le surmoi »).

De façon plus générale, au cours de ce siècle on commence à évoquer l'importance des causes psychiques inconscientes et celle des facteurs socio-environnementaux.

G) LE XXÈME SIÈCLE.

Le début du XXème siècle reste fortement attaché à la clinique et le discours qui prédomine est organique. La science qui occupe toute la place est la neuropsychiatrie.

L'idée d'une psychiatrie biologique s'impose de plus en plus, aussi les aliénistes dans leur plus grande majorité se réclament tous neuropsychiatres. Les apports de la science ne font que renforcer l'hypothèse d'une organogenèse des troubles psychiatriques, ainsi la chimie biologique démontre qu'une perturbation du métabolisme de certaines enzymes (phénylalanine, galactotransférase,...) peut induire des arriérations mentales. Les études du noyau cellulaire, prouvent qu'une aberration chromosomique entraîne des troubles mentaux tels que le mongolisme ou la débilité. La découverte de l'influx nerveux et des neuromédiateurs, renforce d'autant plus l'idée d'une psychiatrie biologique, toutes ces découvertes prouvent l'existence d'une mécanique humaine. On entre dans une vision mécaniste du réel corroborant le concept de « L'homme machine » de René Descartes (Descartes, 1747).

Avant la deuxième guerre mondiale, en France, on assiste à un partage de la folie avec deux grandes catégories de malades : d'une part les « malades des nerfs », ce qui correspond au « domaine psychique pur » soigné dans les services de névrologie ou de neurologie, et d'autre part le « domaine mental », considéré comme la psychiatrie lourde avec ses asiles et ses aliénés incurables. Les prises en charge, diffèrent du tout au tout, puisque le malade nerveux est traité en service de neurologie ou de médecine par des calmants, des toniques ; contrairement au

malade « mental » qui est un aliéné chronique considéré comme incurable et traité par saignés, suspensions, chaises rotatives,...voire bastonnades.

L'asile et l'hôpital sont alors deux mondes à part, indépendants aussi bien dans l'organisation, le recrutement et la formation. L'asile redevient, un lieu d'enfermement où les malades se désocialisent et se chronicisent. Les soignants n'y ont qu'un rôle de gardiens représentant la loi de 1838. Ces malades intéressent peu la société et les médecins, on compte généralement un médecin pour cinq cents patients asilaires.

La population asilaire augmente de façon importante, et son coût d'entretien aussi. Edouard Toulouse politicien accompagné de deux médecins, Charles Richet et Alexis Carrel, propose comme solution de lutter contre les maladies mentales par l'eugénisme. On préconise alors la stérilisation, puis l'euthanasie pure et simple des malades internés dans les asiles. En 1936, la « commission de Surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine » déclare « Considérant que le nombre d'aliénés augmente dans des proportions alarmantes, qu'il n'est pas douteux que l'hérédité en soit une des causes principales...Il est du devoir des pouvoirs publics de prendre d'urgence des mesures tendant à préserver l'avenir de la race française. La commission a l'honneur de demander à M. le Ministre de la Santé Publique de rechercher les moyens de faire pénétrer dans les familles françaises, en vue d'encourager la pratique de l'eugénisme volontaire, la notion de l'hérédité propagatrice des maladies mentales ». Aucun programme de stérilisation n'est officiellement mis en place dans les asiles, mais la guerre va s'en charger d'elle-même.

Au cours de la seconde guerre mondiale, on rationne les malades internés, on réquisitionne les produits des fermes asilaires, en laissant les pensionnaires mourir de faim. Sur 115 000 malades mentaux recensés en 1940, 40 000 agonisent. L'asile persiste à être un lieu maudit, de désolation, de chronicisation et d'incurabilité.

Cependant en France, l'hôpital de St Alban en Lozère échappe à cette règle, on y parle de réforme, de psychothérapie institutionnelle, d'ouverture des portes, il s'agit d'une expérience différente. On se pose cette question : comment un asile psychiatrique, défini par Pinel et Esquirol comme thérapeutique, arrive-t-il à

transformer des cas peut être guérissables en cas chroniques ou à devenir un instrument de mort ?

En parallèle, les travaux de Freud et de la psychanalyse au début du siècle semblent ne pas apporter un changement notable aux conditions de vie et de traitement des aliénés. Elle paraît surtout s'adresser à des patients ne fréquentant pas l'asile. Par contre, elle redéfinit la nécessité de pratiquer une médecine de la personne dans laquelle l'histoire personnelle du patient compte bien davantage que l'énumération de ses symptômes. Elle va aussi permettre, une évolution de la considération sociale de la maladie mentale. Les concepts psychanalytiques, proposent à l'homme de devenir responsable de ce qu'il vit, qu'il ait une maîtrise intérieure, et qu'il puisse réaliser ses propres désirs, selon ses conceptions, sans attendre de la société qu'elle ne lui dicte ces désirs. « Il faut donner au monde extérieur un sens interne au sein de la réalité psychique, soustraire à la régulation sociale défectueuse des éléments que le Moi pourra articuler par régulation interne » (Freud, 1923). Rapidement, des divergences éclatent entre Freud et ses disciples. Adler, développe le concept de dépendance et d'infériorité, Jung celui de l'inconscient collectif et du symbole. Stekel, Rank et Ferenczi s'opposent au dogmatisme de la psychanalyse, lui reprochant d'être trop restrictive et de ne pas tenir compte des facteurs culturels et environnementaux.

En France, même si dans ses débuts la psychanalyse n'arrive pas à se faire une place comme méthode de traitement dans le milieu asilaire, elle inspire tout un courant de pensée qui s'oppose aux explications organiques de la folie soutenues par les neurologues. Entre les deux guerres, des médecins comme Bleuler et Meyer, vont être à l'origine de profonds changements dans la considération de la maladie mentale. Bleuler (psychiatre suisse), combat l'incurabilité de la démence précoce de Kraepelin, lui donnant comme nom « schizophrénie », il est partisan d'un traitement psychologique des psychoses. Il constate que les manifestations psychotiques sont des « caricatures » des processus mentaux des gens normaux. Meyer (psychiatre Suisse), installé aux Etats-Unis, juge la psychanalyse bien trop restrictive au sujet de la genèse des troubles psychiatriques, il pense que de nombreux facteurs, dans l'existence, peuvent être la cause des pathologies.

A la sortie de la Seconde Guerre Mondiale, le courant Existentialiste, séduit de nombreux psychiatres. Fondé par Kierkegaard et Nietzsche, il représente une perspective opposée au modèle organiciste. A l'instar de la psychanalyse, ce mouvement parle de la folie comme autre chose qu'une maladie purement physique. Elle est plutôt la traduction d'un problème d'intériorité, de subjectivité par lequel l'individu exprime ses difficultés d'adaptation. « Loin donc que la folie soit le fait des fragilités de l'organisme de l'homme, elle est la virtualité permanente d'une faille ouverte dans son essence », Lacan, « conférence de Bonneval », 1946.

La philosophie existentialiste, propose un véritable changement permettant dans la façon de comprendre les comportements humains et la souffrance psychique. Elle décrit la réalité de la vie faite d'absurde, d'ennui, d'angoisse et de folie. L'homme se construit de lui-même (« L'homme n'est rien d'autre que ce qu'il se fait », Sartre, 1946), il faut revoir les concepts de normalité et de déviance, d'objectivité et de subjectivité de santé et de maladie. L'expérience de la folie, caractérise l'expérience humaine en elle-même. La souffrance psychique, n'est plus limitée par les murs de l'asile, elle est reconnue comme une possibilité humaine et, dans l'après-guerre, devient une menace sociale qui s'exprime en terme de « désadaptation », « d'angoisse de vivre », « mal dans sa peau »,.... Le devenir social, face au danger de la folie, sera alors une des préoccupations importantes de la future psychiatrie.

L'institution asilaire fait l'objet d'une remise en question. Il est constaté que l'asile ressemble davantage à une prison qu'à un lieu de soins. L'expérience de St Alban en Lozère, berceau de la psychothérapie institutionnelle prouve que la maladie peut être traitée autrement. L'idée se développe, que les patients vivant en milieu asilaire sont amenés à refouler et à cacher leurs troubles au profit d'une adaptation factice aux conditions de détention. Il ne s'agit plus du « traitement moral », mais d'un « conditionnement » qui contraint la psychose non pas à s'améliorer, mais à évoluer dans le sens déficitaire, pour devenir une maladie institutionnelle. C'est seulement après la seconde Guerre Mondiale que l'on pourra assister à un changement radical de la pratique psychiatrique.

La découverte dans les années 50, par quelques psychiatres et chimistes, tels que Charpentier, Laborit, Denicker et Delay de molécules chimiques spécifiques de la folie vont profondément changer d'une façon imprévisible et involontaire le visage

de l'asile. En effet, le médicament parvient à amener un changement du côté du malade, en le rendant capable d'accéder à une rencontre thérapeutique. Une communication peut s'établir entre le soignant et le soigné. Ces médicaments à l'origine d'une profonde révolution en psychiatrie, révèlent aussi l'existence de la souffrance psychique au-delà des limites de la pathologie mentale. L'individu normal peut alors revendiquer le droit d'exprimer et de soigner aussi son « mal être intérieur », cette impression de malaise subjectif fait d'angoisse et de dépression justifie la consommation de drogues psychotropes. Le changement initié à l'asile, s'accompagne aussi d'une évolution dans la considération sociale de la folie. Les firmes pharmaceutiques, intéressées principalement par le profit, vont apporter une remise en question de la clinique et établir de nouvelles classes diagnostiques. Certaines études comme celle de Cosgrove L. et coll, remettent en cause l'intégrité morale de certains auteurs de la dernière version du DSM-V, ayant pour conséquence selon ses derniers, de ne s'intéresser qu'aux symptômes et d'en négliger leurs origines (Cosgrove & coll, 2014).

La psychiatrie change peu à peu d'image. Le 10 août 1949, une circulaire ministérielle institue le placement volontaire gratuit. Le malade hospitalisé contre sa volonté est pris en charge financièrement par la collectivité. En juillet 1955, est créé le premier diplôme d'état d'infirmiers en psychiatrie, ceux-ci remplacent progressivement les gardiens sans qualification. L'idée de la psychothérapie institutionnelle du début du siècle refait surface et la maladie mentale dans sa globalité. Le « fou » n'est plus condamné à passer sa vie enfermé, et l'on verra une baisse importante de la population asilaire. Le pourcentage de lits occupés par des malades atteints de psychose chronique et de pathologies lourdes comme la schizophrénie passe, en quelques décennies, de 75% à 25%.

En quelques années, on assiste à une démystification, une libéralisation de la psychiatrie. Le « fou » retrouve sa place dans la collectivité et devient un sujet d'actualité médiatisé. Le vocabulaire psychiatrique, se répand dans le langage social et les connaissances sur la maladie mentale sont vulgarisées. On se reconnaît dans le fou, sa pathologie n'est pas complètement incompréhensible et ses débordements ne nous sont pas étrangers non plus. JP Sartre « Tous les hommes ne sont pas fous, mais tous les fous sont des hommes ».

La psychiatrie sort de l'hôpital et s'engage à aller au-devant des pathologies, pour prévenir et les traiter dans les lieux même de leur éclosion, afin de séparer le moins possible le patient de son entourage. La sectorisation des soins en psychiatrie, s'organise progressivement, la circulaire du 15 mars 1960, représente l'acte administratif de la psychiatrie de secteur et sa mise en chantier.

Malheureusement, à partir des années 80, le gouvernement impose la nécessité de réduire les dépenses de santé. Les restrictions de budget et de moyens humains, freinent le développement du secteur et des structures extérieures, l'hôpital devient peu à peu une entreprise avec un souci de rentabilité, de planification et d'évaluation des coûts par malade. On propose d'intégrer le « fou » au sein de l'hôpital général, davantage pour des raisons économiques que sociétales ou médicales. La psychiatrie se réoriente également vers une organicité de ses troubles.

En parallèle dans les années 60-70, se développe en Europe et aux USA, un grand mouvement de « l'antipsychiatrie », qui dénonce les abus d'internement, s'oppose à l'utilisation des médicaments et de toute forme de traitement. Ce mouvement débute en Angleterre avec les psychiatres Laing et Cooper dans les années 1960, il prend son essor en France, surtout après 1968 (Michel Foucault, Maud Mannoni et Roland Jaccard en sont les interprètes). Ce mouvement est d'abord une critique de la société et de l'institution familiale qui fabrique l'aliénation en désignant comme « fou » celui qui dérange parce qu'il incarne la violence et le malaise de toute la collectivité. Il est également né du constat de l'échec de la psychiatrie à guérir définitivement. On prend conscience que les thérapeutes de l'âme ne parviennent et ne parviendront jamais à conquérir l'esprit, et à en maintenir ses débordements. Par conséquent la maladie mentale réclame davantage une considération sociale que médicale puisque participant à l'histoire de l'homme, elle représente avant tout cette difficulté de vie en société, qui ne concerne pas uniquement le « fou ».

De façon générale, le XXème a vu se développer une multitude de courant psychiatrique: les thérapies systémiques, la phénoménologie, le comportementalisme et le cognitivisme, l'hypnose, l'ethnopsychiatrie, etc...

H) AUJOURD'HUI

La psychiatrie contemporaine est marquée par le développement d'un modèle bio psychosocial de la psychiatrie, venu directement des États-Unis et par la nécessité d'une approche pragmatique de la psychiatrie dans un souci d'efficacité et d'économie. En effet, la banalisation du recours aux services spécialisés, ainsi qu'à la technicisation de la médecine de façon générale, a entraîné une augmentation majeure des coûts de la santé. Les catastrophes sanitaires des années 80-90 (épidémie de SIDA, sang contaminé, infections nosocomiales,...), ont modifié la relation entre le patient et son médecin, et l'hôpital. Les prises de positions des associations de patients ainsi que les demandes répétées des usagers ont conduit à la loi du 4 mars 2002, et l'introduction de la notion de démocratie sanitaire. La psychiatrie a été englobée dans l'ensemble de ces transformations sans spécificités propres.

2) ETAT DES LIEUX DE LA PSYCHIATRIE EN FRANCE.

« Le PIB d'une nation mesure à peu près tout ce qui peut être mesuré dans un pays, sauf ce qui vaut la peine d'être vécu. », Franklin Roosevelt.

A) EVOLUTION SOCIÉTALE ET PSYCHIATRIE

Initialement la tâche du psychiatre s'était plutôt centrée sur la question de la folie pour en spécifier les déterminants comme la possibilité d'une prise en charge et la question de définir ce qu'il en serait d'une « normalité psychique », n'apparaissait qu'en creux, au titre de ce qui échappait à toute pathologie. La politique, dite de santé mentale constitue une nouveauté pour la psychiatrie, elle est la modalité dont notre société traite non seulement la question de la folie, mais également vient proposer une norme, celle de l'utilisateur, auquel chacun, y compris le fou aurait à se conformer. Cette norme est un idéal de l'économie libérale puisque le terme d'utilisateur n'est mis en avant que pour masquer celui de consommateur de soins. Ainsi cette politique de soin, véhicule d'elle-même le vœu d'une conformité, se centrant autour

d'une norme socialement prédominante, celle de la consommation. La folie généralement étrangère à cette course à la consommation, est donc peu sensible à la politique qui promeut un bonheur pour tous dans la consommation. En conséquence la réinsertion du fou dans la cité s'altère, et comme au cours des époques anciennes on voit réapparaître une marginalisation du « fou », constituant 30% de la population carcérale et un nombre important des SDF (Dissez, 2008).

Cette politique se repère à différents niveaux dans le champ du vocabulaire de la politique de santé mentale « hôpital entreprise », « offre de soins », la culture de l'évaluation et du chiffrage des pratiques, la transformation du patient en usager (terme synonyme de consommateur de soins). Il est également question d'une offre adressée au grand public, avec une promotion de la culture du « bien-être » et du « développement personnel ». Un indicateur nommé « le moral des Français », vient ainsi rappeler chaque mois que ce « moral » est calculable à partir d'indices qui sont des indices de consommation.

La volonté d'encourager l'influence des associations de patients est incontestablement une donnée essentielle de la politique de santé mentale ; elle se base sur l'efficacité et la révolution qu'a constituée l'implication des associations de patients atteints du SIDA. On peut se poser la question de leurs pertinences en psychiatrie. En effet les pathologies les plus lourdes, concernent les patients psychotiques et se heurtent à un fait clinique avéré : la psychose ne fait pas le lien social. Aussi on constate que dans ces associations de patients atteint de difficultés psychotiques, les patients eux-mêmes sont peu présents et ce sont leurs familles qui viennent jouer ce rôle de groupe de pression. En conséquence, la parole des patients eux-mêmes est à nouveau occultée au profit de demandes essentiellement normatives venant de leurs proches.

L'enquête de santé mentale en population générale (SMPG), réalisée par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) auprès de 36000 personnes âgées de 18 ans et plus en France métropolitaine, s'est déroulée entre 1999 et 2003 en s'appuyant sur un outil de repérage, le questionnaire Mini, et la classification internationale des maladies (CIM 10). Dans les représentations qu'a la population des problèmes de santé mentale, les termes de « fou » et de « malade

mental » restent le plus souvent associés à des comportements violents. Par exemple, 45% des personnes interrogées pensent que commettre un meurtre est associé au fait d'être « fou » et 30% « malade mental ». Le « malade mental » est souvent perçu comme présentant un problème médical. Si le dépressif est considéré comme accessible aux soins et à la guérison pour 64% des personnes interrogées, ils ne sont que 55% à penser que l'on peut guérir un fou et 69% « un malade mental ».

B) ÉVOLUTION DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE.

On observe un ajustement progressif de la discipline psychiatrie sur les autres disciplines médicales, la psychiatrie tendant à se dissoudre dans la médecine somatique et être soumise aux mêmes injonctions. La réduction des coûts oblige à l'« instrumentalisation ». De nombreux termes se sont introduits dans le champ de la psychiatrie : « gestion de proximité », la « qualité », « l'évaluation », la « gestion des lits »,.... Des signifiants modernes, importés du management des ressources humaines. Logique liée à des questions financières de santé publique, où le facteur humain et relationnel est de plus en plus oublié.

Conséquence de ces changements, les réflexions sur la relation soignant-soigné, au cœur de la psychothérapie institutionnelle, semblent peu à peu s'éteindre. La diminution pour les soignants de temps informel de réflexion, entraîne le soin dans le domaine de l'agir sans prise de recul. La réflexion est portée à une échelle plus générale qui est celle de la « gestion des pôles », fondée sur un modèle général de fonctionnement hospitalier, entraînant une rigidification des réflexions. En conséquence, les soignants, ne retrouvent plus d'espace collectif, amenant à se détacher des objets d'angoisses.

Sur le terrain, on a vu disparaître le diplôme d'Infirmier Spécialisé en Psychiatrie, cela a contribué à l'inclusion de la psychiatrie au rang d'une discipline médicale comme les autres. Retour à une vision organique des soins appartenant à des considérations anciennes.

En Europe, on observe des disparités importantes sur l'organisation des soins psychiatriques. Dans 28% des pays d'Europe, il n'existe pas de service spécialisé pour soigner les pathologies psychiatriques lourdes (Muijen, 2004). Comparé aux autres pays européens et hors Europe, le système psychiatrique Français se situe à un niveau intermédiaire entre une psychiatrie essentiellement hospitalière et celle intégrée dans la Cité.

C) PLACE DU PATIENT À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

La place du patient a évolué au fur et à mesure des siècles. L'histoire nous aura permis d'observer une évolution progressive du « fou », de ses considérations sociales et médicales qui ont modelé l'image de la psychiatrie que nous connaissons. Aujourd'hui, il est admis par le plus grand nombre que la pathologie mentale est le résultat de multiples facteurs réunis sous la dénomination « facteurs bio-psycho-sociaux ». Le patient souffrant de trouble psychiatrique reste malgré tout l'objet d'une discrimination importante dans notre société et son droit de cité est régulièrement mis en danger. Mais qu'en est-il exactement à l'hôpital psychiatrique, comment le patient est-il pris en charge ? Quelle relation noue-t-il avec le personnel soignant ?

1) LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

Pour le patient hospitalisé en psychiatrie, il existe à ce jour de multiples modalités de prise en charge. De l'hôpital général à la création de la psychiatrie de secteur, l'hôpital psychiatrique s'est progressivement ouvert sur la cité, permettant de prendre en compte cette nécessité d'une prise en charge sociale de la « folie ». La création des secteurs et l'ouverture des structures déconcentrées de l'hôpital ont permis la réinsertion progressive des patients au sein de la communauté, cependant les mesures de restrictions budgétaires font craindre un appauvrissement de ces structures de soins dans la communauté, au profit de grande structure au parfum d'allure asilaire.

Chaque année, environ 1,4 million d'adultes est suivi dans les secteurs de psychiatrie publique. En majorité, les soins psychiatriques sont dispensés en ambulatoire et 70% des personnes suivies ne sont jamais hospitalisées.

En 2010, sur 548 établissements, 96227 hospitalisations sans consentement (HSC) ont été comptabilisées soit 16,07% des hospitalisations à temps plein en psychiatrie. En psychiatrie 80% des personnes hospitalisées l'étaient avec leur consentement. Les soins en HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) étaient majoritaires avec 79,74% des HSC contre 20,26% pour les HO (hospitalisation d'office) (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation).

Aujourd'hui en France, c'est la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, qui est venue réformer la loi du 27 juin 1990. Cette loi découle d'un renforcement de la politique de sécurité publique, suite à des actes graves perpétrés par des malades. Elle est également venue en réaction à une condamnation de la France par la Cour Européenne des Droits de l'Homme sur la constitutionnalité des hospitalisations sans consentement. Le conseil constitutionnel avait donné comme date d'inconstitutionnalité la date du 1er août 2011, imposant la judiciarisation des procédures d'HDT et d'HO, si elles se poursuivent au-delà de quinze jours puis douze jours en 2013. En outre, elle redéfinie les modalités de soins sous contraintes avec ou sans tiers.

La loi du 5 juillet 2011, définit trois modalités de soins sans consentement. Elle a été modifié depuis et nous présenterons donc la version actuelle :

- **Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers** (SDT et ex-HDT), pouvant s'organiser en SDT normal, en « péril imminent » c'est-à-dire sans tiers, ou en SDT « d'urgence » c'est-à-dire avec un seul certificat médical.

- La procédure « normale » de soins psychiatriques à la demande d'un tiers nécessite la rédaction d'une demande manuscrite par un tiers n'appartenant pas au personnel du centre hospitalier ainsi que de multiples certificats médicaux (2 certificats dans les 24h, 1 certificat des 72h, un avis motivé entre le 5ème et le 8ème jour, puis le certificat mensuel et l'avis d'un collège si la mesure se prolonge...), rédigé par

des médecins différents. En cas de maintien de l'hospitalisation au-delà de 12 jours, le JLD (Juge des libertés et de la Détention) reçoit le patient en audience au 15ème jour.

- La procédure de soins psychiatriques rend possible l'hospitalisation d'un patient sous contrainte en cas de péril imminent et en l'absence de tiers. Ce qui n'est pas sans poser de question sur l'emprise du pouvoir médical sur le patient, alors que depuis 1838 le pouvoir du médecin sur le patient était triangulé par l'entourage (HDT) ou l'autorité administrative (HO). Le médecin est devenu seul juge dans ce cas particulier.

- La procédure en cas d'urgence. Permet l'hospitalisation d'un patient avec la demande manuscrite d'un tiers et un seul certificat pouvant être rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil.

- **Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat** (ancienne Hospitalisation d'office). Deux procédures existent :

- Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État. L'existence de troubles mentaux nécessitant des soins et un comportement compromettant la sûreté des personnes ou une atteinte à l'ordre public. Un arrêté préfectoral est à l'origine de la mesure accompagnée d'un seul certificat médical initial, puis les certificats des 24 et 72 heures sont rédigés par le psychiatre assurant la prise en charge.

- Les soins psychiatriques sur décision du maire en cas de danger immédiat. En ce cas c'est un arrêté du maire ordonnant les mesures provisoires de placement.

- **Les soins ambulatoires sous contrainte.**

La loi du 5 juillet 2011, introduit la possibilité de soins ambulatoires sous contrainte après proposition par le psychiatre traitant d'un programme de soins comportant les modalités des soins (hôpital de jour, CATTP, consultations en CMP, VAD, ...).

II) LE VÉCU DE L'HOSPITALISATION

Comme nous l'avons vu précédemment, les modifications progressives de la société ont fait passer le patient du statut de « malade » à celui d'utilisateur des soins avec la vision consumériste que cette dernière impose. Qui dit consommation, dit évaluation de la satisfaction de ses clients et c'est par le biais d'échelles que peut-être mesuré aujourd'hui le taux de satisfaction des usagers.

L'évaluation des usagers des services de santé mentale est apparue initialement aux États-Unis dans les années 70, puis en Angleterre et en Europe du Nord. En France, l'ordonnance du 24 avril 1996, rend obligatoire l'évaluation régulière de la satisfaction des conditions d'accueil et de séjours. Selon certains auteurs (Crawford MJ, 1999), cette démarche est contraire à la vision humaniste et paternaliste de la médecine. Ces derniers remettent en cause le critère de « satisfaction », comme un critère peu fiable et peu valide, potentiellement biaisé par le manque d'insight et de communication de certains patients. Il reste néanmoins un des seuls facteurs d'évaluation dont nous disposons et nous en donnerons quelques-uns des principaux résultats.

Pour les patients le taux de satisfaction globale est généralement élevé dans les enquêtes. La revue de la littérature de Lebow JL (Lebow, 1983), permet de retrouver une moyenne de 78% de satisfaction avec les soins ambulatoires et 76% avec les soins hospitaliers. Les taux de satisfaction vis-à-vis des relations avec l'équipe soignante sont généralement élevés : 60 % de patients satisfaits dans l'enquête de Berghofer et al. (Berghofer G, 2001). L'implication des proches dans la prise en charge était plutôt satisfaisante dans l'étude de Perreault et al. (Perreault M, 1999), entre 53 et 93 % des patients étaient satisfaits avec l'implication de leur entourage, selon les items (temps de visite, respect des proches, prise en compte des besoins

des familles...). Dans l'enquête de Gjerden (Gjerden, 1997), les items les plus satisfaisants pour les patients étaient la participation des proches au traitement (91 % des patients satisfaits) et l'amélioration des symptômes (85,9 % de satisfaits).

Les taux les plus bas de satisfaction concernent essentiellement l'information sur la pathologie, le traitement, les médicaments et sur l'organisation des services, selon la plupart des auteurs (Perreault M T. R., 1999). Dans l'étude de Morgan et al. (Morgan, 1999), deux tiers des patients ont trouvé que leurs attentes par rapport à une première consultation psychiatrique n'étaient pas satisfaites. Ces attentes étaient, pour la majorité d'entre eux, que le psychiatre aille « en profondeur » dans leurs problèmes, qu'il ait plus de temps que le médecin généraliste et que son traitement soit plus efficace.

Peu d'études s'intéressent à l'expérience vécue de l'hospitalisation. L'étude de N. Cano et al. (Cano Nicole, 2013) s'est attachée à explorer le vécu et la perception des effets de l'hospitalisation en psychiatrie. Dans cette étude de 2010, réalisée auprès de 169 patients, les contacts établis entre l'équipe de soins et l'entourage, sont vecteurs d'une relation d'authenticité et de confiance, favorisant par conséquent l'alliance thérapeutique.

III) IMPACT SOCIÉTAL DE L'HOSPITALISATION.

Le diagnostic peut être décrit comme un acte lié à la culture dont la principale fonction sociale consiste à étiqueter la déviance et donner ainsi au patient un nouveau rôle. La première hospitalisation, en particulier comporte un rite de passage qui marque une nouvelle étape de développement, entraînant un changement dans les attentes sociales du patient aussi bien que dans la manière dont les gens se comportent avec lui. La possibilité de trouver un emploi ou de réintégrer une vie sociale normale peut s'en retrouver restreinte. En même temps, la société accepte plus facilement son bas niveau de fonctionnement social et le patient peut prétendre à des compensations pour son handicap. L'acte d'interner un patient reste associé historiquement à la punition, l'exclusion et l'opprobre.

Une fois étiqueté, la réaction de la société enregistre la déviance et lance le « contrevenant » dans sa carrière de malade mental (Sheff, 1966).

D) PLACE DE L'ENTOURAGE À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

1) VÉCU DE L'HOSPITALISATION

Quelques études se sont intéressées à la satisfaction des proches de patient. Ces évaluations sont la conséquence de la constitution d'associations de familles de patients malades psychiques demandant que leurs attentes soient prises en compte (Perrault M L. P., 1993). Elles ont également été motivées par une reconsidération des familles par les professionnels de santé, se focalisant moins sur leur responsabilité dans la genèse des troubles psychiatriques, pour les considérer davantage comme des aidants.

De façon générale, les études tendent à prouver que les proches sont moins satisfaits des soins que les patients, qu'ils sont plus satisfait des soins ambulatoires que des soins hospitaliers et qu'ils souhaiteraient être plus impliqués dans les soins (Perrault M P. H.-O., 2002).

Solomon et Marcenko (Solomon P, 1992), ont étudié la satisfaction de proches de patients hospitalisés ou traités en ambulatoire. La satisfaction des proches était supérieure au cours des soins ambulatoires par rapport aux soins en hospitalisation temps pleins. Ils étaient satisfaits, du soutien de l'équipe envers leur proche, cependant ils considéraient que la prise en compte de leur propre besoin de soutien était très insatisfaisante. Grella et al. (Grella CE, 1989), ont montré en utilisant la Family service scale, que seul 38,7% des proches étaient satisfaits des contacts avec l'équipe soignante. Les principales insatisfactions, portaient sur la gestion des crises et la prise en compte de leurs problèmes avec leur proche. L'enquête d'Ostmanm et Hansson (Ostmanm H, 1999), montrait que 27% des proches de patients étaient insatisfaits des services de psychiatrie et la moitié des proches ont exprimé un besoin de soutien pour eux-mêmes, les auteurs concluent à la nécessité d'impliquer plus fortement les proches dans les soins aux patients.

II) *IMPACT DE L'HOSPITALISATION.*

L'hospitalisation procure souvent aux familles un répit dont elles ont terriblement besoin, tant le fardeau qu'elles portent est accablant et grande leur démoralisation. Au début, l'hospitalisation est souvent vécue comme un échec, puis elle devient une solution acceptée par la famille pour appréhender leur stress. La plupart des familles tentent de trouver des solutions sans éloigner le patient. Réussir à éviter l'hospitalisation peut donner une valeur positive à la souffrance et à l'anxiété endurées. Ne pas y arriver contribue à dévaloriser le groupe familial, ce qui s'accompagne de sentiments d'incompétence, de culpabilité, de colère et de dépression. Les familles sont bien au fait de l'opinion commune qui les désigne comme en partie responsables de la maladie mentale. Comme le patient lui-même, elles se sentent stigmatisées et tentent de dissimuler la pathologie, à leurs proches et à leurs relations, ce qui accroît l'isolement (Yarrow Marian, 1955). Dans cette situation, les relations avec l'hôpital deviennent très complexes : déception et reproches à l'encontre du traitement se combinent avec une grande dépendance aux services de soins.

Les familles peuvent alors réagir par l'isolement et le repli. Démoralisées et vulnérables, elles se sentent impuissantes à faire bouger les pratiques institutionnelles. En général, plus l'hospitalisation se prolonge, plus la distance se crée entre le patient et sa famille. La famille se réorganise et ses frontières tendent à se refermer (Scott, 1976), l'hôpital assume les fonctions d'une famille adoptive et les frontières entourant la famille naturelle redeviennent à nouveau claires : le mouvement du patient d'un foyer vers un autre s'est achevé.

3) **RAPPORT ENTRE LE PATIENT ET L'ÉQUIPE SOIGNANTE À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE**

Le patient hospitalisé en psychiatrie, avec ou sans contrainte tisse des liens avec l'équipe soignante. Ces liens sont pour ainsi dire l'essentiel du travail clinique des équipes avec les patients. Il nous semble intéressant d'en saisir les caractéristiques principales avant d'aborder le dispositif légal de la personne de confiance qui va venir interagir dans cette relation.

A) LA RELATION DE TRANSFERT

Dès 1909, Ferenczi observe que le transfert est présent dans l'ensemble des relations humaines (maître et élève, médecin et malade, etc..), mais il note que dans l'analyse le patient met inconsciemment le thérapeute dans une position parentale. A la même date Freud commence à aborder ce concept avec Joseph Breuer puis le développera tout au long de sa pratique en faisant un pilier de la cure psychanalytique.

Le transfert est avant tout, un phénomène humain qui s'éprouve à des degrés variables dans toutes les relations entre individus. Initialement, cette notion de transfert, a été développée en outre par des physiologistes comme E.H. Weber (1834) puis Rudolf Kleinpaul (1884). Ceux-ci ont mis en évidence, l'importance de la notion de représentation dans l'effort d'apprentissage. E.H. Weber, envisageant le transfert comme la facilitation d'une activité et Rudolf Kleinpaul comme le passage d'un langage de geste et d'image à un langage de mots. Freud, à partir de ses expériences cliniques, songe à théoriser le transfert puis à en faire « le moteur de la cure ».

- Le transfert pour Freud

Freud, l'a d'abord perçu comme un obstacle au travail d'analyse, avant de s'apercevoir qu'il était aussi la cheville ouvrière de l'analyse. Dans les Etudes sur l'hystérie, Freud et Breuer, décrivent pour la première fois cette notion de transfert, sous la forme d'une résistance à l'analyse (Freud Sigmund, 1895).

Dans ses Etudes sur l'hystérie Freud cherche à comprendre ce qui résiste chez les patients dans la cure analytique, c'est-à-dire ce qui empêche, le patient d'atteindre le but qu'il s'était fixé en venant consulter. Dans son œuvre introduction à la psychanalyse (1916), Freud explique que le transfert qu'il décèle dans la cure psychanalytique n'est qu'une exacerbation de phénomènes que l'on rencontre souvent dans la vie courante « La faculté de concentrer l'énergie libidineuse sur des personnes doit être reconnue à tout homme normal. La tendance au transfert que nous avons rencontré dans les névroses (...) ne constitue qu'une exagération

extraordinaire de cette faculté. » (Freud S. , Introduction à la psychanalyse, 1916). Dans la cure psychanalytique, cette capacité naturelle au transfert prend une tournure particulière, tendant à se focaliser sur la personne du psychanalyste. Le patient se retrouve placé dans une position infantile, à l'égard du psychanalyste en qui il place ses espoirs de guérison. Cette analogie des premières interactions quand la survie du sujet dépendait de l'amour de ses parents va déclencher une série d'associations, de résistances tout en constituant un moteur qui va faciliter le dénouement des symptômes.

Le transfert, n'est cependant pas simplement la répétition d'une situation parentale, puisque la demande de cure en elle-même est déjà la prise de conscience explicite ou implicite de répétition dans la vie du sujet. L'entrée en cure, amorce un questionnement, un examen sous un autre œil, des symptômes et des répétitions.

La découverte du complexe d'Œdipe, de ses aspects structurants et son intégration dans la théorie, amènent Freud, dès 1912, à concevoir le transfert comme rééditant dans la cure les relations que le sujet a établies avec ses figures parentales, à la fois aimées et craintes selon l'ambivalence (mot dû à Eugen Bleuler) déterminant sa vie affective. Il distingue deux modes de transfert : le positif caractérisé par des sentiments tendres envers l'objet et le négatif, caractérisé par des sentiments hostiles envers le rival (Lagache, 1952). Il en vient à considérer que le développement de ce processus infiltre entièrement la cure et y produit, sur le modèle des conflits infantiles avec les images parentales, ce qu'il désigne sous le terme « névrose de transfert », qui se substitue en quelque sorte à la névrose qui a amené le patient à entreprendre la cure.

Il en est de même pour l'amour de transfert. Freud, explique que ce qui motive le patient c'est l'amour de la vérité, le transfert n'étant qu'un moyen d'y parvenir et parfois aussi un obstacle. Le cadre psychanalytique, réactive chez le névrosé les dimensions non résolues de la situation œdipienne. Cependant à la différence des rapports identificatoires antérieurs le désir de l'analyste reste énigmatique et le sujet peut dépasser sa crainte de dépendance.

- Le transfert pour Oury

Jean Oury a développé la notion de transfert dissocié à partir de la notion de « transfert multi-référentiel » développé par Tosquelles pour illustrer que la personne psychotique peut effectuer un transfert sur l'ensemble des différentes figures d'une institution (psychiatres, psychologues, infirmiers, autres patients), plutôt que sur le psychanalyste seul.

- Dans les autres approches thérapeutiques

Le terme de transfert propre à la psychanalyse intéresse d'autres formes de thérapies. En effet, la notion de transfert comme nous l'avons vu concerne n'importe quelle relation humaine, à l'école, au travail, en amour, en amitié,... Aussi les relations transférentielles et contre-transférentielles existent dans d'autres thérapies mais recouvrent des réalités différentes. Par exemple, dans les thérapies brèves comme l'hypnose le concept de transfert et de contre-transfert est abordé sous les termes de « confiance » et de « compréhension ».

B) LA RELATION DE CONTRE-TRANSFERT

Freud utilise le terme de contre-transfert pour la première fois en 1909 dans un échange avec Jung. Le terme est défini en 1910, dans Perspectives d'avenir dans la thérapie analytique, il s'agit de « l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste ». Le contre-transfert, se comprend de manière plus large comme les réactions de l'analyste au transfert du patient (Denis, 2006). Freud, porte une attention particulière à ce que l'analyste connaisse parfaitement son fonctionnement psychique, « nous sommes tout près d'exiger que le médecin reconnaisse et maîtrise en lui-même ce contre-transfert... », « aucun analyste ne va plus loin que ses propres complexes et résistances ne lui permettent » (Freud, 1910). Le contre-transfert est considéré par Freud comme une préoccupation majeure préférentiellement sur un versant négatif auquel il faut être attentif, plutôt que comme un outil thérapeutique.

- Evolution du concept de contre-transfert :

Après la guerre de 1945, le contre-transfert connaîtra une importante reconnaissance dans le déroulement de la cure ainsi que le développement de nombreuses théories organisées dans deux grands mouvements.

Le premier courant (théorie « classique » du contre-transfert), considère le contre-transfert dans sa dimension défensive, comme élément lié aux noyaux névrotiques non élaborés par l'analyste.

Le deuxième courant (théorie moderne du contre-transfert ou théorie du contre transfert conçu comme totalité), considère le contre-transfert comme un outil nécessaire à la compréhension du patient. Théorisé à l'origine dans le travail avec des patients psychotiques.

- Théorie classique du contre-transfert :

Elle a dominé jusqu'aux années cinquante-soixante, principalement aux Etats-Unis, considérant le contre-transfert sur le plan économique, comme élément lié aux noyaux névrotiques non élaborés chez l'analyste. Le contre-transfert et le transfert ont dans cette théorie, des origines communes liées à des éléments infantiles (Stern, 1923). Il peut être considéré comme le transfert de l'analyste sur son patient (Stern, 1923). Racker (1950, cité par Goyena 2006), considère le transfert comme une névrose de transfert, introduisant la notion de « névrose de contre-transfert », l'a décrivant comme une prédisposition générale centrée sur le complexe d'Œdipe. Toujours selon, Racker, cette névrose serait due selon lui à ce que les identifications avec les objets transférés par le patient éveillent chez l'analyste des angoisses et des défenses névrotiques.

Dans cette théorie, le contre-transfert est donc plus à supprimer qu'à maîtriser, afin que l'intellectuel prenne l'ascendant sur l'affectif. Le silence y est donc valorisé. Certaines limites y ont été associées malgré tout. En effet la maîtrise du contre-transfert, expose au risque que les défenses du thérapeute soient sollicitées de façon inadaptée. Traiter le contre-transfert de la sorte peut être un « appel au surmoi et aux défenses du moi face aux pulsions et non une compréhension qui mènerait à

sa résolution » (De Urtubey, 1994,p.1308). Le thérapeute doit rester « vulnérable » sans se barricader derrière des défenses rigides (Winnicott, 1960). Considérer ainsi le contre-transfert expose au risque de mettre l'analyste dans une position paternaliste (Gérard, 2003 ; Urtubey, 1994), pas toujours adaptée dans certaines pathologies narcissiques. Le silence est également critiqué par L. de Urtubey « en silence, on contrôle mieux ses sentiments, on ne risque pas de les exprimer, on peut les ignorer ».

- La théorie moderne du contre-transfert ou contre-transfert comme totalité.

Développée à l'origine par Ferenczi et M. Klein. Tous deux ont apporté des contributions, directement ou non, au concept du contre-transfert.

Ferenczi, associe transfert et introjection primaire dans le même schéma (1911-1912). Il associe le transfert, puis par extension le contre-transfert, et le mécanisme d'introjection, où chacun introjecte l'autre, « le prend à l'intérieur ». Dans les années 20, il souligne le risque des cures classiques de favoriser la répétition de non rencontre de la souffrance passée. Il développe l'idée d'une analyse mutuelle de telle manière que « le patient soit libéré de l'oppression liée à la situation transférentielle et que l'artificialité de la situation analytique tende à disparaître » (Ferenczi cité par Birot et Kamel, 2006).

M. Klein, patiente de Ferenczi, contribuera à la question du contre transfert par le mécanisme d'identification projective. En 1946, elle démontre qu'une « personnalité » peut se séparer d'une de ses parties, en la projetant sur un objet extérieur, de sorte que le lien entre la partie projetée et le reste de la personnalité demeure totalement méconnu, par un effet de clivage. Par extension à la théorie contre-transférentielle un patient peut agir sur le psychisme de son analyste en y projetant une partie de son propre psychisme, sans qu'il semble appartenir au patient mais à l'analyste. La situation analytique peut donc apparaître comme un système dynamique complexe réunissant deux psychismes qui se différencient par leurs capacités à percevoir leurs propres états intérieurs et à en découvrir le sens.

Bion (W.R. Bion), développe l'idée de la fonction « contenante » de l'analyste, il peut être considéré comme un récepteur qui reçoit et contient les parties clivées et projetées du patient. Cette fonction de « contenance » participe à la « capacité de rêverie » de l'analyste comme celle de la mère envers son enfant.

La théorie du contre-transfert comme totalité est apparue, dans les années 1950 comme un outil nécessaire à la compréhension du patient. Paula Heimann a développé cette conception dynamique du contre-transfert, dans son ouvrage « on countertransference (1950) ». Elle y développe l'idée que l'inconscient de l'analyste comprend celui du patient et que par ailleurs le contre-transfert est la totalité des sentiments que l'analyste éprouve envers son patient, ne se manifestant que sous forme d'affects, et est « la création du patient chez l'analyste ». Elle propose donc de prendre en compte la réponse émotionnelle de l'analyste comme outil de connaissance de l'inconscient du patient, en tenant à l'écart ce qui ressort de la problématique personnelle de l'analyste.

- Le contre-transfert pour Lacan

Pour Lacan, la notion de contre-transfert est impropre, tant sur le plan conceptuel que technique, et remet en cause l'éthique même de la pratique analytique. Il s'agit d'une « impropriété conceptuelle ». (Lacan, 1961). La notion de contre-transfert ne désigne, rien d'autre que les effets du transfert qui viennent atteindre le désir de l'analyste, non comme personne mais en tant qu'il est au lieu de l'Autre par la parole de l'analysant (Roudinesco E, 1997). Ainsi l'analyste renforce la dimension imaginaire, s'il se représente la relation analytique comme une relation interpersonnelle, situation où, dit-il, transfert et contre-transfert se répondent, alors, en écho l'un à l'autre. Lacan, dira « ... Ce qu'il y a de certain, c'est que les sentiments de l'analyste n'ont qu'une place possible dans le jeu [le jeu de l'analyse], celle du mort ; et qu'à ranimer, le jeu se poursuive sans qu'on sache qui le conduit. » (Lacan, 1961).

- L'approche institutionnelle.

Initialement limitée à la cure type, la notion de contre-transfert s'est ouverte à la dimension institutionnelle, lors de l'avènement de la psychothérapie institutionnelle. Ainsi, Oury décrit la notion de « coefficient thérapeutique » (Mornet, 2007), pour désigner le fait que chacun des membres d'une institution est pris dans une relation de soin au malade. Le contre-transfert ne se limite pas à la réaction du thérapeute et au cadre de la rencontre duelle, mais à l'analyse de l'institution dans son ensemble. Pendant leur séjour à l'hôpital, les patients désapprennent leur savoir-faire social et apprennent à s'adapter aux règles de leur nouvel environnement. Par nécessité, ils apprennent à devenir de « bons patients » aux yeux de l'équipe de soin.

4) LE RISQUE DE RELATION D'EMPRISE DANS LES SOINS.

« Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions », serment d'Hippocrate

Les mouvements de transfert et de contre-transfert, permettent de rendre compte de certains de nos comportements. L'un d'eux, peut-être le plus à redouter dans notre pratique quotidienne est celui de l'emprise. La relation d'emprise constitue un phénomène universel et ubiquitaire, redouté, qui menace toute relation humaine. L'instauration d'une relation entre deux ou plusieurs individus ou groupes d'individus, dans quelques milieux que ce soit, peut conduire à une relation d'emprise. La situation de soin, rend le patient et l'équipe soignante particulièrement à risque de développer une telle relation ou tout du moins une relation qui s'en approche. L'installation de ce mode relationnel, doit être gardée à l'esprit de chacun afin de rester au mieux dans une relation bienveillante à l'égard du patient. Nous nous proposons dans ce chapitre, d'en examiner les fondements théoriques. Derrière ce développement, nous nous interrogerons par la suite sur la place du tiers comme objet de triangulation dans la relation entre le patient et l'institution.

A) DÉFINITIONS

- La relation : Elle est définie comme le « rapport qui lie des personnes entre elles » et désigne en particulier un « lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque » (analyse et traitement informatique de la langue française. Trésor de la langue française informatisé, 2006). En psychiatrie, elle définit le « lien qui unit le malade au monde qui l'entoure ».

- La pulsion : Introduite par Freud en 1905 dans Trois essais sur la théorie sexuelle (Freud S. , 1987) de l'allemand « Trieb ». Concept actuellement utilisé en psychanalyse pour désigner la poussée exercée par le somatique qui s'impose à l'appareil psychique. Il correspond au processus dynamique qui détermine l'action (Doron R, 2003). La pulsion est caractérisée par trois critères constitutifs que sont sa source (excitation corporelle ou état de tension), son but (visant à supprimer l'état de tension par la satisfaction et la décharge de l'énergie investie), son objet (au travers duquel le but peut être atteint). La frustration naît de la non accession à l'objet ou au but pulsionnel et s'accompagne d'un accroissement de la tension qui est ressentie comme un déplaisir. L'individu s'attache donc à satisfaire ses pulsions pour éviter de souffrir (Doron R, 2003).

- La pulsion d'emprise : Terme proposé en 1960, par Grunberger pour traduire dans l'œuvre de Freud, la notion ambiguë et non fixée de « Bemächtigungstrieb ». Freud y entend « une pulsion non sexuelle qui ne s'unit que secondairement à la sexualité et dont le but est de dominer l'objet par la force (Laplanche J, 2002). En 1897, Freud parle d'une cruauté instinctuelle primitive présente tant chez le petit enfant que chez l'homme sauvage, sans coloration affective ni de haine ni d'amour (Bergeret, 2000). La pulsion d'emprise est développée dans les Trois essais sur la théorie sexuelle en 1905 : elle apparaît comme composante de l'érotisme au stade anal du développement affectif et intellectuel de l'enfant, dans la deuxième année de vie. Elle est la source de la cruauté infantile, qui n'aurait pas initialement pour but la souffrance d'autrui, mais simplement n'en tiendrait pas compte, se plaçant ainsi en amont de la pitié et du sadisme (Ferrant, 2001). En 1913,

Freud, relie la pulsion d'emprise au couple activité-passivité dans le stade sadique anal et lui assigne la musculature ano-rectale comme support dans une nouvelle édition des Trois essais sur la théorie sexuelle en 1915 (Freud S. , 1987). Au stade anal, le plaisir étayé sur l'excrétion des selles se conflictualise : il s'agit soit de conserver les objets passés à l'intérieur de soi, soit de les expulser après destruction. La distinction entre dedans et dehors, soi et non-soi s'initie et commence à donner du plaisir dans la manipulation relationnelle des objets extérieurs, mère ou substitut. Le but pulsionnel du stade anal est double, avec un but passif lié au plaisir auto-érotique obtenu par stimulation de la zone érogène anale grâce aux selles (objet libidinal intermédiaire) et un but actif dû à la pulsion d'emprise, dont la source est la musculature ano-rectale, par recherche de pression relationnelle sur les objets et les personnes. Abraham distingue deux sous stades successifs dans la phase anale avec la phase sadique anale expulsive où l'expulsion intempestive d'objets détruits prend la valeur de défi envers l'adulte et la phase masochiste anale rétentive qui correspond à la recherche active d'un plaisir passif lié à la rétention des matières fécales, mais aussi un plaisir sadique, l'enfant pouvant conserver en lui ce que l'adulte considère comme précieux et attend comme cadeau. Selon Abraham, la pulsion d'emprise ne serait pas la pulsion fondamentale du sadisme anal mais plutôt une forme atténuée, caractéristique du stade sadique anal rétentif, où le but pulsionnel n'est pas la destruction de l'objet mais son contrôle, impliquant donc la survie de l'objet (Doron R, 2003). C'est un stade instinctuel primitif où « aucune inhibition ne freine la destruction des objets » ; « l'égoïsme est le seul maître » (Abraham, 1965), à ce stade où tout objet est soupçonné de vouloir prendre la place du sujet.

B) DANS LE CHAMP PSYCHANALYTIQUE

La relation d'emprise apparaît comme l'impossibilité fondamentale d'accepter l'autre dans sa différence. L'autre est nié en tant que sujet et l'idée même de son désir est intolérable ; l'autre est considéré et traité comme objet méprisé et maîtrisable : le droit d'être autre lui est refusé. Ce qui est visé c'est l'autre en tant que

sujet désirant, c'est toujours le désir de l'autre. L'emprise traduit une tendance fondamentale à la neutralisation du désir d'autrui, c'est-à-dire à la réduction de toute altérité, de toute différence, à l'abolition de toute spécificité ; la visée étant de ramener l'autre à la fonction et au statut d'objet entièrement assimilable (Dorey, 1981).

Perrone décrit le profond désarroi dans lequel se trouve chacun des deux protagonistes de la relation d'emprise. En effet, on retrouve chez chacun des deux protagonistes une très faible estime de soi. Pour celui qui est battu, un trouble important de l'identité, un sentiment de dette envers l'autre justifiant les coups. Et pour celui qui bat, on repère souvent une grande rigidité, privée de toute empathie, imperméable à l'autre et à sa différence. L'agresseur est empreint d'idées fixes, soumis à des répétitions, des types de comportement destinés à redresser tout ce qui semble différent de lui. Il est dans le déni total et le refus de reconnaissance de l'identité de l'autre, dans un désir de modeler et de rendre son partenaire conforme, jusqu'à le briser pour le faire devenir comme il doit être : c'est-à-dire semblable à l'image qu'il a du monde (Perrone R, 2000).

La victime est d'abord et avant tout un ustensile investi tant qu'il est utilisable, cajolé tant qu'il sert et qu'il se laisse séduire, rejeté dès qu'il se dérobe. La position qui lui est assignée est celle du « nécessaire-exclu ». Nécessaire comme instrument de défense et comme faire valoir, exclu en tant qu'objet proprement dit, disqualifié en tant que personne pensante (Racamier, Le génie des origines, 1992).

Racamier, décrit la place laissée par le pervers à la victime d'une relation d'emprise : la victime « emprise » est « insidieusement saisie d'un sentiment poignant de dangereuse étrangeté » (Racamier, Secrets de famille et pensée perverse, 1992). Prisonnière de l'instigateur, la victime n'a d'autre choix que la révolte ou la dépression dans la soumission, sauf si, avertie du danger, elle arrive à se soustraire, non sans difficulté, à l'emprise (Hirigoyen, 1998).

Le pervers narcissique, refuse le droit de désirer, d'afficher sa singularité ; mais paradoxalement il éprouve également l'intense désir d'être reconnu et désiré par ses victimes. Sensible à ce désir de reconnaissance, les victimes sont confrontées à leur propre ambivalence.

On retrouve également une participation masochiste à ce processus de victimisation, c'est-à-dire une recherche active de l'échec et de la souffrance, que sous-tend la nécessité d'assouvir un besoin de châtement. Une force irréductible pousse ces personnes à souffrir (Damiani, 1997).

Les sciences cognitives semblent montrer que la soumission apparente n'est pas seulement une manifestation de masochisme ou de la jouissance d'être victime, c'est également une stratégie adaptative et de survie dans une relation où l'opposition frontale à l'agresseur semble entraîner l'aggravation de la violence. Lorsque l'individu apprend par expérience qu'il est incapable d'agir sur son environnement pour le transformer en sa faveur, il devient physiologiquement incapable d'entreprendre quelque modification que ce soit (Hirigoyen, Femmes sous emprise, 2005).

C) DANS LE CHAMP SYSTÉMIQUE

Perrone et Nannini, propose dans leur ouvrage *Violence et abus sexuels dans la famille* une lecture « systémique et communicationnelle de la violence » qu'on peut élargir à tous les types de relations humaines.

D'abord et avant tout la violence est un phénomène interactionnel, elle ne s'explique pas uniquement dans l'intrapsychique, mais aussi dans un contexte relationnel. La violence étant considérée par Perrone et Nannini comme un processus de communication particulier entre des partenaires (Perrone R, 2000). Dans ce processus, les deux auteurs considèrent que « les participants d'une interaction sont tous impliqués et par là tous responsables [...], De ce fait, celui qui provoque [la violence] assume la même responsabilité que celui qui répond à la provocation » (Perrone R, 2000). Les relations humaines sont ainsi décrites comme un système transactionnel dans lequel chaque individu est responsable de sa propre sécurité et doit mettre en œuvre les moyens de se préserver. S'il laisse béantes ses défenses, il s'expose à la violence d'autrui.

Dans cette vision, systémique, la violence n'est pas inhérente à certains individus. A la place, il est considéré qu'en chaque individu il existe un équilibre entre violence et non-violence, états qui ne s'excluent pas l'un autre.

1) TYPE DE RELATION

La relation d'emprise est décrite dans la théorie systémique comme une violence punition dans une relation complémentaire avec symétrie latente. Dans le détail :

- La complémentarité

La complémentarité est un « mode d'interaction relationnelle où le comportement d'un partenaire, dans une dyade, se situe en écho du comportement de l'autre et définit la relation à partir d'une différence » (Benoit J-C, 1998). Toute relation comportant une différence peut entraîner des réponses complémentaires (supérieur hiérarchique et subalterne, médecin et patient,...).

La différence de niveau, n'entraîne pas forcément d'iniquité, cependant dans la relation d'emprise, la complémentarité peut devenir inégalitaire avec une tendance à l'entretien des différences entre les acteurs. Lorsque l'un se définit comme « existentiellement supérieur à l'autre, définition acceptée par l'autre », il se donne le droit de lui infliger une souffrance. L'autre est considéré et vient à se considérer comme sous-homme « indigne, anormal ou diabolique [...] Selon son point de vue, [il] mérite la punition et doit donc la recevoir sans révolte. [...] La différence de pouvoir entre l'un et l'autre peut être si grande que celui qui est en position basse n'a pas d'alternative et doit se soumettre contre son gré. » (Perrone R, 2000).

- La violence punition

Dans la violence punition, celui qui contrôle la relation impose un châtiment à l'autre et le justifie par la constatation d'une faute, constat que celui qui subit la violence ne remet pas en cause. La victime de la violence est non seulement persuadée de mériter sa sentence, mais qu'elle y trouve à tort, une sorte de reconnaissance alors que son identité même lui est refusée, que le droit d'être autre lui est dénié. C'est dans son identité même –« dans sa disposition » - que la victime cherche sa faute. La victime de la violence semble obéir à la loi « il faut servir le maître et se conformer à sa loi » et « Il n'existe ici qu'une faible conscience de la violence ainsi qu'un confus sentiment de culpabilité chez la personne en position haute. » (Perrone R, 2000).

- La symétrie

Les réponses de symétrie sont fondées sur des ressemblances ou des similitudes. Les relations symétriques sont égalitaires et la violence se manifeste sous forme d'échange de coups, on parle de violence agression : chacun des deux partenaires peut répondre à une agression, riposter car « l'un et l'autre partenaire revendiquent le même statut de force et de pouvoir (Perrone R, 2000). Dans la relation symétrique il existe une grande mobilité et les partenaires doivent rechercher un équilibre entre eux.

La relation d'emprise correspond à une violence punition dans une relation complémentaire avec symétrie latente. C'est-à-dire que le sujet qui se trouve placé par l'autre en position basse, obligé de subir la punition, résiste malgré un rapport de force défavorable « Même soumis à la violence, il y a désaccord et volonté de s'opposer, ce qui amplifie fréquemment l'intensité du châtement qui vise alors à briser le noyau de symétrie » (Perrone R, 2000). Par exemple, une enfant soumis à la brutalité de parents violents, va nourrir malgré les pénitences destinées à le faire fléchir, une secrète hostilité vis-à-vis de cette famille non protectrice, lui laissant un sentiment d'injustice et d'impuissance. En retour, il pourra exercer sa violence contre toute personne représentant l'autorité.

II) LE CADRE RELATIONNEL

Outre le mode de communication, les violences suivent des schèmes stéréotypés qui enferment les deux protagonistes dans une répétition identique, inlassable et incontrôlable d'un même scénario. Dans une relation d'emprise des règles communes se dégagent.

Le consensus rigide correspond selon Perrone et Nannini au cadre relationnel dans lequel se sont piégés les deux protagonistes de la violence. Ainsi dans un accord tacite, la violence apparaît comme le seul moyen de maintenir un équilibre entre soi et l'autre. Chacun des deux protagonistes est alors persuadé que la violence est inéluctable et qu'il ne peut prévenir son apparition, « une sorte de verrou

relationnel, conforté par le sentiment négatif de soi » empêche le changement. Le consensus implicite rigide s'appuie pour chacun sur l'image négative et fragile qu'il a de soi et qui résonne avec son histoire individuelle.

Le cadre relationnel, se fonde également sur des limites paradoxales, des interdictions floues et permissives. Ouvrant ainsi, des possibilités et des consentements à la violence, plutôt que de lui opposer des impossibilités ou des refus. Par exemple : « tu peux dire ce que tu veux, mais tu n'insultes pas ma mère... » les possibilités de violence ne sont restreintes mais ouvertes : « tu peux m'insulter, me taper,... ».

Le consensus implicite rigide est également basé sur une unité de lieu, de temps et de thème. « Les aspects spatiaux, temporels et thématiques sont fortement chargés émotionnellement en fonction de l'histoire singulière des acteurs et de l'histoire de leur interaction. » (Perrone R, 2000). « Toute explication du consensus aboutirait à sortir du cadre établi et montrerait le caractère illusoire du conflit ».

III) LES CARACTÉRISTIQUES COMMUNICATIONNELLES

La relation d'emprise, obéit à des règles communicationnelles singulières prédisposant la personne sous emprise en paralysant ses défenses. La victime est confuse, perdant tout sens critique, permettant la coexistence paradoxale d'un non consentement et d'une acceptation. Racamier le dénomme le « décervelage ».

« La rupture des registres », est le propre de l'instigateur de la relation d'emprise, il porte ainsi un message au contenu double et contradictoire (verbal/non-verbal, décalage contextuel, non-dits, allusion,...). Comportement qui n'a pas de continuité, ne permettant aucune anticipation et devenant source de perplexité et d'étonnement pour la victime.

« Le langage d'injonction », il correspond à un message à sens unique, avec une volonté de la part de l'investigateur « d'obtenir un résultat prédéterminé, en dehors du dialogue, des échanges de points de vue » (Perrone R, 2000). L'injonction, se différencie de l'ordre par l'absence claire de hiérarchie, elle ne permet pas la révolte. L'injonction peut véhiculer la conformité ou la culpabilité. La conformité, donne à la

victime l'impression que la relation, telle qu'elle est définie par l'instigateur, est normale. La victime devant se soumettre au système de croyance de l'instigateur. L'injonction de culpabilité, entraîne chez la victime un profond sentiment de malaise car en remettant en cause la relation (bien qu'injustement définie), il menace le lien qui l'unit à l'instigateur (exemple du pédophile : « si tu parles tu détruiras la famille et il m'arriverait malheur »). L'injonction de culpabilité se réalise à travers la règle de l'obéissance, ne pas penser pour soi-même, accepter les principes établis par le maître.

Le langage peut s'accompagner également de rétorsion et de menace. La rétorsion signifie à la victime que tout ce qu'elle pourra utiliser comme représailles se retournera contre elle quoiqu'il arrive. La rétorsion « véhicule l'idée que le mal et ses conséquences sont occasionnés par l'action de la victime visant à se défendre » (Perrone R, 2000). La rétorsion s'accomplit à travers l'invitation à collaborer pour éviter le pire, ne pas compliquer la situation, éviter la souffrance, ne pas faire souffrir autrui.

D) LA RELATION D'EMPRISE DANS LE SOIN.

I) CARACTÉRISTIQUES DE LA RELATION D'EMPRISE DANS LE SOIN

Le soin est issu du bas latin *sonium* « souci », du francique *sun(n)i* « souci, chargin » et il est en relation avec l'allemand *Sünde* et l'anglais *sin* qui signifient « péché ». Dans son acceptation première, le soin désigne un « souci », une préoccupation, une inquiétude, un tourment, mais aussi l'« effort ou le mal qu'on se donne pour obtenir ou éviter quelque chose » (Rey-Debove J, 2003).

Il signifie « soigner », « s'occuper du bien être de quelqu'un », ce qui a rapport à l'attention, la prévenance et la sollicitude ou l'intérêt que l'on porte autrui. « Prendre soin, avoir soin de quelqu'un », signifie aussi « pourvoir à son salut, à ses besoins, à ses nécessités, à sa fortune », mais il peut également représenter « l'attention, l'empressement envers quelqu'un dans le but de lui être agréable, de le séduire » (Rey-Debove J, 2003).

Le soin est le lieu de rencontre, entre le soignant et le soigné, dans un échange soumis à des manifestations transférentielles et contre-transférentielles sous-tendues par l'identité, les désirs et les défenses des deux protagonistes.

La relation de soin est de par sa nature, une situation propice à la survenue d'une relation d'emprise. Une lecture systémique, de la relation de soin, se comprend comme une relation complémentaire à plusieurs dimensions. Ainsi, selon le point de vue où l'on se place, c'est soit le patient, soit le soignant qui va se retrouver dans une situation d'infériorité ou de supériorité relative. Par exemple, si l'on considère le patient comme un « demandeur » de soin, il devient tributaire du soignant et donc en position d'infériorité. Cependant, le soignant dans sa mission aux desseins altruistes peut se trouver l'obligé du patient et donc en situation d'infériorité. La dyade soignant-soigné, peut amener chacun à revendiquer sa position de supériorité dans la relation et devenir le persécuteur de l'autre.

Pour Lagache, la relation intersubjective est en effet dominée par la notion de sado-masochisme et le conflit psychique peut être compris comme un conflit de demandes. Il soutient que la position de « demandeur » est, virtuellement une

position de persécuté-persécuteur, parce que la médiation de la demande introduit nécessairement les relations sado-masochiques du type domination-soumission (Lagache D, 1982).

Le risque est que le soignant, abusant de sa situation privilégiée, entretienne la différence dans une relation inégalitaire, empêchant l'épanouissement du patient, ou bien que le patient, profitant de son statut d' « ayant droit », contraigne le soignant à accepter l'intolérable.

*(1) FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ À LA RELATION
D'EMPRISE POUR LE PATIENT.*

Généralement le soin prend place dans un cadre spatio-temporel prédéfini par le soignant, plus rarement par le patient. Ainsi le patient doit se soumettre à un lieu de prise en charge, nombreux en psychiatrie : CMP, libérale, cliniques, hôpital. La composante temporelle s'impose également à lui à bien des égards (heure des repas, heure de la prise des traitements, durée de consultation,....).

Quelques soit le cadre de soin, il implique un ensemble de règles auxquelles le patient est confronté et doit se soumettre. C'est ainsi que, dès le début des soins, l'individu passe du statut de sujet à celui de malade, puis de patient. Il est alors tenu de respecter les règles promulguées par les soignants. La liberté et l'autonomie du patient sont limitées par le respect de ces règles. Les règles de fonctionnement sont propres à un soignant, à une équipe ou à une institution de soin. Ces règles correspondent à leurs histoire, une philosophie, une théorie ou un idéal et peuvent être très éloignées des convictions du patient.

Le patient peut réagir par deux attitudes opposées : l'acceptation ou la révolte. Il apparaît alors aux yeux du/des soignant(s) comme le « bon malade » ou le « mauvais malade ».

Le « bon malade », accepte sans rechigner le cadre établi pour bénéficier d'une prise en charge ; permettant aux soignants d'œuvrer sans jamais se remettre en question.

Le « mauvais malade », lui ne s'y soumet pas et risque d'être disqualifié comme un « manipulateur », un « opposant », car il menace l'équilibre du soignant en lui renvoyant l'aspect péremptoire et coercitif du cadre de soin. C'est pourquoi, dans certains cas le patient n'a d'autre choix pour se singulariser que d'entrer en conflit avec le soignant (Thiemard, 2005/2006).

Des situations d'emprise institutionnelle peuvent progressivement se greffer à la relation de soin, avec un système basé sur un jeu de récompenses/ sanctions. Les « faveurs » étant « accordées en échange de la soumission mentale et physique au personnel ». Elles sont « la charpente de la nouvelle personnalité (du patient) au sein de l'institution ». (Goffmann, 1968).

Le cadre de soin, peut devenir le seul référentiel dont dispose le patient, l'incitant à se soumettre, dans une dépendance au soignant qui lui retire toute possibilité de libre arbitre. Cela peut même aller jusqu'à modifier la personnalité du patient. Le poids institutionnel « force le reclus à se défaire de son moi antérieur » pour satisfaire aux exigences du soignant. Goffmann, décrit le phénomène de « déculturation », qui entraîne la perte ou l'impossibilité d'acquérir les repères ou les aptitudes nécessaires pour retourner vivre dans la société (Goffmann, 1968).

(2) FACTEUR DE VULNÉRABILITÉ À LA RELATION D'EMPRISE DU PATIENT SUR L'ÉQUIPE SOIGNANTE

Il arrive dans certains cas que le patient habitué des structures sociales ou médicales puisse analyser le fonctionnement institutionnel et y adapter son comportement afin d'obtenir, de façon indirecte, des aménagements en sa faveur. Certains patients ont par exemple identifié que le maintien dans leur discours d'éléments suicidaires va obliger le soignant à initier ou à prolonger une hospitalisation, même injustifiée, sa responsabilité professionnelle étant engagée (Thiemard, 2005/2006). On peut analyser ce comportement comme de la manipulation, voire du chantage vis-à-vis du soignant.

Dans d'autres cas, un patient peut se montrer intransigeant et exprimer clairement son refus de collaborer avec le soignant dans la prise en charge. Le plus fréquemment, il s'agit là soit d'un déni des troubles, soit d'une compréhension et un

détournement à son profit des règles institutionnelles. Les soignants peuvent alors contraindre le patient à modifier son comportement par le rappel à la loi, un durcissement des règles, voire l'application de sanctions (Thiemard, 2005/2006).

II) FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ À LA RELATION D'EMPRISE DANS LE SOIN : LES MOUVEMENTS RÉGRESSIFS DU PATIENT.

La maladie, entraîne naturellement des mécanismes adaptatifs permettant à l'individu, de se réorganiser transitoirement au niveau de ses défenses psychiques. Ce mouvement que l'on nomme « régression » est un mécanisme inévitable de protection qui consiste pour tout organisme à se replier sur lui-même en cas d'agression ou de souffrance. Elle se caractérise par une réaction de retrait sur soi et l'émergence d'un comportement infantile (retour à un stade antérieur du développement affectif) (Jeammet P, 1996). Le patient réduit alors ses champs d'intérêts, ne vivant plus que dans le présent et ne supportant plus la frustration. Il se montre égocentré, dans un rapport au monde qui ne prend pas en compte l'altérité (n'envisage plus le monde que par rapport à lui-même). Les plaisirs et les satisfactions régressent, et l'on peut voir un refuge dans le sommeil ou l'oralité (hyperphagie, surconsommation médicamenteuse, abus de produits,...)

Cette perte d'autonomie liée à la maladie s'accompagne d'une intense dépendance à l'entourage « proches » ou « soignants » et d'une hypersensibilité aux réactions de celui-ci. Le malade adopte un mode de pensée magique, avec croyance en la toute-puissance du médecin, du médicament ou de la maladie. Il peut afficher, de façon inopportune de la colère, un repli pseudo-mutique ou un refus transitoire de relation, une opposition, une projection hostile, la dénonciation de l'incompétence des soignants.... (Lafay N, 2003), (Walter N, 2003). Le patient qui n'est plus préoccupé que par son propre désir, ou l'autre n'existe plus, peut transformer le soignant en l'objet d'une relation d'emprise.

La régression permet d'assumer la menace liée à la maladie, mais elle rend aussi le patient plus fragile au stress et peut constituer un facteur d'aggravation (Ampelas JF, 2002). Elle permet au patient de s'en remettre aux soignants et de faire face à l'annonce d'informations négatives. A l'inverse, en refusant de régresser, par peur de

la passivité et de la perte de contrôle, le patient peut mettre en place une sur-adaptation coûteuse en énergie pouvant le conduire à l'épuisement. Si la régression permet l'adaptation au début de la prise en charge, elle peut être un frein à l'autonomisation lors de la convalescence (Ampelas JF, 2002).

D'autre part, elle assoit le patient dans une position de dépendance majeure qui peut placer le soignant sous son emprise. Les éléments biographiques comportant des carences affectives, un abandonnisme ou une dépression anaclitique sont autant de facteurs aggravant la dépendance et la vulnérabilité face à l'emprise soignante. De même, des traits de caractères comme l'immaturation ou la suggestibilité peuvent aussi favoriser la dépendance et l'emprise soignante.

Dans le cas clinique présenté au début de notre thèse, on retrouve ces mécanismes adaptatifs, avec une patiente qui passe de l'aliénation à son mandataire à la dépendance institutionnelle.

III) LES FACTEURS DE PRÉVENTION DE LA RELATION D'EMPRISE.

Dans la relation de soin, le risque est très important, de recréer, rejouer par le jeu des automatismes de répétition, une situation pathogène déjà vécue par le patient. L'attitude idéale du soignant est celle du respect et de la tolérance de l'autre, c'est-à-dire, aider le patient en l'acceptant tel qu'il est sans le juger. « Le rôle du thérapeute est avant tout de ne pas prendre la place d'une relation pathogène » (Ey H, 1989) ; Si le thérapeute parvient à être une présence attentive et neutre devant celui qui lui demande, à travers les symptômes, une révélation de lui-même au-delà de ce qu'il peut, une possibilité de nouveau développement sera offerte au sujet. (EY, 1989)

Pour cela Ey préconisait à l'attention des jeunes psychiatres : « tous ont besoin d'une méthode et d'une série d'hypothèse de travail pour la compréhension des tableaux psychopathologiques et pour le travail psychothérapeutique inséparablement lié à leur fonction » (Ey, 1989). Ey précise « il faut et il suffit, [comme l'a souligné Balint] que la personnalité du médecin subisse et accepte une « légère modification » qui concerne sa place, son rôle, sa vision de lui-même » (Ey, 1989).

Nous faisons l'hypothèse, que l'ouverture des soins, à d'autres personnes que les soignants eux-mêmes puisse aussi jouer le rôle de garde-fou, dans les relations d'emprise. Le patient, seul face à l'équipe soignante, aura bien du mal à critiquer le cadre et les dérives de celle-ci mais si l'on prend un sujet extérieur au cadre, n'ayant pas l'obligation de s'y référer (ni pour le patient, ni pour le soignant), la critique de ce dernier n'en sera que plus légitime. La personne de confiance donnant un avis plutôt qu'un choix, cela permet aux équipes de garder la supériorité par rapport aux patients sans, discréditer l'avis d'un tiers mais en le prenant suffisamment en compte pour qu'une remise en question soit possible.

5) LE TIERS EN PSYCHIATRIE

Ainsi que nous l'avons vu précédemment, la relation d'emprise est le plus souvent une relation duelle donc non médiatisée. A l'hôpital, cette dualité se transpose dans la relation entre le patient et l'équipe soignante. Notre hypothèse est que la place d'un tiers permet de trianguler la relation et d'en éviter ainsi les dérives. Nous aborderons dans cette partie les considérations générales relatives à la fonction de tiers.

A) LE CONCEPT DE TIERS

1) LE TIERS DE L'ORDRE SYMBOLIQUE

Les modèles ternaires se retrouvent dans la psychanalyse du XXème siècle et notamment dans l'œuvre de Jung. Dans ses textes d'herméneutique de la culture et dans sa pensée religieuse, il développe une « pensée du tiers ». La théorie de l'archétype, est fondée (selon Christine Maillard) sur des structures ternaires dans lesquelles le troisième élément occupe une place privilégiée : soit comme une synthèse des deux premiers, soit comme l'Autre radical qui n'est identifiable ni à l'un ni à l'autre terme. Le tiers est pour Jung un élément dynamique qui est appelé à assumer une fonction thérapeutique puisqu'il est associé à un travail d'intégration des contradictions, qui rend possible la métamorphose du sujet.

Dans l'ontogenèse le rôle du tiers est également attesté par Winnicott, en introduisant le concept « d'espace transitionnel », pour préciser le rôle de certains objets privilégiés dans l'environnement du nourrisson (Winnicott, 1971). L'espace transitionnel est chargé de s'interposer entre le dedans du moi et le dehors du non-moi, il constitue une sorte de tiers instaurateur permettant à l'enfant de relier progressivement à l'altérité du monde en acceptant la différence et la similarité.

La psychanalyse de Freud et de Lacan accorde au tiers une place essentielle dans l'ascension du sujet à la réalité, laquelle est déterminée à partir du registre du signifiant, autrement dit celui du symbolique et de la loi.

Dans le champ psychanalytique, «la loi symbolique » désigne la loi du langage, autrement dit le fait que la condition humaine tient au fait même de la parole (ce qu'en terme Lacaniens on appelle « l'aliénation au signifiant ». Être humain procède d'une inévitable dissolution du réel par l'effet du signifiant, au point que chaque élément de la réalité ainsi forgée relève « essentiellement », si l'on peut dire d'une représentation. Le langage condamne donc les humains à la représentation, en éloignant d'eux l'immédiateté de la jouissance du réel : la jouissance « naturelle » et directe du monde est impossible à qui parle comme tel, pourrait dire Lacan. La conséquence de cette aliénation au langage tient également dans l'interdit de la jouissance, au sens du tabou fondamental de l'inceste. Lacan en déduit que la loi symbolique a pour conséquence que la jouissance, qu'il faut ici distinguer du plaisir, est « inter-dite » aux parlêtres « ce à quoi il faut se tenir, c'est que la jouissance est interdite à qui parle comme tel, ou encore qu'elle ne puisse être dite qu'entre les lignes pour quiconque est sujet de la Loi, puisque la Loi se fonde de cette interdiction même » (Lacan 1960/1966).

Le tiers sépare, et permet ainsi une mise à distance qui « dédramatise » bien des situations complexes et en atténue la portée affective tout en favorisant une mise en parole de ce qui n'avait souvent jamais été même pensé. Parler à un tiers, professionnel, est donc devenu assez courant.

La psychanalyse a également montré l'importance du tiers dans l'ordre familial où il joue un rôle essentiel dans la structuration affective de l'enfant. Freud l'a assimilé

au passage de la relation dyadique mère/enfant à la relation triangulaire du complexe d'Œdipe, dans laquelle il voit une configuration anticipée de la société adulte.

Dès son plus jeune âge l'enfant est confronté à de multiples tiercéités partielles, qui vont préparer la place du père. La première triangulation vient du fait que la mère n'est pas exclusivement préoccupée de son enfant et que ce dernier est automatiquement mis en présence d'un « autre de l'objet » (selon une expression d'André Green dans « le langage de la psychanalyse », (Green, 1984) du fait des autres investissements affectifs de la mère. En l'absence du père, il est toujours possible de noter l'intervention d'un tiers dont le rôle essentiel de différenciation avec la mère va permettre au sujet de naître et de créer son propre espace psychique (Rojas-Urrego, 2004).

Ce qui incarne le tiers, pour le sujet est supporté par la figure du « père », en tant que celui-ci est lui aussi symbolique. Le père symbolique n'est pas le père réel, ni le père imaginaire: le père symbolique est une fonction. Ainsi sur le plan psychique, le tiers n'est pas quelqu'un, ni une personne qui incarnerait la Loi, mais plutôt une fonction. Le tiers est une fonction nécessaire à la relation entre le sujet et les autres, le tiers permet en fait d'organiser les relations et d'en maintenir l'équilibre.

Lorsque le tiers fait défaut, lorsque le Nom-du-Père, est défaillant interdisant ainsi à l'enfant d'accéder à l'ordre symbolique, elle lui laisse le champ libre à la toute-puissance maternelle qui, dès lors, peut s'étendre jusqu'à prendre des formes monstrueuses. Dans les couples mère/filles, le père permet par sa différenciation sexuelle de médiatiser la relation et d'éviter la confusion des identités. Le père incarne également le principe d'autorité qui est au fondement de l'ordre social. (Dans les romans de Bret Easton Ellis, il est décrit la défaillance du père pour la jeunesse américaine, il se développe alors la poursuite effrénée du plaisir et l'absence de structures répressives qui ont pour conséquence l'effacement de toute conscience morale et la violence gratuite qui conduisent à la déshumanisation de toute une société. L'absence d'un tiers qui intervient entre le sujet et son désir de toute puissance condamne ce dernier à la répétition et à la pulsion de mort : le désir ne s'épuise pas, il se renouvelle sans fin dans un cycle qui condamne le sujet à toujours « tout recommencer à partir de zéro ».

II) LE TIERS ANTHROPOLOGIQUE

Le tiers est en plus d'être une composante essentielle à la construction de l'individu, il est un des fondements de l'ordre social. Lié à l'ambivalence d'une double instance : conciliation et destruction. Selon René Girard, l'ordre social ne peut être institué que grâce à l'ouverture sur une altérité transcendante : le tiers institutionnel que représente la justice permet d'instituer l'ordre culturel en mettant fin à l'affrontement duel, à la violence réciproque. L'institution judiciaire représente un médiateur symbolique. Le tiers au fondement de l'ordre culturel, est lié à une violence fondatrice dont la figure privilégiée est le bouc émissaire. Dans la théorie de René Girard, le bouc-émissaire est le tiers qui permet d'expulser la violence intestine et de ramener l'ordre en son sein, en détournant la violence réciproque sur une troisième personne. Après son sacrifice, le tiers est sacralisé et transformé en puissance bénéfique, donnant un fondement transcendant à l'interdit de tuer, tout en liant de manière inextricable la violence et le sacré. Le sacrifice ouvre ainsi la voie à une réciprocité positive qui permet aux sociétés humaines de sortir de la violence et d'entamer une socialité positive.

René Girard, défend également l'idée que si le tiers nous permet de quitter le cercle vicieux de la violence mutuelle, il est aussi celui qui nous y fait entrer. En effet, pour Girard, le désir se construit dans la médiation, il implique l'intervention d'un tiers qui nous désigne l'objet à désirer (Girard, 1961). En conséquence cette imitation réciproque des désirs, où chacun devient le double de l'autre, débouche sur une concurrence implacable où la violence mutuelle devient la loi de toute réciprocité. Le dialogue peut permettre de sortir de ces schémas symétriques, qui font entrer la parole soit dans une communication sans reste, soit dans un jeu de retournements contradictoires dont l'escalade peut mener à la violence. Lorsque le dialogue qui fait tiers s'attache à rechercher une solution commune à un problème objectif, c'est-à-dire lorsque les interlocuteurs ne cherchent plus à défendre un parti déjà pris mais qu'ils coopèrent pour traiter ensemble une contrariété irréductible.

B) LE TIERS À L'HÔPITAL

1) LE CADRE INSTITUTIONNEL.

« Instituer signifie instruire, établir de manière durable, instaurer, ériger. C'est l'ensemble des formes ou structures fondamentales de l'organisation sociale ». Organisation qui s'appuie sur un dispositif réglementé, formalisé, l'Institution médico-sociale est regroupée autour de valeurs morales et de fonctions sociales (Mercier, 2013).

Claude Lévi-Strauss, dans son approche ethnologique et anthropologique, a montré combien tous les peuples étaient assujettis à des règles qui s'apparentaient aux structures de la parenté et que leurs normes répondaient autant à un désir de pérennisation familiale qu'à une nécessité de vivre en communauté. Freud n'a pas ignoré non plus l'institution, puisque les sociétés psychanalytiques sont nées de son désir de pérenniser ses découvertes et de faire en sorte que celles-ci évoluent au fil des recherches et des découvertes cliniques. Dans sa deuxième topique (moi, ça, surmoi), Freud représente le surmoi, comme l'instance psychique qui intériorise l'ordre paternel, l'ordre éducatif et l'ordre social. L'enfant hérite de l'instance parentale et intériorise quantité de règles, d'interdits, de savoir-vivre sensés l'aider à mieux vivre avec sa famille et plus tard dans la société en général. L'institutionnel, l'institué, sont déjà présents dans nos références, mais aucun d'entre nous n'a intégré ces valeurs de la même manière.

L'institution fonctionne comme un groupe avec son idéologie, sa philosophie et sa dynamique propre, au travers des sujets, généralement fédérés autour de concepts, d'une idéologie semblable et de métiers complémentaires qui la composent. L'institution doit, aussi, composer avec les émotions, les personnalités, les désirs de chacun, même si ceux-ci ne s'expriment pas pleinement et directement dans cette sphère sociale de travail contractualisé. René Kaës rappelle que « l'institution est le lieu d'un double rapport, du sujet singulier à l'institution et d'un ensemble de sujets liés par et dans l'institution » (Kaës, 2012).

L'institution est composée du sujet qui parle, d'un groupe (référence aux pairs) et d'instances de régulation qui agissent au nom et pour la collectivité. Pour que les trois termes : singulier, groupe, collectif, puissent se conjuguer, il faut une

organisation qui assure, le passage de l'un à l'autre en différenciant le plus possible le champ de chaque système et de chaque contenant, tout en préservant les interfaces nécessaires au bon fonctionnement

Le dispositif institutionnel dans sa fonction de triangulation va permettre, tout en limitant nos désirs, de nous appuyer sur une réalité collective. C'est dire que, plus le dispositif institutionnel est sécurisant, autant par la rigueur de son cadre que par la qualité et les compétences de ses membres, plus les bénéficiaires deviendront eux-mêmes acteurs de leur demande et de leur itinéraire (Mercier C. , 2008). Cependant comme nous l'avons vu précédemment, le cadre de soin peut devenir l'instrument d'une relation d'emprise et ne peut donc jouer seul ce rôle de tiers médiateur.

Nous pouvons illustrer notre propos par la réglementation sur l'utilisation des téléphones portables au sein des différentes unités de soins. Si dans certaines unités de soins le téléphone portable est utilisable tout le temps, son accès peut-être réglementé voir interdit dans d'autres. Ainsi en cas de conflit entre le patient et le soignant, la référence au règlement, permet de trianguler la relation en évitant un conflit interpersonnel.

II) LE TIERS DANS LES HOSPITALISATIONS SOUS CONTRAINTES

(1) ASPECTS HISTORIQUES.

A l'hôpital psychiatrique, lorsque l'on parle de « tiers », il s'agit généralement du tiers dans les hospitalisations sous contraintes. Nous nous intéresserons dans cette partie, à en décrire sa place et sa fonction.

Sur le plan historique, c'est initialement la loi du 30 juin 1838, promulguée par Louis Philippe (roi des Français) qui prévoyait deux modalités d'internement : le placement volontaire s'appuyant sur l'entourage du malade et le placement d'office. Les premiers textes évoquant le placement d'une demande de placement formulée par une personne extérieure à l'entourage du patient est une circulaire ministérielle de 1838 condamnant les placements d'office instaurés au lieu des placements volontaires gratuits. C'est la loi de 1990 qui définit le tiers légitime pour demander une admission « La demande d'admission est présentée soit par un membre de la

famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil » (Loi n°90-527, 1990). Dans le texte de 1990, le degré de parenté mis en avant dans la loi de 1838, devient secondaire par rapport à la nature des relations entre demandeur et bénéficiaire. Les jurisprudences successives, insistent sur la nécessité pour le tiers de pouvoir prouver d'une part, l'existence de « relations » ou de « liens personnels » avec le malade et d'autre part, l'antériorité de ces liens par rapport à la demande d'admission.

La loi actuelle du 5 juillet 2011, venue réformer la loi de 1990, précise le tiers comme suit : « une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci. La forme et le contenu de cette demande sont fixés par décret en Conseil d'Etat » (Loi n°2011-803, 2011).

(2) RÔLE DU TIERS DANS LES SOINS SOUS CONTRAINTES.

En dehors de cette fonction presque purement administrative et légale, il existe très peu de publication sur le rôle à jouer par ce tiers. Certains sites associatifs destinés aux patients et aux familles des patients proposent d'en saisir la fonction générale (psycom.org).

Les fonctions du tiers sont résumées ainsi :

Au cours de la prise en charge du patient, le tiers doit être informé d'un certain nombre d'éléments purement légaux concernant le patient. Ainsi, il est averti :

- Du passage d'une prise en charge en hospitalisation complète vers des soins ambulatoires et de la levée de la mesure de soins.
- De la requête du patient auprès du JLD pour demander la fin de son hospitalisation
- De la date de l'audience dans le cadre de la saisine systématique du JLD lors d'une hospitalisation complète continue de 15 jours.
- D'une autorisation de sortie non accompagnée de courte durée (maximum 48heures)

Par ailleurs le tiers ayant signé la demande de soin sous contrainte à un certain nombre de droits dans l'intérêt supposé du patient. Il est considéré comme un verrou, contre les abus potentiels des soins sous contraintes. Il peut agir à différents niveaux :

- En communiquant avec les autorités (président du tribunal de grande instance (TGI), Préfet, Procureur)
- En saisissant la commission départementale de soins psychiatriques (CDSP)
- En saisissant la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) de l'établissement où le patient est pris en charge.
- En prenant conseil auprès d'un avocat ou d'un médecin
- En informant le Contrôleur général des lieux de privation de libertés (CGLPL) de faits ou de situations susceptibles de relever de sa compétence
- En consultant le règlement intérieur de l'établissement pour obtenir les explications qui s'y rapportent.

Le tiers peut s'il le souhaite, saisir le JLD afin de demander la levée d'une mesure de soins sans consentement. Pour cela, il doit rédiger une requête détaillée, que le juge examine afin de donner son jugement. Le juge peut demander à entendre le tiers. Enfin, le tiers peut demander la levée de la mesure de soins psychiatriques au directeur de l'établissement qui peut refuser si un certificat de moins de 24 heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient.

Le tiers ne peut en aucun cas obtenir une sortie contre avis médical.

(3) *DE NOUVEAUX TIERS.*

Depuis la réforme du 5 juillet 2011, de nouveaux personnages sont venus s'introduire dans cette fonction de tiers.

En premier lieu, **la justice** :

En effet, l'une des principales nouveautés de cette loi est l'introduction du contrôle judiciaire de l'ensemble des admissions sans consentement. Discutée depuis la loi de 1838, espérée par les associations de patients, les psychiatres et les familles, elle s'est imposée au législateur afin de maintenir la constitutionnalité. Ainsi le juge des Libertés et de la Détention porte un avis extérieur sur la mesure d'hospitalisation avant le quinzième jour d'hospitalisation.

En deuxième lieu, **le directeur de l'établissement** :

La loi du 5 juillet modifie la position du directeur, il n'est plus celui qui « prononce » l'admission mais celui qui « décide ». Le législateur a vraisemblablement voulu que le directeur de l'établissement partage la responsabilité de l'admission en soins psychiatriques sans consentement au moyen de cette capacité décisionnelle. Par ailleurs en cas de demande de levée de la mesure de soins psychiatriques au directeur de l'établissement, ce dernier, peut refuser la levée de la mesure, si un certificat médical datant de moins de 24 heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient.

En pratique, le pouvoir décisionnel du directeur d'établissement dans ces admissions est illusoire, principalement lié aux certificats et avis médicaux.

Enfin, **l'avocat** :

Il est un nouveau professionnel auprès de la personne malade. En effet, le patient peut solliciter lors de son audience auprès du JLD, la défense d'un avocat. Pour ce « tiers ? » il ne s'agit pas de redonner la liberté à son client sans prendre en compte le fait que la personne malade a perdu sa liberté d'être du fait de sa maladie et que sa liberté ne peut être restaurée que par les soins.

III) L'ENTOURAGE.

Certaines thérapies, proposent d'aborder l'individu et sa pathologie dans de plus larges ensembles, donnant de nouvelles configurations à la place de l'entourage et des tiers au sein de l'institution. C'est notamment le cas des thérapies systémiques, qui ont tendances à se développer de plus en plus en France. Dans plusieurs pays anglo-saxons, elles sont intégrées aux protocoles thérapeutiques de certaines cliniques psychiatriques : l'admission d'un patient ne se faisant que si les parents et la famille sont d'accord pour assister régulièrement à des rencontres collectives.

Les théories systémiques suggèrent que le malade désigné, hospitalisé pour des troubles psychiatriques, ne peut être considéré comme un individu isolé porteur de sa seule et propre histoire. Il est aussi membre d'une famille avec les rôles et place qu'il y tient. Daigremont et Guitton constatent que dans la prise en charge des patients psychotiques l'environnement familial et social est souvent considéré en faisant le plus souvent référence à une seule causalité linéaire (Daigremont A, 1979).

Les thérapies systémiques font l'hypothèse que le malade désigné n'est pas victime de mauvais parents ou d'une mauvaise famille. Elles considèrent tous les membres de la famille, malade inclus comme les complices de la situation

pathogène, le but étant de protéger l'homéostasie du système familial, qui les retient prisonniers à l'intérieur.

Les Travaux de Mara SELVINI PALAZZOLI ont montré que la crise psychotique survenait lorsque l'escalade symétrique était exacerbée au maximum. Il s'agit alors d'une lutte acharnée pour le pouvoir dans le cadre d'une relation non définie au départ ou définie comme indéfinissable. Ainsi, le patient désigné a l'illusion de prendre le pouvoir en développant symptômes psychiatriques et maladie psychotique. Les autres membres de la famille, eux, ont l'illusion de reprendre le pouvoir en endossant le rôle de coupables. Telle est la situation quand l'institution psychiatrique est sollicitée, quand on lui demande finalement un arbitrage. Quel rôle va-t-elle alors pouvoir jouer, comment va-t-elle pouvoir répondre ?

Si elle n'y prend pas garde l'institution (équipe médicale et infirmier(e)) est absorbée dans cette escalade symétrique pour le pouvoir, en particulier si elle confirme la nécessité de la séparation entre le « malade » et les « sains ». Ainsi elle renforce chaque protagoniste dans son illusion d'avoir le pouvoir et contribue à la perpétuation de leur jeu. Si l'institution choisit de protéger le malade de sa famille (exemple : en interdisant les visites, le téléphone), elle confirme bien que :

- Le patient a tout pouvoir, grâce à ses symptômes.
- La famille a raison de se sentir coupable puisque si elle est hors circuit, tout va mieux.

Les hypothèses d'une telle réaction de l'institution peuvent être les suivantes :

- La séparation pourrait permettre l'autonomisation du patient et que c'est le seul chemin pour y parvenir (l'expérience prouve souvent le contraire)
- L'institution répond à un souhait réel du patient de ne plus être en situation de dépendance mais nous savons aussi que la dépendance vis-à-vis de l'hôpital se substitue à la dépendance de la famille.

L'institution prend parti dans l'escalade symétrique parce qu'elle-même a l'illusion ou la prétention de pouvoir changer le schizophrène. L'institution a la conviction erronée d'être plus forte que le système familial, pour ne pas dire meilleure. Elle

oublie ou ignore que dans cette relation qui vient de se créer institution-famille, le système familial sera toujours plus fort. En effet, même séparés dans le temps ou l'espace, les membres de la famille obéiront toujours aux règles du jeu qu'ils ont élaboré ensemble.

Sur le plan pratique :

Les thérapeutes utilisant la systémie comme outil thérapeutique, vont chercher à trianguler la communication au sein du système. La véritable information naîtra de la différence des différents points de vue : « une communication est une différence » (BATESON). Dans leur ouvrage, Daigremont et Guitton décrivent le fonctionnement de leur service de psychiatrie, reposant sur un travail systémique. Ainsi lorsqu'un patient est hospitalisé l'équipe travaille avec le système familial et les entretiens se font de manière collective afin d'éviter de maintenir les paradoxes du système. L'exemple est donné par les appels téléphoniques urgents de la famille avec des questions graves à poser au psychiatre traitant. Ces informations échangées en cachette du patient constituent les manipulations habituelles de ces systèmes familiaux.

IV) LA PERSONNE DE CONFIANCE ?

Depuis la loi du 4 mars 2002, il faut compter maintenant sur nouveau personnage dans la relation entre le patient et son médecin ou plus largement entre le patient et l'équipe soignante. En effet, cette loi développe le dispositif de la personne de confiance que nous allons détailler dans la partie qui suit. Il s'agit là peut-être, d'un nouveau tiers dans la relation entre le patient et l'équipe soignante. Peut-être son implication dans les soins, permet-elle de trianguler la relation ?

II- LA PERSONNE DE CONFIANCE.

Comme nous le verrons dans cette partie la personne de confiance est née principalement de réflexions autour des soins touchant au corps. Ce sont d'abord les évolutions médicales somatiques, avec le prolongement de l'espérance de vie, l'apparition des premiers comas dépassés qui ont interrogé la société et le législateur sur les limites décisionnelles du corps médical.

1) ASPECT HISTORIQUE.

Dans cette partie nous nous proposons de retracer l'évolution de la relation entre médecin et malade en France, et d'en expliquer l'orientation actuelle à mi-chemin entre les modèles paternalistes et autonomistes. Les grandes déterminations historiques et sociétales ont profondément modifié la relation de soin, par le recul du paternalisme autoritaire, la montée de l'individualisme ainsi que la revendication d'autonomie pour la personne dans les sociétés occidentales. Fruit de ces modifications la loi du 4 mars 2002, fait le lien et permet d'affirmer sur le plan légal les droits et les devoirs de chacun.

A) LE PATERNALISME MÉDICAL.

Depuis des temps reculés, la médecine s'est donnée pour objectif de lutter contre la maladie. Jusqu'à la fin du XVIIIème siècle, la médecine était surtout un art d'accompagner le patient à supporter ses maux, sans influence sur la durée de la vie. Avec l'accompagnement religieux, elle permettait au malade de supporter son destin, le médecin avait pour fonction celle du soutien et de l'accompagnement.

Cette relation, unissant le malade et son médecin est généralement nommée sous le terme de « paternalisme médical ». Relation souvent décrite comme inégale et déséquilibrée, avec un médecin représentant le Savoir et garant de son objectivité face à un patient impuissant et dans l'ignorance. Le patient est alors considéré comme incapable de comprendre sa maladie, et de décider pour lui-même de ce qu'il souhaiterait comme vie ou comme mort. Dans ce modèle relationnel, le médecin

prend toutes les décisions concernant son patient, qui de fait est consentant et passif.

Le paternalisme médical, part du principe que les décisions médicales doivent respecter avant tout le principe de bienfaisance. Ce principe, peut être expliqué comme la conjonction de plusieurs devoirs. Il comprend, le devoir de ne pas nuire (« *primum non nocere* »), le devoir de supprimer le mal ou la souffrance et le devoir de faire le bien ou de promouvoir le bien (Parizeau MH, 1993). On retrouve ces mêmes devoirs dans le serment d'Hippocrate, toujours d'actualité. Le médecin a donc pour fonction de protéger le malade de son état d'ignorance, sa faiblesse et de prendre en charge la responsabilité de décider. Le modèle paternaliste se construit sur le fait que le patient affaibli dans son corps et dans sa conscience, ne peut prendre les bonnes décisions. Le médecin est alors considéré dans une morale du bien. Le paternalisme, s'appuie sur une morale qu'on qualifie de « déontologique ».

Dans la philosophie moderne, on oppose la morale « téléologique » qui juge l'action selon sa finalité à la morale « déontologique » qui s'inspire de la notion de devoir, de respect des règles qui se fonde sur l'égalité humaine de chacun en tant que sujet moral. La morale « déontologique » orientée vers le Bien à faire, s'appuie sur le principe de bienfaisance ou de non-malfaisance. Elle est qualifiée de paternaliste par rapprochement avec la paternité. Le médecin à l'image des parents, à la fois bienveillants et bienfaisants pour leurs enfants, a l'obligation morale de protéger le patient rendu physiquement, psychologiquement et intellectuellement vulnérable du fait de son état pathologique. La morale « téléologique », prône le respect de la liberté et de la capacité du patient de prendre toutes les décisions le concernant dans une relation de type contractuelle avec le médecin. Cette position en faveur aux États-Unis est très bien exprimée par le philosophe T. Engelhardt : « Fais à autrui son bien et non pas le Bien ».

Ces deux principes d'éthiques médicales qui opposent la France et les pays anglo-saxons se fonderaient entre autres, sur des approches différentes du sens à donner au principe d'autonomie et au problème de la propriété du corps.

Suzanne Rameix explique que le principe d'autonomie implique qu'on « considère tout être humain comme une personne, c'est-à-dire comme un être libre,

déterminant lui-même la conduite de son existence ». Selon son analyse, deux interprétations peuvent en découler :

➤ La première dite « tempérée », inspirée de la philosophie des lumières en France et dans le sud de l'Europe. L'Homme libéré de la loi de la nature ou de la loi divine, mais non exonéré pour autant de référence morale, s'en remet à une exigence d'universalité qui n'est autre que le respect de ses devoirs envers les autres et envers soi-même, au titre de membre de l'humanité. Cela se traduit dans le domaine de la santé par une autonomie du patient à être maître de ses décisions et à l'impossibilité de se substituer à lui, en dehors de quelques cas où il ne dispose plus de sa liberté de jugement. En revanche, il perd ce pouvoir de décision si, à son encontre, s'il fait des choix irrationnels ou dangereux qui ne pourraient être partagés par autrui.

➤ La deuxième interprétation, dite « forte » de type anglo-saxon, est beaucoup plus radicale et porte à respecter tous les choix singuliers du patient, même dommageables, sous réserve, toutefois, qu'ils ne portent pas atteinte à un tiers. Dans le domaine médical, le praticien doit respecter la liberté du patient, ses croyances, ses choix même s'il les juge irrationnels. Cette conception de l'autonomie est celle de « l'habeas corpus » présente dans la Grande charte, promulguée en Angleterre en 1215 et reprise par « l'Acte d'habeas corpus » de 1679 qui confirmait que l'autorité judiciaire, garante de la liberté de l'individu et de son corps, primait sur l'autorité politique, policière et administrative.

Le rapport au corps diffère également entre le modèle anglo-saxon et le modèle Français. Dans le modèle anglo-saxon le corps est appréhendé comme un objet appartenant à la personne qui en est ainsi détentrice. En France, le citoyen n'est pas propriétaire de son corps, il en serait en quelque sorte « l'usufruitier » (Suzanne Rameix, 98). Selon une tradition qui remonte au droit Romain et se perpétue dans les modèles de monarchie de droit divin, le corps appartient toujours à l'État, charge à lui de définir les limites d'interventions sur lui.

B) LA REMISE EN QUESTION DU PATERNALISME MÉDICAL.

Plusieurs facteurs, ont contribué en France à une critique de plus en plus marquée du modèle paternaliste dans le domaine de la santé. De façon générale, l'abandon des sociétés traditionalistes aux profits des sociétés individualistes ont grandement contribué à la remise en cause de ce modèle. Différents facteurs permettent de rendre compte de ces évolutions sociétales.

- **Évolution de la médecine.**

Au cours des siècles la médecine s'est progressivement modernisée, en même temps que la technicité des soins. La médecine est passée du champ des « arts », à un concept basé sur l'idée d'une pratique. Autrement dit, d'un « savoir-faire », mis en avant dans la Grèce antique, à celui des « sciences », concept plus exact, validé par l'expérience.

A partir du XVIIIème siècle, la médecine est devenue de plus en plus invasive, mais aussi de plus en plus exacte et exigeante. Cette évolution a bien évidemment conduit la médecine à être reconsidérée dans sa place sociétale et donc dans son positionnement par rapport à l'individu. Comme le souligne Véronique Ghadi, l'accroissement de l'efficacité médicale, et en conséquence celle du risque, a progressivement conduit à ce que la décision thérapeutique ne puisse plus appartenir qu'aux seuls praticiens (Ghadi., 2000).

- **Le coût de la santé**

En ricochet, le perfectionnement des techniques médicales, a permis l'amélioration des soins en général, de même que le prolongement de l'espérance de vie. Ces évolutions, ont entraînées une augmentation majeure des dépenses dans le domaine de la santé. Par exemple en France, en 2009, la dépense courante de santé s'élevait à 223,1 milliards, soit environ 9,2% du PIB. Ces augmentations budgétaires ont eu pour conséquence, la nécessité de faire des choix politiques directement influencés par l'avis des usagers des soins.

- **Modification des représentations du patient dans la société.**

Les différentes évolutions de notre société ont induit de profonds changements dans la perception de l'individu, de même que sa considération sur le plan médical. Ces changements sociétaux ont contribué à remettre en cause la validité du modèle paternaliste dans la prise en charge des malades.

La démocratisation de l'enseignement, la diffusion du savoir à l'école et par internet aujourd'hui, ont permis l'accroissement des connaissances, et l'autonomie des citoyens. Le développement de l'information médicale, le consumérisme et le pluralisme des conceptions politiques, philosophiques et religieuses ont mis en tension le paternalisme médical existant. Aujourd'hui, il n'est pas rare de voir un patient ou ses proches arriver avec un diagnostic supposé. Si dans un certain nombre de cas, il est erroné et suit des phénomènes de mode, dans d'autres, il peut s'avérer fondé sur une sémiologie rigoureuse. Aussi l'avis du médecin n'est plus le seul à prendre en compte, il est à confronter aux autres informations dont dispose le patient.

En France, certains événements historiques ont marqué des tournants dans la relation « médecin-malade » et « institution-malade ».

La pandémie virale du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), communément appelé SIDA, a commencé à interroger les droits des patients dans les années 1980. En effet, il est apparu que le paternalisme médical et la théorie des protecteurs naturels ne parviendraient pas à stopper cette pandémie et qu'un changement des mentalités était nécessaire. De nombreux conjoints, se sont vu refuser des informations, voire d'approcher le patient qui leur était cher au prétexte que la famille protecteur naturel refusait jusqu'au bout la sexualité différente.

L'affaire du sang contaminé par le virus du SIDA (entre 1984 et 1985) révélée en 1991, conclut à un non-lieu général en 2003, laissant au patient une impression de manipulation et de vulnérabilité face aux médecins et aux politiques.

La création de services de soins palliatifs fin des années 90, a entraîné une nouvelle vision du soin et de la relation médecin-malade, autorisant une autre forme de soin que celle de la protection à tout prix de la mort. Les avancées des techniques de réanimation se sont également considérablement améliorées. Le coma dépassé a

été décrit en 1959, et les premières greffes prises de donneurs morts ont pu être réalisées à la suite de la redéfinition légale de la mort cérébrale. Les indications de soins en réanimation se sont élargies de plus en plus, obligeant les réanimateurs à revoir leurs procédures de choix et à faire entrer les volontés du patient dans leurs critères.

- **Les associations d'usagers.**

Depuis 1996, les usagers devaient faire partie du conseil d'administration des hôpitaux publics. La mise en place de ce dispositif semble avoir été malgré tout laborieuse. On retiendra qu'avant les années 2000, les usagers étaient principalement représentés au sein d'associations, qui ont constitué des modèles de réflexion pour définir leur place ultérieure au sein des établissements de santé. Ces modèles associatifs pouvaient être regroupés en 3 groupes : les unions d'associations familiales, les associations de consommateurs et le monde associatif spécifique à la santé.

Le monde associatif dans le domaine de la santé s'est amplifié depuis les années 1980. Ainsi en l'an 2000, on dénombrait 8000 adresses ou contacts. Ces associations représentent un ensemble hétérogène, dans lequel on distingue deux groupes majeurs : les associations de patients et les associations de défense des droits des malades. Les associations de patients ont été créées par ou pour les malades et/ou les familles concernés par une pathologie précise ou un ensemble de maladies. La plupart d'entre elles se sont construites soit en réaction à des urgences de santé publique (SIDA, hépatite,..), soit à des avancées scientifiques, soit à des stratégies de recherche ou bien encore à l'évolution d'enjeux sociaux vers des enjeux sanitaires (usage de drogues). Ces associations sont les principales demandeuses de l'évolution de la relation entre le malade et le médecin, dans l'optique de placer le malade au centre du système de soins.

- **Evolution sur le plan légal.**

En parallèle de ces évolutions sociétales, le législateur a progressivement mis en place un certain nombre de lois, modifiant aussi le rapport médecin-malade.

Dès 1947, le code de Nuremberg développe le concept que le « consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel » (Ambroselli, 1988). En d'autres termes, cela signifie que la personne concernée doit avoir la capacité légale de consentir ; qu'elle doit être placée en situation d'exercer un libre pouvoir de choix, sans intervention de quelque élément de force, de fraude, de contrainte, de supercherie, de duperie ou d'autres formes sournoises de contrainte ou de coercition ; et qu'elle doit avoir une connaissance et une compréhension suffisantes de ce que cela implique, de façon à lui permettre de prendre une décision éclairée.

La loi du 27 juin 1990, affermit les respects des droits des malades admis en institutions psychiatriques et crée une commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques chargées de contrôler le respect de la liberté et de la dignité des personnes hospitalisées sans consentement.

La loi n°94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain a modifié le Code Civil, liant la règle du consentement préalable au principe de respect de l'intégrité de la personne : « Article 16-3. Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir » (Loi n°94-653 du 29 juillet 1994).

En 1995, le code de déontologie s'enrichit d'une quatrième version, avec entre autres, un article sur l'information et d'un autre sur le consentement (Code de déontologie médicale, décret n°95-1000, 1995) :

- « article 35 . Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose ».

- « article 36. Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa

volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité ».

L'année 1995, voit également apparaître la charte du patient hospitalisé (Charte du patient hospitalisé, 1995). Elle rappelle, que les établissements de santé se doivent de veiller au respect des droits de l'homme et du citoyen reconnus universellement, ainsi que des principes généraux du droit français : la discrimination, le respect de la personne, le respect de sa liberté individuelle, le respect de sa vie privée, le respect de son autonomie.

Enfin l'arrêt n°426 du 25 février 1997 de la Cour de Cassation a profondément changé le rapport médecin-malade, en inversant la charge de la preuve. Cet arrêt indique que ce n'est plus au patient de faire la preuve de l'absence d'information mais au médecin de faire la preuve de l'information et du consentement du patient (Cass. 1ère civ, 25 février 1997, Bull. 1997, I, n°75, pourvoi n°94-19.685).

Ainsi voit-on au travers des évolutions de la société la nécessité d'une adaptation du modèle paternaliste prévalant en France jusque dans les années 50. En conséquence, le patient devient de plus en plus considéré comme un acteur autonome, capable sauf exception, de donner son consentement aux soins.

Néanmoins si la relation du médecin à son malade s'est progressivement détachée du modèle paternaliste, elle reste attachée à son héritage culturel et nous sommes encore loin du modèle anglo-saxon dit autonomiste.

2) LA LOI DU 4 MARS 2002 ET LA PERSONNE DE CONFIANCE.

A) LES TRAVAUX PRÉPARATOIRES DE LA LOI DU 4 MARS 2002.

I) *L'ORGANISATION DES ETATS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ, 1998.*

En France, de septembre 1998 à Juin 1999, se sont déroulés les états généraux de la santé. Ces états généraux avaient pour ambition de sortir des débats d'experts et de proposer une nouvelle méthode de participation, et de démocratie concernant les questions de santé. L'objectif était alors de donner la parole aux usagers du système de soin qu'ils soient ou non malades, afin de saisir leurs attentes et leurs besoins. A l'époque on ne connaissait pas de débat de cette ampleur autour de la santé.

Ces États Généraux ont connu un grand succès avec une mobilisation considérable puisqu'il a été estimé à près de 200 000 le nombre de participants. A l'issue de ces états généraux de la santé, deux données essentielles ont émergé. D'une part sur le plan individuel, il était noté la méconnaissance des usagers concernant leurs droits et d'autre part, sur le plan collectif, le souhait des usagers de pouvoir s'exprimer davantage sur les questions afférentes au système de santé (sante.gouv). Selon le mot du premier ministre de l'époque, il en est ressorti la nécessité de « mettre le patient au centre du système de santé ». Cinq recommandations majeures se sont dégagées, se résumant en cinq mots : relation, information, prévention, accessibilité et participation.

B) SUR LE PLAN LÉGISLATIF

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est la traduction, des souhaits des citoyens au cours des États Généraux de la santé, de ceux du CCNE, ainsi que des concepts politiques de Claude Evin. Cette loi légifère l'idée d'une démocratisation du système de santé, la

reconnaissance et la précision des droits des personnes malades et enfin l'équilibre des relations entre malades et professionnels de santé.

Cinq titres composent la loi du 4 mars 2002, nous nous intéresserons plus particulièrement au titre II : Démocratie sanitaire, chapitre II : Droits et responsabilité des usagers, article 11 qui définit « la personne de confiance ». Cet article définit « la personne de confiance » comme une tierce personne qui permettrait au patient d'exprimer sa volonté, les choix hypothétiques que ce dernier aurait pu faire dans le cas où il ne pourrait plus s'exprimer. Par ailleurs, la personne de confiance aurait également pour fonction d'aider le malade aux prises de décisions concernant ses soins.

Ce que dit la loi précisément :

Art. L. 1111-6. – « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci ».

C) LA NOTION DE CONFIANCE.

Dans la terminologie de la personne de confiance, on retrouve le terme de « confiance ». Il s'agit là d'un élément important rattaché à la fonction de ce nouvel acteur des soins. La désignation d'une personne de confiance, sous-entend qu'il existe entre le patient et cette personne une relation de confiance. Mais qu'est-ce que la confiance ?

Carl Gustav JUNG, rend compte de l'importance de ce concept de confiance dans l'un de ses écrits, qui illustre parfaitement les enjeux relationnels de la relation de confiance. Dans le passage cité, JUNG évoque un patient qu'il soigne depuis 9 ans : « Dès le début, je sus de quoi il souffrait réellement, mais je vis aussi que la moindre tentative pour lui faire entrevoir la vérité se heurtait à des réactions de défense si violentes qu'elles menaçaient de rompre tout contact entre nous. Que cela me plût ou non, il me fallait faire de mon mieux pour préserver la continuité de nos rapports, et suivre son inclination, qui trouvait un appui dans ses rêves, et nous entraînait toujours loin des racines de sa névrose. Nos discussions se perdaient en digressions telles que je m'accusais souvent d'égarer mon malade. Seul le fait que son état s'améliorait lentement, mais visiblement, m'empêcha de le confronter brutalement avec la vérité. Au cours de la dixième année, toutefois, mon malade se déclara guéri, et délivré de tout symptôme morbide. J'en fus surpris, car théoriquement, son état était incurable. Remarquant mon étonnement, il sourit, et dit en substance : « Je veux vous remercier pour le tact infallible et la patience dont vous avez fait preuve en me permettant de tourner autour de la cause pénible de ma névrose. Aujourd'hui, je suis prêt à tout vous raconter. Si j'avais eu le pouvoir d'en parler librement, je l'aurai fait dès ma première consultation. Mais cela aurait détruit tout rapport entre nous. Et que serais-je donc devenu? J'aurai fait moralement faillite. Au long de ces dix ans, j'ai appris à vous faire confiance. Et au fur et à mesure que ma confiance croissait, mon état s'améliorait. Il s'est amélioré parce que ce lent processus m'a permis de recommencer à croire en moi-même. Aujourd'hui, je me sens assez fort pour parler avec vous de ce qui me détruisait. » C. G. JUNG (Jung, 1964).

Le mot « relation » se définit par le rapport ou le lien entre deux êtres, ou deux choses et le terme de « confiance », est défini comme le fait de croire avec

assurance, de se fier à quelqu'un. Cela peut être un sentiment de sécurité, de confiance en soi (larousse.fr).

Dans le sens commun selon BELLENGER (Bellanger, 1995), la confiance interpersonnelle se construit dans un processus où chacun prend progressivement de petits risques l'un envers l'autre. Trois facteurs le caractérisent, selon cet auteur :

- L'engagement d'au moins une des personnes
- Le respect mutuel des personnes en relation
- La volonté de s'engager et négocier ce processus de risque pendant un certain temps.

La notion de processus introduit la notion de temporalité. Ainsi, pour qu'une relation de confiance se développe il faut lui permettre d'apparaître, de se développer et de se maintenir. Des mouvements du niveau de confiance vont apparaître entre les personnes, et vont influencer sur les variations de la distance interpersonnelle.

La prise de risque est liée aux concepts de confiance en soi et de sentiment de soi entrant dans la construction de l'identité des personnes. Un sentiment suffisamment fort de confiance en soi, autorisera la personne à cette prise de risque.

En psychologie et en psychothérapie, la confiance aux autres est donc tributaire de la confiance en soi. Selon Bellenger et Branden (Branden, 1998), il n'y a pas de confiance dans les autres s'il n'y a pas un bon dosage de confiance en soi. Pour ces auteurs l'enjeu de la confiance en soi est considérable au vu des conséquences de ses manifestations : oser, réaliser, se donner des objectifs et les atteindre. La problématique de la confiance en soi tient vraisemblablement à la qualité de la construction d'un Moi assez solide et aux influences plus ou moins favorables d'un contexte social capable de remodeler des tendances inscrites très tôt en dur.

Freud, Boesh et Bernard abordent le concept de Soi, ils décrivent et mettent en évidence que les instances psychiques avec leurs mécanismes de défense sont à l'œuvre dans l'édification du sentiment de confiance en soi et d'estime de soi.

Dans la relation de soin, comme nous l'avons vu précédemment, il existe une relation déséquilibrée entre les patients et les membres de l'équipe soignante. Selon Muchielli et Peplau, cette relation où chacun des acteurs est à une place sociale qui rend la relation dissymétrique tant sur le plan du pouvoir, du savoir que du jugement potentiel peut favoriser les mécanismes de défense dans le cas où elle est trop importante. Cependant, lorsqu'elle est analysée, elle peut permettre de dynamiser les soins relationnels dans l'établissement d'une relation de confiance (Peplau, 1995) (Muchielli, 1980).

D) LES MISSIONS DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

En premier lieu il est nécessaire de préciser que la personne de confiance n'a qu'un avis « consultatif » et qu'elle ne se substitue pas au patient qui l'a désigné.

Le rôle de ce tiers est très variable d'une situation à l'autre, et c'est probablement une des raisons qui rend difficilement saisissable sa fonction première « d'aide » à la prise de décisions.

1) A L'HÔPITAL.

Au sein des services d'hospitalisation, la personne de confiance est considérée comme un interlocuteur « privilégié » pour les professionnels qui prennent en charge le patient.

Selon l'état de vigilance du patient, il joue un rôle différent. En effet, dans le cas où le patient est lucide, la personne de confiance a un rôle d'accompagnement et d'assistance. Le secret médical est par conséquent levé si le patient décide que sa personne de confiance assiste aux entretiens médicaux pour l'aider dans ses décisions. La présence de la personne de confiance comme « tierce personne » peut être recommandée lors de la consultation de certaines informations médicales (article L.1111-7 CSP). De même qu'en cas d'annonce de diagnostic ou de pronostic grave la présence de la personne de confiance au même titre que celle de la famille peut être recommandée afin d'apporter un soutien au patient. (Article L1110-4 CSP).

Dans le cas où le patient est dans l'incapacité de s'exprimer, le praticien a l'obligation de consulter la personne de confiance, la famille ou à défaut les proches. Sans consultation de ces intervenants, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf s'il y a une urgence ou une impossibilité (Article L 1111-4 CSP) La personne de confiance doit alors s'exprimer au nom du patient et selon ses directives, elle ne pourra pas consentir à la place du patient. A toute fin, l'avis de la personne de confiance restera consultatif, et c'est au médecin qu'il incombera le choix final.

En psychiatrie malheureusement, la clinique peut complexifier le rôle de la personne de confiance. En effet dans les situations d'hospitalisation sous contrainte, le médecin se retrouve face à un dilemme. Il n'est pas en présence d'une personne lucide puisque son jugement est considéré comme altéré, mais sa capacité à s'exprimer est conservée. Dans ce cas-ci quelle est l'obligation pour l'équipe soignante de consulter la personne de confiance ou la famille ? Si l'on s'en tient à l'aspect purement légal, aucun texte de loi ne prévoit d'exception à l'obligation de proposer de désigner une personne de confiance dans le cas du patient hospitalisé en psychiatrie. Par ailleurs, la situation juridique du patient ne peut en rien contrevenir à ce droit quel que soit le mode d'hospitalisation (soins libres, soins sous contrainte). Seule l'incapacité médicale du patient momentanée ou permanente peut constituer un empêchement à la désignation de la personne de confiance. En cas de conflit entre le patient et l'équipe soignante à propos de la personne de confiance, il est envisageable la saisine de la CDHP (Commission Départementale des Hospitalisations en Psychiatrie) (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002).

II) AUTRES MISSIONS.

En médecine libérale, certains auteurs se sont intéressés aux améliorations que pourraient induire la prise en compte de la personne de confiance. Ainsi pour Moutel et Manaouil, « Ce tiers peut faciliter la mise en œuvre des conseils hygiéno-diététiques ou la bonne observance des prescriptions médicamenteuses, mais également de favoriser l'alliance entre le patient et le médecin surtout quand le patient est particulièrement fragilisé. Cette désignation en médecine de ville pourrait avoir un intérêt lorsqu'un patient est hospitalisé en situation d'urgence, sans famille

et inconscient, afin que l'équipe hospitalière interroge le médecin traitant et prenne en compte la personne de confiance désignée. » (Moutel, 2004).

Dans le domaine de la recherche biomédicale, l'article L 1122-1 CSP introduit qu'en cas d'urgence ne permettant pas de recueillir le consentement de la personne qui y sera soumise, le consentement de la personne de la famille ou celui de la personne de confiance est sollicité, « s'ils sont présents ». Par ailleurs, si une recherche biomédicale est envisagée sur une personne majeure, hors d'état d'exprimer son consentement et ne faisant pas l'objet de mesure de protection juridique, l'autorisation est donnée par la personne de confiance, et à défaut de celle-ci par la famille (article L. 1122.2 CSP). A la lecture de cet article, on constate alors que la personne de confiance n'a plus un simple rôle consultatif, mais un rôle représentatif puisque c'est son consentement qui est demandé.

Dans le cadre d'une prise en charge individualisée par un réseau de soins, la loi prévoit qu'un document d'information doit être délivré aux patients précisant « le fonctionnement du réseau et les prestations qu'il propose, les moyens prévus pour assurer l'information de l'usager à chaque étape de sa prise en charge, ainsi que les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité ». La loi précise que ce document doit être signé par l'usager lorsque cela est possible sinon par la personne de confiance. La famille et l'entourage ne sont pas mentionnés et c'est uniquement la personne de confiance qui est chargée de « représenter » le patient.

Enfin dans le contexte des malades en fin de vie, la loi du 22 avril 2005, dite loi Léonetti, fait de la personne de confiance un interlocuteur privilégié et qui prévaut aux autres avis non médicaux. Il est ainsi rédigé « Art. L. 1111-12. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. ». Il s'agit dans ce contexte d'un rôle uniquement consultatif et la décision reviendra en dernier lieu à l'équipe médicale.

Ainsi, comme nous l'avons observé au travers des différents articles relatifs à la personne de confiance un flou se dessine quant à son rôle. En effet, on lui voit prêté tantôt un rôle consultatif de même importance que celui de la famille ou des proches, dans certaines situations un rôle consultatif prévalant aux autres avis, et enfin un rôle représentatif.

E) OBLIGATIONS JURIDIQUES POUR LA PERSONNE DE CONFIANCE.

1) POUR LE PATIENT.

La création de la personne de confiance induit une levée possible du secret médical vis-à-vis de cette dernière. En effet, si le patient le souhaite, la personne de confiance peut être présente au cours des démarches et des entretiens médicaux comme le stipule l'article L.1110-4 du CSP.

Le rôle de la personne de confiance est opposable aux professionnels de santé : ainsi l'équipe de soin ne peut refuser la présence de la personne de confiance aux entretiens en justifiant de la violation du secret médical.

Néanmoins selon S.Moulias (Moulias, 2012), les « démarches et entretiens » mentionnés dans la loi ne comprennent pas a priori les examens cliniques.

Notons qu'en psychiatrie, l'examen clinique correspond le plus souvent aux premiers entretiens avec le malade. On peut donc se questionner sur l'applicabilité du principe de la personne de confiance en psychiatrie. Dans quelle mesure peut-on considérer que le patient n'est plus dans une période d'observation et d'évaluation clinique permettant de faire intervenir la personne de confiance ?

II) POUR LE CORPS MÉDICAL

Comme nous l'avons dit précédemment, l'équipe médicale, se doit de prendre en compte l'avis de la personne de confiance lors de la prise en charge des patients.

Si le patient demande que la personne de confiance soit présente lors des entretiens et des démarches, l'équipe soignante ne peut pas refuser sa présence sauf peut-être s'il s'agit d'un examen clinique. Un flou juridique existe donc à ce niveau.

Le dispositif relatif à la personne de confiance, a également pour conséquence de modifier le partage d'information avec la famille. En effet avant la loi du 4 mars 2002, en cas de de maladie grave, la famille était alertée de l'état du patient en premier lieu. La loi relative à la personne de confiance, ordonne qu'en cas d'hospitalisation, le médecin n'ait plus en théorie, ni à consulter, ni à informer la famille sur l'état de santé du malade. Seuls le patient et sa personne de confiance, s'il le souhaite, sont informés sur le plan médical. Le médecin est alors obligé de chercher à contacter la personne de confiance, avant même la famille et les proches, et négliger cette étape semble constituer une faute. Il est nécessaire de retranscrire sur le dossier médical les diligences faites pour contacter la personne de confiance.

En ce qui concerne l'accès au dossier médical du patient, la personne de confiance ne peut accéder seule à ces données (Article L.1111-7 du CSP). L'article 1^{er} du décret du 29 avril 2002 explique que l'accès au dossier médical n'est possible que s'il est demandé par « la personne concernée, son ayant droit en cas de décès de cette personne, la personne ayant l'autorité parentale, le tuteur ou, le cas échéant, par le médecin qu'une de ces personnes a désigné comme intermédiaire ». En revanche, l'équipe soignante peut transmettre des informations du dossier médical si le patient demande à être accompagné à la lecture de celui-ci. Si l'équipe de soin s'aperçoit que la personne de confiance abuse de la confiance du malade, le médecin pourra alerter le patient, mais le choix de celui-ci de maintenir sa désignation devra être respectée dans tous les cas.

III) POUR LA PERSONNE DE CONFIANCE.

La personne de confiance peut donc partager le secret médical avec l'accord du patient. Elle peut être présente aux entretiens médicaux si le patient le souhaite et même l'accompagner à la lecture de son dossier médical. Par ailleurs, si le patient n'est plus en mesure de recevoir les informations médicales en cas de coma, c'est à la personne de confiance que seront transmises les informations.

Sur le plan juridique la personne de confiance se doit donc de conserver un comportement de nature à honorer la confiance placée en elle. Elle ne doit pas la transgresser, fût-ce en transmettant le secret à une personne elle-même tenue au secret. Ainsi le non-respect de ce principe du secret médical relève de la faute devant le tribunal. Obtenir ou tenter d'obtenir des informations liées au secret médical est passible d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. Le délit de violation du secret est constitué par son caractère intentionnel même si l'intention n'est pas malveillante.

L'acceptation pour un individu d'être personne de confiance, l'implique dans une obligation juridique nouvelle, proche de celle du mandataire. Il s'agit alors pour cette personne de respecter au mieux la volonté de celui qui procède à la désignation. On ne saurait accepter d'être le porte-parole de quelqu'un sans avoir un minimum de connaissances sur sa volonté quant aux traitements et soins futurs. En cas de défaillance ou de contradiction de la personne de confiance avec les instructions laissées à son égard, il ne fait guère de doute que sa responsabilité pourrait être mise en cause soit par l'intéressé lui-même, soit par la famille ou les ayants-droit.

Enfin les textes ne précisent pas si la personne de confiance accomplit sa mission bénévolement ou non. Si la personne de confiance est un professionnel (avocat, médecin, notaire,...), il demandera sans doute à être rémunéré avec un prix de prestation déterminé au préalable de la désignation. Si elle est une relation personnelle du malade, sa mission reste bénévole.

F) LA PERSONNE DE CONFIANCE ET LES AUTRES REPRÉSENTANTS.

Il est important pour comprendre les rôles et les missions de la personne de confiance de la distinguer des autres intervenants extérieurs au personnel médical qui peuvent intervenir dans l'accompagnement du patient. Classiquement deux, notions peuvent faire l'objet de confusion avec la personne de confiance. A savoir la personne à prévenir et le majeur accompagnant.

- La personne à prévenir

Personne à prévenir et personne de confiance font souvent l'objet de confusion pour le personnel soignant ainsi que pour les malades. Et pourtant, on peut souhaiter que son ou sa conjointe soit prévenu de la survenue de complications médicales graves, tout en faisant confiance à un autre de ses proches concernant l'accompagnement à la prise de décision médicale par exemple.

Les rôles de la personne à prévenir et de la personne de confiance sont radicalement différents et la loi les distingue précisément. L'article R.1112-3 dispose que « le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant celle de la personne de confiance définie à l'article L.1111-6 et celle de la personne à prévenir ». L'article R. 1112-69 du CSP précise qu'en cas de dégradation de l'état de santé du patient ou du décès subi, l'équipe doit par tout moyen avertir la famille ou les proches. Dans cette situation c'est le lien de parenté ou de proximité qui guidera l'équipe dans sa recherche de contact. Malgré tout, il n'est pas impossible et il est même fréquent que le patient désigne une même personne pour assurer les deux rôles, facteur qui peut expliquer l'amalgame entre personne à prévenir et de confiance. Il est recommandé par certains de distinguer ces deux notions dans le dossier médical du patient et de les classer dans deux endroits différents du dossier.

- Le majeur accompagnant.

Dans certaines situations le patient peut demander à être accompagné par une autre personne que les titulaires de l'autorité parentale. En effet, dans le cadre de la

demande de soins dans le secret, l'article 1111-5 du CSP prévoit qu'en cas de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé du patient, le médecin peut être dispensé d'obtenir le consentement du ou des titulaire(s) de l'autorité parentale, si le mineur s'y oppose expressément. Celui-ci devra se faire accompagner d'une personne majeure de son choix. Le majeur en question, a un rôle uniquement d'accompagnateur et ne peut en aucun cas donner officiellement son avis, consentir ou signer à la place du patient mineur. Son rôle est de soutenir et d'accompagner le mineur dans ses démarches si besoin, notamment pour la sortie de l'établissement. En cas de dégradation de l'état de santé ou de perte de la volonté ou de la faculté de s'exprimer, l'autorité parentale recouvrira ses droits à l'information et de décision après que le médecin les ait prévenus.

Par ailleurs, dans le cas de la demande d'IVG dans le secret, l'article L. 2212-7 du CSP prévoit que, si une mineure non émancipée désire garder le secret sur son IVG, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour que le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale soi(en)t consulté(s) ou doit vérifier que cette démarche a été faite. Si la mineure maintient son refus, les soins et interventions pourront être pratiqués mais la mineure devra se faire accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix. Comme dans le cadre des soins délivrés dans le secret, cette personne majeure est présente aux côtés de la mineure pour la soutenir et l'accompagner dans ses démarches. Son avis et ses décisions n'ont aucune valeur aux yeux du corps médical. De la même façon, en cas de dégradation de l'état de santé, l'autorité parentale recouvrira ses droits à l'information et de décision après que le médecin l'aura prévenue.

G) QUI DÉSIGNE ?

La loi du 4 mars 2002 prévoit que toute personne majeure hospitalisée en France peut nommer une personne de confiance qui l'accompagnera lors de son hospitalisation.

1) CAS PARTICULIERS

Dans un certain nombre de cas particuliers, la désignation de la personne de confiance est soumise à des restrictions, en voici les principales :

- Pour les patients mineurs.

Les patients mineurs sont placés sous la responsabilité des titulaires de l'autorité parentale qui exercent la mission de la personne de confiance à son égard. Ils ne peuvent donc pas désigner de personne de confiance, à l'instar des titulaires de l'autorité parentale.

Cependant, bien qu'il ne puisse pas choisir de personne de confiance, le mineur peut s'opposer à la nécessité de consentement parental dans les deux situations précédemment citées (Loi n°2002-305 du 4 mars 2002 relative à L'autorité parentale (JORF, 5 mars 2002, p. 4161)).

Lorsque l'enfant perd la capacité de s'exprimer, le rôle du majeur accompagnateur prend fin et ce sont les titulaires de l'autorité parentale qui retrouvent leurs rôles dans les décisions relatives à la santé du mineur.

- Pour les incapables majeurs.

En présence d'un majeur incapable, n'ayant aucune mesure de protection juridique et présentant néanmoins une altération de sa lucidité, la désignation est libre tout comme le consentement à l'acte de soins.

Pour les patients hospitalisés sous contrainte et ne relevant pas d'une mesure de protection, le choix d'une personne de confiance est possible même en cas d'altération de leur capacité de discernement.

Dans le cas où le malade est un majeur sous tutelle, ces dispositions ne s'appliquent pas, le tuteur étant le référent pour les prises de décision. Si le patient a désigné une personne de confiance avant la mesure de mise sous tutelle, le tuteur a la possibilité de la révoquer. En cas de litige c'est le juge des tutelles qui statuera. Les majeurs sous curatelle, sous sauvegarde de justice ou sous gérance de tutelle, peuvent désigner une personne de confiance, car ces mesures de protection ne concernent que la protection de leurs droits patrimoniaux.

Enfin, il est à noter que la loi du 5 mars 2007 portant sur la réforme de la protection juridique des majeurs, prévoit que le mandataire de protection future puisse exercer les mêmes droits que la personne de confiance « ce mandataire pourra consentir à votre place à tout acte médical lorsque vous ne serez plus du tout en état de le faire vous-même » (Loi n°2002-305 du 4 mars 2002 relative à L'autorité parentale (JORF, 5 mars 2002, p. 4161)).

H) LA PERSONNE DE CONFIANCE

1) QUI PEUT ÊTRE DÉSIGNÉ ?

L'article de loi ne précise pas exactement la nature de la personne à désigner. Cependant compte tenu des fonctions que cette dernière aura, il ne peut s'agir que d'une personne physique et non d'une personne morale. Dans la loi, il est écrit que la personne de confiance peut être « un parent, un proche, le médecin traitant ou tout autre personne ». Le terme de confiance, suppose un lien relationnel préexistant entre le malade et sa personne de confiance. Aussi un malade venant d'être hospitalisé ne devrait pas pouvoir désigner un autre malade ou un soignant jusqu'alors inconnu.

On comprend implicitement qu'une seule personne peut être désignée et par conséquent la désignation d'une personne de confiance exclut la désignation antérieure.

La loi ne précise pas si la personne de confiance doit être nécessairement un majeur sans protection juridique.

II) QUELLES SONT LES MODALITÉS DE DÉSIGNATION ?

L'article L1111-6 du CSP, établit que la désignation de la personne de confiance doit se faire obligatoirement par écrit. Cette formalité empêche qu'une autre personne puisse justifier de cette qualité, en raison d'un mandat oral postérieur, pour participer aux entretiens. Le texte ne précise pas la nature de cet écrit. Il est conseillé aux professionnels de favoriser un écrit daté et signé dont la trace pourra être conservée. Certains proposent la mise en place de formalités précises, telles que le port d'une carte (Esper, 2003).

La désignation de la personne de confiance peut avoir lieu à tout moment de la vie d'un individu, il ne s'agit pas nécessairement d'une désignation au cours d'une hospitalisation. De même qu'il est possible pour le patient de maintenir, d'annuler ou de changer son choix à tout moment. Les établissements de santé ont l'obligation de « proposer » au malade cette désignation, « lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement » (article L1111-6 CSP).

Le choix d'une personne de confiance doit donc être proposé à chaque hospitalisation, cette désignation n'est en effet valable que pour la durée de ladite hospitalisation. Les hospitalisations de jour et les hospitalisations à domicile sont également concernées. Le législateur ne précise pas cependant quel professionnel délivre l'information et à quel moment. Certains juristes (La personne de confiance, 2002) suggèrent que l'admission administrative serait le meilleur moment, il serait préférable que l'équipe de soins du lieu d'hospitalisation, soit chargée de proposer la désignation d'une personne de confiance. Cependant, en pratique quotidienne la désignation de la personne de confiance lors de son admission ne semble pas toujours opportune. En effet, il s'agit d'un moment souvent éprouvant pour le patient, qui doit amasser de multiples informations et s'adapter à un nouvel environnement

qu'il ne connaît pas. Par ailleurs, si nous prenons l'exemple d'un patient délirant, détaché de tout ancrage dans la réalité, il semble peut pertinent de lui demander de faire des choix cohérents au moment de son admission.

III) LE CONSENTEMENT ?

Le consentement de la personne de confiance n'est à aucun moment envisagé par la loi. Il semble malgré tout indispensable que la personne soit informée au préalable de son rôle auprès du malade et que son consentement soit acté. Sinon la responsabilité de la personne de confiance ne peut être retenue, aucun acte unilatéral ne pouvant contraindre un tiers non consentant (Pronost, 2009). Un dialogue approfondi entre le malade et la personne désignée est nécessaire avant l'acceptation puisqu'elle aura pour mission de respecter au mieux la volonté du patient et notamment ses attentes, dans une période de vie qui peut être difficile.

3) EN PRATIQUE

Les données de la littérature médicale et juridique offrent peu de publications concernant la personne de confiance. De très rares études se sont intéressées à la personne de confiance. La majorité des articles s'intéressant à ce thème sont principalement axés sur la prise en charge des patients âgés, présentant des troubles cognitifs, des patients dans le coma et/ou en fin de vie. Le sujet interroge peu les autres disciplines médicales et nous n'avons pas pu retrouver de données sur ce thème dans la littérature psychiatrique.

Force est de constater que la mise en place de ce dispositif légal n'a pas été aussi aisée que ne l'avait imaginé les législateurs. La personne de confiance reste un terme flou, nourri de l'imaginaire des patients et des soignants lorsqu'il est abordé. La personne de confiance est souvent considérée comme une personne désignée par le malade et qui aurait le pouvoir de décider à la place de ce dernier en cas d'aggravation des symptômes ne permettant plus la communication. Cette désignation se fait le plus souvent dans l'urgence et par un patient pris à l'improviste.

A) ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES.

Aujourd'hui, il apparaît que la personne de confiance est peu sollicitée par les soignants et par les usagers des soins. On repère que l'un des principaux obstacles à la mise en œuvre du dispositif légal de la personne de confiance, résulte de sa méconnaissance à la fois par les malades et par les soignants.

En 2014, au CHU de Nantes l'audit réalisé dans les différents services de MCO évalue le taux de remplissage des dossiers médicaux concernant la personne de confiance à 46,8% et à 88% pour la personne à prévenir.

En 2003, l'Espace éthique de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP) a réalisé une enquête au niveau national auprès des professionnels médicaux et paramédicaux. Les résultats préliminaires portant sur 655 questionnaires (50% étaient des médecins et 30% des cadres de santé) montrent qu'un peu moins de la moitié des enquêtés (47,8%) affirment que les personnes malades ne sont pas informées de la possibilité de désigner une personne de confiance. De même que seuls 20,3% des personnes interrogées estimaient que la possibilité de désigner une personne de confiance est évoquée systématiquement pour toute personne hospitalisée et pour 33,1% d'entre elles cette possibilité n'est offerte que pour certaines personnes.

L'information sur la personne de confiance semble également être très hétérogène dans cette enquête. En effet lorsque la possibilité de désigner une personne de confiance est proposée, dans 10,1% des cas c'est le service des admissions qui la présente, dans 39,5% des cas c'est le service d'hospitalisation et enfin dans 10,8% des cas le médecin en consultation. A noter enfin que pour près de 49,9% des enquêtés, la désignation de la personne de confiance ne fait l'objet, dans leur établissement d'aucune procédure spécifique.

Une étude de 2008, réalisée à l'hôpital, montrait une meilleure connaissance de l'existence du dispositif sur 352 questionnaires analysés (80% des patients connaissaient cette possibilité de désignation) mais concluait pourtant à une faible connaissance du dispositif. Selon les auteurs de cet article, la méconnaissance de ce dispositif légal en expliquerait son insuccès (Zamith M, 2008).

Le rapport d'information au nom de la mission d'évaluation relative aux droits des malades et à la fin de vie en 2008 fait le constat de ce manque de connaissance : « La désignation de la personne de confiance est également un dispositif demeuré mal connu. Suggérée dès 1998 par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) dans son avis n°58, cette disposition a été introduite dans le code de la santé publique par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Six ans après son institution, la personne de confiance demeure trop souvent confondue avec la personne à prévenir. »

Ces résultats concordent avec des enquêtes plus récentes, en effet l'enquête de Clément R en 2008, a montré que sur une population de 95 patients hospitalisés seul un patient sur deux connaissait le dispositif légal de la personne de confiance. En revanche, il montre que dans une majorité des cas, les patients considèrent cette personne de confiance comme très précieuse à leur prise en charge (environ 8 patients sur 10) (Clement R, 2009).

La faible utilisation de ce dispositif s'expliquerait donc en partie par un déficit de communication et de pédagogie autour de la personne de confiance. Comme nous le verrons plus loin d'autres hypothèses permettent de rendre compte de ce constat.

B) REPRÉSENTATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE POUR LES PATIENTS.

Il existe peu d'études qui se sont intéressées aux représentations qu'avaient les malades de la personne de confiance. Seules quelques études, s'y sont intéressées et montrent l'intérêt toujours présent de l'accompagnement d'une personne de confiance au cours de leur hospitalisation. On fera le constat que la majorité de ces études sont plutôt dirigés dans l'accompagnement du patient par une personne de confiance dans les situations d'urgence, en réanimation et de fin de vie qu'elles soient palliatives ou dues à l'âge. Conditions d'hospitalisation qui mettent le patient dans une situation de grande précarité en terme d'autonomie et de dépendance.

Le groupe de recherche FAMIREA a réalisé un sondage auprès de 8000 personnes représentatives de la population générale résidant en France afin de

connaître leur intérêt sur la nomination d'un représentant, si elles étaient hospitalisées en réanimation. Plus de 90% d'entre elles étaient favorables à cette désignation et 85% souhaitaient que leur représentant participe aux décisions avec les médecins (Azoulay E, 2003).

Ces résultats coïncident avec ceux de Clément R. qui montre dans son étude de 2009, l'attachement toujours important des patients à la personne de confiance. Sur 95 patients hospitalisés, il retrouve que 84,2% des malades souhaitent que la personne de confiance les accompagne au cours de leur hospitalisation. La présence et le soutien de cette dernière lors de l'annonce du diagnostic, sont souhaités par 2/3 des malades. Lors des décisions médicales à prendre avec l'équipe soignante, 67,4% des patients estiment sa présence requise. Pour 78,9% des malades interrogés, elle serait un soutien direct lors de la maladie. Cette proportion est retrouvée à l'identique pour les décisions médicales à prendre en cas d'incapacité décisionnelle. De façon plus générale une majorité de malades (76,8%), considéraient le « rôle » de la personne de confiance comme très important. La majorité des patients interrogés (environ 75%) souhaitaient que la transmission des informations à la personne de confiance se fasse de manière conjointe par l'équipe de soins et par eux-mêmes.

L'enquête de l'APHP auprès des professionnels de la santé, semble montrer que le choix de la personne de confiance pour les patients est majoritairement celui d'un membre de la famille pour 53% des personnes interrogées (chiffre de 75% par extrapolation dans l'étude de Clément, 2009), 16,3% un proche non-membre de la famille, 13,9% un médecin et 2,1% d'autres personnes. Ses résultats sont proches de ceux de l'étude FAMIREA, qui montre un choix prioritaire des personnes interrogées pour leur conjoint (60%), puis leur parents (15%), leurs enfants (13%), un ami (5%) et leur médecin traitant (1%).

Les professionnels interrogés dans l'étude de l'APHP décrivent selon eux un choix d'abord affectif des malades pour leur personne de confiance (pour 55% la qualité de proche semblait être l'aspect le plus important, suivi de la position de professionnels de santé pour 13,1% et de l'activité associative dans le domaine de la santé pour 2,9%). Cela concorde avec les résultats de Clément qui montrent le choix de la personne de confiance comme un choix avant tout « sentimental ».

C) REPRÉSENTATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE POUR LES SOIGNANTS.

De la même façon, les études s'intéressant aux représentations et aux vécus des équipes par rapport à la personne de confiance font défaut.

L'enquête de l'Espace Éthique de l'APHP datant de 2003 permet de se faire une idée de la perception inaugurale de la personne de confiance par les professionnels médicaux et paramédicaux (60% de médecin et 40% de paramédicaux). Le contenu de la loi était méconnu par 2,9% des enquêtés alors que 38,5% disaient le connaître sans en avoir lu précisément son contenu et seul 56% déclaraient en avoir lu précisément le contenu.

Les enquêtés décrivaient une participation de la personne de confiance dans 23,7% des cas pendant les consultations et pour 42% des cas pendant l'hospitalisation. Pour 25,8% des enquêtés, la personne de confiance est intervenue au cours de procédures administratives et plus précisément dans 18,9% concernant les admissions ou les sorties, 7,1% dans la recherche d'établissements de moyen ou de long séjour ; 7,1% lors de discussion concernant les protections juridiques ; enfin 2,4% en cas de perte d'autonomie.

L'enquête de l'APHP sur l'avis des professionnels de santé par l'apport de ce nouveau tiers dans la relation patient institution est relativement mitigé. Pour 10,7% des enquêtés, l'intervention de la personne de confiance n'a jamais posé de problème, en revanche pour 3,9% d'entre eux, elle est une intrusion inutile au minimum, voire parfois source de complications. Un petit pourcentage des enquêtés y voient, une évolution positive dans la prise en charge des patients, pour 7,5% elle serait une aide précieuse notamment en cas de vulnérabilité, un tiers aidant à la reformulation de l'information pour 3,2% des interrogés, un soutien pour une meilleure adhésion aux soins pour 9% d'entre eux et enfin elle permettrait un rôle de médiateur face à des situations conflictuelles pour 2,3%. Si pour un petit nombre des personnes interrogées dans cette étude elle est une évolution dans la prise en charge des patients pour d'autres, elle serait un frein, un handicap. 20% des répondants ont rapporté avoir été témoins de situations conflictuelles impliquant la personne de confiance d'un patient. La plupart de ces conflits opposaient la personne de confiance et le personnel soignant ou, en moindre mesure, la personne

de confiance et la personne malade. De plus, certains professionnels évoquent une intrusion inutile au minimum, voire parfois une source de complications.

D) LIMITES

Bien que la personne de confiance soit reconnue par beaucoup comme une évolution positive dans la prise en charge des patients, elle reste une notion peu connue, et elle est peu mobilisée par les patients et les soignants à l'hôpital comme en ville. Pourquoi cet échec ? Quelles résistances permettent d'en expliquer le constat actuel ? Dans cette partie, nous tenterons de dégager les principaux éléments d'explication.

- **Un avis différent.**

La personne de confiance a pour principale mission le soutien et l'accompagnement du patient lorsque ce dernier est lucide. Dans les situations où le malade n'est plus en capacité de consentir aux soins, la personne de confiance doit alors s'exprimer au nom du patient et selon ses directives. Il est alors légitime de s'interroger sur la capacité de la personne de confiance à donner un avis objectif et cohérent avec celui du malade, sachant la relation affective forte qui les lie. Quelques études dans le domaine de la réanimation et de la greffe d'organes, se sont intéressées à la congruence de ces choix. Gignon et ses collaborateurs, ont réalisé une enquête sur l'adéquation entre l'avis des patients par rapport aux dons d'organes sur personne décédée, et l'avis que donnerait la personne de confiance (Gignon M, 2008). Sur les 125 « couples » patients-personnes de confiance, plus de la moitié d'entre eux étaient favorables aux dons d'organes. Seulement un tiers des patients avaient déjà abordé ce sujet avec leur personne de confiance et les personnes de confiance apportaient dans 40% des cas un témoignage non concordant à la position du patient. Aux États-Unis des études ont été menées sur la valeur des décisions du surrogate (« substitut », un équivalent de la personne de confiance). Les résultats montrent que deux tiers des surrogates interrogés avouaient n'avoir aucune certitude de donner l'expression de la volonté du patient.

Les auteurs ont réalisé des scénarios afin de comparer les décisions que prendraient les patients et leur personne de confiance. Dans plus d'un tiers des cas les réponses étaient différentes et cette divergence des réponses n'était pas améliorée par des échanges préalables entre le patient et sa personne de confiance (Ditto PH, 2001) (Shalowitz, 2006).

Ces résultats tendent à prouver les difficultés de représentativité du malade par la personne de confiance tant les liens affectifs impactent l'objectivité d'une prise de décision. Se pose alors la question de la légitimité d'une personne de confiance, sans lien affectif avec le patient. Dans des situations extrêmes, peu rencontrées en psychiatrie, la personne de confiance peut être amenée à donner un avis important lourd de conséquences.

- **Un législateur peu clair**

D'un point de vue légal Berthiau fait le constat d'un succès qui n'est pas perceptible dans toutes les sphères juridiques. D'abord sur le plan doctrinal ; il repère peu de monographies consacrées spécifiquement en droit à la personne de confiance (Berthiau, 2008). Ensuite sur le plan judiciaire, il fait le constat d'une pauvreté des contentieux. Cette, quasi absence de litige, le laisse suggérer une faible utilisation de la personne de confiance. En effet, il argumente que lorsqu'on introduit une institution dans un système juridique, il n'est pas anormal qu'un contentieux existe, à plus forte raison lorsque les rôles de cette institution (la personne de confiance) ne font que croître. Pour l'expliquer, d'un point de vue juridique, cet auteur avance plusieurs hypothèses que nous allons détailler.

Tout d'abord, il dégage l'absence de positionnement clair de la part du législateur sur la fonction de « représentation » de la personne de confiance. La « représentation » signifie que le représentant est censé consentir au nom du représenté. Cela signifierait que lorsque la personne de confiance s'exprime, elle ne le fait pas en son propre nom, mais au nom de celui qu'elle est censée représenter. Dans le cas où la personne de confiance ne serait pas un « représentant » il faudrait alors considérer qu'elle ne représente personne et que ce qu'elle exprime, n'est que le fruit de sa pensée sur ce qu'aurait pu vouloir le patient. Le législateur, ne tranche

pas formellement, mais limite les incidences de la question en réduisant le rôle de la personne de confiance à celui d'un simple consultant. La loi du 5 mars 2007 relative à la notion d'incapacité, obscurcit cette question en introduisant la fonction de mandataire de protection future ayant une fonction de représentant et pouvant dans le même temps être personne de confiance (art. 477 du Code civil). Cet amalgame juridique entre mandataire et personne de confiance pourrait laisser penser que la personne de confiance est un représentant, alors qu'il n'en est rien. La conséquence pour le soignant de ce flou juridique est de ne pas savoir quelle valeur donner à la parole de la personne de confiance. Le soignant pouvant hésiter entre une parole indépendante (la personne de confiance ne parlant que pour elle-même) ou une parole représentante (suivant fidèlement la volonté du patient). Pour le patient, le manque de clarté peut aussi être source d'inquiétudes. Le malade soucieux de l'expression de sa volonté peut être déçu par la non représentativité de sa personne de confiance et l'absence de considération suffisante de son avis par l'équipe médicale. D'autres au contraire peuvent craindre une forme de dépendance à ce nouveau tiers, avec les dérives que l'on peut imaginer.

Par ailleurs le législateur donne une position hiérarchique variable à la personne de confiance. Autour du malade, la personne de confiance n'est pas le seul tiers à considérer ; si l'article 1111-6 du CSP semble faire de la personne de confiance un interlocuteur privilégié, il ne s'agit au fond que d'une apparence. La loi du 22 avril 2005 sur la fin de vie fait de l'avis de la personne de confiance l'avis non médical privilégié à l'exclusion de tous les autres (art 1111-12 du CSP). Cependant, d'autres textes relèguent son positionnement au même rang que les autres avis, voire un caractère subsidiaire. Par exemple, dans le cas du prélèvement d'organes sur une personne décédée ne s'étant pas prononcée de son vivant sur la question. La recherche d'une éventuelle opposition ne se fait selon l'article 1232-1 que chez les « proches » sans aucun égard pour la personne de confiance.

Aussi, Berthiau fait le constat d'une bascule du rôle de personne de confiance, au travers de certains articles de loi, elle n'est plus seulement « l'accompagnateur, le consultant », mais celle qui consent, autorise et sait à la place du patient. En effet, la personne de confiance peut « autoriser », dans deux cadres précis de la recherche biomédicale sur une personne incapable d'exprimer sa volonté et qui ne fait pas l'objet d'une mesure de protection juridique (art I. 1122-2 du CSP). La personne de

confiance peut « consentir » à la mise en œuvre d'une recherche biomédicale dans une situation d'urgence (art L.1122-1-2 du CSP). Elle peut « autoriser » l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques, lorsqu'il est impossible de recueillir le consentement de cette personne (art. L11131-1 al. 2 du CSP). Enfin l'article L 1111-4 du CSP permet qu'en « cas de pronostic ou de diagnostic grave » la famille, les proches et la personne de confiance soient informés de ce qui est « nécessaire » à l'apport d'un soutien direct. L'autorisation du patient n'est pas formellement exigée, et il ne semble pas nécessaire que le patient soit informé de cette transmission.

Enfin, pour certains auteurs, la personne de confiance n'aurait qu'un rôle utilitaire, au service des soignants. En effet, donner un interlocuteur privilégié au médecin dans le cadre de l'arrêt de traitement depuis la loi sur la fin de vie, permet de faire le tri entre les différents avis en présence non pas pour le patient, mais pour le soignant. Celui-ci dispose d'une hiérarchie organisée par la loi entre les différents tiers en présence. Pour Ricot (Ricot, 2010); l'avis de la personne de confiance ne peut être considéré comme un contre-pouvoir annulant la responsabilité du médecin.

- **Un manque d'information et d'éducation**

Les patients sont peu sensibilisés au dispositif légal de la personne de confiance. Nous avons d'ailleurs remarqué dans les précédents chapitres que pour beaucoup d'entre eux la personne de confiance était synonyme de personne à prévenir. Il n'existe pas à ce jour de campagne de sensibilisation à la personne de confiance. Avant d'être hospitalisé, peu de patients ont été informés de la possibilité de désigner une personne de confiance. Au cours d'une hospitalisation, la possibilité de désigner une personne de confiance, n'est pas toujours proposée, en témoigne le faible taux de remplissage des dossiers médicaux. Si le patient est un peu curieux, il pourra néanmoins être informé de ce dispositif en lisant la charte du patient de plus en plus affichée dans la majeure partie des services d'hospitalisation. Les connaissances des soignants, semblent limitées par rapport à ce dispositif légal.

- **Une organisation peu structurée**

Le législateur n'a pas imposé de cadre strict sur les modalités de désignation de la personne de confiance. La structure de soin qui reçoit le patient en hospitalisation, porte la responsabilité d'organiser les démarches de renseignements pour la personne de confiance. La temporalité de la demande n'est pas consensuelle, dans certains services d'hospitalisation elle peut se réaliser aux urgences dès l'enregistrement administratif, à l'admission dans le service, au cours de la prise en charge ou bien parfois lors de la sortie. Le personnel amené à renseigner la personne de confiance fluctue d'un service à l'autre ; il peut s'agir du cadre de santé, de l'aide-soignant, de l'infirmier, du médecin responsable, de l'interne,... Enfin, le législateur, n'a pas notifié les informations précises à indiquer sur le support de renseignements et de nombreux modèles existent dans les différents services de soins. On peut faire l'hypothèse que l'absence d'un cadre strict de position et de missions de la personne de confiance, laisse aller chacun à sa libre interprétation, et à se soucier plus ou moins de son intégration dans la prise en charge du patient.

- **La spécificité des services de soin.**

La place de la personne de confiance, a été pensée de façon globale pour convenir au plus grand nombre. Cette exigence du législateur, se confronte à la réalité du terrain et aux spécificités des pathologies et des services. L'exemple de la psychiatrie qui nous intéresse tout particulièrement, permet d'en saisir les limites. Aussi, il est légitime de se questionner sur le rôle de la personne de confiance, sa présence pendant l'hospitalisation. Bénéfique pour l'un, délétère pour l'autre ?

La capacité de faire un choix éclairé et rationnel d'une personne de confiance, dépend également de la temporalité de chacun et demande probablement à s'adapter aux conditions psychiques de chacun.

4) LES AUTRES MODÈLES EUROPÉENS.

Si en France, nous avons choisi la personne de confiance pour accompagner le malade dans ses soins et pour conseiller l'équipe médicale dans ses prises de décision, nous allons voir que ce choix est assez diversifié dans les autres pays européens.

Le consentement éclairé à l'acte médical est un droit fondamental, reconnu par de nombreux pays européens, dont l'Allemagne, la Belgique, La Grande Bretagne, l'Espagne, le Danemark, la France... La convention des droits de l'homme et la biomédecine, signée en 1997, y fait également référence dans son chapitre II, article 5 et 6. « Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques. La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement. »

Article 7 Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques. La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement. (Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine).

Si cette notion du consentement éclairé de la personne soignée est un principe de base, l'ensemble de ces pays conviennent de la possibilité d'un consentement par représentation dans le cas où la personne majeure est dans l'impossibilité de s'exprimer du fait d'un handicap physique ou psychique. Les dispositions mises en place dans ces pays sont aussi différentes dans la détermination de la représentation que dans son organisation selon les décisions à prendre.

- L'exemple de l'Allemagne.

En Allemagne, lorsque le patient ne peut pas s'exprimer, et qu'il n'a rédigé aucune directive anticipée, un représentant spontanément déclaré peut prendre les

décisions médicales pour lui. La loi Allemande n'organise une procédure de désignation formelle et stricte que pour les actes graves. Dans les cas d'urgences ou médicaux légers, la loi dispense de cette procédure et le patient peut choisir librement d'être représenté (Sass H-M, 2001).

- L'exemple de l'Espagne.

Initialement l'Espagne était divisée en dix-sept communautés autonomes ayant des systèmes de représentation différents dans le cas de patients hors d'état de s'exprimer. La loi d'État du 14 novembre 2002, appelée « loi basique » sur l'autonomie du patient, les droits et les obligations en matière d'information et de documentation clinique a figé et unifié les principales dispositions sur le sujet.

Ainsi, dès lors que le malade n'est plus en mesure de décider pour lui-même, la « loi basique » dispose que c'est un représentant qui prendra la décision. L'article 9 de la loi espagnole détermine les « limites du consentement éclairé et le consentement par représentation ». Si le patient « n'est pas capable de prendre des décisions, parce que son état physique ou psychologique ne le permet pas », le consentement est donné « par les personnes de sa famille ou ses proches ». Si le patient est déclaré « incapable légalement », le consentement par représentation est autorisé, mais rien n'est précisé sur l'identité du représentant.

- L'exemple de l'Angleterre.

L'Angleterre a organisé le consentement et l'accompagnement aux soins par le « Mental Capacity Act 2005 », en application depuis avril 2007. Le texte autorise un représentant à décider pour le patient qui est incapable de prendre des décisions pour lui-même, « persons who lack capacity » (Mental Capacity Act 2005 du 7 avril 2005). La personne malade peut désigner librement un représentant ou choisir de le nommer de façon formelle sur un document nommé le « Last Power Attorney ». Il est possible de nommer un ou plusieurs représentants pour prendre des décisions au nom du patient. Il s'agit d'une nomination formelle, par écrit, devant témoins, et qui comporte un volet informatif très complet. Le représentant nommé peut consentir à

un acte médical tout en étant limité ou non à certains actes. Celui-ci reconnaît agir dans l'intérêt de la personne, le « Best interest », il doit considérer les souhaits de la personne lorsqu'elle était encore capable, ses croyances et ses valeurs. Il doit en plus prendre en compte l'avis de l'ensemble des personnes intéressées par le bien-être du représenté. L'article de loi, insiste sur la nécessité de favoriser au maximum l'autonomie du patient, en le laissant décider « aussi loin que possible ». Cette notion est renforcée par la définition de la personne incapable, « a person must be assumed to have capacity unless it is established that he lacks capacity » (la personne est considérée comme capable jusqu'à preuve du contraire).

- Le concept de pair-aidant.

« Pairs-aidants » au Québec, « peer support worker » au Royaume-Uni ou « médiateur de santé-pairs » en France, tous désignent le principe commun du partage d'expérience entre pairs, du vécu d'un trouble psychique et du parcours de rétablissement induit des effets positifs dans la vie des personnes souffrant de troubles psychiques. En pratique, il s'agit d' « un membre du personnel qui, dans le cadre de son travail, divulgue qu'il vit ou qu'il a vécu un trouble mental. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement ont pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information auprès de personnes qui vivent des situations similaires à celles qu'il a vécues » (pairs-aidants-reseau).

Ce concept, a émergé dans les pays ayant une tradition de self-care (ensemble des soins non dispensés par les professionnels de la santé) et de self-health (style de vie adopté pour préserver la santé). Les groupes de soutien et d'entre-aide (self-help), se sont développés avec les associations de malades sur le modèle des alcooliques anonymes dès 1930. Les pays faisant appel au pair-aidant, sont majoritairement de tradition protestante (Fainzang, 2001). Il valorise l'autonomie et la responsabilité de l'individu. Le mouvement féministe, les écologistes, les professionnels de santé publique et les usagers de la santé ont encouragé cette philosophie du self-care qui responsabilise le citoyen. La mobilisation sociale des « survivants de la psychiatrie » qui regroupent des patients ayant une expérience coercitive des hôpitaux psychiatriques aux Etats-Unis est à l'origine en 1970, du

Front de libération des malades mentaux (Mental Patients Liberation Front). On peut citer, Judi Chamberlin (Chamberlin Judi.,1978,On our Own : Patients controlled alternatives to the mental health system. New York:Hawthorne), comme l'une des activistes les plus célèbres pour ses actions dans le domaine de la « pair-aidance » et des droits des patients en santé mentale.

Les premières pratiques d'intégration de pair-aidants salariés ont ainsi été réalisées aux Etats-Unis, elles sont malheureusement peu documentées. Les pairs-aidants (Peer Support Worker) ont ainsi été intégrés dans différents centres de santé mentale pour contribuer à l'offre de services « orientés vers le rétablissement ». Cette pratique institutionnelle, s'est progressivement développée aux États-Unis, en Australie, en Écosse, en Angleterre, au Québec et aux Pays-Bas.

Le plan québécois d'action en santé mentale de 2005 à 2010 (MSSS2005), proposait l'embauche de pair-aidants dans 30% des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable. Le programme Québécois, proposait une formation et un soutien aux pairs et aux équipes qui les embauchaient. L'étude de Provencher H.C et al (Provencher H.C, 2012), a évalué l'impact du pair-aidant un an après son arrivée. Cette étude, tend à montrer des retombées globalement positives pour l'ensemble des acteurs (usagers, équipe et pairs-aidants), en dehors du manque de reconnaissance du statut de pair-aidant.

En Écosse, une expérience pilote a été réalisée à l'échelle d'une région en 2008 et l'évaluation positive insiste sur l'impact du rôle des pairs-aidants sur le système de santé mentale (Delivering for mental health peer support worker, 2009).

Au Pays-Bas, le mouvement d'émancipation du patient dans les années 70 a concrétisé, bien avant la France, la mise en place d'une représentation d'usagers dans les services de santé. Depuis, le programme de santé mental (Mental Health care in the Netherlands,2006) actuel est centré sur le patient, sur la désinstitutionnalisation avec la création de multiples structures spécialisées pouvant accueillir toutes sortes de patients selon l'âge, la pathologie et la situation, et enfin sur la prévention. Les pairs-aidants ont été développés au travers des Flexible Assertive Community Treatment (FACT), au total il existe 160 FACT répartis sur

l'ensemble du territoire, il s'agit là d'équipes mobiles de psychiatrie. Chaque équipe pluridisciplinaire est composée d'un pair-aidant.

Il existe deux types d'intégration des pairs aidants professionnels : les salariés d'une association indépendante de l'hôpital et les employés d'une structure médico-sociale. L'expérience des pays ayant mis en place ces systèmes de pairs-aidants a mis en évidence plusieurs variables permettant ou non leurs intégrations : le système de protection sociale, le système de santé mentale (public/privé, hospitalier/extra-hospitalier), les philosophies thérapeutiques, la mobilisation des usagers, l'impact de l'OMS et les diverses instances institutionnelles sur les innovations, la division du travail thérapeutique (équipe pluridisciplinaire polyvalente). Le concept de « pair-aidance » a inspiré de multiples organisations de santé mentale sans qu'il n'y ait de standardisation du statut de médiateur santé pair.

En France, une expérience de médiateur de santé pair a été menée dans trois régions (Nord Pas de Calais, Île de France, Provence Alpes Côtes d'Azur). Cette expérience montre que les médiateurs de santé pairs peuvent avoir une utilité thérapeutique pour certains usagers. Il s'agit généralement de patients ayant été vus longuement par le médiateur, et ayant permis que s'instaure une relation de transfert. L'apport du médiateur ne semble pas tant lié à sa connaissance de la pathologie mais au « savoir expérientiel du rétablissement » (Lise Demailly, 2014).

Ainsi que nous l'avons vu l'accompagnement du malade dans les soins psychiatriques fluctue beaucoup d'un pays à l'autre. La France, a fait le choix de développer le dispositif légal de la personne de confiance. Un dispositif généraliste, applicable à l'ensemble des disciplines médicales. Les spécificités de la psychiatrie, nous ont amené à nous questionner sur l'utilisation de ce dispositif au sein de l'hôpital psychiatrique. Nous tenterons d'en décrire les principaux déterminants au travers de l'enquête que nous avons réalisés.

III- ENQUETE SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE EN PSYCHIATRIE

1) MATERIEL ET METHODES

A) OBJECTIFS.

L'objectif de notre étude est d'obtenir une représentation de la personne de confiance auprès des patients hospitalisés en service de psychiatrie et d'addictologie et auprès des professionnels de santé mentale. Nous espérons ainsi, déterminer l'utilité et la fonction de la personne de confiance dans le domaine des soins psychiatriques.

B) POPULATION CIBLE.

I) *PATIENTS.*

Critères d'inclusion : L'ensemble des patients en hospitalisation complète dans les services de psychiatrie ouvert et fermé, ainsi que dans les services d'addictologie.

Critères d'exclusion : Patients âgés de moins de 18 ans et les majeurs sous mesure de protection à type de tutelle.

II) *PROFESSIONNELS DE SANTÉ*

Critères d'inclusion : L'ensemble des professionnels de santé travaillant dans des services de psychiatrie et d'addictologie.

Critères d'exclusion : Professionnels de santé, ne travaillant pas dans les services de psychiatrie ou d'addictologie.

C) DESCRIPTION DE L'ENQUÊTE.

I) TYPE D'ENQUÊTE

Nous avons mené une étude descriptive transversale, prospective, multicentrique des représentations de la personne de confiance auprès d'un échantillon de patients et d'un échantillon de soignants.

II) MODE DE RECUEIL DES DONNÉES

Afin d'évaluer les représentations de la personne de confiance auprès des patients hospitalisés en psychiatrie et des professionnels de santé exerçant dans les différents services de psychiatrie, nous avons fait le choix, de recueillir les données par le biais d'auto-questionnaires. Pour ce faire deux questionnaires ont été réalisés, l'un à destination des patients et l'autre à destination des professionnels de santé.

(1) QUESTIONNAIRE PATIENT (ANNEXE 1).

Le questionnaire patient a été distribué dans 7 services différents, dont 4 services de secteurs de psychiatrie adulte ouvert et fermé à l'hôpital St Jacques, 1 service d'hospitalisation complet en addictologie centré sur les produits, 1 service d'hôpital de jour en addictologie et 1 service fermé de psychiatrie adulte à l'hôpital Georges Daumézon dans la périphérie de Nantes.

Le questionnaire patient est anonyme et renseigne tout d'abord les principales caractéristiques socio démographiques du patient (âge, sexe). Il demande ensuite d'indiquer le mode d'hospitalisation (contraint ou libre). Le lieu d'hospitalisation est renseigné par l'investigateur à la fin de chaque distribution.

Puis, le questionnaire propose au travers d'une série de 13 questions (10 questions fermées et 3 questions ouvertes) d'évaluer les connaissances, les caractéristiques et les représentations de la personne de confiance :

- Deux questions évaluent les connaissances du patient:
Sais-t-il ce qu'est une personne de confiance ? Quels en sont les 3 principaux rôles ?

- Cinq questions évaluent les caractéristiques de la personne de confiance : Qui est la personne de confiance (Quels sont les liens) ? Peut-on communiquer avec elle ? Est-elle la même personne que la personne à prévenir ? Est-elle la même personne que le tiers dans les hospitalisations sous contraintes ? A-t-on déjà nommé une personne de confiance ?
- Six questions évaluent les représentations et attentes envers la personne de confiance : Qu'est ce qui a motivé ce choix de personne de confiance ? La personne de confiance a-t-elle été et sera-t-elle utile ? Doit-elle venir en entretien et lesquels ? Quels sont ses 3 principaux rôles ?

(2) QUESTIONNAIRE SOIGNANT (ANNEXE 2)

Le questionnaire soignant a été distribué au cours de 3 réunions institutionnelles dont 2 à l'hôpital St Jacques et 1 à l'hôpital Georges Daumézon ainsi que dans 4 services de psychiatrie dont 2 services fermés et 2 services d'addictologie. Les services où ont été distribués les questionnaires étaient pour l'essentiel les mêmes que ceux de l'enquête patient.

Le questionnaire soignant est anonyme et renseigne la profession exercée par le soignant. Le service dans lequel il travaille est rempli par l'investigateur à la fin de chaque distribution.

Après cette première question, le questionnaire explore au travers d'une série de 7 questions, les connaissances, les pratiques professionnelles et les représentations de la personne de confiance pour le soignant :

- Deux questions évaluent les connaissances du soignant : Quelles sont les 3 principales missions de la personne de confiance ? La personne de confiance est-elle identique à la personne à prévenir ?

- Quatre questions portent sur les pratiques professionnelles : La recherche de la personne de confiance est-elle habituelle ? Avez-vous l'habitude de travailler avec l'entourage ? Et plus particulièrement avec la personne de confiance ?

- Deux questions interrogent les représentations et attentes envers la personne de confiance pour les soignants : Est-elle bénéfique ? Quelles sont ses principales missions ?

2) RECUEIL ET ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES

A) RECUEIL DES DONNÉES

I) MODALITÉS PRATIQUES.

Les questionnaires patients ont été distribués et récupérés au tout début des réunions soignants-soignés. Nous avons choisi ce moment et cette temporalité, car ils permettaient d'une part de réunir un grand nombre de patients à un seul moment et d'autre part, d'éviter les échanges entre patients ou avec les soignants, biaisant la validité des données. La seule consigne donnée était celle de remplir seul, le questionnaire de la façon la plus spontanée possible en une dizaine de minutes.

Les questionnaires soignants ont été distribués par l'investigateur de l'étude au début et à la fin des réunions institutionnelles ainsi qu'au cours des réunions de transmission entre équipes de soin. Ce choix a été orienté par le nombre et la diversité des soignants présents au cours de ces réunions. La consigne de remplissage était identique à celle des patients.

II) DURÉE DE L'ÉTUDE.

La distribution des questionnaires s'est effectuée du 5 janvier 2015 au 31 juillet 2015.

B) ANALYSES DES DONNÉES

I) LOGICIEL UTILISÉ

L'ensemble des questionnaires a été saisi manuellement dans un tableau Excel.

Nous avons été aidés par le service d'Evaluation Médicale et d'Epidémiologie du CHU de Nantes avec le Dr LECLERE chef de clinique et M. VERGNAUD interne DES santé publique.

II) TEST STATISTIQUE

L'analyse des données recueillis a été effectuée à l'aide du logiciel Microsoft Excel version 2010, puis nous avons réalisés des tests comparatifs pour une valeur significative de $p < 0,05$. Au vu de la taille de certains de nos effectifs, nous avons retenus le test de Fisher pour l'étude statistique.

III) ANALYSE DES QUESTIONNAIRES PATIENTS

L'analyse des questionnaires s'est réalisée en deux temps. D'abord une analyse uni-variée des questionnaires a été effectuée, puis reportée sous forme de graphique. Ensuite, nous avons accompli une analyse bi-variée, en fonction des critères sociodémographiques, du mode d'hospitalisation, du type de service d'hospitalisation, enfin certaines réponses du questionnaire ont été comparées entre elles. Des graphiques ont été réalisés afin d'en faciliter la compréhension.

IV) ANALYSE DES QUESTIONNAIRES SOIGNANTS

L'analyse des questionnaires s'est également déroulée en deux temps. Une première analyse uni-variée permet de rendre compte des réponses des soignants. La deuxième analyse bi-variée, compare les réponses en fonction de la profession, du type de service, ainsi que de certaines réponses du questionnaire. Des graphiques ont également été réalisés.

3) RESULTATS

A) QUESTIONNAIRE PATIENT

1) DESCRIPTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

(1) POPULATION ÉTUDIÉE

Les questionnaires patients ont été distribués à 74 patients hospitalisés dans les différents services de l'étude. Sur les 74 patients, 3 ont été exclus dont 2 en raison d'un âge inférieur à 18 ans et 1 ayant renseigné la date uniquement. Ainsi donc 71 patients ont été inclus soit 95,94% d'inclusion. Il n'y a pas eu d'autre exclusion.

(2) CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Sur les 71 patients de l'étude, on retrouve un peu moins de femmes que d'hommes (47% contre 52%, Figure 1). L'âge médian est de 44,5 ans +/-14,6 ans. L'âge moyen est de 45 ans, le patient le plus jeune à 20 ans et le plus âgé à 83 ans.

POPULATION D'ETUDE	Valeurs absolues	Pourcentages
Nombre total de patients	74	
Nombre de patient retenus	71	96%
Age Moyen	45 ans	
Age Médian	44,5 ans	
Ecart type	14,65376809	
Age Maximal	83 ans	
Age Minimum	20 ans	
Nombre d'hommes	37	52%
Nombre de Femmes	33	47%
Non renseigné	1	1%

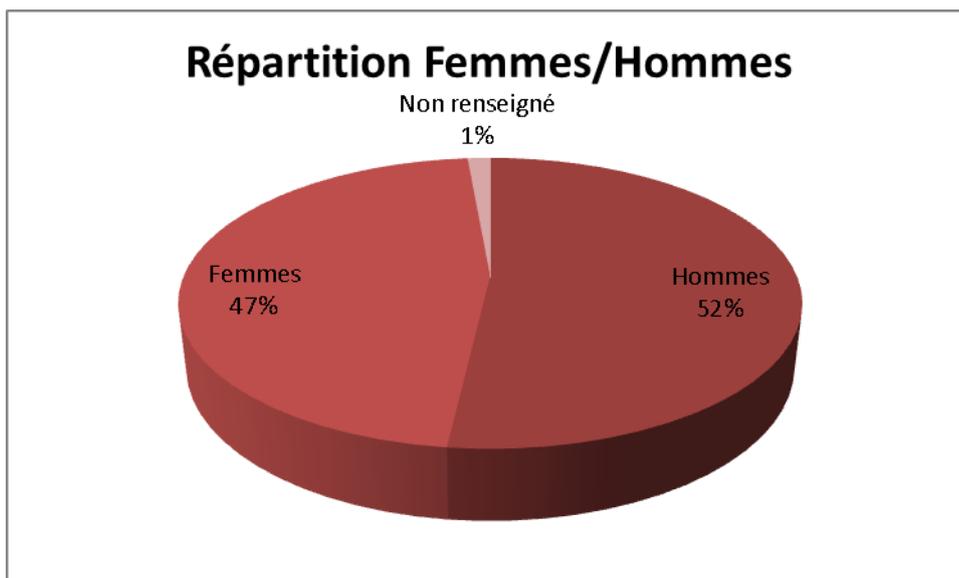


Figure - 1 : Sex-ratio de l'échantillon de patient.

(3) MODALITÉ DE SOIN.

Les patients de notre étude étaient hospitalisés pour 28% d'entre eux dans les services d'addictologie, pour 28% dans des services psychiatriques fermés et pour 44% dans des services psychiatriques ouverts (Figure 2 et 3).

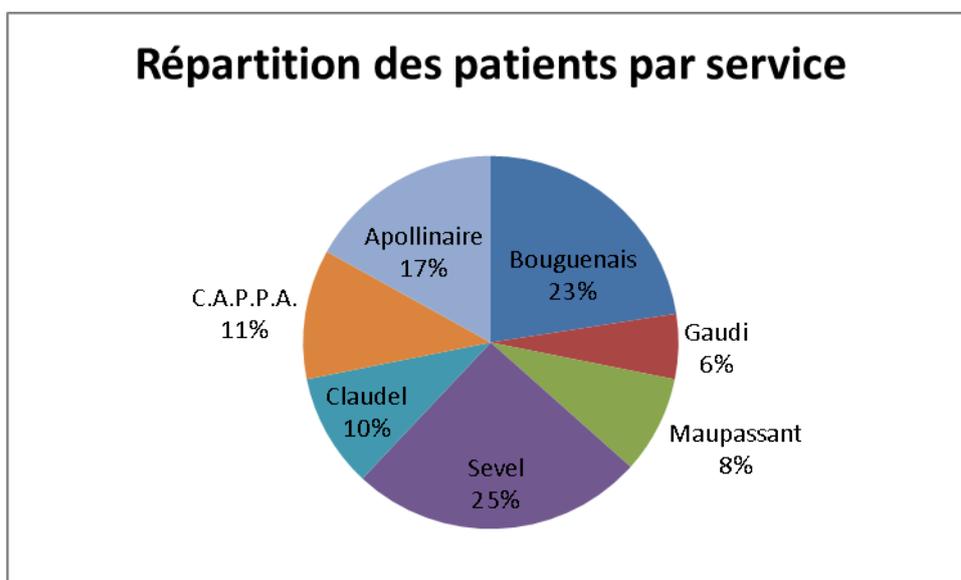


Figure 2 – Répartition des patients selon le service d'accueil.

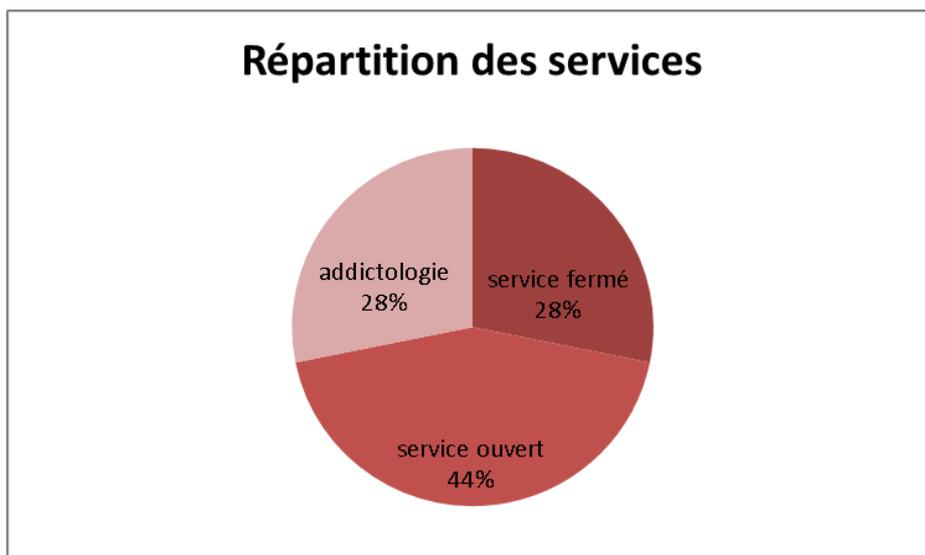


Figure 3 – Répartition des patients en fonction du type de service.

La majorité des patients étaient hospitalisés en soin libre et n'étaient pas soumis à des mesures de contraintes, soit 86% de patients en soin libre contre 11% de patient sous contrainte. (Figure 4 et 5).

Répartition par services	Valeur absolue	Ratio	Répartition par services	
Gaudi (service fermé)	4	6%	service fermé	28%
Maupassant (service ouvert)	6	8%	addictologie	28%
Claudiel (service ouvert)	7	10%	service ouvert	44%
C.A.P.P.A. (addictologie)	8	11%		
Apollinaire (addictologie)	12	17%		
Bouguenais (service fermé)	16	23%		
Sevel (service ouvert)	18	25%		
Total	71	100%		100%

Figure 4 – Répartition des patients selon le service d'hospitalisation

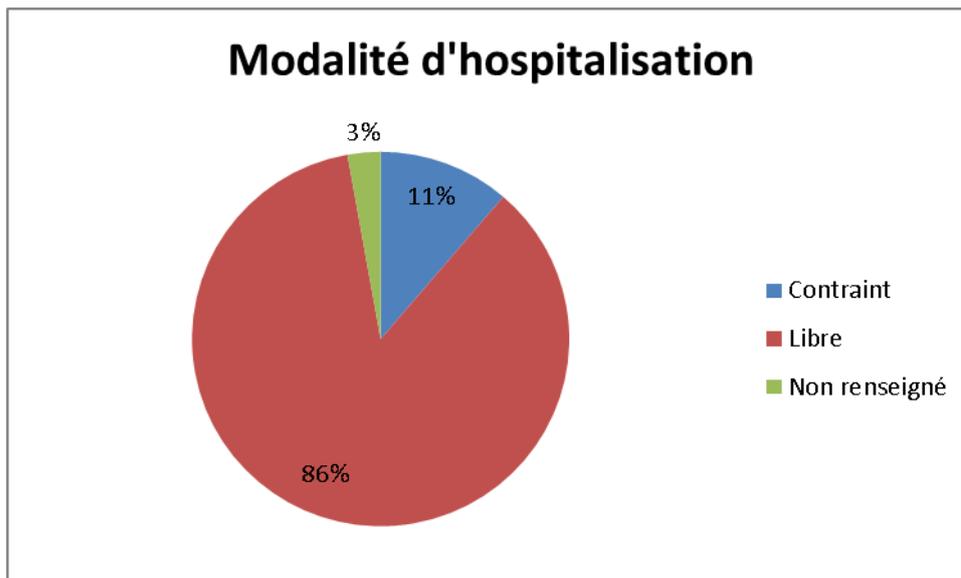


Figure 5 – Modalité d'hospitalisation.

II) RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE PATIENT

(1) ANALYSE UNI-VARIÉE

- Connaissance du dispositif légal de la personne de confiance.

La première question, abordait la connaissance du dispositif de la personne de confiance de façon générale.

La plupart des patients ont répondu qu'ils avaient compris ce qu'était le dispositif. Nous avons obtenu 75% de oui, 10% de non et 15% n'ont pas renseigné cette question (Fig. a).

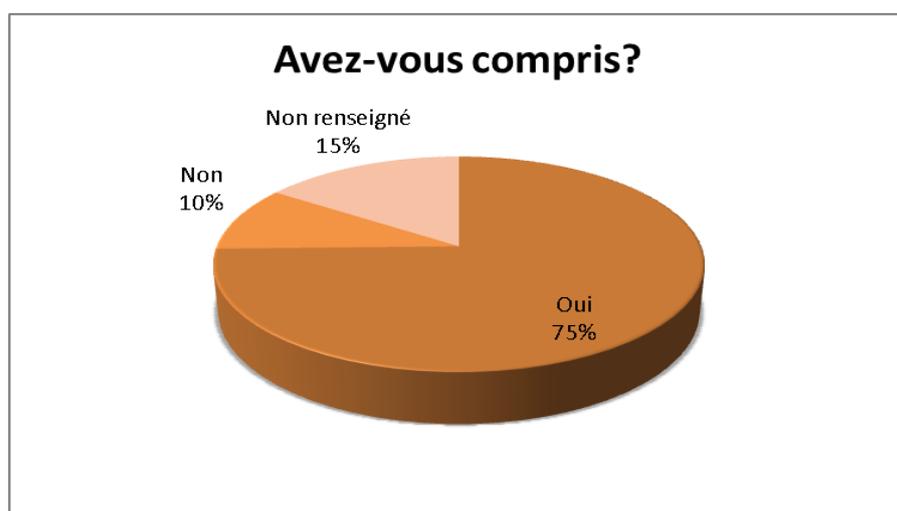


Figure a – Compréhension du dispositif de la personne de confiance par les patients

- Caractéristiques de la personne de confiance.

- Liens avec la personne de confiance (Fig. 6 et 7).

Le choix de la personne de confiance va en premier lieu vers un membre de sa famille hors conjoint(e) pour la majorité des patients, soit 52% de la population de notre échantillon. Puis, dans l'ordre décroissant on retrouve le conjoint (17%), l'ex-conjoint (4%), un ami (4%), le curateur (2%). Les résultats montrent également que 15,5% des patients, n'avaient pas de personne de confiance.

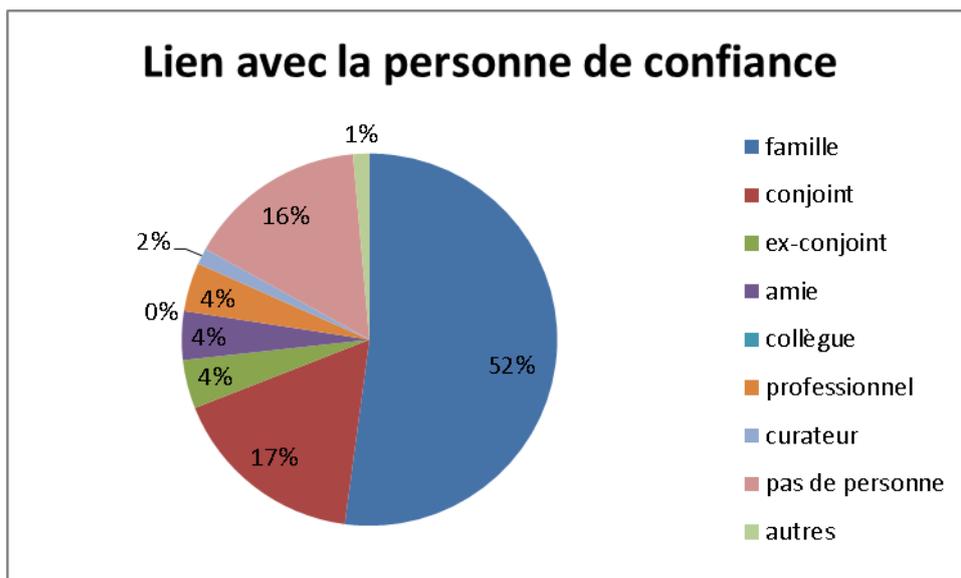


Figure 6 – Lien avec la personne de confiance.

Pour les patients ayant désigné un membre de leur famille, il était demandé d'en préciser les liens. Ce sont d'abord les parents qui sont choisis comme personne de confiance (56%), puis viennent les membres de la fratrie (22%), puis les enfants (16%) et enfin les belles-sœurs (3%) et les belles-filles (3%) (Fig. 7).

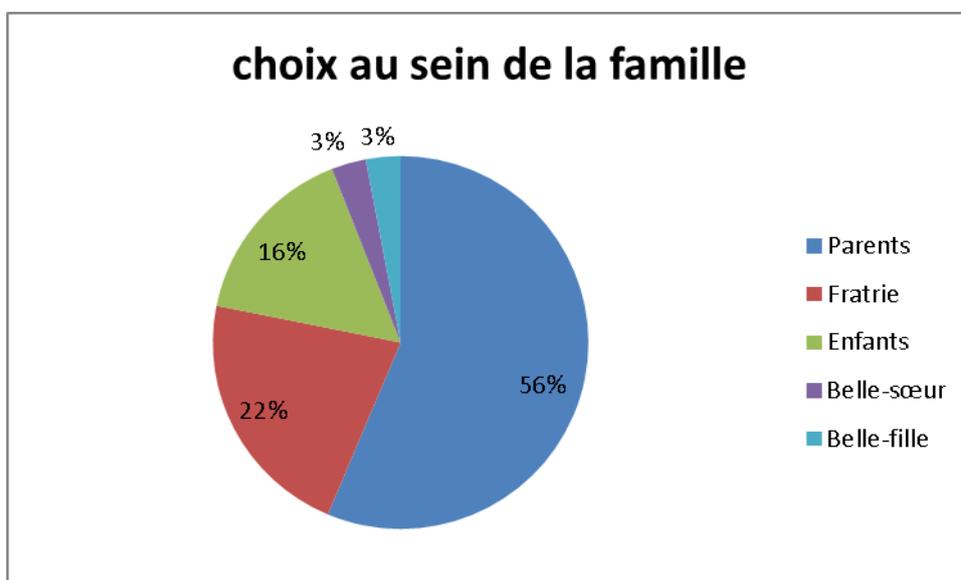


Figure 7 – Choix de la personne de confiance au sein de la famille.

- La communication avec la personne de confiance (Fig. 8)

En psychiatrie, le patient est régulièrement soumis à un certain nombre de règles qui régissent le cadre institutionnel. La communication et la visite de l'entourage et des proches est souvent soumise à la prescription médicale. Ainsi, il peut être prescrit un isolement total du patient vis-à-vis de l'environnement extérieur. Nous avons donc questionné les patients sur la possibilité ou non de communiquer avec leur personne de confiance.

Les résultats montrent que la majorité des patients de notre étude pouvaient communiquer avec leur personne de confiance. Ainsi, 93% des patients ont répondu qu'ils pouvaient communiquer, 2% qu'ils ne pouvaient pas, 2% qu'ils ne savaient pas et 3% n'ont pas renseigné le questionnaire.



Figure 8 – Possibilité de communication avec la personne de confiance.

- Désignation antérieure (Fig.9)

Les résultats de l'étude montrent que la majorité des patients interrogés avaient déjà nommé une personne de confiance. Les proportions sont les suivantes : 48% avaient déjà nommé une personne de confiance, 25% n'en avaient jamais nommés et 27% n'ont pas répondu à cette question.

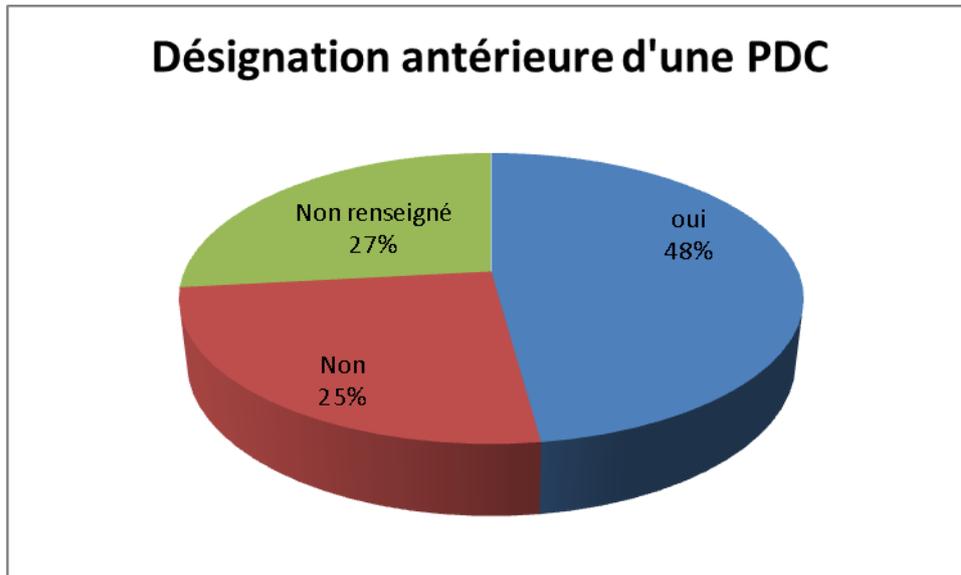


Figure 9 – Désignation antérieure d'une personne de confiance.

- Personne de confiance et personne à prévenir (Fig. 10)

La personne à prévenir et la personne de confiance étant deux interlocuteurs importants pour le patient et l'équipe médicale, il nous a semblé pertinent de savoir dans quelle proportion les patients faisaient un choix commun.

Nos résultats montrent que 70% des patients ont choisi à l'identique la personne à prévenir et la personne de confiance, pour 15% le choix diffère, pour 5% il n'est pas connu et 10% n'ont pas répondu.

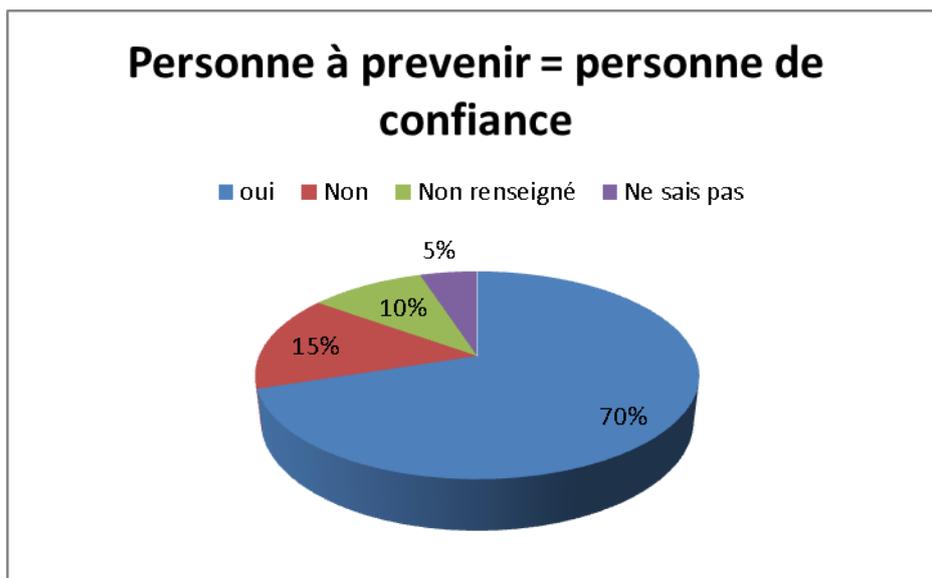


Figure 10 – Similitude entre personne de confiance et personne à prévenir.

- Personne de confiance et tiers dans le cas d'une hospitalisation sous contrainte (Fig. 11 et 12)

Nous avons questionné les patients pour savoir si la personne qui se portait tiers dans les hospitalisations sous contraintes, pouvait être choisie comme personne de confiance par les patients. Le but étant de chercher à savoir si la triangulation de la relation soignant-soigné était comparable avec le tiers des soins sous contraintes et avec la personne de confiance.

La moitié des patients, soit 52% n'ont pas répondu à cette question, laissant supposer que ces derniers n'avaient jamais été hospitalisés sous contrainte et ne pouvaient donc pas répondre à la question. Le reste des effectifs ayant répondu à la question, montre à la majorité un choix différent entre personne de confiance et « tiers », puisque 55% ont répondu un choix différent, 24% ne savaient pas et 21% un choix identique.

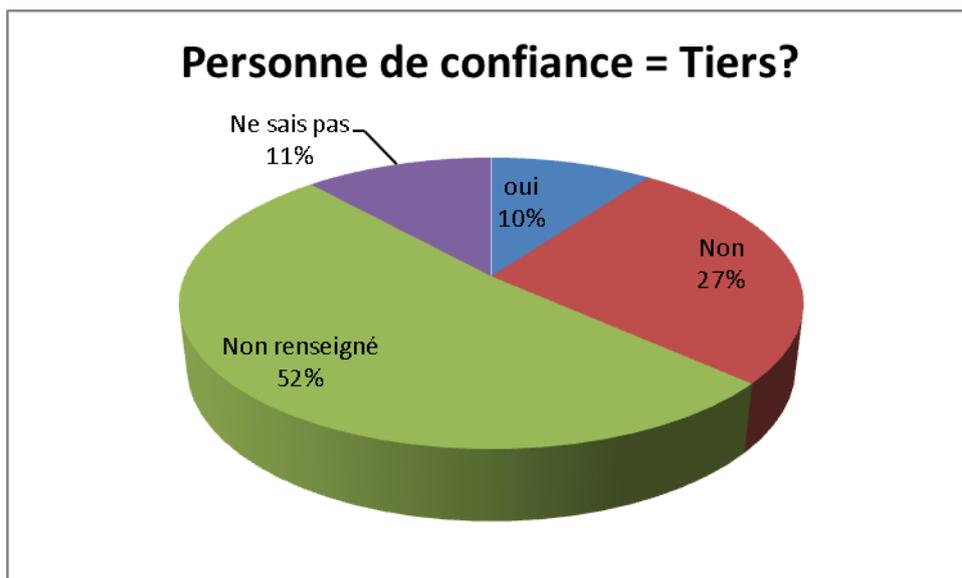


Figure 11 – Réponse générale sur la similitude entre le tiers des hospitalisations sous contrainte et personne de confiance

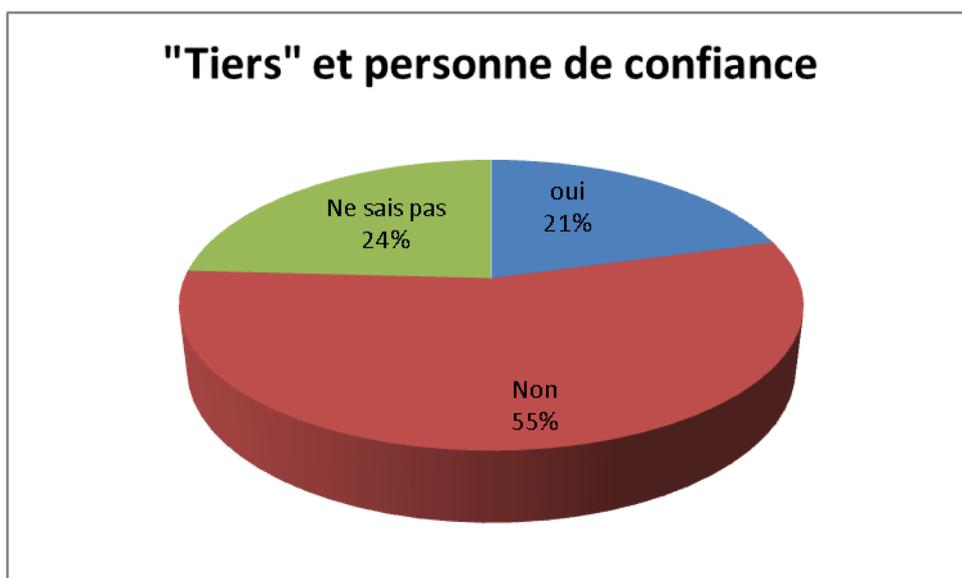


Figure 12 – Similitude entre personne de confiance et tiers dans les hospitalisations sous contraintes.

- Représentations et attentes envers la personne de confiance chez les patients.

- Motivations au choix de la personne de confiance (Fig. 13 et 14)

A travers une série de cinq propositions nous avons souhaité faire préciser aux patients les motivations les ayant amené à faire ce choix. Les cinq propositions représentaient un large éventail des motivations pouvant amener le patient à faire cette approbation selon notre vision de la personne de confiance. Les cinq propositions étaient : hasard, obligation, défense, confiance, meilleur compréhension, conseil.

Les patients ont répondu majoritairement que leur choix était motivé par la confiance accordé à cette personne, totalisant 80% des réponses. Après, on retrouvait le besoin de « conseil » pour 37% d’entre eux, celui d’être « défendu » pour 32%, être accompagné dans la « compréhension » pour 23% et enfin la justification de ce choix par le hasard ou l’obligation n’ont obtenus que très peu de réponse, respectivement 3% et 2%.

Fonction	Confiance	Défendre	Comprendre	Hasard	Conseil	Obligé
oui	48	19	14	2	22	1
%oui	80%	32%	23%	3%	37%	2%

Figure 13 – Tableau des effectifs totaux et relatifs sur les motivations décisionnelles

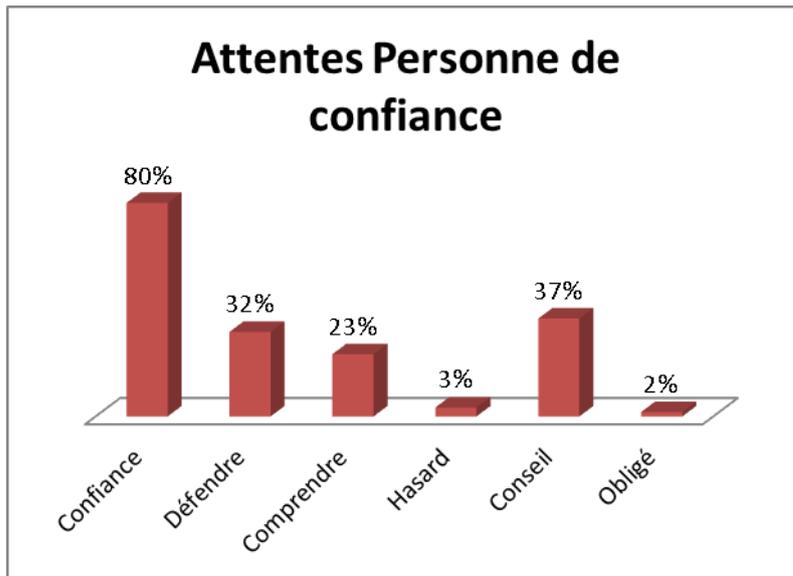


Figure 14 – Motivations décisionnelles au choix de la personne de confiance.

- Utilité perçue du dispositif de la personne de confiance.

Les patients ont été interrogés sur l'utilité du dispositif de la personne de confiance pour eux. Dans le cas d'une réponse positive de leur part, il leur était demandé de préciser en quoi elle pouvait leur être utile.

Les résultats montrent que dans 85% des cas, les patients pensent que la personne de confiance leur sera utile, 8% qu'elle ne leur sera pas utile et 7% n'ont pas répondu (Figure 15).

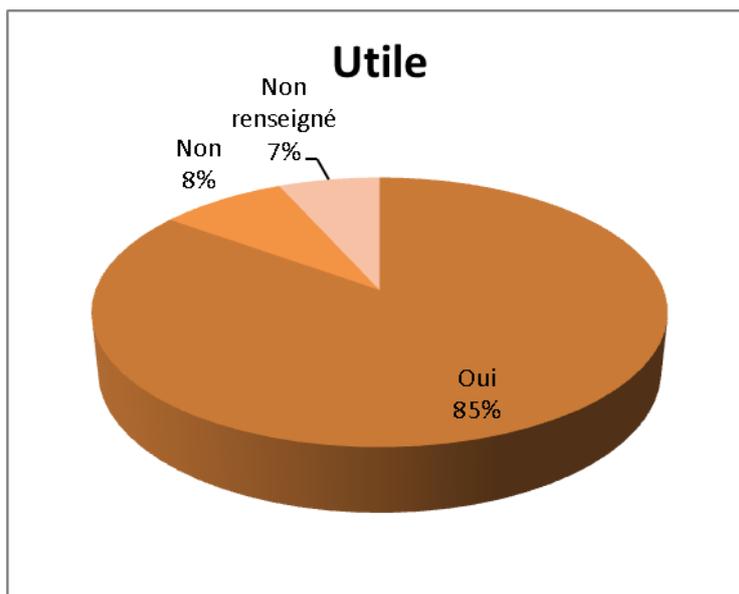


Figure 15 – Utilité du dispositif de « personne de confiance ».

Seul 57% des patients ayant répondu positivement ont précisé l'utilité de la personne de confiance. Par ordre de fréquence les patients ont répondu que la personne de confiance serait : une aide à la prise de décision (27%), un soutien (23%), une réassurance (17%). Dans de moindres proportions, un avis consultatif en cas d'incapacité (7%), un soutien administratif (7%), l'apport d'une autre vision (7%) et enfin une aide à la prise en charge (3%), la transmission des directives anticipées (3%) et l'information de l'entourage (3%) (Figure 16).

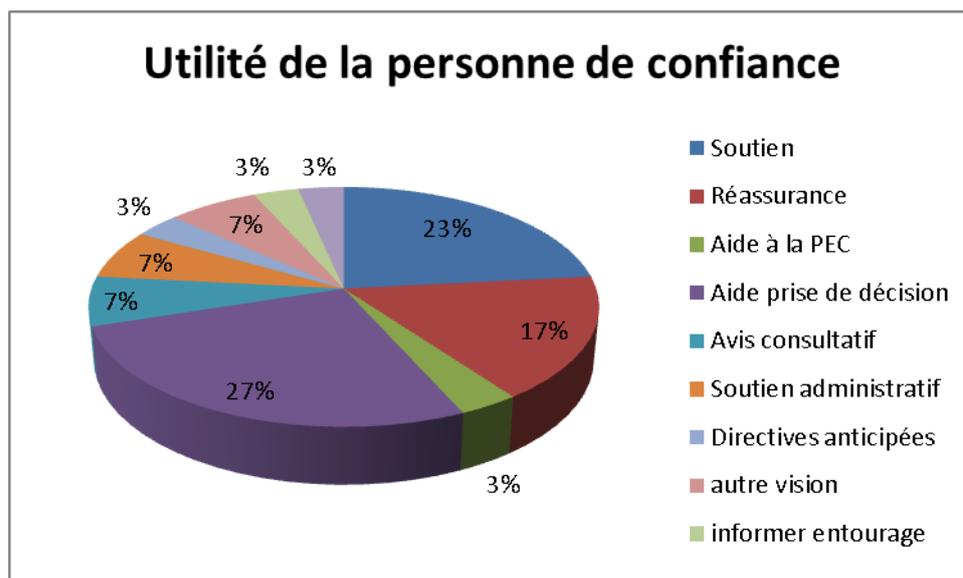


Figure 16 – Utilité attendue de la personne de confiance par les patients.

○ Utilité antérieure de la personne de confiance (Fig. 17)

Les patients ayant déjà déclaré avoir nommé une personne de confiance, ont été interrogés sur l'intérêt du dispositif par le passé. Nous avons questionné ainsi rétrospectivement la fonctionnalité perçue par les patients. A noter qu'il n'était pas fait préciser par le patient si la personne de confiance lui avait été utile de façon générale ou dans le cas particulier de la psychiatrie, nous considérerons donc ce résultat dans une dimension globale. La majorité des patients déclarent que la personne de confiance leur a été utile, nous avons obtenu 49% de réponses positives, 23% de réponses négatives, 20% ne savaient pas et 8% n'ont rien répondu.

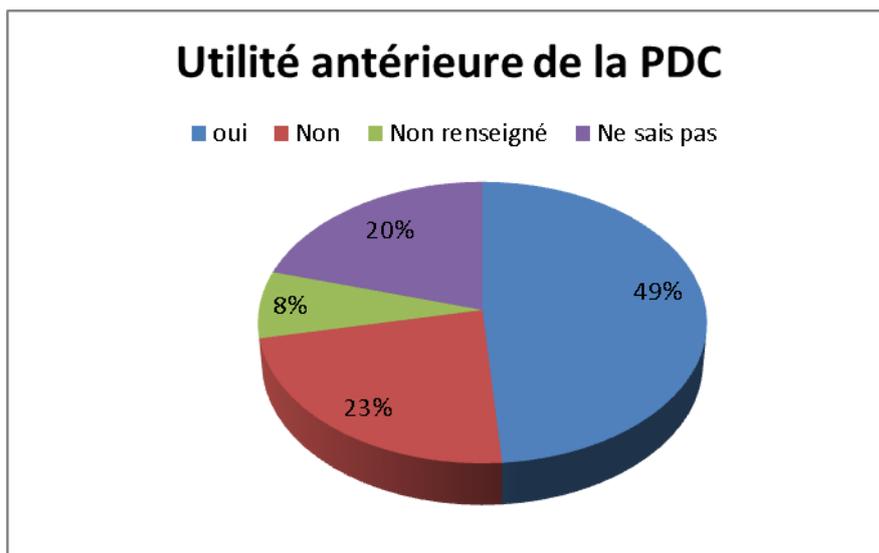


Figure 17 – Utilité antérieure du dispositif de la « personne de confiance ».

- Présence de la personne de confiance en entretien et précision sur le type d'entretien (Fig. 18 et 19).

La loi du 4 mars 2002, offre la possibilité pour les patients d'être accompagnés par la personne de confiance lors des entretiens médicaux et paramédicaux. Nous avons souhaité connaître le point de vue des patients sur cette présence, la fréquence et le type d'entretien.

La majorité des patients, à savoir 40%, ont répondu qu'ils ne souhaitent pas requérir à la présence de la personne de confiance au cours de leur prise en charge. 30% des patients ont répondu souhaiter sa présence à quelques entretiens, 25% n'ont pas répondu et 5% souhaitaient sa présence à tous les entretiens (Figure 18).

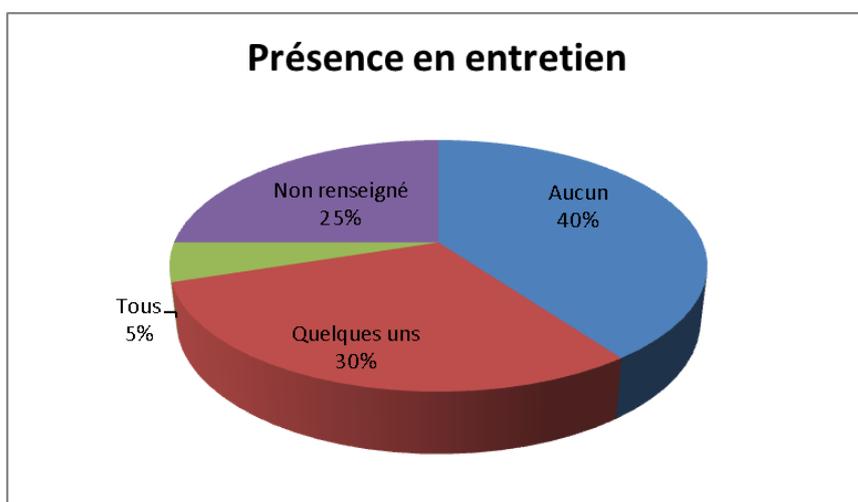


Figure 18 – Présence de la personne de confiance en entretien.

Seul 15 patients ont précisé le type d'entretien, auquel il souhaiterait voir assister leur personne de confiance. Par ordre de fréquence on retrouve, les entretiens médicaux (33%), puis les entretiens médicaux et infirmier (27%), puis l'ensemble des entretiens (20%), les entretiens « ressources » (13%) et enfin les entretiens sociaux (7%) (Figure 19).

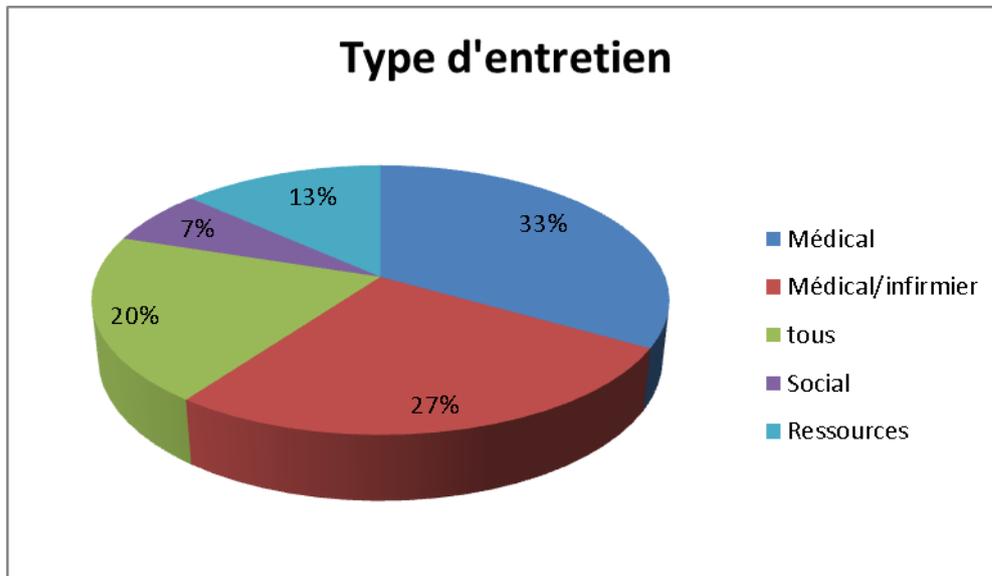


Figure 19 – Type d'entretien requérant la personne de confiance.

- Missions principales de la personne de confiance (fig. 20).

Afin d'avoir une représentation la plus fidèle possible, les patients ont été interrogés par le biais d'une question ouverte sur les 3 missions principales de la personne de confiance selon leur avis. Nous donnant ainsi une représentation de l'état des connaissances des patients hospitalisés ainsi que des spécificités propres à la psychiatrie.

Les réponses ont été classées par ordre de fréquence et sont les suivantes : Le « soutien moral » est retrouvé chez 57% des patients, puis vient la « représentation et la prise de décision en cas d'incapacité » pour 22%, ensuite l'« aide au choix » pour 21%, « la bienveillance » et « la confiance » pour 19%, « une aide à la prise en charge » pour 17% et « l'écoute » pour 15%. Dans des proportions plus faibles on trouve le partage du « secret médical » pour 11% ; un « contact médecin malade », un « contact avec l'extérieur » pour 9% ; un moyen de se « défendre », « un échange

de point de vue » pour 8% et enfin une « aide aux démarches administratives » pour 6%, un repère pour 2%.

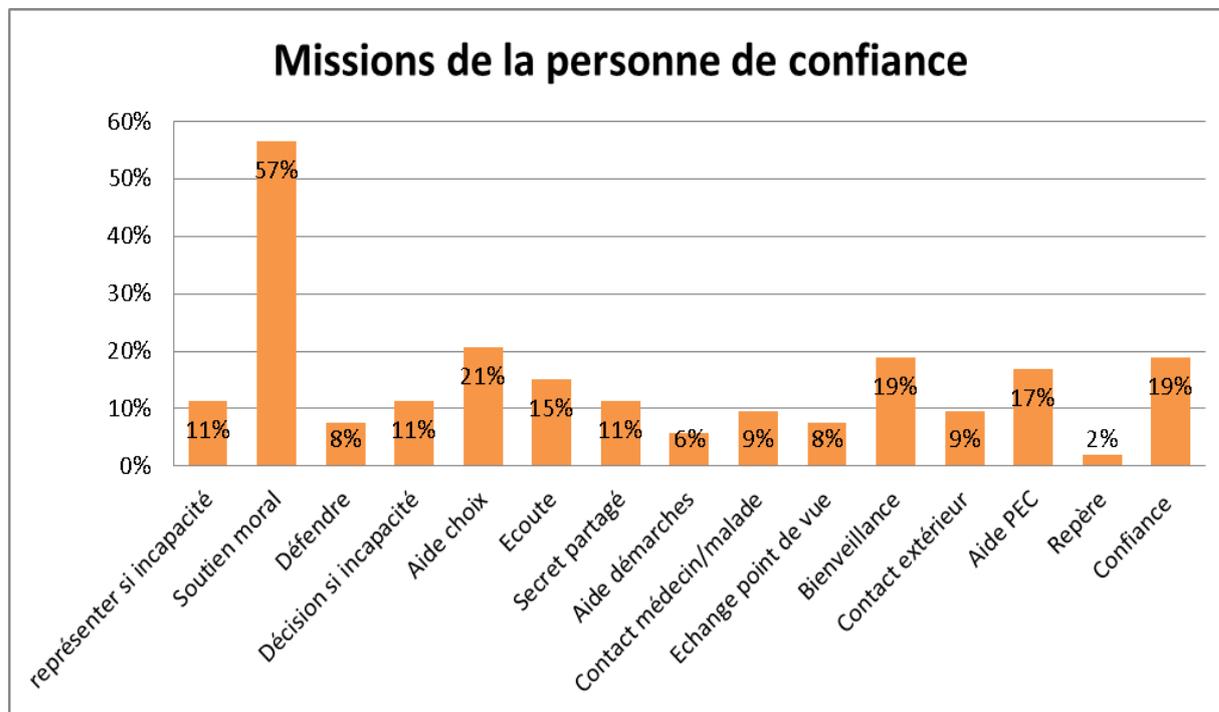


Figure 20 – Missions de la personne de confiance selon les patients.

(2) ANALYSE BI-VARIÉE

L'analyse bi-variée du questionnaire ne permet pas de rendre compte d'un grand nombre de résultats statistiquement significatifs. Nous avons pris le parti de présenter certains résultats ayant une valeur de p relativement faible. Le manque de puissance de notre étude explique peut-être l'absence de résultats statistiquement valides malgré ces tendances.

- Compréhension générale du dispositif légal de la personne de confiance.

L'analyse de la compréhension du dispositif légal de la personne de confiance en fonction des autres variables ne retrouve pas de lien significatif. La compréhension du terme de personne de confiance semble ne pas être lié au sexe ($p = 0,6$, test de Fisher), au service d'hospitalisation ($p = 0,9$, test de Fisher), aux modalités d'hospitalisations ($p = 0,12$, test de Fisher) ni à l'âge des patients ($p = 0,5$, test de Fisher).

- Caractéristiques de la personne de confiance.
 - Liens avec la personne de confiance.

Le choix général de la personne de confiance ne semble pas influencé par le sexe et l'on retrouve des proportions identiques chez les hommes et les femmes ($p = 0,7$, test de Fisher). Le type de service ($p = 0,9$, test de Fisher) et l'âge ($p = 0,6$, test de Fisher) ne semblent pas non plus impacter sur ce choix.

La modalité d'hospitalisation ne semble pas non plus liée significativement au choix de la personne de confiance ($p = 0,3$, test de Fisher), cependant on observe une plus forte proportion de patients sans personne de confiance chez les patients hospitalisés sous contraintes. Le faible effectif, de patient sous contrainte peut expliquer l'absence de significativité.

Pour les patients ayant précisé le membre de la famille nommé, nous n'observons pas de lien statistique entre le membre choisi et les modalités d'hospitalisation ($p = 0,1$; test de Fisher) ou le type de service ($p = 0,1$; test de Fisher). En revanche, l'âge et le sexe sont liés significativement au choix des patients. Dans notre étude les hommes désignent préférentiellement leur mère (45%) et les femmes leurs enfants (38%) ($p = 0,027$; test de Fisher) (Fig. 22). Les patients âgés de 20 à 39 ans, préfèrent choisir leurs parents et plus particulièrement leur mère et les patients âgés de 60 ans et plus choisissent d'avantage des membres de leur fratrie ou leurs enfants ($p = 0,04$; test de Fisher) (Fig. 23).

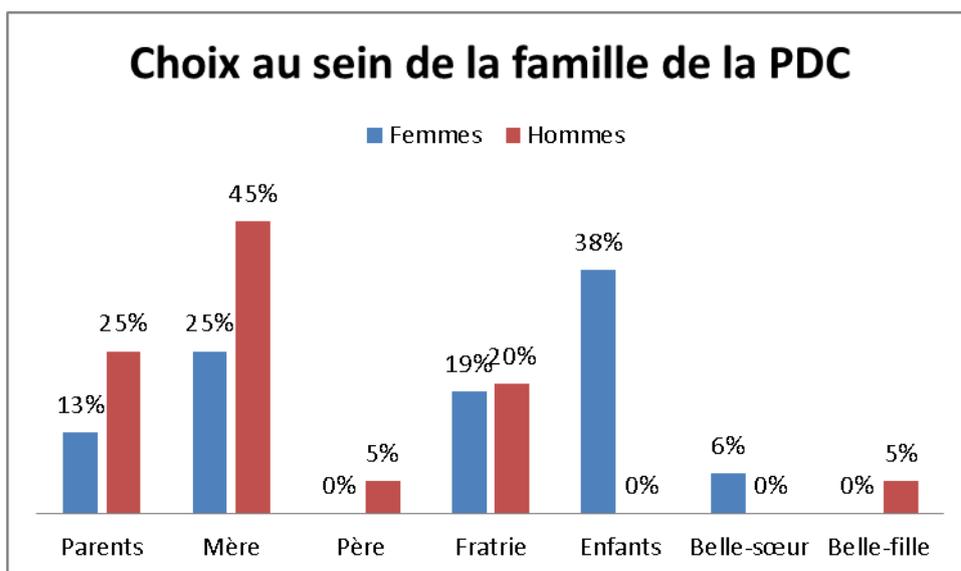


Figure 22- Choix au sein de la famille selon le sexe du patient

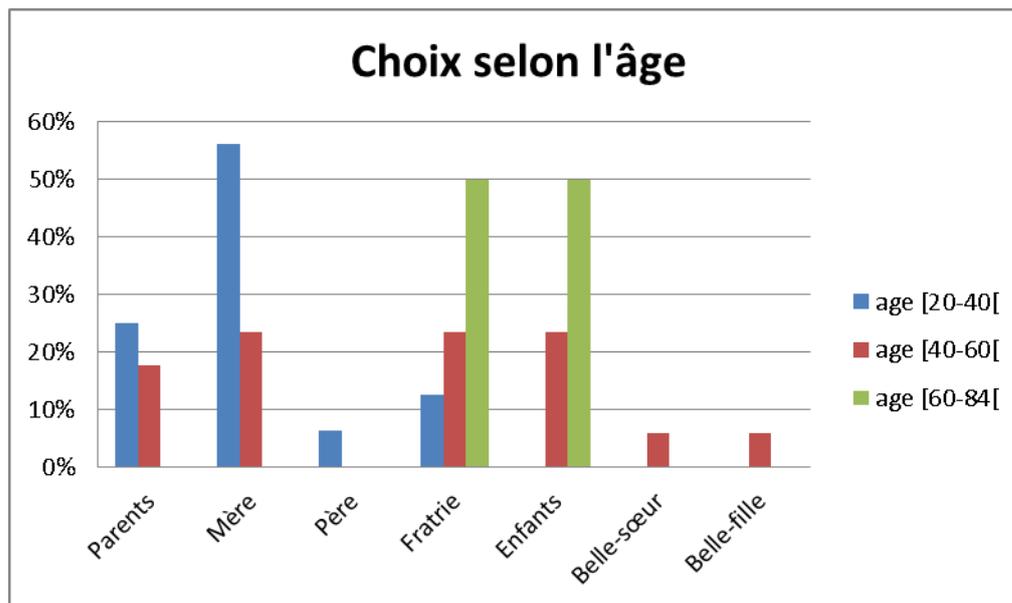


Figure 23- Choix au sein de la famille selon l'âge du patient.

- Communication avec la personne de confiance

La communication avec la personne de confiance n'est pas liée statistiquement aux différentes variables d'analyse : sexe, âge, type d'hospitalisation et modalités d'hospitalisation. L'ensemble des tests retrouvent un $p > 0.3$.

- Désignation antérieure.

Le sexe, l'âge et le type de service ne semblent pas influencer la nomination par le passé d'une personne de confiance (respectivement : $p = 0,5$ (sexe) ; $p = 0,1$ (âge) ; $p = 0,1$ (service)). Par ailleurs, la désignation par le passé, une personne de confiance n'est pas liée significativement avec sa compréhension ($p = 0,2$; test de Fisher).

En revanche on observe une tendance pour les patients sous contraintes à ne pas avoir nommé de personne de confiance au cours des hospitalisations antérieures, 51% de réponses positives chez les patients libres contre seulement 13% chez les patients contraints ($p = 0,07$, test de Fisher).

- Personne de confiance et personne à prévenir

Les résultats sont comparables selon les variables de sexe ($p = 0,9$, test de Fisher), de modalité d'hospitalisation ($p = 0,1$) et de la compréhension du terme de personne de confiance ($p = 0,5$). En revanche, on observe des tendances sans significativité pour les variables de type de service et d'âge des patients.

Ainsi les patients hospitalisés en service ouvert ont d'avantages tendance à orienter un choix différent entre personne à prévenir et personne de confiance (27% en service ouvert contre 4% en service fermé et d'addictologie). A noter qu'une proportion non négligeable de patients n'a rien répondu à cette question dans la population de patients hospitalisés en service fermé (22%, $p = 0,087$, test de Fisher) (Fig. 24).

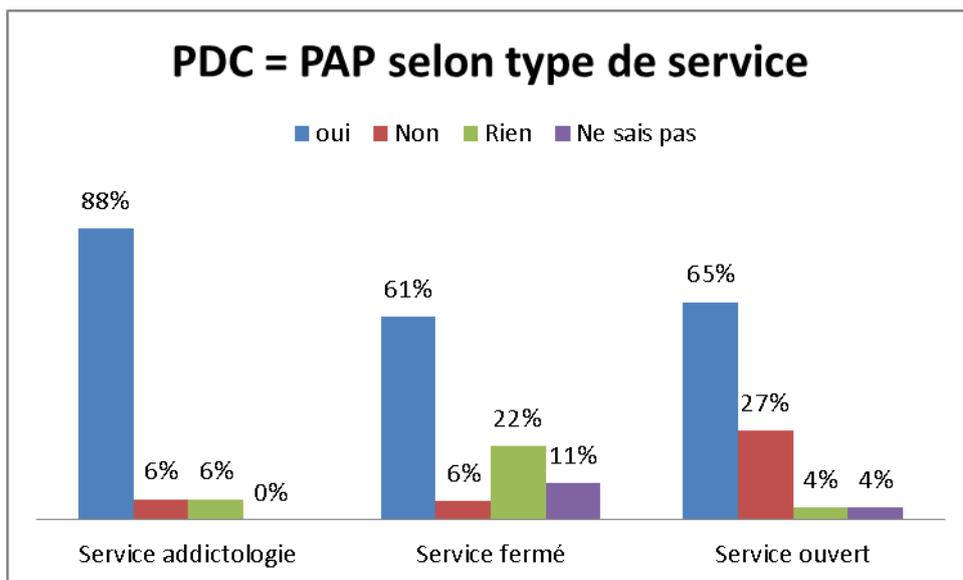


Figure 24 – Similitude entre personne de confiance et personne à prévenir selon le type de service.

On observe également des proportions légèrement différentes dans le choix de la personne de confiance et de la personne à prévenir selon l'âge. Les patients, âgés de 40 ans et plus pourraient avoir tendance à faire un choix différent entre personne à prévenir et personne de confiance (21% pour les [40-60[et 14% pour les [60-84[contre 4% pour les [20-40[), ($p = 0,097$).

- Personne de confiance et tiers dans le cas d'une hospitalisation sous contrainte

Cette variable n'est reliée à aucune autre des autres variables étudiées.

- Représentations et attentes envers la personne de confiance de la part des patients.

- Motivations décisionnelles

L'analyse des motivations orientant le choix de la personne de confiance par le patient, n'est pas lié statistiquement aux variables de sexe, d'âge, de modalité d'hospitalisation, aux types de service, ni à la compréhension de la notion de personne de confiance. L'ensemble des p est supérieur à 0,3, dans les tests de Fisher. Par ailleurs, on n'observe pas de tendances particulières.

- Utilité attendue du dispositif de la personne de confiance

L'analyse des données ne permet pas de faire de corrélations statistiquement significatives entre la variable « utilité » et les variables d'âge, de sexe et de type de service. L'ensemble des p est supérieur à 0,3.

En revanche, il existe un lien significatif entre la variable « utilité » et le mode d'hospitalisation ($p = 0,013$, test de Fisher). Les patients hospitalisés sous contraintes ont tendance à considérer la personne de confiance comme moins utile que les patients en soins libres. Ainsi 40% des patients sous contraintes ont répondu positivement contre 89% des patients en soins libres (Fig. 25).

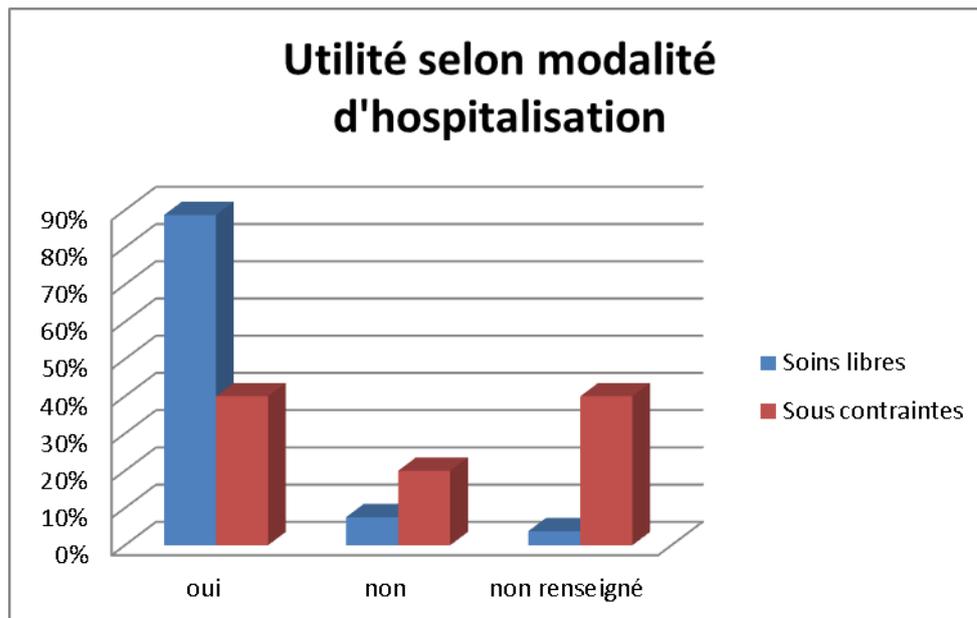


Figure 25 – Utilité perçue selon les modalités d’hospitalisation.

- Utilité antérieure de la personne de confiance

Il n’est pas retrouvé de liens significatifs entre l’utilité antérieure de la personne de confiance et les autres variables que sont le sexe, l’âge, les modalités d’hospitalisation, le type de service, la bonne compréhension de la notion de personne de confiance. L’analyse statistique par le test de Fisher retrouve des $p > 0,3$.

- Présence de la personne de confiance en entretien

Les analyses statistiques de la présence en entretien de la personne de confiance selon les variables de sexe, d’âge, de modalités d’hospitalisation et de type de service ne font apparaître aucun lien significatif. L’ensemble des p est supérieur à 0,2 avec le test de Fisher.

Il n’y a pas non plus de corrélation statistique entre la bonne compréhension de la notion de personne de confiance avec sa présence en entretien ($p = 1$, test de Fisher).

La désignation antérieure d’une personne de confiance, et sa considération comme utile ou non par la passé ne sont pas liées à sa présence en entretien ($p = 0,3$ dans les deux cas).

- Missions principales de la personne de confiance

Le nombre et la diversité des missions recueillies dans les questionnaires, bien que regroupés sous des dénominations communes, ne permettent pas une analyse statistique fine du fait du manque de puissance de nos résultats. Notre regard portera donc sur les tendances observées sans qu'aucune significativités puissent les asseoir.

L'analyse par genre, met en évidence que les femmes semblent préférer à la personne de confiance les missions de soutien moral, d'aide à la prise de décision, en cas d'incapacité et de partage du secret médical. Tandis que les hommes en dehors du soutien moral, prêtent à la personne de confiance davantage les missions de confiance et d'aide à la prise en charge (Fig.26).

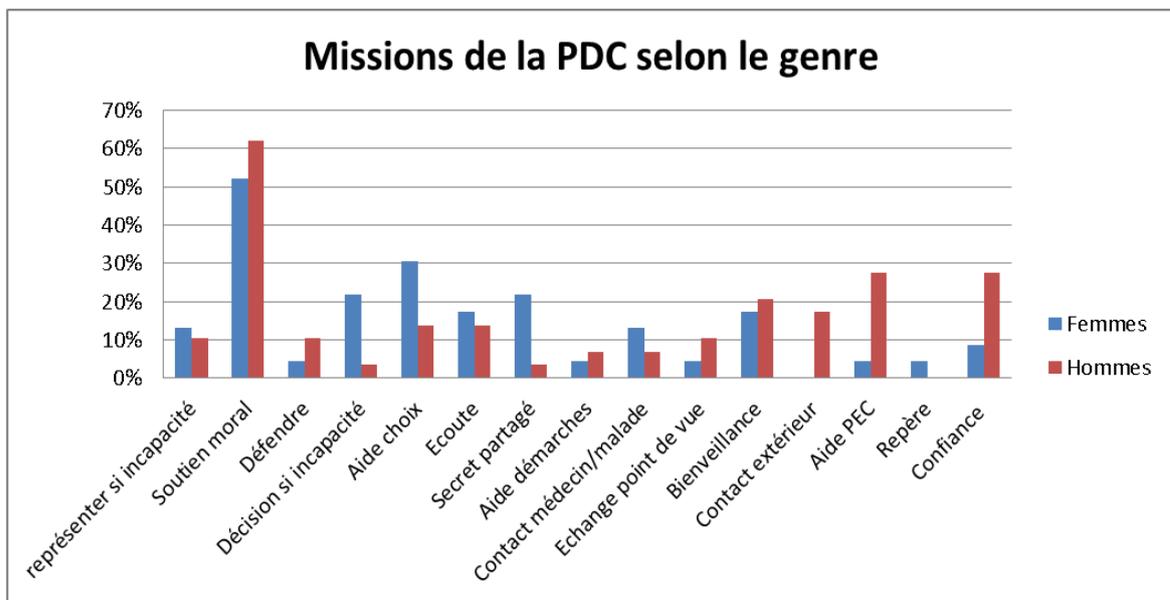


Figure 26 – Missions de la personne de confiance selon le genre.

L'analyse par modalité d'hospitalisation, semble démontrer que les patients sous contrainte attendent d'avantage un soutien moral, une aide au choix, une écoute et une défense que toutes autres missions (Fig. 27).

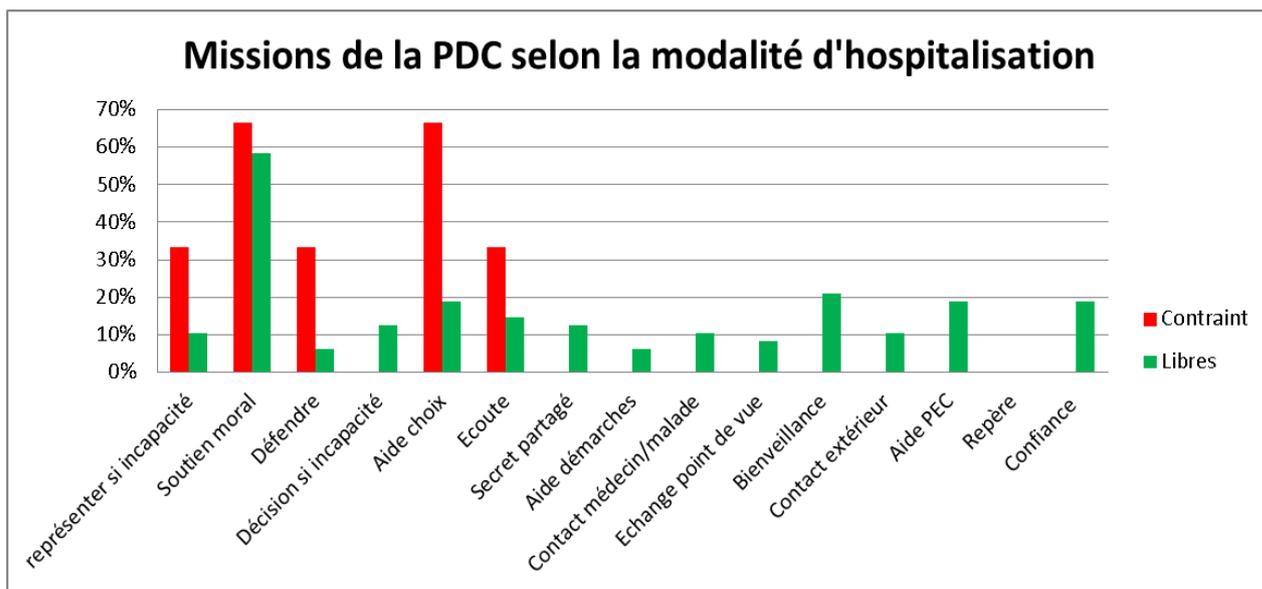


Figure 27 – Missions de la personne de confiance selon la modalité d'hospitalisation.

L'analyse par type de service d'hospitalisation, fait apparaître certaines préférences des patients. Ainsi en service d'addictologie, c'est le soutien moral, l'aide à la prise en charge, la confiance et la bienveillance qui priment. En service fermé, le soutien moral, l'écoute et la bienveillance sont les principales missions repérées. Dans les services ouverts, le soutien moral est majoritaire, mais nous observons un aplanissement des proportions des autres missions (Fig. 28).

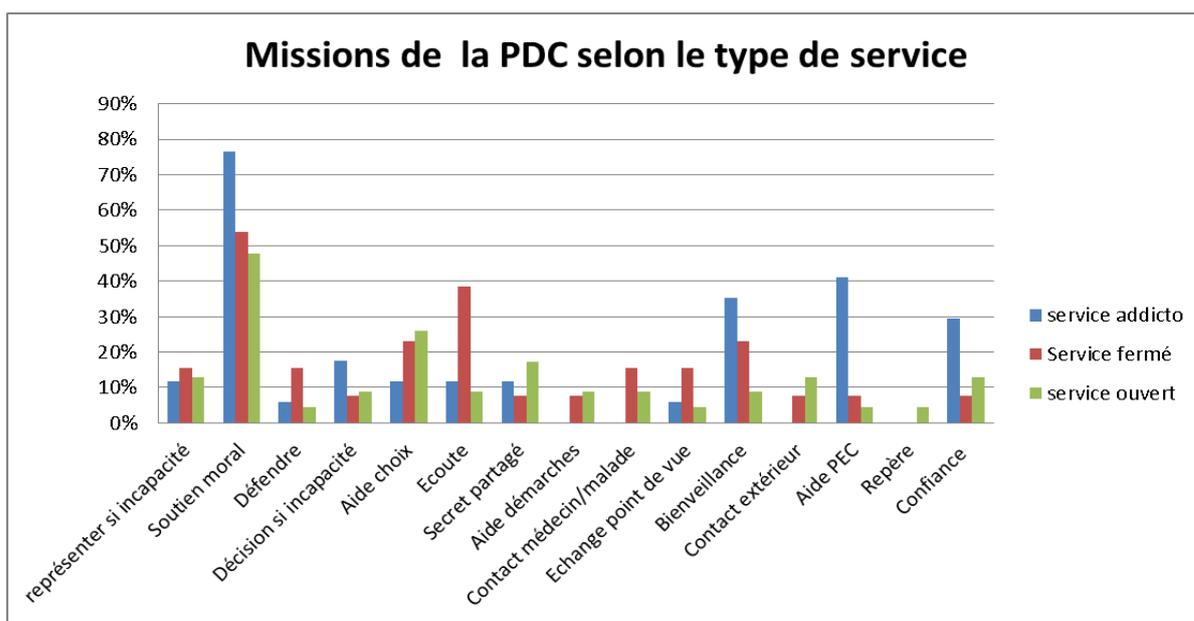


Figure 28 – Missions de la personne de confiance selon le service d'hospitalisation

Enfin l'analyse selon l'âge du patient, semble dessiner certaines disparités entre les classes d'âges. Dans la population de patients âgés de 20 à 40 ans, les missions de la personne de confiance sont assez variées avec toujours en tête de file, la mission de soutien. Pour les patients de 40 à 60 ans, les missions de soutien moral, de bienveillance et de confiance se démarquent des autres. Enfin les patients âgés de 60 ans et plus attendent de la personne de confiance un soutien moral, une écoute et un partage du secret médical.

B) QUESTIONNAIRE SOIGNANT

I) DESCRIPTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

(1) POPULATION ÉTUDIÉE

Les questionnaires soignants ont été distribués à un total de 115 soignants dans 6 services hospitaliers différents. Sur les 115 questionnaires distribués, 3 ont été exclus en raison de l'absence totale de renseignements du questionnaire. L'analyse finale, a portée sur 112 questionnaires soignants soit 97,39% d'inclusion. Nous n'avons pas exclu, d'autres soignants.

(2) CARACTÉRISTIQUES DES SOIGNANTS.

La majorité des questionnaires soignants (64%) ont été distribués au cours des réunions institutionnelles, où sont présents les soignants travaillant à la fois sur les structures intra-hospitalières, dans les services ouverts et fermés, ainsi que sur les structures extrahospitalières. Une plus faible proportion des questionnaires ont été

distribués dans des services spécifiques, soit 22% dans des services d'addictologie et 14% dans un service fermé uniquement (Fig. 29).

Sur les 112 soignants interrogés lors de notre étude, on retrouve une majorité d'infirmier(e) à raison de 40%, puis la catégorie « autre » pour 15% (désignant principalement les étudiants et secrétaires...), cadres de santé, médecins, psychiatres représentent chacun une part de 10% des soignants interrogés. Enfin, psychologues, internes, assistantes sociale, aides-soignants et A.S.H. représentent des proportions moins importantes allant de 6% à 2% (Fig. 30).

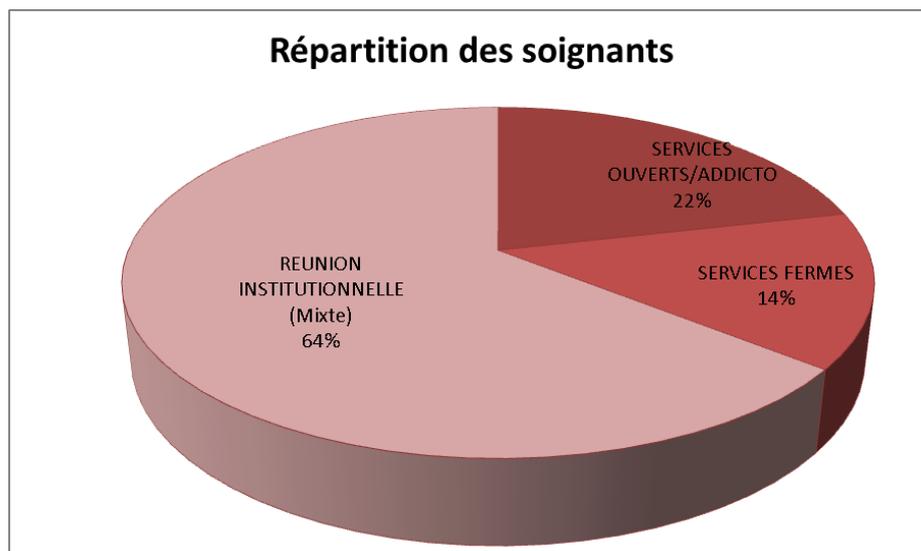


Figure 29 – Répartition des soignants selon le type de service.

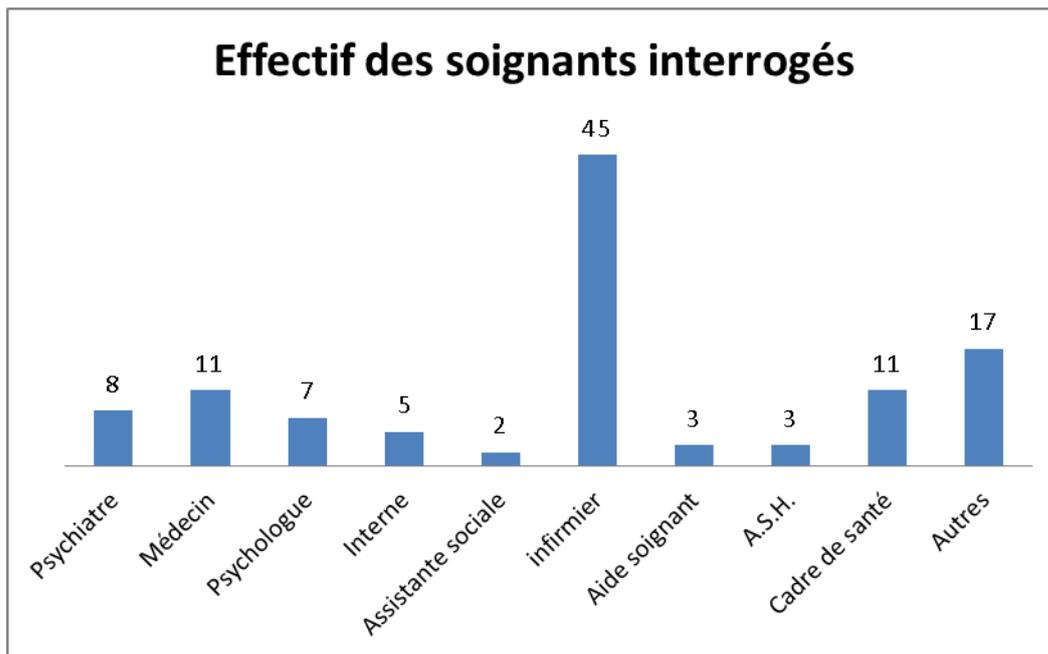


Figure 30 – Effectif absolu des soignants selon la profession.

II) RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE SOIGNANT

(1) ANALYSE UNI-VARIÉE

- Connaissances du dispositif relatif à la personne de confiance.
 - Distinction entre personne de confiance et personne à prévenir

Afin d'évaluer les connaissances du dispositif légal relatif à la personne de confiance, nous avons interrogé les soignants sur la distinction entre personne à prévenir et personne de confiance. En effet, une bonne connaissance du dispositif légal de la personne de confiance, permet de distinguer très nettement la personne de confiance de la personne à prévenir dont les missions ne sont pas semblables.

Les résultats de notre étude indiquent que la plupart des soignants interrogés font la distinction entre la personne de confiance et la personne à prévenir. Ils sont 68% à distinguer la personne de confiance de la personne à prévenir, 25% à considérer que c'est une seule et même personne et 7% à ne pas savoir. Le cumul des effectifs montrent tout de même que près d'un soignant sur trois ne fait pas la différence entre personne de confiance et personne à prévenir (Fig.31).

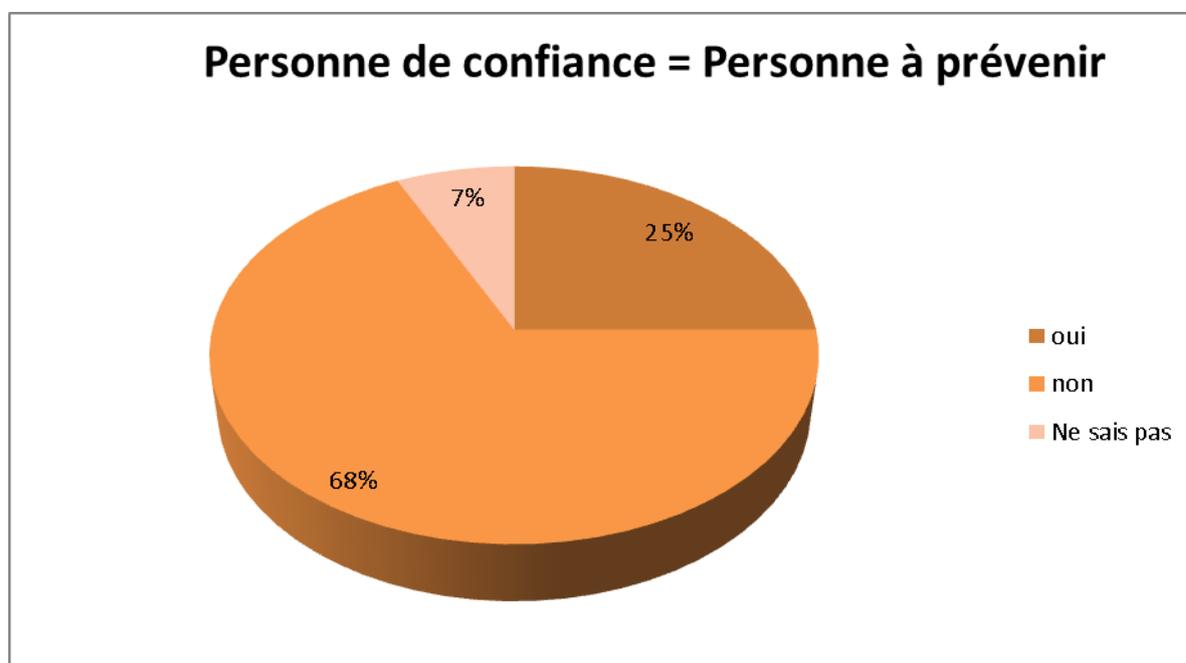


Figure 31 – Distinction entre personne de confiance et personne à prévenir selon les soignants.

- Missions principales de la personne de confiance

Les missions principales de la personne de confiance reflètent la réalité légale des missions attribuées à la personne de confiance. Nous avons donc questionné les soignants sur les missions de la personne de confiance, et les avons comparées avec les données du dispositif légal. Les résultats nous montrent une bonne connaissance générale du dispositif par les soignants. En effet, la loi prévoit que la personne de confiance puisse être : un « interlocuteur privilégié », « un soutien et un accompagnateur », « une aide à la prise de décision », « une tierce personne » et « donner un avis consultatif en cas d'incapacité ». Le questionnaire retrouve comme principale missions : « le soutien » (47%), un « interlocuteur privilégié » (30%), « une aide à la prise de décision » (26%), « un avis en cas d'incapacité » (34%). Notons que pour les soignants la personne de confiance, n'est pas désignée comme une tierce personne en tant que telle, mais plutôt comme un « lien du patient avec l'extérieur » (29%).

Les missions de la personne de confiance sont détaillées un peu plus loin.

- Pratiques professionnelles.

- Habitude de recherche de la personne de confiance.

Nous avons questionné les professionnels sur leur démarche personnelle de recherche ou non, de la personne de confiance auprès des patients. Nos résultats retrouvent une proportion à peu près identique de professionnels recherchant la personne de confiance et de professionnels ne recherchant pas la personne de confiance. Une faible majorité du personnel soignant soit 51% à répondu positivement à cette recherche, 47% a déclaré ne pas rechercher la personne de confiance et 2% n'ont rien répondu (Fig. 32).

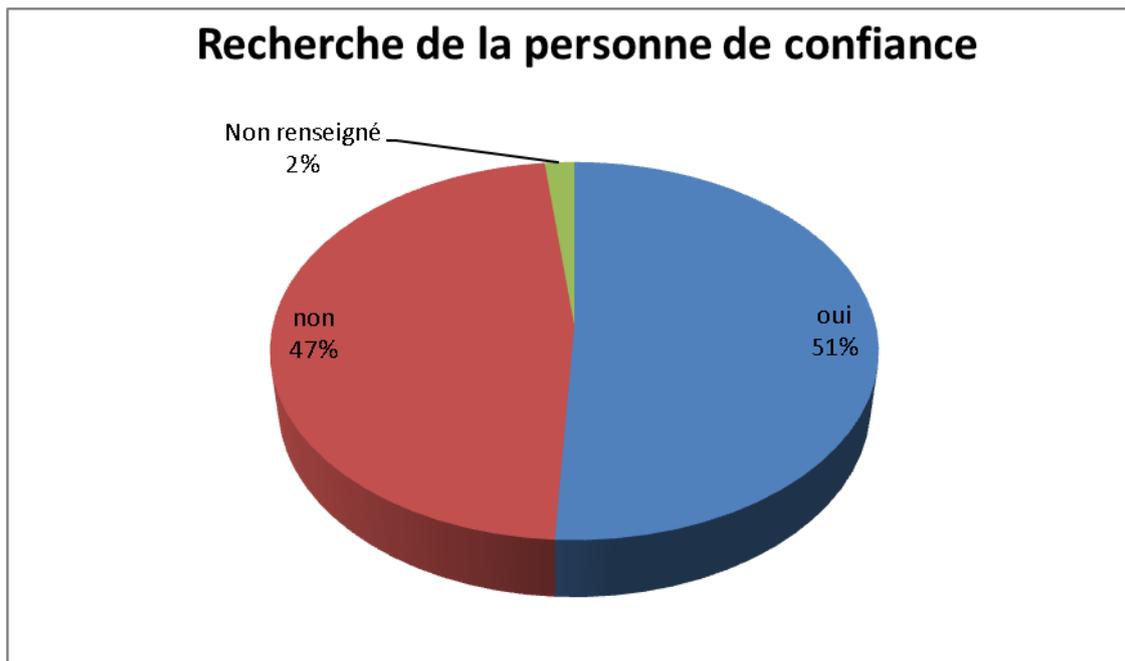


Figure 32 – Recherche de la personne de confiance par les soignants.

- Habitude de travail avec l’entourage du patient.

Les soignants ont été interrogés sur leurs habitudes à travailler avec l’entourage afin de pouvoir se représenter cette ouverture du soin sur l’extérieur et de questionner par la suite si la personne de confiance avait un rôle d’interlocuteur privilégié comme le prévoit la loi.

Les résultats montrent que la majorité des soignants interrogés déclarent travailler avec l’entourage du patient. Ils sont 83% à déclarer travailler avec l’entourage de leur patient, 14% à ne pas travailler avec l’entourage enfin 3% des soignants n’ont pas répondu à la question (Fig. 33).

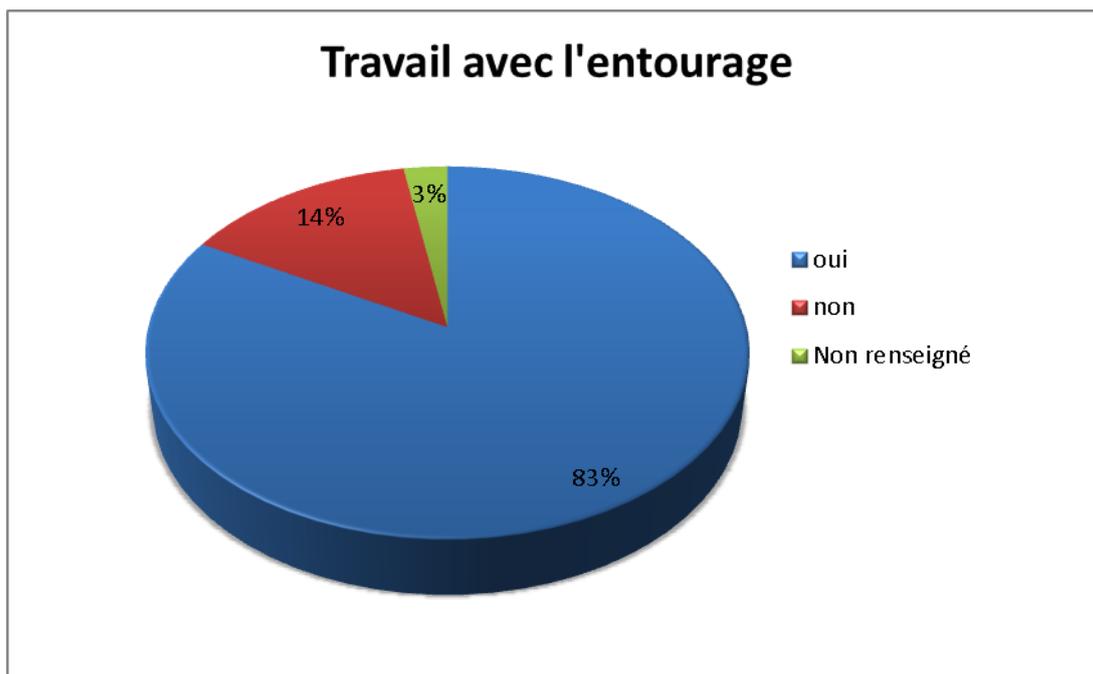


Figure 33 – Travail avec l'entourage.

Nous avons demandé au soignant de préciser les membres de l'entourage avec lesquels, ils avaient le plus souvent l'habitude de travailler. Nos résultats, montrent que ce sont d'abord les membres de la famille qui sont désignés dans 40% des cas, puis viennent les proches pour 17% et les conjoints pour 11% des soignants (Fig. 34).

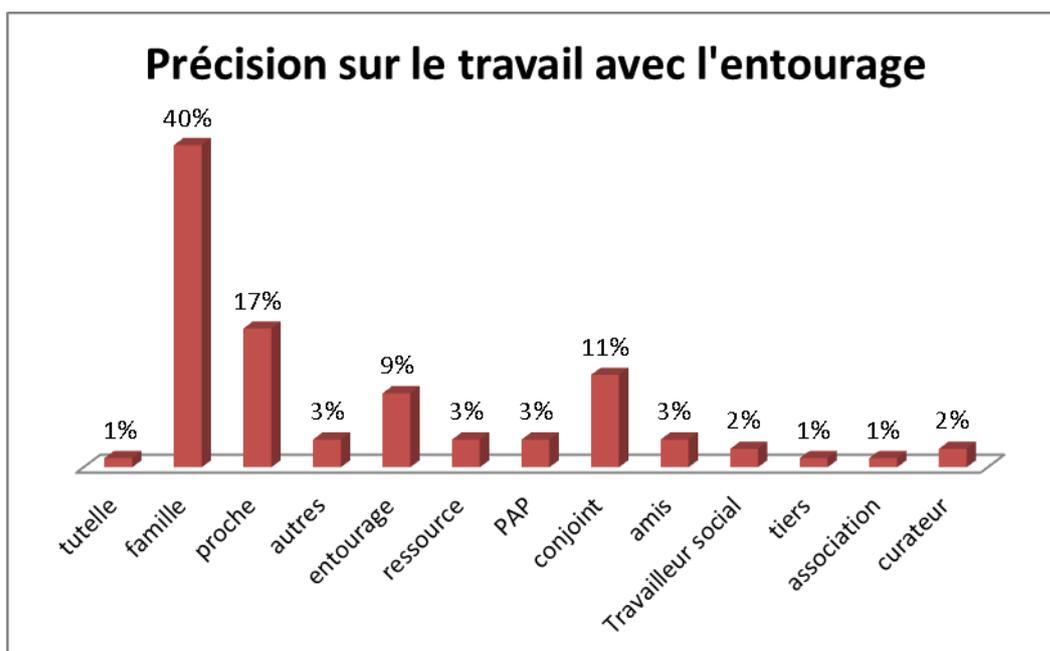


Figure 34 - Précision de l'entourage avec lequel travail les soignants.

- Habitude de travail avec la personne de confiance.

Nous avons cherché à savoir si la personne de confiance était un élément ressource avec laquelle les professionnels de santé ont l'habitude de travailler.

Nos résultats montrent que 46% des soignants déclarent travailler avec la personne de confiance, 36% sans la personne de confiance et 18% n'ont pas renseigné cette question (Fig. 35).

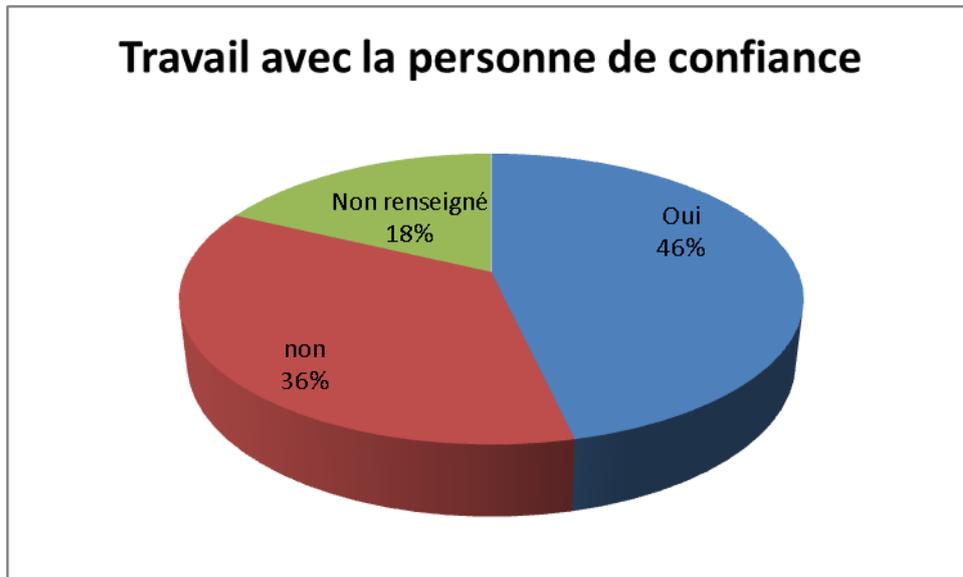


Figure 35 – Habitude de travail des professionnels de santé avec la personne de confiance.

- Représentation de la personne de confiance.
 - Intérêt de la personne de confiance (Fig. 36)

Le questionnaire interrogeait les bénéfices perçus par les professionnels de santé de la personne de confiance. Les soignants ont répondu en majorité que la personne de confiance était bénéfique à la prise en charge de leur patient. Ainsi, ils sont 78% à répondre oui, 12% à ne pas savoir et 10% à répondre non.

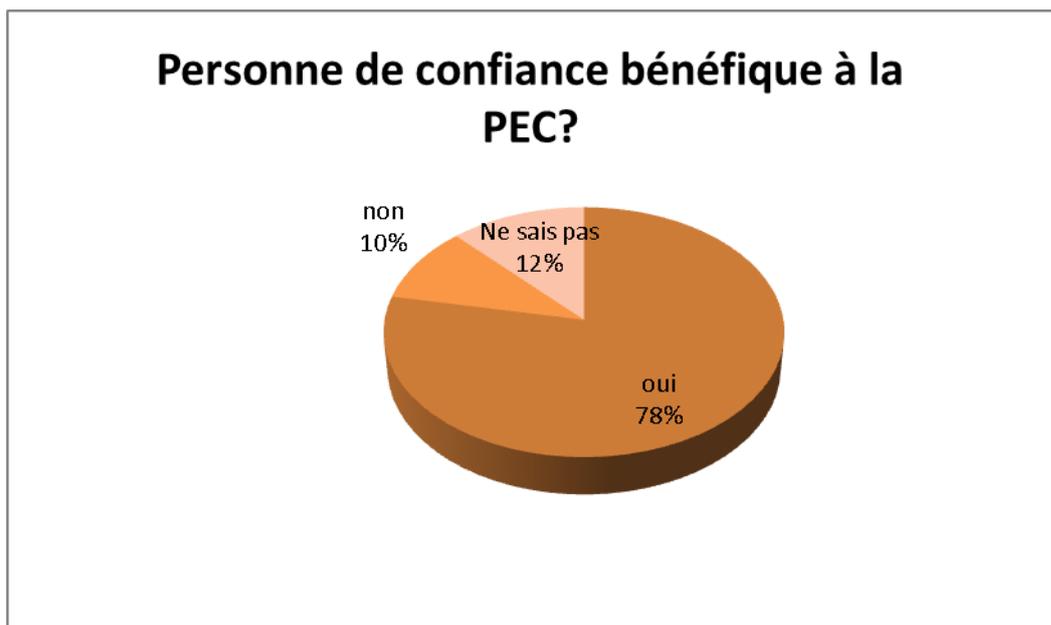


Figure 36 – Bénéfice perçu par les soignants de la personne de confiance

- Principales missions de la personne de confiance (Fig. 37).

Nous nous sommes intéressés aux représentations de la personne de confiance par le personnel soignant travaillant en psychiatrie. Il a été demandé aux professionnels de répondre ouvertement aux 3 principales missions rattachées à la personne de confiance.

L'analyse des questionnaires permet de retrouver cinq missions principales attachées à la personne de confiance avec un taux de réponse supérieur à 25%:

- La première mission évoquée par les soignants est celle du « soutien », en effet, 47% des soignants ont répondu que la personne de confiance avait un rôle de soutien auprès du patient.
- En second, c'est sa fonction décisionnelle ou représentative en cas d'incapacité qui cumule 44% des réponses. Dans le détail, 27% ont répondu que la personne de confiance avait un rôle « décisionnel » en cas d'incapacité et 17% un rôle « consultatif » en cas d'incapacité.
- En tierce, on trouve la notion d' « interlocuteur privilégié » pour 30% des soignants.

- Ensuite, c'est la notion de lien entre l'extérieur de l'hôpital et le milieu hospitalier qui est associée à la personne de confiance soit 29% des soignants.
- Enfin, 26% des soignants estiment que la personne de confiance est une aide pour le patient lors de la prise de décision.

Les autres missions dégagées de notre questionnaire sont par ordre décroissant : une aide à la prise en charge (21%), l'aide à la prise de décision en cas d'incapacité (17%), le partage du secret médical (15%), la participation de la personne de confiance en entretiens médicaux (12%), la défense des intérêts du patient (11%), l'aide à l'information du patient (10%). Dans de moindres proportions, la personne de confiance est considérée comme une aide à l'alliance thérapeutique (6%), un interlocuteur à prévenir en cas d'urgence (6%), une personne en qui faire « confiance » (6%) et enfin elle est considérée par certains comme une mesure légale obligatoire (2%).

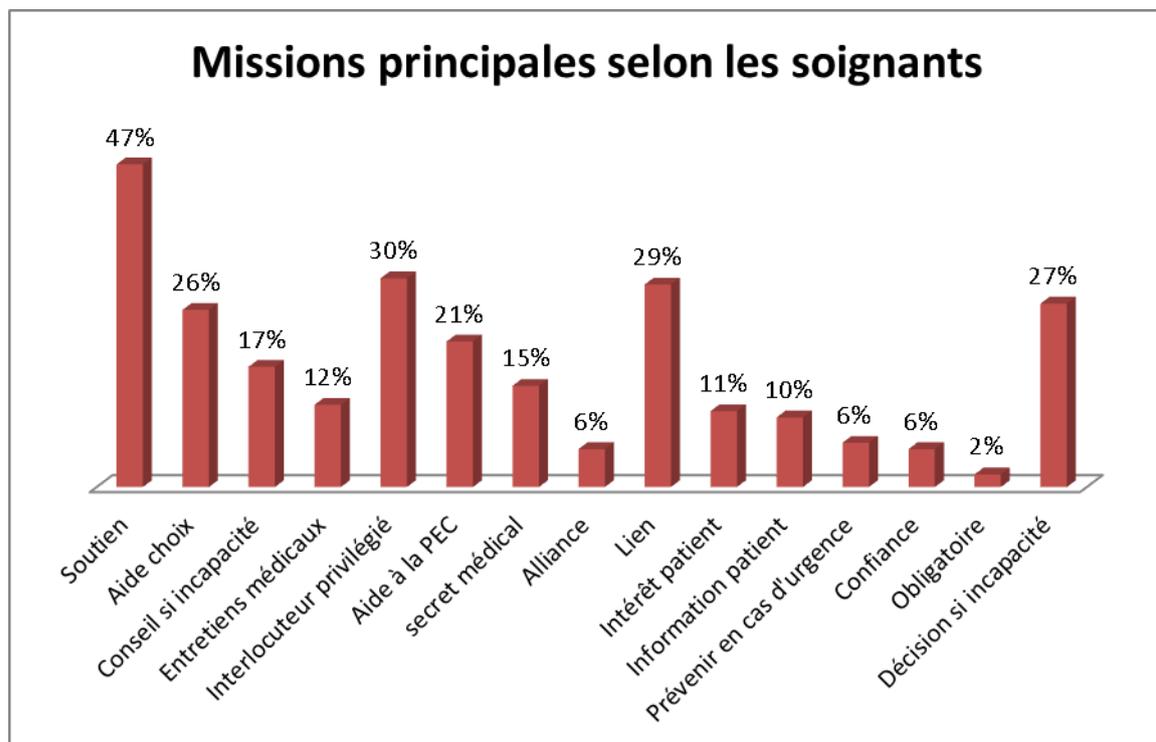


Figure 37 – Missions de la personne de confiance selon les soignants.

(2) ANALYSE BI-VARIÉE

Nous avons réalisés une analyse bi-variée des réponses obtenues, les résultats significatifs ont été rapportés de même que les résultats présentant un petit p faible marquant des tendances.

- Connaissances du dispositif relatif à la personne de confiance.
 - Distinction entre personne de confiance et personne à prévenir.

La distinction entre personne de confiance et personne à prévenir, est significativement différente selon le type de service interrogé ($p = 0,006$, test de Fisher). Les soignants interrogés au cours des réunions institutionnelles semblent mieux informés de la différence entre personne de confiance et personne à prévenir. Ainsi au cours des réunions institutionnelles, ils sont 78% à faire la distinction, 14% à ne pas la faire, et 8% à ne pas savoir. A contrario, dans les services fermés et d'addictologie, la distinction entre personne de confiance et personne à prévenir semble moins évidente. Dans les services fermés, 50% des soignants déclarent qu'il ne s'agit pas de la même personne contre 44% qui l'a déclarent identique, et 6% qui ne savent pas. Dans les mêmes proportions, 50% font la différence en service d'addictologie, 46% l'a considèrent identique et 4% ne savent pas (Fig. 38).

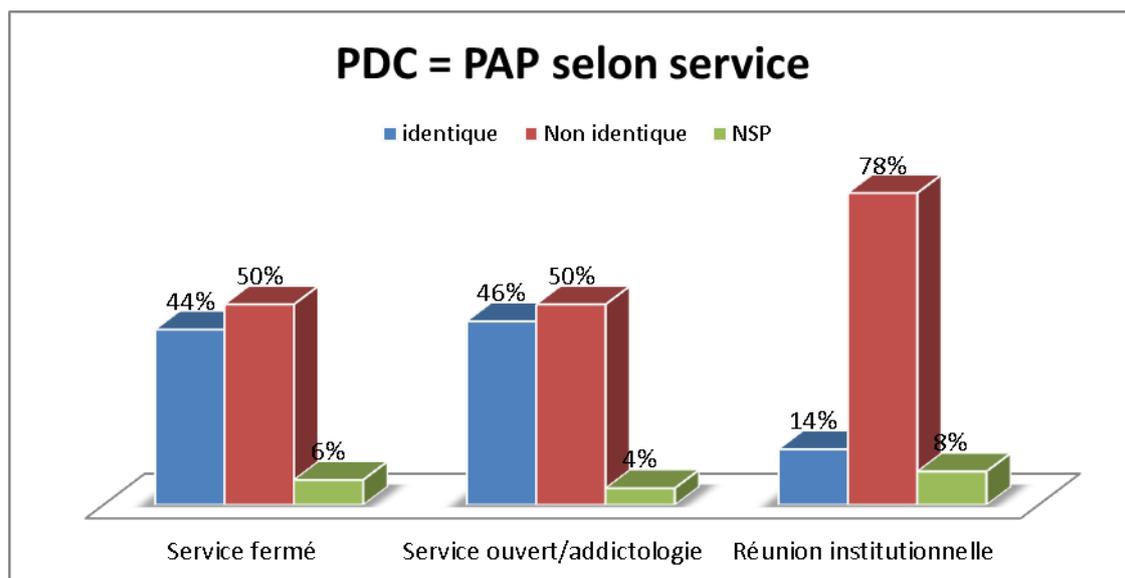


Figure 38 – Différence entre personne de confiance et personne à prévenir selon le service interrogé.

On retrouve une différence significative sur le critère de la recherche de la personne de confiance ($p = 0,04$, test de Fisher). Les soignants recherchant la personne de confiance ont tendance à mieux différencier personne de confiance et personne à prévenir que ceux qui ne l'a recherche pas (Fig.39)

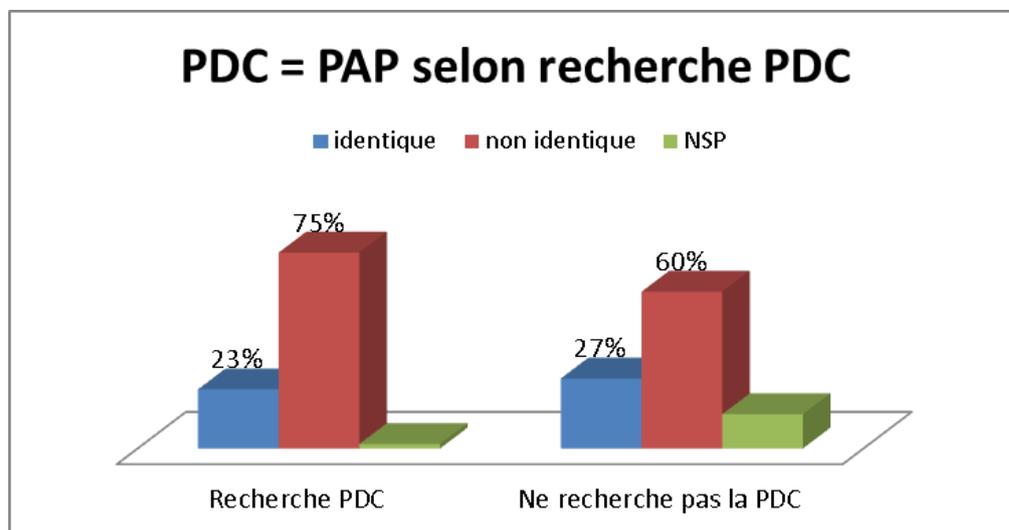


Figure 39 – Distinction entre personne de confiance et personne à prévenir selon le critère : recherche de la personne de confiance.

Le travail avec l'entourage est lié significativement à la distinction entre personne de confiance et personne à prévenir. Les soignants qui travaillent avec l'entourage semblent mieux faire la distinction entre personne à prévenir et personne de confiance ($p = 0,03$, test de Fisher) (Fig.40).

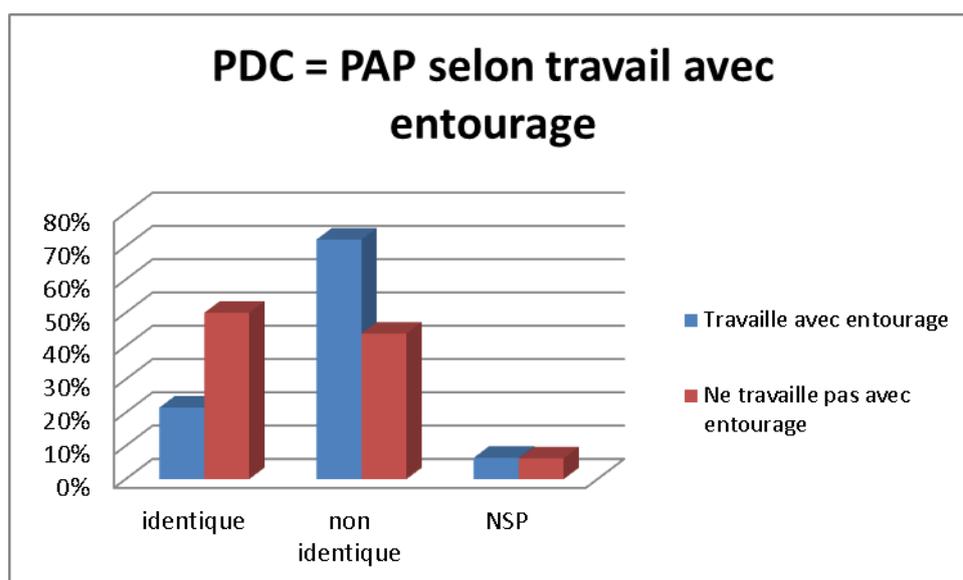


Figure 40 – Distinction entre personne de confiance et personne à prévenir selon le critère : travail avec l'entourage.

- Missions principales de la personne de confiance

Nous n'avons pas réalisé d'analyse bi-variée ni multivariée des principales missions de la personne de confiance au vu des effectifs faibles de chaque mission.

- Pratiques professionnelles.

- Habitude de recherche de la personne de confiance.

Il existe des différences significatives dans la recherche de la personne de confiance selon le type de profession exercée ($p = 0,0057$, test de Fisher). Les cadres de santé et infirmiers ont tendance à plus souvent rechercher la personne de confiance (80% des cadres et 67% des infirmiers). La moitié des psychiatres déclarent rechercher la personne de confiance. Les autres professionnels ont davantage tendance à ne pas la rechercher (médecins, internes, Aides-soignants). Les assistantes sociales et les psychologues ont déclaré ne pas rechercher la personne de confiance (Fig. 41).

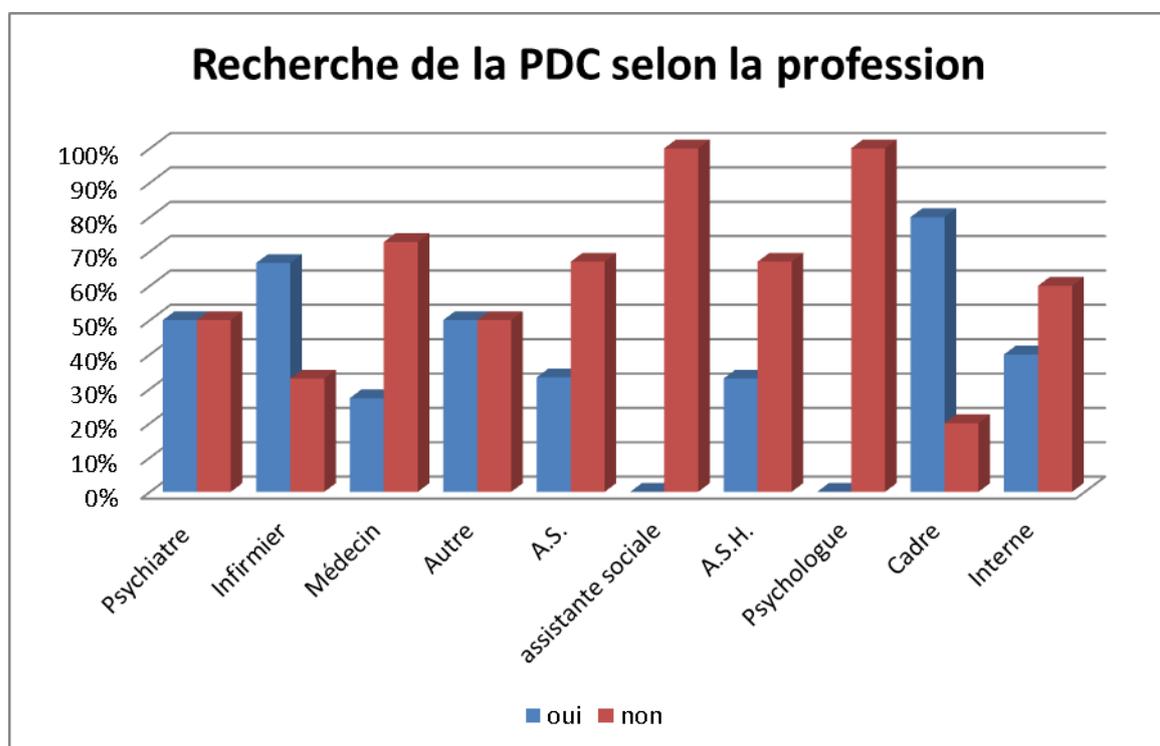


Figure 41 – Habitude de recherche de la personne de confiance selon la profession exercée.

Il n'y a pas de différence significatives dans la recherche de la personne de confiance selon le type de service interrogé ($p = 0,34$, test de Fisher).

- Habitude de travail avec l'entourage du patient.

On observe des différences significatives dans le fait de travailler ou non avec l'entourage selon la profession exercée ($p = 0,01$, test de Fisher). Ainsi, les professionnels ayant tendance à moins travailler avec l'entourage du patient sont les assistantes sociales, les psychologues et les A.S.H. Tandis que les psychiatres, infirmiers, médecin, aides-soignants, cadres, internes et autres déclarent majoritairement travailler avec l'entourage (Fig. 42).

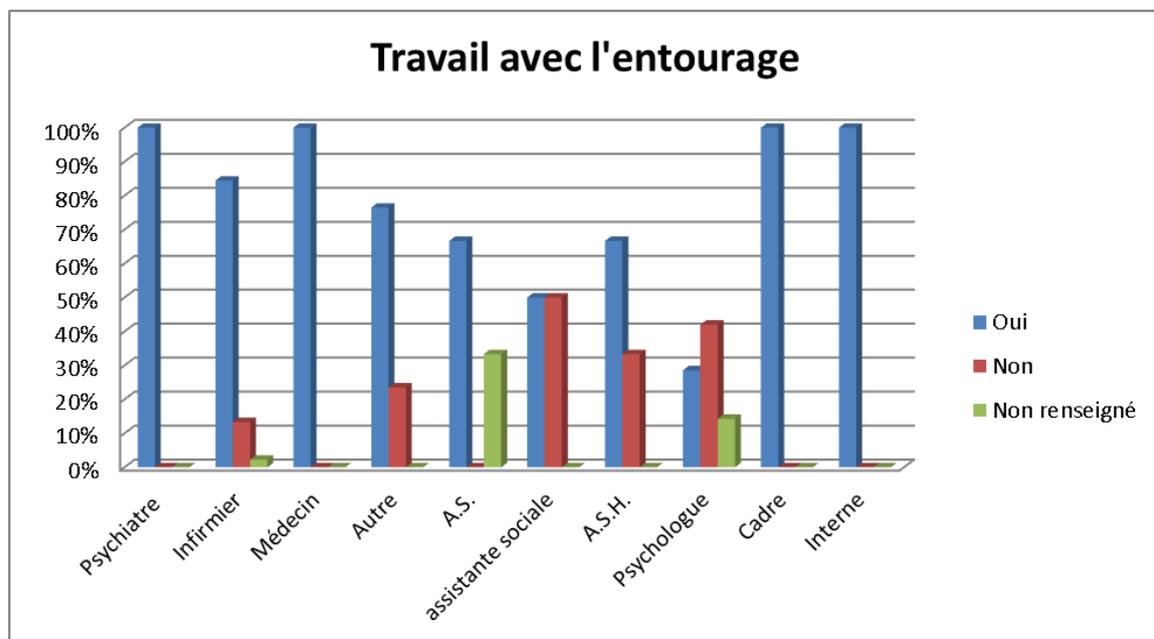


Figure 42 – Travail avec l'entourage en fonction de la profession.

Le travail avec l'entourage est globalement identique les différents services étudiés ($p = 0,07$, test de Fisher).

- Habitude de travail avec la personne de confiance.

Le travail avec la personne de confiance est significativement lié au travail avec l'entourage ($p = 1,14.10^{-6}$, test de Fisher). Les soignants qui travaillent avec l'entourage du patient sollicitent plus volontiers la personne de confiance que ceux ne travaillant pas avec l'entourage. Ainsi, dans la population de soignants travaillant avec l'entourage, 54% travaille avec la personne de confiance, 35% sans la personne de confiance et 11% n'ont pas répondu. A contrario, les soignants ne travaillant pas avec l'entourage sont 44% à ne pas travailler avec la personne de confiance, 56% n'ont pas répondu et un pourcentage nul, travaille avec la personne de confiance (Fig. 43).

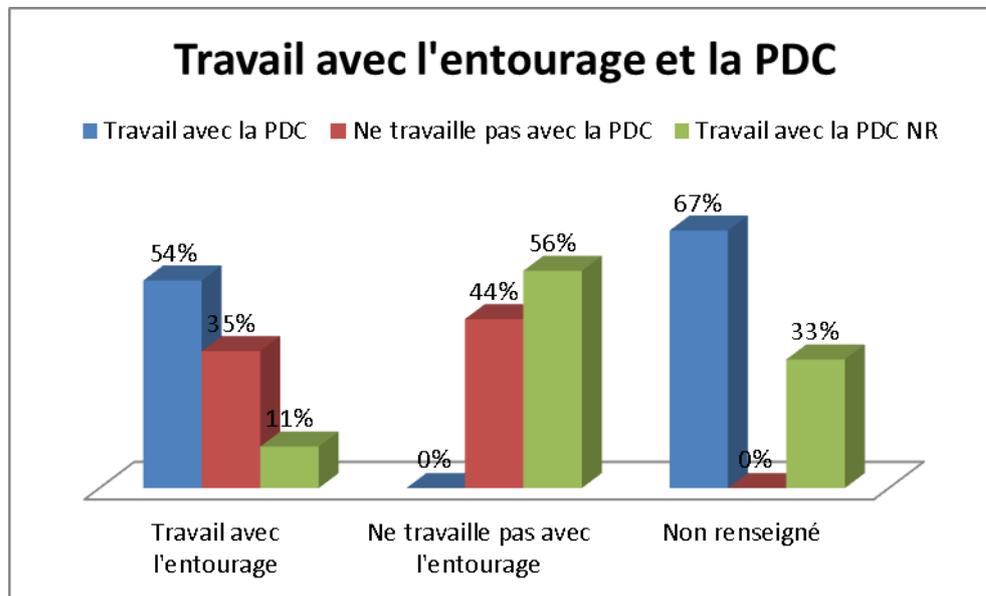


Figure 43 – Comparaison entre le travail avec l'entourage et la personne de confiance.

La recherche de la personne de confiance par les soignants est significativement liée à sa participation aux soins ($p = 2,98.10^{-7}$, test de Fisher). Les soignants recherchant la personne de confiance sont 72% à travailler avec contre 19% à ne pas travailler avec elle. Les soignants ne recherchant pas la personne de confiance, sont une majorité à ne pas travailler avec elle. Soit 53% déclare ne pas travailler avec contre 21% à travailler avec elle (Fig. 44).

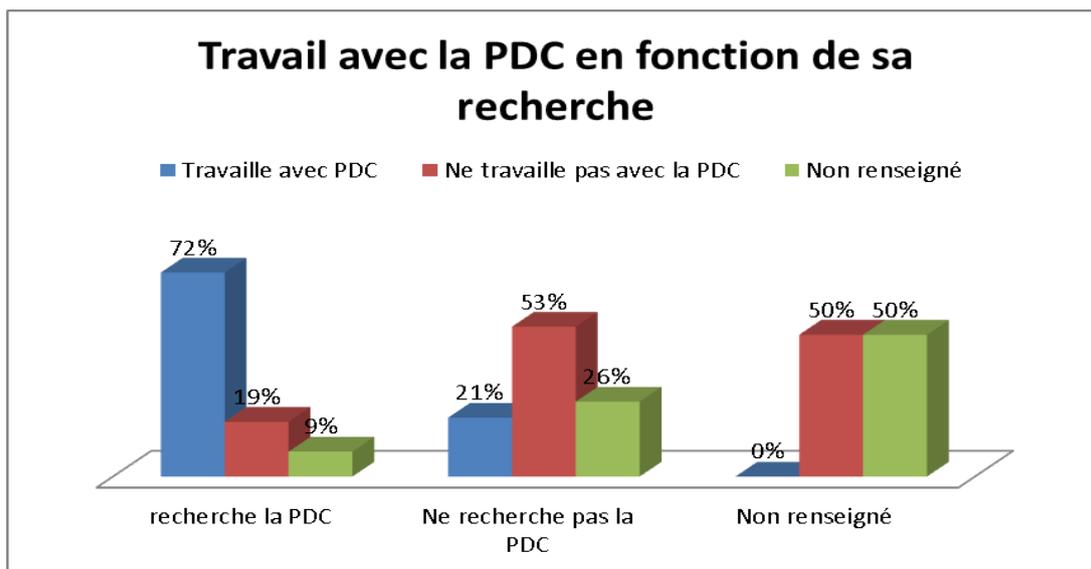


Figure 44 – Travail avec la personne de confiance en fonction de sa recherche.

La reconnaissance de la personne de confiance comme bénéfique à la prise en charge des patients n'est pas liée significativement à sa participation dans les soins ($p = 0,29$, test de Fisher). Nous observons cependant des pourcentages plus importants de soignants faisant participer la personne de confiance au cours de leur prise en charge lorsque ces derniers en ont une perception positive. Ainsi 51% des soignants qui considèrent la personne de confiance comme bénéfique travail avec, contre seulement 18% de ceux qui ne l'a considèrent pas bénéfique (Fig. 45).

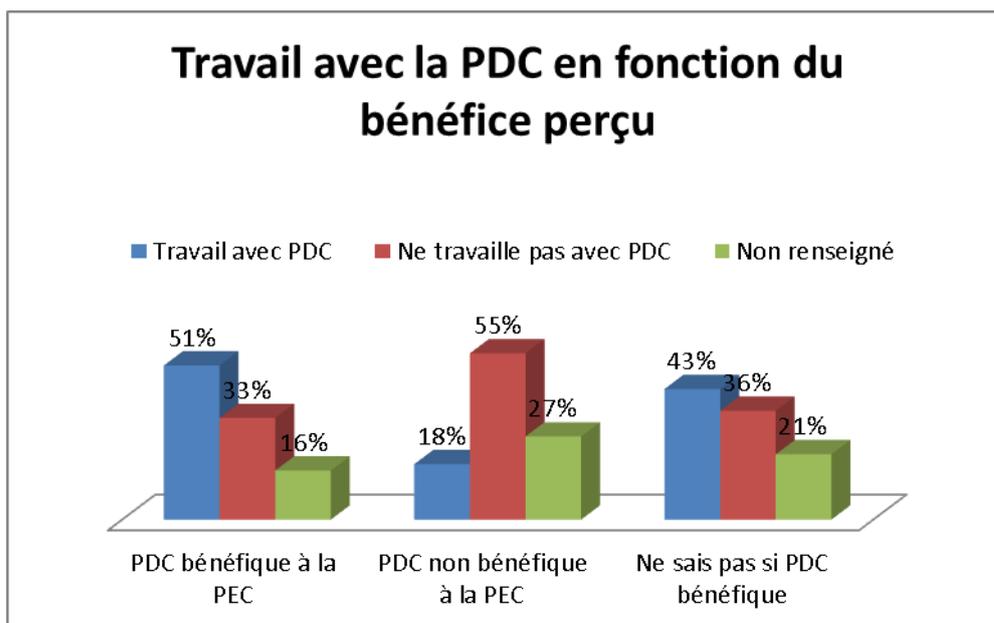


Figure 45 – Travail avec la personne de confiance en fonction du bénéfice perçu.

- Représentation de la personne de confiance.
 - Intérêt de la personne de confiance.

Ainsi que nous l'avons vu précédemment, la majorité des soignants interrogés considèrent la personne de confiance comme bénéfique à la prise en charge des patients. L'analyse bi-variée ne retrouve pas de différence significative, ni de tendance selon les critères de recherche de la personne de confiance ($p = 0,7$, teste de Fisher), de professions ($p = 0,2$, test de Fisher) et de type de service ($p = 0,46$, test de Fisher).

- Principales missions de la personne de confiance.

Nous n'avons pas réalisé d'analyse bi-variée ni multivariée des principales missions de la personne de confiance au vu des effectifs faibles de chaque mission.

4) DISCUSSION

A) FORCE DU TRAVAIL

I) ORIGINALITÉ DU TRAVAIL

A notre connaissance et après vérification dans la littérature, aucune étude française n'a été menée sur l'évaluation des représentations de la personne de confiance pour les patients et pour les soignants dans les soins psychiatriques. Il existe quelques travaux sus cités, sur les représentations de la personne de confiance dans les autres spécialités (Clement R, 2009). En revanche aucune étude ne s'est intéressée sur cette représentation dans les soins psychiques. A travers ce travail nous proposons de rendre compte des représentations de la personne de confiance en psychiatrie, afin qu'elle permette pour les soignants de mieux en saisir les enjeux.

II) PROPORTION ÉLEVÉE DE SOIGNANT

L'enquête réalisée auprès du personnel soignant nous a permis de recevoir un grand nombre de questionnaires, dans les différents services de psychiatrie.

III) REPRÉSENTATIVITÉ DE LA POPULATION D'ÉTUDE.

L'enquête menée auprès des professionnels de santé, nous a permis de recueillir l'avis de l'ensemble des différentes professions médicales et paramédicales travaillant avec les patients dans le domaine de la psychiatrie. Cette richesse des points de vue différents, permet à notre étude d'avoir une large représentativité de la personne de confiance.

L'enquête menée auprès des patients a pu être réalisée dans une multitude de services différents. Ainsi, nous avons pu interroger des patients hospitalisés dans des services ouverts, fermés et d'addictologie.

B) BIAIS ET LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

1) BIAIS DE SÉLECTION

- Biais de recrutement

Les deux enquêtes ayant été conduites en Loire Atlantique, principalement au CHU et en périphérie de Nantes. Nous pouvons nous attendre à une représentativité partielle de la vision de la personne de confiance en psychiatrie. En effet, les services hospitalo-universitaires sont reconnus pour avoir une certaine avance sur la mise en place des dispositifs de soin, ce qui a pu conduire notre étude à surestimer les connaissances des patients et des soignants vis-à-vis de la personne de confiance.

Dans notre étude nous avons recruté essentiellement des patients hospitalisés à temps plein dans des services de psychiatrie et d'addictologie. Les patients hospitalisés en hôpital de jour étaient peu représentés en dehors du service du CAPPA (HDJ d'addictologie).

- Biais d'échantillonnage

Les patients interrogés étaient volontaires pour participer aux réunions soignants-soignés qui ne sont pas toutes obligatoires. Nous nous sommes donc privés d'une partie des patients hospitalisés en soins libres ou sous contraintes, ne souhaitant pas venir à cette réunion pour diverses raisons (oppositions aux soins, instabilités psychiques,...).

II) BIAIS D'INFORMATION, DE CLASSEMENT.

- Biais de « non-réponse »

Un certains nombres de patients et de soignants n'ont pas répondu à la totalité des questions, peut-être par manque de clarté de nos questionnaires.

- Biais de mémorisation

Le questionnaire patient interrogeait la désignation et l'utilité antérieure de la personne de confiance avec un temps de réponse d'environ dix minutes qui n'a peut-être pas permis à tous ceux interrogés de se remémorer ce sujet.

III) PUISSANCE DE L'ÉTUDE.

L'enquête menée auprès des soignants, ne nous a pas permis d'obtenir une représentation fine de la personne de confiance chez certains professionnels de santé. En effet, les effectifs d'aide-soignant, d'A.S.H., d'assistante sociale et d'interne étaient faibles.

L'enquête portant sur les patients, souffre du même manque de puissance pour certaine sous-population d'étude. On retrouve notamment un très faible effectif de patient sous contrainte dans notre étude, seul 8 patients déclaraient être sous une mesure de contrainte.

C) PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ET HYPOTHÈSE

I) DANS LE QUESTIONNAIRE PATIENT

(1) PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE AUPRÈS DES PATIENTS.

On peut résumer les résultats de l'enquête auprès des patients comme suit :

- Bonne connaissance du dispositif – 75% déclarent avoir compris
- Le choix de la personne de confiance est avant tout affectif. Les hommes désignent préférentiellement leur mère et les femmes leurs enfants. Le conjoint n'est pas le premier choisi par les patients. Le choix du membre de la famille semble lié à l'âge des patients, les plus jeunes désignent leur parents et les plus âgés leurs enfants ou les membres de leur fratrie.
- La plupart des patients hospitalisés en psychiatrie peuvent communiquer avec – 93%. La nature du service d'hospitalisation et les modalités d'hospitalisation (libre/contraint) n'influencent pas cette communication.
- Un peu moins de la moitié a déjà nommé une personne de confiance (48%). Ce pourcentage est plus faible chez les patients hospitalisés sous contraintes.
- La majorité des patients fait un choix similaire pour désigner la personne de confiance et la personne à prévenir – Dans 70% des cas : identique. La confusion des rôles est donc possible.
- Lors des hospitalisations sous contrainte le choix diffère entre personne de confiance et tiers.
- Le choix de la personne de confiance est motivé avant tout par la confiance accordée (80%), les conseils (37%) et la défense (32%).

- La majorité des patients ayant désigné une personne de confiance pense qu'elle leur sera utile (85%). Beaucoup ne savent pas en quoi (seulement 57% de justification). L'aide à la prise de décision, le soutien et la réassurance en sont les principales attentes. Les patients hospitalisés sous contraintes semblent considérer la personne de confiance comme moins utile que les patients hospitalisés en soins libres.
- La plupart des patients ayant déjà nommé une personne de confiance repère qu'elle leur a été utile.
- La majorité de patients ne souhaite pas que leur personne de confiance assiste aux entretiens (40%). Pour 30% des patients à quelques-uns et 5% à tous. Les entretiens souhaités sont d'abord les entretiens médicaux puis les entretiens avec médecin et infirmier.
- Les principales missions de la personne de confiance selon les patients sont le « soutien moral », la « représentation ou prise de décision en cas d'incapacité », « l'aide à la prise de décision », « la bienveillance », « la confiance », « l'aide à la prise en charge » et « l'écoute ». Ces missions reflètent l'esprit de la loi du 4 mars 2002 sur la personne de confiance.

(2) LIGNES DE FORCE ET HYPOTHÈSES:

Dans notre étude nous nous apercevons que le dispositif légal de la personne de confiance prévue par la loi du 4 mars 2002 est relativement bien connu par la population de patients hospitalisés dans les différents services de psychiatrie. L'esprit de la loi et des fonctions rattachées à la personne de confiance, sont assez bien connus dans l'échantillon de patients interrogés. Nous retrouvons, des résultats similaires à la littérature concernant la nature de la personne désignée comme personne de confiance. Il s'agit avant tout d'un membre de la famille et suppose d'abord un choix affectif. On observera d'ailleurs qu'aucun des patients n'a nommé son médecin traitant comme personne de confiance. Ce rapport affectif, au choix est d'ailleurs bien mis en évidence lorsque nous avons interrogé les patients sur les motivations les ayant menés à faire ce choix. La plupart ont répondu, qu'il s'agissait

de la relation de « confiance ». Cet élément est appuyé par le fait qu'un très faible pourcentage de patients choisit lorsqu'il est hospitalisé sous contrainte le tiers comme personne de confiance. Il semble que la personne de confiance soit quelqu'un en qui le patient a confiance et qui, bien des fois, restaure sa confiance. Il n'est pas étonnant que ce soit les premiers objets d'amour et de structuration du moi qui sont désignés à ce titre.

Les caractéristiques principales de la personne de confiance, montrent que si beaucoup de patients connaissent sa fonction, seulement la moitié en a déjà nommé une, voire moins en cas d'hospitalisation sous contrainte. Ces résultats coïncident avec les taux de renseignements de la personne de confiance dans les dossiers médicaux. On remarque également que beaucoup de patients choisissent la même personne qu'elle soit « de confiance » ou « à prévenir ». Cette désignation commune peut semer le trouble dans l'esprit du patient et du soignant. Cependant, ce chiffre apparaît plutôt logique puisque, si le choix de la personne de confiance est d'abord et avant tout affectif, il est normal que ce soit elle qui soit prévenue en premier. Les spécificités de la psychiatrie en matière de réglementation sur les appels et les visites ne semblent pas impacter les possibilités de communication du patient avec sa personne de confiance. Cela nous montre que le dispositif de la loi du 4 mars 2002 est relativement bien respecté en psychiatrie et permet même au patient sous contrainte de pouvoir contacter la personne de confiance. Malgré tout, un pourcentage plus élevé de patient sous contrainte n'a pas désigné de personne de confiance dans notre étude. Ces résultats non significatifs, réalisés sur un petit nombre de patients contraints, questionne la mise en place du dispositif dans ces conditions si particulière à la psychiatrie.

Les représentations de la personne de confiance vont plutôt dans le sens d'un dispositif adapté à la psychiatrie. La majorité des patients pense que la personne de confiance leur sera utile, mais détailler l'utilité de cette dernière semble malgré tout difficile. Pour ceux qui ont déjà été hospitalisés, la personne de confiance laisse une bonne impression. Ainsi la majorité des patients qui l'a désignée, l'a considérée comme utile.

Nous pensons que la personne de confiance, serait l'objet d'une médiatisation des rapports entre l'équipe médicale et le patient. Nous avons fait l'hypothèse que

dans ce rôle de tiers médiateur la plupart des patients souhaiteraient être assisté de leur personne de confiance lors des entretiens. En réalité, on s'aperçoit que la plupart des patients ne souhaitent pas que la personne de confiance intervienne au cours de la prise en charge. Seul un tiers des patients souhaite que la personne de confiance assiste à quelques entretiens. On peut supposer que le seul soutien moral en dehors de tout contact avec le personnel soignant permet de rendre sa fonction bénéfique. Cette désignation symbolique permettrait de retrouver « la confiance » et « sa confiance » dans une période souvent entachée de doutes. La personne de confiance si elle n'est pas un tiers présent physiquement semble tout du moins jouer un rôle de triangulation au moins symbolique. On peut sinon, faire l'hypothèse que la relation de soin, déjà considérée comme une relation bienveillante ne supporte pas la présence d'un autre tant du point de vue soignant que du point de vue du patient. Les deux protagonistes s'entendant pour dire que la personne de confiance existe, mais n'a rien à faire à l'hôpital. Il pourrait s'agir là d'un emprise des soignants sur le patient. Les deux hypothèses ne s'excluent pas.

Enfin les missions de la personne de confiance, sont en accord avec l'esprit de la loi et en reprennent les fondements : soutien et accompagnement, aide à la prise de décision, tierce personne, interlocuteur privilégié, avis consultatif en cas d'incapacité. Notons que la fonction de la personne de confiance en cas d'incapacité du patient reste floue, la moitié des patients pensant qu'elle décide, l'autre qu'elle conseille.

II) DANS LE QUESTIONNAIRE SOIGNANT

(1) PRINCIPAUX RÉSULTATS AUPRÈS DES SOIGNANTS

Nous pouvons résumer les résultats de l'enquête auprès des soignants ainsi :

- La majorité des soignants distingue la personne de confiance de la personne à prévenir – 68%. Les soignants interrogés en réunion institutionnelle font mieux cette distinction que les soignants en service fermé et en addictologie. Lorsque les soignants déclarent travailler avec l'entourage et/ou la personne de confiance, ils distinguent mieux personne de confiance et personne à prévenir.
- Les professionnels en santé de psychiatrie dans l'ensemble semblent avoir une connaissance à peu près claire du dispositif légal de la personne de confiance.
- Seule, la moitié des professionnels de santé en psychiatrie déclarent rechercher la personne de confiance. Certains professionnels sont plus sensibilisés à cette recherche que d'autres.
- La majorité des soignants en psychiatrie travaille avec l'entourage du patient – 83%. C'est principalement la famille puis les proches et les conjoints qui sont repérés. Le travail avec l'entourage est influencé par la profession exercée.
- moins de la moitié des soignants déclare travailler avec la personne de confiance – 46%. Les professionnels travaillant avec l'entourage sont plus enclins à travailler également avec la personne de confiance, tout comme ceux qui recherchent la personne de confiance.
- Les soignants ont plutôt une image positive de la personne de confiance – 78% pensent qu'elle est bénéfique.
- Les principales missions de la personne de confiance, vu par les professionnels de la psychiatrie sont le « soutien », l'« aide ou la prise de

décision en cas d'incapacité », la fonction d' « interlocuteur privilégié », un « lien avec l'extérieur » et une « aide à la prise de décision ». La fonction de tiers médiateur, n'est pas spontanément évoquée par les soignants.

(2) LIGNES DE FORCE ET HYPOTHÈSES.

A l'instar de l'enquête menée auprès des patients hospitalisés en psychiatrie, les professionnels de santé de psychiatrie, semblent avoir une bonne connaissance du dispositif légal relatif à la personne de confiance. La distinction entre personne de confiance et personne à prévenir est bien repérée par la majorité des soignants. Malgré tout quelques disparités existent, en effet les services d'addictologie et les services fermés semblent moins à propos de la dissociation des deux. Comme nous l'avons vu précédemment les patients choisissent à l'identique la personne à prévenir et la personne de confiance, ce choix est d'autant plus marqué en addictologie et peut expliquer la moins bonne discrimination dans ces services. Par ailleurs les patients hospitalisés en addictologie sont très souvent isolés, la pauvreté de l'entourage restreint un choix différent entre personne à prévenir et personne de confiance. Dans les services fermés, on peut également faire l'hypothèse d'un plus grand isolement des patients que dans les services ouverts, impactant sur une reconnaissance similaire pour les soignants de la personne à prévenir et de confiance. Les résultats de notre étude montrent également que les soignants ayant l'habitude de rechercher la personne de confiance distinguent mieux personne à prévenir et personne de confiance. Nous pouvons supposer qu'une meilleure formation sur la personne de confiance pour les professionnels de santé, impacte nécessairement sa recherche et sa connaissance. Les principales missions de la personne de confiance dégagées par les soignants, concordent également avec l'esprit de la loi et conforte la relative bonne connaissance du dispositif par le personnel de psychiatrie.

Dans notre étude, on observe que la recherche de la personne de confiance intéresse modérément les soignants, seule la moitié des professionnels déclarent la rechercher. Cette recherche de la personne de confiance, semble liée à la profession du soignant et concerne principalement les infirmiers et les cadres. En pratique quotidienne, il est en effet courant de voir le renseignement de la personne de

confiance par les infirmiers lors de l'admission dans des patients. Le fait que seule la moitié des soignants déclarent rechercher la personne de confiance en psychiatrie peut nous amener à penser à un manque d'intérêt, ou tout du moins à un manque d'investissement. Néanmoins, notre étude montre que si une faible proportion des soignants recherche la personne de confiance, la majorité d'entre eux reconnaît qu'elle est bénéfique à la prise en charge. Cette incohérence entre l'absence d'investissement des soignants de la personne de confiance et sa reconnaissance comme un dispositif bénéfique à la prise en charge du patient interroge. Un élément de réponse, vient probablement du fait que la majorité des soignants déclare travailler avec l'entourage du patient. Or, ainsi que nous l'avons vu les patients choisissent d'abord et avant tout un membre de leur famille, avec qui il partage un sentiment de confiance. Nous pouvons faire l'hypothèse, que les soignants ont l'habitude de travailler avec « la », « les » personne(s) de confiance, sans qu'elle ne soit ainsi renseignée administrativement dans le dossier médical. On peut également supposer que cette absence d'existence administrative, lui enlève sa légitimité en tant que tiers dans la relation patient-institution. Les représentations pour les soignants de la personne de confiance, montrent d'ailleurs que sa fonction de tiers est mal repérée. L'inexistence administrative et juridique de la personne de confiance dans le dossier de soin, laisserait le soignant dans une position toute puissante. Il est intéressant de remarquer à l'analyse des missions, que certaines fonctions lui sont attribuées et renforcent la potentielle relation d'emprise qui peut s'instaurer. Une partie des soignants ayant répondu qu'elle permettait d'obtenir des « informations sur le patient », de « prévenir les soignants en cas d'urgence ». A travers ces réponses, la personne de confiance en vient presque à être considérée comme un « espion » au service de l'institution, dans l'intérêt du patient. Cela entre en totale contradiction avec la notion de confiance accordée par le patient à sa personne de confiance. Par ailleurs, si la personne de confiance n'est pas désignée comme un tiers perturbateur, une faible proportion de soignant la considère comme favorisant le travail d'alliance.

D) RÉFLEXIONS

Notre étude montre donc que le dispositif légal de la personne de confiance, n'est pas totalement inconnu des patients hospitalisés en psychiatrie, ainsi que du personnel soignant. Si dans l'ensemble, les missions de la personne de confiance sont connues par les patients et les soignants, des idées reçues y restent attachées.

Les patients et les soignants reconnaissent son rôle potentiellement bénéfique au cours de l'hospitalisation. Pour les patients, elle représente un moyen de reconstruire ses assises narcissiques dans un moment de doute.

Le faible investissement des soignants vis-à-vis de ce dispositif s'explique probablement par une pratique des soins qui prend déjà en compte l'entourage. Malgré tout, ce dispositif reste un bon moyen de trianguler la relation entre le patient et l'institution, probablement devrait-il être davantage considéré. Il nous semble qu'une meilleure information du personnel soignant en psychiatrie permettrait sa plus large utilisation.

Par ailleurs des précisions, semblent nécessaire de la part du législateur afin de mieux organiser la désignation de la personne de confiance au sein des services spécialisés de psychiatrie.

E) QUELQUES EXEMPLES CLINIQUES.

Nous nous proposons d'illustrer cette enquête par quelques exemples cliniques qui illustrent bien les représentations de la personne de confiance pour les patients.

- **Le cas de M. S : Une personne de confiance bien éloignée...**

Il s'agit de M. S âgé de 58 ans, hospitalisé dans un service ouvert de psychiatrie à l'hôpital St Jacques de Nantes et notre rencontre a lieu 3 semaines après son admission via le service des urgences.

Il est hospitalisé dans le service, à la suite d'un épisode dépressif majeur d'intensité sévère avec des idéations suicidaires.

C'est un père de deux enfants autonomes et indépendants, dont une fille âgée de 31 ans qui habite dans le sud. Il voit régulièrement sa fille en vacances et l'a régulièrement au téléphone. Il a été marié à la mère de ses enfants jusqu'à l'âge de 48 ans, puis il a divorcé. Aujourd'hui, il est à nouveau en couple depuis 8 ans et ne décrit pas de conjugopathie. Sur le plan, professionnel il est en invalidité depuis 3 ans suite à un accident de travail. C'est un ébéniste de formation qui a connu une faillite lorsqu'il était à son compte. Sa mère âgée de 83 ans est parfois en grande difficulté sur le plan de l'autonomie.

Dans ses antécédents médico-chirurgicaux on retrouve de nombreuses affections, avec le traitement d'une scoliose par corset, une péricardite virale, une intervention sur lithiase rénale droite, fracture du poignet gauche, une dengue hémorragique, une section du tendon du pouce gauche, une lésion ligamentaire de l'épaule droite suite à une chute de grande hauteur avec des séquelles à type de raideur.

Sur le plan psychiatrique, l'histoire de M. S est marquée par un premier tableau anxieux-dépressif traité par anxiolytique puis antidépresseur en 1998 (symptomatologie réactionnelle à d'importantes difficultés financières), des troubles hypocondriaques avec de nombreux passages aux urgences à partir de 1999. De 2005 à 2007, il a entamé une psychothérapie de soutien suite à sa séparation. En 2011, deux tentatives de suicide médicamenteuse, nécessitant une hospitalisation où le diagnostic de bipolarité est posé et un traitement par Depakote débuté. En 2012, il est de nouveau hospitalisé pour des phobies d'impulsions, le médecin qui le suit décide l'introduction d'un traitement par lithium.

L'hospitalisation actuelle fait suite à un syndrome dépressif d'intensité majeure, réactionnel à des difficultés financières et professionnelles avec le risque que sa maison ne soit saisie. Lors des entretiens médicaux, il dira ne pas avoir de soutien de la part de son épouse. Après 3 semaines d'hospitalisation, la symptomatologie dépressive s'est nettement améliorée, il n'y a pas d'idéation suicidaire et les affects dépressifs sont en régression. Il est dans une bonne alliance avec l'équipe soignante et semble détendu. C'est dans ce contexte que nous rencontrons M. S.

Le patient nous explique avoir choisi comme personne de confiance sa fille vivant dans le sud.

Pour M. S c'est la première fois qu'il fait le choix d'une personne de confiance, lors de ses précédentes hospitalisations il n'en avait pas désigné. Il l'explique principalement par le fait que le sujet n'avait pas été abordé par le personnel soignant lors de ses précédentes hospitalisations. Pourtant la première fois qu'il en a parlé c'était avec son médecin traitant, il y a plusieurs années de ça, et ce dernier l'a informé de la possibilité de choisir parmi ses proches une personne de confiance.

Lors de cette hospitalisation, ce qui l'a décidé à prendre une personne de confiance, c'est le fait qu'il ait lu la charte du patient affichée dans le service qui mentionne la possibilité de choisir une personne de confiance. Ce choix s'est fait dès son arrivée. M. S explique que c'est l'infirmière qui a rempli le dossier médical nommant sa fille comme personne de confiance. Malheureusement lorsque nous lisons son dossier médical, c'est son épouse qui est notée comme personne de confiance.

A la suite de cette désignation la fille de M. S n'était pas au courant qu'elle avait été désignée en tant que personne de confiance, ni par le patient, ni par l'équipe de soin.

Concernant les motivations qui ont poussé M. S à choisir sa fille en tant que personne de confiance, il m'explique que ce choix s'est fait très rapidement presque de façon instinctuelle. « Ça m'a paru évident, je n'y ai pas trop réfléchi à vrai dire ».

Pour M. S, la personne de confiance est en premier lieu « quelqu'un sur qui se reposer », un soutien qu'il décrit à la fois affectif, mais aussi administratif. Il considère également la personne de confiance comme « un garde-fou, une barrière, une sécurité ». La personne de confiance pouvant lui permettre de porter aussi loin que possible sa parole, ses souhaits. Il évoque qu'en cas de discordance avec le corps médical, sa personne de confiance lui permettrait d'être davantage pris en compte. M. S fait le constat que lors de sa prise en charge, il a été entendu et que même si sa personne de confiance n'est jamais venue en consultation avec le médecin ou l'équipe infirmière, cela ne l'a pas gêné. Concernant, les données médicales, M. S

estime que sa personne de confiance devrait pouvoir avoir toutes les données médicales même sans qu'il en soit informé.

Analyse :

Ce cas clinique illustre la réalité de place et du rôle de la personne de confiance à l'hôpital psychiatrique.

Il démontre bien les difficultés pour la personne de confiance, de s'inscrire au sein de l'institution. Ainsi pour M. S, il aura fallu trois hospitalisations avant qu'il ne désigne une personne de confiance. Bien qu'informé par son médecin traitant et par la charte du patient, c'est lors des formalités administratives d'accueil que le document aura été renseigné. Par ailleurs, ce n'est pas le patient qui a rempli le document, mais l'infirmière et aucune vérification n'a été faite auprès du patient (pas de signature).

Le choix de la personne de confiance, est orienté par un mouvement affectif du patient, choisissant une personne en bonne santé dans son entourage proche, en l'occurrence sa fille. Comme notre enquête le démontre, ce choix est motivé par un besoin de « soutien », de « reprise de confiance ». Nous sommes en présence d'un patient, affaibli dans ses assises narcissiques, pas très en forme physiquement ayant subi de nombreuses affections, ayant perdu de sa valeur aux yeux de la société, ne travaillant plus et sans argent.

Pour M. S, la personne de confiance, représente également un tiers symbolique, qui serait là « au cas où ». La bonne alliance avec l'équipe de soin, ne nécessite pas la mobilisation de sa personne de confiance, mais il perçoit cette dernière comme un verrou de sécurité.

- **Dernier cas clinique : Le bon moment ?**

M. M est un patient âgé de 34 ans, hospitalisé en soins sous contrainte à la demande du représentant de l'état dans un service fermé de psychiatrie.

Il a été hospitalisé suite à un passage à l'acte hétéro-agressif dans un contexte de délire de persécution.

M. M est célibataire sans enfant. Il vit seul dans un appartement en location. Sans emploi depuis le mois de novembre 2014, il bénéficie actuellement du chômage. Auparavant il était agent de sécurité dans une société privée de surveillance, qu'il a quitté en raison d'un surmenage. Il est fils unique. Ses parents se sont séparés lorsqu'il était enfant. Son père habite à Paris et sa mère est repartie vivre aux Comores, il voit très peu sa famille, de même que son oncle paternel qui vit à proximité. Il n'a aucun loisir, sa vie sociale est vide. Avant son hospitalisation, il n'avait vu personne depuis 10 mois.

Dans ses antécédents on note un d'asthme dans l'enfance. On ne retrouve pas d'antécédent personnel, ni familial de pathologie psychiatrique.

Dans les premiers jours de sa prise en charge, M. M a été admis en chambre de soins intensifs en raison d'un risque de passage à l'acte hétéro-agressif. Après quelques jours d'observation, il est accueilli au sein du service fermé avec les autres patients. Il présente alors une symptomatologie délirante à type de persécution systématisée en réseau avec des mécanismes interprétatifs et intuitifs, dont l'adhésion est totale. Un traitement par antipsychotique atypique est débuté.

Je rencontre le patient à trois semaines de son admission. La symptomatologie délirante est toujours présente a minima, mais l'équipe soignante objective un début de critique par rapport à son passage à l'acte. Interrogé sur la personne de confiance, M. M m'explique qu'il n'a pas de personne de confiance et qu'il ne se souvient plus si la nomination d'une telle personne lui a été proposée. Les soignants présents dans le service au moment de l'entretien, ne se souviennent plus si une personne de confiance a été proposée au patient en raison de son agitation et de la nécessité d'une contention lors de son admission. Ne connaissant pas le dispositif relatif à la personne de confiance, j'explique au patient ses principales fonctions et la

possibilité pour lui d'en désigner une. A la suite de cette présentation, M. M m'explique qu'il ne désignera pas de personne de confiance. Il justifie sa position par le fait qu'il ne connaît pas de personne susceptible de tenir ce rôle en dehors de son oncle. Il ne choisirait pas son oncle, car il dit mal supporter l'hospitalisation et ne souhaite pas déranger les gens autour de lui. Probablement toujours parasité par la symptomatologie paranoïaque, il ne veut pas que son état de santé soit transmis à une autre personne. Par ailleurs, il m'explique que la confiance dans son environnement était partie avant qu'il ne soit hospitalisé et que cette dernière est en train progressivement de revenir avec l'équipe soignante : « je commence à faire confiance en l'équipe et au médecin, il m'a dit qu'il allait baisser le traitement et il l'a fait ».

Analyse :

Dans le cas présent nous avons un patient, peu informé de la personne de confiance. Il est arrivé agité dans des conditions qui ne lui auraient pas permis d'être correctement informé de cette possibilité.

Le bon moment de l'information pendant l'hospitalisation semble difficile à déterminer puisque le patient présente toujours lors de l'entretien des symptômes délirants à bas bruit. Nous nous heurtons donc aux limites spécifiques à la psychiatrie dans la désignation d'une personne de confiance.

La symptomatologie délirante à type de persécution concourt également aux difficultés du patient à faire confiance et donc à nommer un tiers extérieur.

Cet exemple clinique, vient bien pointer les limites du dispositif de la personne de confiance en psychiatrie.

CONCLUSION

Ainsi que nous l'avons vu, la place du patient à l'hôpital et la relation de soins ont évolué, tant sur le plan des soins généraux que dans le milieu spécialisé de la psychiatrie. En France, de nombreux facteurs ont été à l'origine d'une mise en tension du paternalisme médical. Les avancées de la science dans le domaine de la médecine, la multiplication des sources d'informations, des concepts politiques, religieux et philosophiques ont remis en cause l'autorité du médecin.

L'augmentation des coûts de la santé, a amené les instances dirigeantes à faire des choix directement influencés par les associations d'usagers. La loi du 4 mars 2002, en est l'un des aboutissements, en se donnant pour fonction de placer le patient au cœur du soin. Au sein de cette loi, le dispositif légal de la personne de confiance, nous a particulièrement intéressé. En effet, initialement pensé à l'échelle de l'ensemble des disciplines médicales, nous nous sommes questionnés sur le sens d'un tel dispositif au sein des services spécialisés de psychiatrie.

Si la relation entre le patient et l'institution a évolué, dans l'ensemble des disciplines de la santé, la psychiatrie garde également ses spécificités historiques et cliniques. L'histoire nous a montré que la considération du patient et de son entourage a connu d'importants remaniements de l'antiquité à nos jours. Aujourd'hui, les contraintes financières tendent au rapprochement, de la psychiatrie des autres disciplines. C'est peut-être la raison pour laquelle, le dispositif relatif à la personne de confiance n'a pas été pensé avec des spécificités particulières. La rencontre de patients et leur personne de confiance, a suscité notre intérêt sur la place et la pertinence de ce dispositif à l'hôpital psychiatrique.

Notre étude, réalisée auprès de patients et de soignants, nous a permis de mettre en avant un certain nombre d'observations.

Pour les patients en psychiatrie, le dispositif de la personne de confiance semble bien intégré, il représente une avancée dans la relation de soin perçue positivement. Le choix de la personne de confiance en psychiatrie, est identique aux autres disciplines médicales, il est d'abord, et avant tout, affectif et porte préférentiellement sur les premiers objets d'amour et d'attachement. Ce choix reflète d'ailleurs plutôt bien, les fonctions que les patients de psychiatrie lui attribuent, à

savoir un besoin de réassurance et de soutien, dans une période de fragilisation des assises narcissiques. La fonction de triangulation avec l'institution psychiatrique semble peu mise en avant par les patients et reste dans le registre symbolique. Un flou juridique, dans la structuration de la désignation de la personne de confiance, est tout de même perçu en psychiatrie, principalement lorsqu'il s'agit de patient en soins sous contrainte. Nos chiffres, bien que restreints par la puissance de l'étude, relatent que les patients contraints désignent moins souvent que les patients libres une personne de confiance, c'est là probablement un élément mériterait d'être affiné par le législateur.

Pour les professionnels de la santé travaillant en psychiatrie, le dispositif de la personne de confiance est également perçu positivement, cependant ils paraissent peu investis malgré la relative bonne connaissance du dispositif. Nous avons fait l'hypothèse, qu'il ne s'agissait peut-être pas d'une transformation radicale de la relation de soin. En effet, notre étude montre la forte prévalence des soignants qui travaillent avec l'entourage du patient, et plus particulièrement avec les membres de la famille. Comme nous l'avons vu, il s'agit là des personnes de confiance, majoritairement désignées par les patients. En conséquence, il est probable que les professionnels de psychiatrie, travaillent habituellement avec « la », « les » personnes de confiance, d'où le manque d'intérêt de renseigner cet élément dans le dossier médical. Nous pouvons néanmoins, nous questionner sur l'absence de renseignement administratif concernant la personne de confiance et son oubli peut amener aux dérives de l'absence tiers.

A notre avis, les considérations positives du dispositif de la personne de confiance dans les soins psychiatriques tant du point de vue soignant que du point de vue patient, devraient être davantage soulignées. Loin d'être un frein, à la prise en charge de nos malades, il semble plutôt permettre de trianguler la relation de soin. Une meilleure information des professionnels et des patients, permettrait peut-être sa plus large utilisation.

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire patient

QUESTIONNAIRE SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE

Entourer la (les) bonne(s) proposition(s)

- Age : • Sexe : Homme / Femme • Hospitalisé(é) : Librement / Contraint

1) Avez-vous compris ce qu'était une personne de confiance ?

Oui / Non

2) Qui est votre personne de confiance ?

Famille (**Précisez vos liens** :.....)/Conjoint(e)/Ex-conjoint(e)/Ami(e)/

Collègue/Professionnel de santé ou social/Curateur/Autre(s): précisez.....

Pas de personne de confiance.

3) Pourquoi avez-vous choisi cette personne ?

-Par hasard

-Parce que j'ai confiance en elle

-Parce qu'elle pourrait mieux comprendre que moi

-Parce qu'elle me conseillera le mieux

-Elle me défendra

-On m'a obligé

4) Pensez vous qu'elle vous sera utile ?

Oui / Non

Si oui, en quoi (libre) :

5) Actuellement pouvez-vous communiquer avec cette personne ?

Oui / Non

6) Souhaiteriez-vous que votre personne de confiance soit présente :

-A aucun entretien.

-A tous les entretiens.

-A quelques uns des entretiens.



A quels entretiens ? :.....

7) Dans le cas où vous avez déjà été hospitalisée en psychiatrie :

-Avez-vous déjà nommé une personne de confiance ? : Oui / Non

Si oui :

-Vous a-t-elle été utile ? : Oui / Non / Ne sais pas

8) Si vous avez nommé une personne de confiance, avez-vous choisi la même personne que la personne à prévenir ?

Oui / Non / Ne sais pas

9) Si vous avez été hospitalisé à la demande d'un tiers, avez-vous choisi la personne qui a signé la demande de tiers ?

Oui / Non / Ne sais pas

10) Pour vous quels seraient les 3 principaux rôles d'une personne de confiance :

-

-

-

Merci de votre aide

GR

Questionnaire sur la personne de confiance. Soignants

1) Vous êtes :

ASH/Cadre/médecin/psychiatre/infirmier(e)/assistant(e) social(e)/psychologue/Aide soignant(e)/Autres:

2) Pour vous quelles sont les 3 missions principales de la personne de confiance :

-
-
-

3) Avez-vous l'habitude de rechercher une personne de confiance pour vos patients ?

Oui / Non

4) Pensez-vous que la personne de confiance soit bénéfique pour la prise en charge des patients ?

Oui / Non / Ne sais pas

5) Avez-vous l'habitude de travailler avec l'entourage du patient ?

Oui / Non

- Si oui, avec la personne de confiance ?

Oui/Non

- Si non avec qui ? (libre) :

6) Si le patient a choisi une personne de confiance, est-elle la même que la personne à prévenir ?

Oui / Non / Ne sais pas

Avec tous mes remerciements pour votre aide.

Gaël ROHR.

BIBLIOGRAPHIE

- (s.d.). Récupéré sur <http://www.sante.gouv.fr/historique,3993.html>
- « Droits des malades et fin de vie ». (2008). *conférence –débat organisée le 21 mai 2008 au ministère de la santé.*
- Abraham, K. (1965). *Œuvres Complètes*. Paris: Payot .
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, (. (s.d.). Récupéré sur <http://www.psycom.org/Droits-des-usagers/Connaitre-ses-droits>
- Ambroselli, C. (1988). *L'éthique médicale*. PUF Que sais-je ?
- Ampelas JF, P. F. (2002, May-Jun). Psychiatric disorders in intensive care units. *Encephale*, 191-9.
- analyse et traitement informatique de la langue française. Trésor de la langue française informatisé.* (2006, 10 8). Récupéré sur <http://www.atlif.fr>.
- Audition du 1er juillet 2008. (s.d.). "*Droit des malades et fin de vie*", *conférence - débat organisé le 21 mai 2008 au ministère de la santé.*
- Audition du 2 juillet 2008. (s.d.). "*Droit des malades et fin de vie*", *conférence - débat organisé le 21 mai 2008 au ministère de la santé.*
- Audition du 8 octobre 2008. (s.d.). "*Droit des malades et fin de vie*", *conférence - débat organisé le 21 mai 2008 au ministère de la santé.*
- Azoulay A, a. (2006). Decisions to limit life-sustaining treatment for critically ill patients who lack both decisionmaking capacity and surrogate decision-makers. *J Crit care Med*(34), pp. 2053-2059.
- Azoulay E, P. F. (2003). Opinions about surrogate designation: a population survey in France. *Crit Care Med*(31), 1711- 4.
- Bellanger, L. (1995). La confiance en soi. *Formation permanente en Sciences Humaines*.
- Benoit J-C, M. J.-A. (1998). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris: E.S.F.
- Bergeret, J. (2000). *La violence fondamentale (1984)*. Paris: Dunod.
- Berghofer G, L. A. (2001). Satisfaction of inpatient and outpatients with staff, environment and other patients. *Psychiatric Services*, 52 : 104-6.
- Berthiau, D. (2008, mars 01). La personne de confiance: la dérive d'une institution conçue pour de bonnes raisons. Tentative d'explication d'un insuccès. (E. Masson, Éd.) *Médecin et Droit*, 2008(89), 38-42.

- Birot Elisabeth, K. F. (2006). Le contre-transfert. *Revue Française de Psychanalyse*, 70(2).
- Branden, N. (1998, mai). «Avoir confiance en soi». *Revue psychologique*, p. 58.
- Cano Nicole, B. L.-S. (2013, septembre). L'hospitalisation en psychiatrie: point de vue des patients et perspectives éthiques. *Annale Médico-psychologiques*, 171, pp. 518-523.
- Cass. 1ère civ, 25 février 1997, Bull. 1997, I, n°75, pourvoi n°94-19.685. (s.d.).
- Charte du patient hospitalisé,. (1995, mai 6). *Charte du patient hospitalisé, annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.*
- Clement R, G. R. (2009). Rôles et missions de la personne de confiance à l'hôpital : insuffisamment connus par les malades. *Presse Med*(38), 534-540.
- Code de déontologie médicale, décret n°95-1000. (1995, septembre 06).
- Cosgrove, L., & coll. (2014). Tripartite conflicts of interest and high stakes patent extensions in the DSM-5 « Psychother Psychosom. (83 (2)), 106-113.
- Crawford MJ, K. A. (1999). Not listening to patients - the use and misuse of patient satisfaction studies. *Inter J Social Psychiatry*, 45 : 1-6.
- Damiani, C. (1997). *les victimes*. Paris: Bayard.
- Delivering for mental health peer support worker*. (2009). Récupéré sur Scottish government social research: www.scotland.gov.uk/socialresearch.
- Descartes, R. (1747). *L'Homme-machine*.
- Deutéronome. (s.d.). *Bible*.
- Dissez, N. (2008). « Psychiatrie : Etat des lieux ». *La revue lacanienne*, 139-144.
- Ditto PH, D. J. (2001). Advance directives as acts of communication: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*(161), pp. 421—30.
- Dorey, R. (1981). La relation d'emprise. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 117-39.
- Doron R, P. F. (2003). *Dictionnaire de psychologie (1991)* (éd. 1ère édition). Paris: Presse universitaires de France.
- Esper, C. (2003). La personne de confiance : obligations légale, morale, juridique. *RGDM*, 83.
- Ey H, B. P. (1989). *Manuel de psychiatrie (1960)* (éd. 3ème). Paris: Masson.
- Fainzang, S. (2001). *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris: PUF.
- Ferrant, A. (2001). *Pulsion et liens d'emprise*. Paris: Dunod.

- Freud. (1923). *Essais de psychanalyse*.
- Freud Sigmund, B. J. (1895). *Etudes sur l'hystérie* (éd. 1956). Paris: P.U.F.
- Freud, S. (1987). *Trois essais sur la théorie sexuelle (1905-1925)*. (Folio, Éd.) Paris.
- Freud, S. (1916). *Introduction à la psychanalyse* (éd. 2004). Paris: PAYOT.
- Ghadi., V. (2000). « L'émergence de l'usager dans le paysage sanitaire », de « Pourquoi des usagers au conseil d'administration d'établissement de santé mentale? *FNAP-Psy et Conférence Nationale des Présidents des CME des Centres Hospitaliers Spécialisés*. Orbestier.
- Gignon M, M. C. (2008, février 2). La personne de confiance est-elle un témoin fiable en cas de possibilité de prélèvement d'organe sur personne décédée en vue d'un don. *Annales française d'anesthésie et de réanimation*, pp. 825-831.
- Girard, R. (1961). *Mensonge romantique et vérité romanesque*. Paris: Pluriel.
- Gjerden, P. (1997). A survey of patient satisfaction as a means of evaluating quality of care in an open psychiatric ward. *Nord J Psychiatry*, 51 : 235-42.
- Goffmann, E. (1968). *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris: Les éditions de minuit.
- Green, A. (1984). *Langages : Ilèmes Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence*. Paris: Les Belles-Lettres.
- Grella CE, G. O. (1989). Families of the mentally ill and their satisfaction with services. *Hospital and Community Psychiatry*, 40 : 831-835.
- Grivois, H. (1991). *Psychose naissante, psychose unique?* Paris: Masson.
- Hirigoyen, M.-F. (1998). *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien*. Paris : pocket .
- Hirigoyen, M.-F. (2005). *Femmes sous emprise*. Paris: Oh !
- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082>. (s.d.). Récupéré sur Larousse: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082>
- <http://www.psycom.org/Psycom/Qu-est-ce-que-le-Psycom>. (s.d.). Consulté le 05 6, 2015, sur psycom.org.
- Jeammet P, R. M.-M. (1996). *Psychologie médicale*. Paris: Masson .
- Jung, C. (1964). *L'homme et ses symboles*. Paris: Robert Laffont.
- Kaës, R. (2012). *L'institution et les institutions*. Paris: Dunod.
- La personne de confiance. (2002, décembre 17). *Gazette du Palais*(351), p. 13.

- Lafay N, R. I.-L. (2003). *Prise en charge d'une dépression chez un patient atteint d'une pathologie organique Dépression et comorbidités somatiques*. Paris: Masson (Acanthe).
- Lagache D, R. E. (1982). *Situation de l'agressivité (1960)*. Paris: P.U.F.
- LAGACHE, D. (1952). « *le problème du transfert* » (Vol. XVI). Paris: R.F.P.
- Laplanche J, P. J.-B. (2002). *Vocabulaire de la psychanalyse (1967)* (éd. 3ème édition). Paris: Presse universitaire de France.
- Lebow, J. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment. *Evaluation and Program Planning*, 211-36.
- Lebow, J. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment. *Evaluation and Program Planning*, 6 : 211-36.
- Lise Demailly, C. B. (2014). *Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale: une innovation controversée*. Lille: Convention de recherche CLERSE USTL Lille 1/CCOMS EPSM Lille -Métropole.
- Loi n°2002-305 du 4 mars 2002 relative à L'autorité parentale (JORF, 5 mars 2002, p. 4161). (s.d.).
- Loi n°2002-305 du 4 mars 2002 relative à L'autorité parentale (JORF, 5 mars 2002, p. 4161). (s.d.).
- Loi n°2011-803. (2011, juillet 5). *Droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*.
- Loi n°88-1138 du 20 décembre 1988*. (s.d.). Récupéré sur Loi sur la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales, dite loi Huriet: <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Loi n°90-527. (1990, juin 27). *Droits et protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*.
- Loi n°94-653 du 29 juillet 1994*. (s.d.). Récupéré sur Loi relative au respect du corps humain: www.legifrance.gouv.fr
- Mental Capacity Act 2005 du 7 avril 2005. (s.d.). *Part 1 : Persons who lack capacity, Chapter 9*.
- Mercier, C. (2008, septembre). Quand gratuité des soins rime avec paiement symbolique, culpabilité ou revendication. *Dialogue*(181).
- Mercier, C. (2013, 1). « Le cadre institutionnel comme facteur de triangulation et de régulation, et tiers paternel différenciateur ». *Psychologie Clinique*(35), 57-72.
- Morgan, D. (1999). Please see and advise : a qualitative study of patients' experiences of psychiatric outpatient care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemio*, 34 : 442-50.

- Mornet, J. (2007). Psychothérapie insitutionnelle. Histoire et actualité. *Champ social*, 160.
- Moulias, S. (2012). Ethique, personne de confiance et maladie d'Alzheimer. Paris V: Université René Descartes.
- Moutel, G. e. (2004, avril 2). La personne de confiance : une nouvelle prise en compte de la dimension sociale de la relation médecin-patient ? *Le Courrier de l'éthique médicale*.
- Muchielli, A. (1980). *Les réactions de défense dans les relations inter personnelles*. Paris: ESF.
- Muijen, M. (2004). *Les soins de santé mentale dans les services de secteur*. Document préparatoire à la Conférence ministérielle d'Helsinki 2005.
- Ostmanm H, H. L. (1999). Need for support and participation in treatment differences among subgroups of relatives to compulsory and voluntarily admitted mentally ill individuals. *Eur Psychiatry*, 14 : 379-85.
- pairs-aidants-reseau*. (s.d.). Récupéré sur site web aqrp-sm: <http://aqrp-sm.org/pairs-aidants-reseau/programme/>
- Parizeau MH, H. G. (1993). *Les mots de la bioéthique – un vocabulaire encyclopédique*. Bruxelles: De Boeck.
- Peplau, H. (1995). *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris: Inter éditions.
- Perrault M, L. P. (1993). Patient satisfaction with outpatient psychiatric services. Qualitative and quantitative assessments. *Evaluation and Program Planning*, 109-18.
- Perrault M, P. H.-O. (2002). Le point de vue des aidants familiaux sur les services de santé mentale. *Santé Mentale au Québec*, 27 : 198-214.
- Perreault M, P. G. (1999). Patient's perspective on their relatives' involvement in treatment during a short-term psychiatric hospitalization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 157-65.
- Perreault M, T. R. (1999). Perspective d'usagers suivis en clinique externe d'établissements de première, deuxième et troisième lignes. *Santé Mentale au Québec*, 26 : 52-73.
- Perrone R, N. M. (2000). Violence et abus sexuels dans la famille (1997). (E.S.F, Éd.)
- Postel J, Q. C. (2009). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris: Dunod.
- Postel, J. (1998). *Dictionnaire de psychiatrie et psychopathologie clinique*. Paris : Larousse-Bordas.
- Pronost, H. (2009, avril). La personne de confiance. *BJPH*, p. 4.

- Provencher H.C, L. (2012). *L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté : point de vue de divers acteurs*. Québec: Faculté des Sciences infirmières de Laval.
- Racamier, P.-C. (1992). *Le génie des origines*. Paris: Payot.
- Racamier, P.-C. (1992). *Secrets de famille et pensée perverse*. Paris: apsygée.
- Rey-Debove J, R. A. (2003). *Le Petit Robert*. Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Ricot, J. (2010). *Ethique du soin ultime*. Presses EHESP, 195.
- Rojas-Urrego, A. (2004). « *D'où viennent les écrivains* », dans *Le père disparu. Une conversation inachevée*. Paris: Autrement.
- Roudinesco E, P. M. (1997). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris: Fayard.
- Rousseau, J.-J. 1. (1762). *Du contrat social*. Flammarion.
- sante.gouv. (s.d.). *rapport etats generaux*. Récupéré sur www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_etatsgeneraux.pdf
- Sass H-M, K. R. (2001). *Patientenverfugung und Betreuungsvollmacht*. Munster.
- Scott, R. (1976). « *Closure in family Relationships, and the first official Diagnostic* ». Dans J. J. UGELSTAD, *Schizophrenia 75*. Oslo, Universtittsforlaget: Endre.
- Shalowitz, D. (2006). The accuracy of surrogate decisions markers. *Arch Intern Med*(206), pp. 493—7.
- Sheff, T. (1966). *Being Mentally Ill*. Chicago: Adline.
- sineurbe. (2008). <http://sineurbe.blogspot.fr>.
- Solomon P, M. M. (1992). Families of adults with severe mental illness : their satisfaction with inpatient and outpatient treatment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 : 121-34.
- Suzanne Rameix, L. C. (98). *Justice et psychiatrie, normes, responsabilité, éthique*. (Eres, Éd.)
- Thiemard, E. (2005/2006). *De la chronicité à la chronicisation. Approche clinique et sociale du parcours d'une patiente dépressive dite chronique, au sein de l'unité de psychiatrie adulte du CHU de Besançon*. Master recherche mention psychologie, Université de Franche-Comté.
- Walter N, L. T. (2003). *Le suicide chez les patients atteints d'une maladie organique. Dépression et comorbidités somatiques*. Paris: Masson (acanthé).
- Winnicott, D.-W. (1971). *Jeu et réalité*. Mayenne: Gallimard.
- Yarrow Marian, C. J. (1955). « *The Social Meaning og Mental Illness* ». *Journal of Social Issues*, 11, 33-48.

Zamith M, D.-D. M. (2008). La personne de confiance : de la loi à la réalité du terrain.
Bull cancer(95), pp. 679-682.

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)

Vu, le Doyen de la Faculté,
(tampon et signature)

**Titre de Thèse : Quelle place pour la personne de confiance à l'hôpital
psychiatrique ?**

Enquête descriptive sur les représentations de la personne de confiance dans les
soins psychiatriques à Nantes et sa périphérie

RESUME

La médecine marquée par le temps et par l'histoire a connu d'importantes -avancées au cours des siècles, en passant d'une médecine du « savoir-faire » à une médecine scientifique. Les évolutions de la société ont été à l'origine d'une remise en cause du paternalisme médical au profit des modèles dit autonomistes. La loi du 4 mars 2002, qui précise le dispositif de la personne de confiance, témoigne de cette évolution en plaçant le patient au centre du dispositif de soin. Interpellé par des expériences cliniques, nous avons exploré à l'aide d'une enquête, les représentations et l'utilisation de la personne de confiance à l'hôpital psychiatrique. Nos résultats montrent, que ce dispositif est insuffisamment utilisé, probablement en raison d'un investissement habituel de l'entourage par les soignants. Malgré tout, ce dispositif perçu positivement par les patients bénéficierait d'être davantage reconnu par les soignants de psychiatrie. Une meilleure adaptation de ce dispositif à la psychiatrie pourrait être intéressante.

MOTS-CLES

**Hôpital psychiatrique – Loi du 4 mars 2002 – personne de confiance – tiers –
relation d'emprise – Enquête**