

esprits(s)

Exister. Oser. Agir.

Réflexion

Chambre fermée : une mesure de contrainte vraiment utile ?

Interview

*Dr Alexandre Wullschleger
« Les mesures de contrainte doivent toujours être notre dernier recours »*

Éclairage

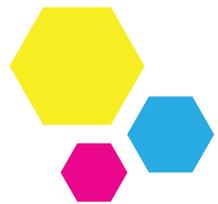
L'obligation de soin en question

Témoignage

« Je suis convaincue que la contrainte peut être source de liberté »

Dossier

La contrainte aujourd'hui en psychiatrie



COLLÈGE DE RÉTABLISSEMENT

Formation
aux pouvoirs d'agir
en santé psychique

Un projet-pilote
de l'association romande
Pro Mente Sana

recoverycollege.ch

022 718 78 58



ÉDITO

Expérience(s) de la contrainte



Daniela Camelo
(Secrétaire générale adjointe)

Avez-vous déjà, au cours de votre vie, fait l'expérience de la contrainte ? Vous êtes-vous trouvé entravé dans votre liberté d'action, ou même entravé tout court ? Avant de répondre à ces questions, peut-être serait-il utile de répondre à une autre interrogation : qu'est-ce que la contrainte ?

La contrainte, c'est forcer une personne à « agir » contre sa volonté en exerçant une pression physique ou morale, ou encore de la violence envers elle. Il s'agit d'une entrave à la liberté d'action, à la liberté de décider par soi-même, de se déplacer et d'agir conformément à ses choix. Assez simplement, la contrainte, c'est subir une action ou une privation sans y avoir consenti.

De manière générale, nous n'avons pas l'habitude de subir des contraintes ; nous jouissons librement et pleinement de nos libertés individuelles. Les personnes souffrant de troubles psychiques sont en revanche nombreuses à avoir vécu la contrainte au moins une fois dans leur vie. Il peut aussi arriver que certaines d'entre elles y soient confron-

tées de manière récurrente comme conséquence d'une maladie psychique. En effet, ces personnes sont parfois emmenées de force à l'hôpital pour se faire soigner, forcées à ingérer des médicaments, isolées dans une chambre avec rien d'autre qu'un matelas à même le sol ou attachées à un lit ou à une chaise.

Inévitable dans certaines situations, disent nombre de soignants, à éviter à tout prix (ce qui serait à peu près systématiquement possible), rétorquent d'autres. Vieille question et vieux débat, complexe, difficile, souvent même tendu. Car la contrainte en elle-même, bien qu'il s'agisse d'une atteinte grave aux droits personnels et constitutionnels, suscite passablement d'ambivalences. Elle est une absurdité et parfois même une monstruosité pour certains patients qui ne comprendront jamais qu'on les oblige à se soigner ; elle peut aussi être vécue par d'autres comme une aide inattendue et précieuse. Avec toutefois cette particularité qu'elle provoque souvent sur ceux qui la subissent des états de stress post-traumatiques.

Peut-on s'en passer ? Si oui, par quoi la remplacer ? Ces questions ne sont pas tranchées et en soulèvent beaucoup d'autres : que font les hôpitaux pour adopter les procédures permettant de faire autrement ? La contrainte vient-elle pallier (« souvent » disent ses adversaires) le manque de personnel ou de moyens ? Lui arrive-t-il d'être l'expression d'une tension au sein des équipes ? La culture institutionnelle est-elle préparée à répondre à la violence autrement que par la violence ? Est-ce toujours possible ?...

Ce deuxième numéro de notre revue consacre son dossier thématique à ces questions liées à la contrainte dans le domaine de la santé psychique. Mystérieuse, effrayante et intrinsèquement liée à la psychiatrie dans l'imaginaire collectif comme dans la réalité de l'histoire, nous en aborderons ici différents visages et différentes facettes.

Daniela Camelo (Secrétaire générale adjointe)

Sommaire

03

Édito

12

Interview

Dr Alexandre Wullschleger
« Les mesures de contrainte doivent
toujours être notre dernier recours »

18

Témoignage

« Je suis convaincue que
la contrainte peut être source
de liberté »

22

Recherche

Microbiote intestinal et santé mentale :
la science tâtonne toujours

24

Juridique

Difficile accès des invalides psychiques
aux rentes du 2e pilier

06

Dossier

La contrainte aujourd'hui
en psychiatrie

15

Réflexion

Chambre fermée : une mesure
de contrainte vraiment utile ?

21

Éclairage

L'obligation de soin en question

28

Témoignage

« Vous êtes une menteuse et
une personne cupide »

30

Infos pratiques



Dossier

La contrainte aujourd'hui en psychiatrie

Incontournable, protectrice, inévitable, traumatisante, la contrainte fait autant partie de la psychiatrie qu'elle questionne. Quelles en sont les règles ? Sont-elles suffisantes pour éviter les dérives ? Réflexions.

Par : Jean-Dominique Michel*,
Secrétaire général de l'Association romande Pro Mente Sana

En Suisse, près de 50'000 personnes sont hospitalisées chaque année en raison de troubles psychiques. Environ 38 % de ces hospitalisations le sont sur un mode involontaire. L'emploi de la contrainte et de la coercition fait donc partie du soin considéré comme « habituel » en psychiatrie¹. L'histoire de la psychiatrie et celle de la contrainte sont indissociables. Avec pour « bordures » de ce champ deux pôles évidents.

D'une part, le recours à la contrainte, qui peut s'avérer incontournable en cas de crise sévère, pour protéger une personne d'elle-même et parfois protéger les autres. Les PAFA (placements à des fins d'assistance) en sont d'ailleurs la forme la plus connue, aboutissant habituellement à un séjour en foyer ou à l'hôpital.

« La fixation (à un lit, au moyen de sangles, par exemple), l'enfermement dans une unité ou dans une chambre de soins intensifs, la médication forcée, mais aussi l'obligation de porter une tenue d'hôpital, la surveillance rapprochée ou la limitation de l'accès aux médias, au téléphone ou au courrier, constituent d'autres mesures de contrainte. »²

D'autre part, l'exercice d'un contrôle social envers les personnes qui dérangent – celles en état de crise psychique dérangeant tout particulièrement. Elles se retrouvent dès lors régulièrement « évacuées » de gré ou de force vers des institutions soignantes qui sont agies par leurs propres logiques mais qui sont aussi, plus ou moins gravement, à l'origine de possibles formes de violence institutionnelle.

« La maladie mentale peut produire des états qui sont intrinsèquement violents, mais l'environnement institutionnel génère, lui aussi, sa propre violence. Ces effets se cumulent. »³

Le passé comme le présent sont lourds de ces deux poids. Avec de multiples nuances colorant ce champ dialectique complexe.

Pro Mente Sana a traité la problématique de la contrainte à de nombreuses reprises au cours des dernières décennies, tant elle est importante et consubstantielle à son domaine. Voici par exemple ce que notre juriste émérite, Mme Shirin Hatam, écrivait en 2014 en introduction d'une Lettre trimestrielle consacrée à ce sujet :

« La contrainte exercée sur ceux que l'on nomme aujourd'hui patients psychiques est ancienne d'une histoire douloureuse, s'étalant sur des siècles, durant lesquels les malades furent confondus avec les délinquants, les vagabonds, les mendiants, les paresseux ou les contestataires. Enfermés pêle-mêle avec des asociaux et des vénériens, les malades psychiques furent l'objet d'expérimentations variées, qu'ils subirent, sans pouvoir s'y opposer légalement : l'enchaînement, la lobotomie, les électrochocs, la cure de sommeil, la malaria-thérapie ou l'insulino-thérapie sont les souvenirs sinistres et les perspectives terrorisantes qui s'attachent au terme de contrainte. Lorsque l'usage de la contrainte n'était pas réglementé, elle permettait à la recherche expérimentale de se livrer à tous les délires de l'imagination scientifique et de découvrir ainsi des thérapies agissant sur les symptômes.

Le processus de civilisation passant par-là, les États modernes ont limité l'usage de la contrainte. En effet, l'avènement des droits de la personne dans les lieux de détention a rendu illicite tout usage de la force à l'égard d'une personne, malade ou non, capable de discernement ou non. Toute contrainte exercée sur une personne, même enfermée, viole sa liberté personnelle et doit, pour être licite, respecter les conditions habituelles de restriction aux droits fondamentaux : être prévue avec précision par la loi, poursuivre un but d'intérêt public et ne pas aller au-delà du strict nécessaire pour atteindre ce but. »⁴

UNE CONTRAINTE SOUS CONDITIONS, ET POURTANT...

Les conséquences de la contrainte sous ses différentes formes sont multiples et touchent tous les acteurs :

1. le patient, car il subit à la fois une atteinte à ses libertés fondamentales et un traitement forcément lourd, tant physiquement que psychologiquement ;
2. le soignant, qui est contraint de donner des soins contre la volonté du patient, ce qui ne correspond pas à l'image du « bon soignant » et peut générer des conflits éthiques ;
3. les proches, qui ne comprennent pas toujours la justification d'une telle mesure, ou encore peuvent l'avoir souhaitée ou même demandée contre la volonté du patient.

L'effet bénéfique attendu des traitements appliqués de force est ainsi souvent altéré par les sentiments de contrainte qui remettent en cause l'alliance thérapeutique⁵.

Le traitement sous contrainte porte une atteinte grave à la liberté personnelle, garantie par la Constitution fédérale en son article 10. Certes, le traitement sous contrainte durant un PAFA repose sur une base légale – le Code civil – mais sans que cela en justifie chaque occurrence. Il doit, chaque fois qu'il est appliqué, respecter le principe de la proportionnalité (art. 36 de la Constitution fédérale), en vertu duquel il doit être apte à atteindre le but légitime visé sans qu'aucun autre moyen moins grave ne puisse être mis en œuvre⁶.

Lorsqu'elle respecte les conditions de restriction aux droits fondamentaux, la contrainte médicale est ainsi conforme à l'ordre juridique. Cela ne signifie pas pour autant qu'elle ne s'apparente plus à un mauvais traitement ou qu'elle peut systématiquement être qualifiée de thérapeutique.

RESTRICTIONS DE LA LIBERTÉ DE MOUVEMENT

Le droit réglemente les mesures limitant la liberté de mouvement (mesure de contention « interne » en cours de placement, cf. art. 438 et 383 du Code civil). Celles-ci ne doivent toutefois pas être confondues avec un traitement. D'une part, elles ne s'appliquent qu'aux personnes incapables de discernement. D'autre part, ces mesures n'incluent pas la sédation, de sorte que la contention chimique, qui était appliquée par certains cantons aux personnes privées de liberté à des fins d'assistance avant l'entrée en vigueur du droit de la protection de l'adulte au 1er décembre 2013, n'est désormais plus possible. Les mesures limitant la liberté de mouvement comprennent ainsi notamment la surveillance électronique, la fermeture des portes, l'isolement en chambre, le lavage forcé, ainsi que toute mesure qui restreint la liberté de se déplacer (chambre sécurisée, local à part, bracelet électronique, leurres, tout mécanisme empêchant de quitter un certain périmètre, beeper électronique).

Le libellé des lois cantonales romandes de santé ne varie pas beaucoup d'un canton à l'autre. Il s'y proclame une interdiction de principe de la contrainte, suivie d'une description des modalités de protection du patient durant la contrainte, exceptionnellement admissible. Rares sont les lois à détailler ce qu'il faut entendre par contrainte.

La difficulté qu'éprouvent les législateurs cantonaux à énoncer les buts d'une mesure coercitive est de nature à inquiéter. En effet, la Constitution fédérale établit que toute restriction à un droit fondamental doit être justifiée par un intérêt public prépondérant ou par la protection d'un droit fondamental d'autrui⁷.

À bien y réfléchir, la contrainte en psychiatrie ne devrait qu'aider un sujet souffrant à recouvrer sa liberté intérieure. Malheureusement, la plupart du temps sous l'étiquette thérapeutique, la contrainte assure la discipline dans les unités pour préserver soignants et pensionnaires de l'agitation insurrectionnelle des patients dont les souffrances sont paroxystiques. Le malaise du discours scientifique quant au but d'une mesure médicale coercitive est symptomatique de la pauvreté de pensée qui préside à l'application quotidienne de la contrainte et de l'indigence des moyens donnés aux soignants pour favoriser d'autres issues.

TRAITEMENT FORCÉ ?!

De manière regrettable aux yeux de Pro Mente Sana, le nouveau droit a légalisé le traitement forcé, multipliant le risque de ces formes de contraintes insidieuses que sont la menace et la pression (« si vous n'obtempérez pas, nous vous gardons enfermé »).

À ce stade, il faut se souvenir que le PAFA ne peut poursuivre qu'un but de protection, de secours et de réconfort. De ce simple fait, le soin contraint doit être compris comme un moyen d'aider une personne qui souffre, et non comme celui de la contraindre à faire ce que l'on estime bien pour elle. Pour respecter la loi, le soin contraint ne doit pas anéantir le but d'assistance qu'il est censé poursuivre. Or, l'objectif d'assistance ne peut en aucun cas être atteint par des soins perçus comme malintentionnés ou agressifs par un patient qui mettra ensuite toute son énergie à les fuir. On sait depuis longtemps que transgresser la volonté connue d'un patient discrédite la capacité de secours de l'institution et peut avoir pour résultat désastreux de détourner des personnes en détresse des ressources prévues pour elles. Il en découle que la poursuite du but d'assistance ne peut pas se faire dans la négation de la volonté connue d'une personne placée dans une institution en raison de sa souffrance.

Dans cette perspective, la liberté de choisir soi-même le traitement ne doit pouvoir être limitée que lorsqu'il n'existe aucun autre moyen permettant d'atteindre le

but d'assistance du placement. Le choix du patient doit prévaloir chaque fois que cela est possible. Dans tous les cas où le respect de sa volonté permet d'atteindre le but de protection et d'assistance que vise le placement, il faut se tenir à cette volonté.

DIVERSITÉ, AMBIGUÏTÉS ET NON-DITS... DES SOIGNANTS

La question de la contrainte est indissociable de la violence nécessaire pour l'exercer le cas échéant, ce qui soulève inévitablement des investissements compliqués. L'immense majorité des soignants disent à quel point il leur en coûte de contraindre des patients par la force et combien ils préféreraient pouvoir l'éviter.

On repère pourtant des manques qui questionnent, comme celui de la formation des équipes à la désescalade émotionnelle et verbale, du développement de dispositifs et procédures permettant de réduire le recours à la violence, ou encore le manque d'une formation des soignants à des pratiques d'autodéfense aidant à réduire le sentiment d'insécurité face à quelqu'un de possiblement menaçant. Cette ambivalence se retrouve dans la littérature, qui constate des effets contrastés à la contrainte, entre la « Thank you Theory » (postulant qu'un nombre important de patients sont reconnaissants a posteriori qu'on les ait contenus ou contraints) et l'autodétermination (observant à l'inverse que, la contrainte produisant très souvent des expériences douloureuses ou même traumatisantes, la décision partagée est systématiquement à privilégier⁸).

L'exercice de la contrainte (sous différentes formes) peut aussi révéler des formes de désorganisation, de tension ou de souffrance au sein des institutions. On a ainsi observé que les contraintes diminuent lorsque le ratio personnel soignant/patients est plus important, tout comme lorsque des procédures d'identification et de management précoces des comportements à problèmes sont mises en place⁹.

La violence peut même devenir une forme d'exutoire pour des institutions ou des équipes stressées ou en souffrance, parfois jusqu'au retour de violations des droits des patients que l'on espérait résolues¹⁰. Comme l'avaient identifié les psychanalystes, une institution soignante doit prendre soin d'elle-même en priorité pour prévenir le risque de répercuter son malaise sur les patients dont elle s'occupe.

DIVERSITÉ, AMBIGUÏTÉS ET NON-DITS... DES SOIGNÉS

Il existe aussi une ambivalence fondamentale de la part de nombreux patients quant à la contrainte. La perte de la capacité de discernement s'accompagne en effet d'expériences psychiques allant souvent dans le sens de l'hallucination ou encore d'être mû par une puissance (état hypomane ou effondrement dépressif). Dans ces différents cas de figure, la personne vit un enfermement dans un état dont elle peut à la fois refuser et souhaiter qu'on l'en extraie.

La perception de la contrainte reflète ces contours fluctuants et zébrés. Bien que l'admission non volontaire constitue la mesure légale la plus contraignante, le sentiment de coercition reste partiellement indépendant du statut légal : un certain degré de contrainte est habituellement associé à l'admission en psychiatrie, même volontaire.

« Ainsi, de 5 % à 10 % des patients volontaires perçoivent une contrainte lors de l'hospitalisation contre 55 % à 65 % des patients en mode non volontaire. Réciproquement, 35 % à 45 % des patients en admissions non volontaires considèrent a posteriori leur admission comme plus ou moins volontaire, voire volontaire. »¹¹

L'expérience de l'hospitalisation non-volontaire telle que la documente la littérature va toutefois habituellement dans le sens d'une prédominance de colère et de sentiment d'injustice, les patients essayant de trouver les attitudes et les comportements adéquats pour « faire avec » cette nouvelle situation.

Dans sa thèse de doctorat en soins infirmiers « *Sortir à tout prix* » : perspectives des patients hospitalisés sous contrainte en psychiatrie (citée à plusieurs reprises au long de cet article), Maryline Abt suggère six phénomènes composant l'expérience du patient :

1. la rupture ;
2. la judiciarisation du lien ;
3. la nébuleuse du « ILS » ;
4. le cadre ;
5. les stratégies ;
6. le mythe du bon patient.

La catégorie centrale « Sortir » (dans le sens de quitter l'hôpital à tout prix) émergeant bel et bien comme but ultime pour le patient.

POUVOIR MÉDICAL, POUVOIR DES JUGES

Parmi les évolutions de fond du domaine psychiatrique figure le retour du droit. Ce fut une œuvre de longue haleine que de faire reconnaître que les institutions ne sont pas extra-territoriales et que les règles de droit y prévalent comme partout ailleurs.

Les soignants s'en sont inquiétés (et s'en inquiètent parfois encore), préoccupés notamment par le risque d'une judiciarisation excessive de leur pratique, mais aussi l'atteinte à leur pouvoir.

« La psychiatrie, en effet, est de plus en plus influencée par une approche réduisant la souffrance psychique à un dysfonctionnement chimique du cerveau, niant sa dimension sociale aux niveaux de l'étiologie des troubles psychiques et dans la pratique thérapeutique, ce qui lui permet de réduire, voire d'évincer le rôle du droit, en prétextant une compétence technique et scientifique dépassant les connaissances des juristes. »¹²

De fait, il existe aujourd'hui une tension intéressante entre psychiatrie et droit, qui peut soit déboucher sur une incompréhension et un dialogue de sourds, soit sur une tension dialectique féconde.

Comme en témoigne en particulier l'expérience socio-psychiatrique tessinoise¹³, la présence dans les lieux de soins d'une personne garante des droits des patients aide à faire évoluer favorablement la culture institutionnelle tout en permettant une « triangulation » dans la relation soignant-patient utile à tous en cas de relation difficile.

BIENFACTURE ET EFFECTIVITÉ

Des écueils sont à surmonter pour en arriver là, tenant précisément à la place du droit. Dans les dispositifs tels qu'ils existent actuellement, des lois et règlements prétendent protéger les droits des patients, avec des voies de recours que ceux-ci peuvent saisir au besoin.

Les autorités se montrent volontiers satisfaites de cette belle mécanique, alors qu'elle fragilise paradoxalement, dans les

faits, l'effectivité des droits : d'une part, l'usage des voies de recours continue à rarement donner raison aux patients ; d'autre part, elles interviennent de toute manière en aval des dommages, là où le modèle tessinois montre qu'il est possible, agissant en amont, de les prévenir !

Le risque existe – et se constate – de voir apparaître des dispositifs légaux peu convaincants, sorte de « Canada Dry » de la protection des droits : cela en a l'apparence, la couleur et le goût, mais n'en est pas réellement !

« Le développement de l'État social a produit une modification de la structure des lois qui deviennent des lois-programmes, se limitant à définir des objectifs relativement imprécis (...). Une nouvelle forme de réglementation voit ainsi le jour (...) nouvelle version pseudo juridique d'une médicalisation non seulement de certaines formes de comportement considéré socialement comme déviant (...). Une telle réglementation exerce un pernicieux effet illusoire et trompeur car elle occulte d'une part son caractère corporatiste, sous le couvert d'une légitimation formelle attribuée directement par l'institution hospitalière ou par une délégation législative et, d'autre part, l'absence de médiation démocratique dès la phase de son élaboration. »¹⁴

Le Pr Marco Borghi, constitutionnaliste et grand défenseur des droits humains en psychiatrie, par ailleurs concepteur de la loi socio-psychiatrique tessinoise, a étudié cette question en profondeur avant d'arriver à ce constat :

« Nous avons vérifié l'hypothèse, apparemment paradoxale, que ces nouvelles formes de réglementation poursuivent le but réel de légitimer des pratiques constituant objectivement de graves restrictions des droits des personnes placées dans des institutions psychiatriques et par conséquent d'évincer l'application directe des droits constitutionnels. La stratégie est très subtile, car l'institution répond à la progressive ingérence du droit dans le territoire réservé de la médecine en s'appropriant la méthode préférée des juristes, l'adoption de règles ayant la forme d'un véritable règlement, mais dont le contenu correspond aux confortables pratiques traditionnelles adaptées au fonctionnement rationnel de l'institution. »¹⁵

Rappelons que, grâce au soutien engagé du Conseiller d'État Benito Bernasconi et la coopération des équipes de l'Hôpital psychiatrique de Mendrisio, il a été possible

en trois ans de renoncer définitivement à la contention, exercée auparavant dans la moitié des hospitalisations non-volontaires¹⁶.

LE NOEUD : CRÉER LE CHEMIN

Comment faire évoluer les pratiques dans le sens d'un recours le plus rare possible à la contrainte ? Cette question étant adressée maintenant depuis des décennies, il apparaît un motif central qui en reste le nœud : il est nécessaire de développer des programmes offrant d'autres options.

Les recherches actuelles montrent que de tels programmes – conçus à cette fin – permettent des améliorations significatives. Pourtant, l'inertie semble rester forte dans nombre d'institutions. On continue même d'entendre (contre toute évidence) des soignants affirmer que l'enfermement constitue une « mesure thérapeutique ». Ce que dément obstinément la littérature : il s'agit d'une mesure sécuritaire ou disciplinaire, parfois rendue nécessaire par défaut de savoir gérer autrement les situations ou pour des questions de logistique soignante.

Les patients, eux, continuent à témoigner du désarroi d'être placés en isolement ou traités de force, alors que souvent c'est d'une présence humaine empathique et non-jugeante dont ils auraient besoin.

Dans le numéro de *Diagonales* publié à l'occasion du Congrès du Graap consacré à ce thème en 2019, deux personnes ayant l'expérience de l'hospitalisation non-volontaire en psychiatrie en témoignaient ainsi :

« Bien que les contextes de crise dans lesquels s'inscrivent les deux histoires de placement soient différents, les sentiments éprouvés et les termes pour qualifier ce qui a été vécu sont semblables : traumatisme, maltraitance, chantage, incompréhension, ou encore absence de dialogue. Georges refuse que son mal-être soit considéré comme une maladie psychique, il préfère parler d'une souffrance. Mélanie, elle, reconnaît volontiers avoir une maladie du cerveau : "C'est une maladie comme une autre. Les médicaments me font du bien."

En chambre de soins. "On nous traite comme des animaux", "On mange par terre", "On nous observe aux toilettes et sous la douche", "Pas de savon pour se laver", "Nu-e sous une blouse d'hôpital" : l'enfermement dans la chambre de soins

s'avère pour les deux narrateurs l'expérience la plus traumatisante qu'ils aient vécue dans leur vie. "La contrainte devrait être interdite, elle fait plus de mal que de bien", s'exclament-ils. Dans la pièce, il n'y a ni table, ni chaise, seulement un matelas en mousse posé à même le sol, avec une lumière allumée de jour comme de nuit. À cette contrainte physique d'isolement s'ajoutent d'autres atteintes. D'une part, les injonctions ou les menaces : "Assieds-toi ou calme-toi, sinon on ne te donne pas à manger", "Prends tes médicaments, sinon on te les donne de force". D'autre part, la contention mécanique : "De force, on m'a plaquée à cinq sur le lit. On me tenait alors que je ne me débattais pas." Mélanie pose la question : "Qui est fou ?" »¹⁷

Oui, créer le chemin – comme y invite l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avec son programme Quality Rights pour le respect des droits humains en santé mentale¹⁸ – reste plus que jamais urgent. ●

*Certains passages sont repris de différentes publications de Pro Mente Sana écrites par sa juriste Madame Shirin Hatam.

¹ Abt M., « Sortir à tout prix » : perspectives des patients hospitalisés en psychiatrie : une étude par théorisation ancrée, Thèse de doctorat ès sciences infirmières, UNIL, 2016.

² Veuthey C., « Crise psychique et contrainte », *Diagonales*, 17 mars 2019.

³ Vélpry L., « Rencontres avec l'enfermement. Une réflexion sur le soin en psychiatrie », *Revue EMPAN*, n° 114, 2019/2.

⁴ Lettre trimestrielle n° 41, « La contrainte se déguise », Association romande Pro Mente Sana, septembre 2008.

⁵ Abt M., op. cit.

⁶ Lettre trimestrielle n° 64, « L'obligation de soins en psychiatrie », Association romande Pro Mente Sana, juin 2014.

⁷ Voir l'art. 36 de la Constitution fédérale.

⁸ Rathelot T., « Et si on osait l'anti-contrainte ? », *Forum addictions*, Genève, 12 mars 2010.

⁹ Khażaal Y., Bonsack C. & Borjeat F., « La contrainte en psychiatrie : actualités et perspectives », *Rev Med Suisse* 2005 ; volume 1, 30144.

¹⁰ « Un regard libre sur la contrainte en psychiatrie », interview d'Adeline Hazan, magistrate, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Journal international de médecine*, 16 février 2018.

¹¹ Khażaal & al, op. cit.

¹² Borghi M., *Droit privé et psychiatrie : les effets pervers de la légalisation de la contrainte*, in *Une empreinte sur le Code civil, Mélanges en l'honneur de Paul-Henri Steinauer, Stämpfli Editions*, 2013, p. 174.

¹³ Mission confiée à Pro Mente Sana au Tessin.

¹⁴ Borghi M., op. cit., pp. 175-6.

¹⁵ Borghi M., op. cit., pp. 176.

¹⁶ Borghi M., « Histoire de Pro Mente Sana au Tessin : de la conception à la réalisation d'un modèle » (en italien), PMS-Aktuell, PMS 18/3-4: 40 Jahre Pro Mente Sana, Zürich.

¹⁷ Veuthey C., op. cit.

¹⁸ https://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/QRs_fbyer_fr_2017.pdf?ua=1

INTERVIEW

Dr Alexandre Wullschleger

« Les mesures de contrainte doivent toujours être notre dernier recours »

Propos recueillis par : Élodie Lavigne



Le recours à la contrainte dépend beaucoup aujourd'hui des cultures et des établissements de soins. Une intense réflexion est en cours pour en diminuer l'usage et réduire son impact auprès des patients. Interview du Dr Alexandre Wullschleger, médecin adjoint au Service de psychiatrie adulte du Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

L'image de la contrainte colle à la peau de la psychiatrie depuis longtemps.

À tort ou à raison ?

Dr Alexandre Wullschleger Dès le début, la psychiatrie a été liée à une pratique de contrainte et d'enfermement. L'image d'individus placés et traités contre leur gré est encore très présente. Les années 60-70 ont vu naître des mouvements, notamment liés à l'antipsychiatrie, qui se sont battus contre ces pratiques. Depuis, beaucoup d'efforts ont été réalisés pour ouvrir les portes des institutions et permettre aux gens d'être insérés dans la société, malgré leurs difficultés psychiques. La communauté scientifique porte désormais de plus en plus d'attention à cette question. La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) va dans ce sens. Ce texte, largement ratifié par les États, nous oblige à modifier notre réflexion sur la contrainte et à développer de nouveaux modèles de soin dans lesquels les patients puissent s'impliquer, décider et retrouver une autonomie.

Sous quelles formes la contrainte peut-elle s'exercer ?

La contrainte a de nombreux visages. La contrainte formelle, c'est l'hospitalisation à des fins d'assistance. À l'hôpital, elle existe dans les traitements donnés sans consentement ou dans les mesures qui limitent la liberté de mouvement. Mais il y a aussi ce qu'on appelle les contraintes informelles, qui s'exercent dans les interactions pour influencer les décisions des patients, notamment en lien avec le traitement. Cette contrainte s'exerce sur un continuum qui va de la persuasion à la menace en passant par divers types de pressions, et qui a été décrit par de nombreux auteurs. Ces pressions, utilisées à des degrés divers en psychiatrie, échappent aux contrôles et aux définitions. Elles suscitent beaucoup de débats, mais sans doute pas assez.

Que dit la loi ?

La contrainte est régie par la loi et n'est autorisée que dans des situations exceptionnelles. Ce sont des mesures de sécurité établies dans le but de protéger les personnes elles-mêmes et/ou des tiers. Les professionnels doivent les appliquer de la façon la plus stricte possible.

Dans quel cas un professionnel peut-il y recourir ?

Certains de nos patients sont confrontés à des crises psychiques graves qui les amènent à percevoir le monde très différemment. En tant que soignants, nous devons parfois réagir en urgence. Les mesures de contrainte doivent toujours être notre dernier recours et un moyen temporaire de protéger. Même si cela est lourd, il reste malheureusement des situations où la contrainte est inévitable. Comment les prévenir ? En agissant à plusieurs niveaux et à toutes les étapes du parcours de soins. Nous devons également nous interroger et réfléchir à la façon d'accompagner les personnes concernées pour que ces décisions aient le moins d'impact possible sur elles.

Quels sont les patients les plus exposés à ce genre de scénario ?

En ce qui concerne les mesures limitant la liberté de mouvement, la recherche scientifique a permis de mettre en évidence des facteurs de risque, tels que la présence de symptômes psychotiques (hallucinations, perceptions altérées du monde), la consommation de toxiques et les comportements agressifs qui se combinent souvent. Ceux-ci peuvent être renforcés par les toxiques et conduire à des gestes violents. On sait aussi que les patients jeunes et les hommes sont les plus concernés. Les situations où le danger est imminent en raison d'une crise ou de l'influence des toxiques sont heureusement exceptionnelles. Le contexte particulier de l'hôpital peut entraîner des passages à l'acte violents. Dans de tels cas, les mesures de contrainte sont inévitables pour la sécurité des patients et celle des tiers. Quant aux hospitalisations non volontaires, elles peuvent être motivées par une crise suicidaire grave ou lorsque la personne n'est plus capable d'agir pour son propre bien et se met à agir dangereusement.

Quel est l'impact de telles mesures sur les patients ?

Les mesures limitatives de liberté n'ont aucune visée thérapeutique, mais sont un moyen de protection que l'on peut être amené à utiliser à un moment donné. Si certains patients révèlent, a posteriori, s'être sentis soulagés par une intervention de ce type, les conséquences sont le plus souvent néfastes. Beaucoup d'entre eux rapportent en effet un sentiment d'humiliation, de

déshumanisation, une perte de respect. La contrainte peut même être vécue comme traumatique. Le risque d'imposer un nouveau traumatisme à des personnes ayant vécu des expériences lourdes du fait de leur maladie psychique, mais aussi des situations d'abus et de violence, est important. On expose ces dernières à un risque élevé de syndrome de stress post-traumatique (PTSD). On sait par ailleurs que les mesures de contrainte ont une influence négative sur la capacité du patient à s'engager dans le lien thérapeutique et à en être par la suite satisfait.

Comment faire sans ?

Des modèles se développent aujourd'hui pour en diminuer l'usage et pour mieux accompagner les patients s'il y a lieu. En Allemagne, on recourt à des stratégies de débriefing, où on recueille le vécu du patient pour lui donner du sens. Le sentiment d'être entendu et respecté diminue les symptômes de PTSD. De manière générale, les modèles qui renforcent la participation des patients et favorisent la transparence sont bénéfiques. On peut aussi établir des plans de crise ou des directives anticipées qui permettent d'établir à l'avance les mesures à adopter et les préférences de traitement des personnes concernées, afin d'éviter de devoir recourir à la contrainte en dernière extrémité.

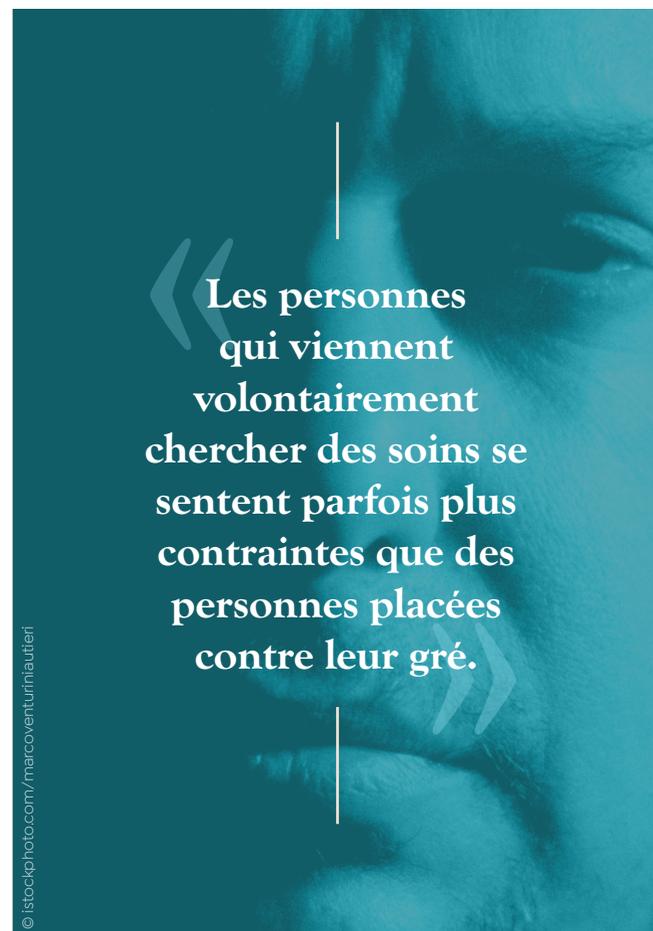
Entre la contrainte exercée et la contrainte ressentie, comment se situer ?

La contrainte ressentie n'est pas forcément corrélée avec celle exercée. Les personnes qui viennent volontairement chercher des soins se sentent parfois plus contraintes que des personnes placées contre leur gré. Cela signifie qu'il y a, dans le milieu hospitalier et en particulier en psychiatrie, des pratiques qui font que les gens se sentent mal, sous pression, et empêchés de faire leurs propres choix. Or, ce sentiment de contrainte – et inversement de liberté – est en relation étroite avec le lien thérapeutique.

Qu'est-ce que les initiatives comme les directives anticipées peuvent apporter dans ce contexte ?

Elles sont trop peu utilisées, mal connues et parfois difficiles à mettre en place. Je pense qu'il est important de donner aux patients l'opportunité de se déterminer,

cela peut renforcer le lien avec l'équipe soignante. Il me paraît nécessaire d'intégrer les pairs praticiens à nos réflexions pour diminuer le recours à la contrainte. Je crois également à un système de soins plus souple, à une plus grande flexibilité entre les structures, les unités, au travail autour de la mobilité et de l'intégration. Une meilleure communication et un réseau de soins plus serré sont utiles pour aider plus rapidement les personnes en crise, par exemple en les traitant à domicile. La contrainte ne doit pas se penser qu'à l'hôpital, mais aussi en dehors. ●



© istockphoto.com/marcoventurinautieri

RÉFLEXION

Chambre fermée : une mesure de contrainte vraiment utile ?

Par : Clémentine Fitaine

Plongée au cœur d'un dispositif particulièrement réglementé, avec le Dr Alexandre Wullschleger, médecin adjoint au Service de psychiatrie adulte du Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève.

La « contrainte » est un terme que l'on associe difficilement à l'idée de prise en charge thérapeutique. Sans preuve réelle d'efficacité chez un patient et souvent traumatisantes, certaines mesures (limitation de mouvements ou de liberté, médication forcée...) sont pourtant parfois le seul moyen d'éviter un danger pour le patient, ses proches ou le personnel soignant. Parmi ces mesures, le programme de soins en chambre fermée, qui peut être instauré en cas d'échec d'autres alternatives. Une mesure qui interroge.

L'idée même peut faire froid dans le dos. Pourtant, le recours à une chambre fermée est une option légalement possible chez certains patients agités. Selon les données les plus récentes, des mesures limitatives de liberté sont utilisées dans environ 8 % des séjours en psychiatrie aiguë en Suisse, avec d'importantes disparités entre les hôpitaux. Des chiffres qui varient en effet selon les pays, les régions et les institutions, car dépendant de différents facteurs : le profil des patients, l'organisation et la culture des soins, l'architecture des unités ou encore la formation du personnel.

PROTÉGER LE PATIENT ET LES TIERS

Une mesure de contrainte n'est pas proposée à la légère et sa mise en place est soumise à plusieurs conditions. « La principale indication est la prévention d'un danger

aigu et imminent, qui peut mettre en péril l'intégrité du patient ou des tiers (entourage, soignants, etc.) », précise le Dr Alexandre Wullschleger, médecin adjoint au Service de psychiatrie adulte du Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Dès lors que ce risque est présent, le recours à l'isolation en chambre fermée peut être proposé. Parmi les différentes mesures de limitation de liberté, celle-ci est la plus utilisée en Suisse. Concrètement, il s'agit d'une pièce sécurisée, comprenant souvent un sas de portes vitrées, de laquelle tout objet présentant un risque pour le patient a été retiré, à l'exception d'un matelas. À Genève, chaque unité de l'hôpital psychiatrique possède une chambre fermée de ce type. Une personne en situation de crise peut y être accompagnée pour une durée toujours limitée dans le temps et proportionnelle au risque encouru.

SUR PRESCRIPTION MÉDICALE

Cette mesure est instaurée sur prescription médicale, après réflexion éthique et concertation interdisciplinaire, afin de rechercher la prise en charge la plus appropriée pour préserver la sécurité du patient et celle d'autrui, tout en respectant sa dignité et, si possible, en tenant compte de ses préférences. « On explique toujours au patient – tant bien que mal – ce qu'il se passe et pourquoi cette décision a été prise », explique Alexandre Wullschleger. S'il ne

peut pas s'exprimer ou n'est pas en mesure de comprendre ce qu'il lui est dit, une discussion est menée avec une personne de confiance qu'il aura désignée.

Les profils des patients peuvent varier, mais les hommes souffrant de troubles psychotiques, de type schizophrénie, associés à une consommation de substances sont plus à risque de vivre la contrainte. « Ce sont des situations où il y a une perception altérée de la réalité, des personnes qui peuvent se sentir très menacées, extrêmement angoissées, ceci associé parfois à un effet désinhibant des drogues qui peut mener à des réactions violentes en début d'hospitalisation », ajoute le spécialiste des HUG.

Une surveillance est alors mise en place pour suivre l'évolution de l'état du patient et la mesure est réévaluée régulièrement. « Les prescriptions ne dépassent pas une période de 24 heures et peuvent éventuellement être reconduites si nécessaire, explique le médecin. À moins d'être dans une situation particulièrement extrême, on va permettre rapidement au patient de quitter la chambre, avec un infirmier, pour se promener un peu dans l'unité ou le jardin par exemple. Cela permet un apaisement, de renouer la confiance et d'évaluer l'état général du patient ainsi que l'effet des traitements. »

UNE EXPÉRIENCE SOUVENT TRAUMATISANTE

L'enfermement, comme toute privation de liberté, est la plupart du temps vécu de manière extrêmement négative par les patients. Il n'a, de plus, pas été établi de preuve scientifique de l'efficacité thérapeutique d'une chambre fermée. Les conséquences psychologiques de l'enfermement ont, elles, pu être mesurées. Selon les études, 25 à 47%¹ des patients développent un stress post-traumatique après ce type d'intervention. « Chez certaines personnes, cela peut même réactiver un traumatisme déjà vécu par le passé, constate Alexandre Wullschleger. Il y a un risque de compromettre la relation thérapeutique, la confiance avec les soignants, mais aussi le parcours des soins. »

La chambre fermée ne peut donc pas s'imposer comme une thérapie en soi. « Fermer une porte n'est en aucun cas un traitement. La question, c'est comment la contrainte est mise en œuvre, comment elle est expliquée, comment

elle est vécue par le patient en termes d'accompagnement humain. » Utiliser ce moment d'enfermement comme un moyen d'aider le patient à sortir d'une crise, en travaillant avec les proches, différents thérapeutes, en y prodiguant des soins, tel est l'intérêt que peut présenter le dispositif.

DES PISTES POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE

Utiles en cas de situations extrêmes face à certains patients agités, les mesures de contrainte doivent rester du domaine de l'exceptionnel. Pour cela, les équipes médicales mènent une réflexion au quotidien sur l'usage de la chambre fermée : comment l'utiliser moins souvent, moins longtemps, de façon plus ciblée et avec un meilleur accompagnement. Si tous les membres du personnel ont une formation de gestion de la violence, « on peut encore progresser sur certains éléments, notamment sur le renforcement des équipes, l'intensification de l'accompagnement des patients durant ces moments de crise, la collaboration avec les familles ou encore l'aménagement des chambres fermées pour qu'elles restent des lieux apaisants », ajoute le Dr Wullschleger.

Pour répondre à ces besoins, un vaste programme est actuellement mis en place à Genève. Il devrait allier communication auprès du grand public et projets de recherche menés autour de cette thématique. « Il faut démystifier le sujet des mesures de contrainte, sans pour autant les banaliser », conclut l'expert.

La prise en charge continue également d'évoluer. En Allemagne par exemple², un modèle de soins proposant un accompagnement multidisciplinaire (psychothérapeute, travailleur social, ergothérapeute, art-thérapeute...) semble mettre en évidence l'efficacité d'une approche plus complète permettant de réduire le nombre et la durée des interventions coercitives. Si ces résultats doivent être étayés par des études randomisées sur des périodes d'observation plus longues, ils présentent néanmoins une perspective intéressante dans l'alternative aux mesures d'isolement. ●

¹ *Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review*, Marie Chieze, Samia Hurst, Stefan Kaiser, Othman Sentissi, *Frontiers in Psychiatry*, Juillet 2019

² *Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures?*, Alexandre Wullschleger, Jürgen Berg, Felix Bempohl, Christiane Montag, *Frontiers in Psychiatry*, Mai 2018

QUELS DROITS POUR LE PATIENT ?

Si l'utilisation des mesures de contrainte est si encadrée, c'est que son application est juridiquement restreinte. En effet, la loi sur la santé de 2006 interdit « toute mesure de contrainte à l'égard des patients ». Mais à titre exceptionnel, « si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas ou si le comportement du patient présente un grave danger menaçant sa vie ou son intégrité corporelle ou celles d'un tiers », ces mesures peuvent être imposées, sur décision médicale et dans le respect du cadre légal. Un recours juridique contre cette décision est possible – par le patient lui-même ou par ses proches – auprès du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant. Cette institution, après expertise indépendante, peut approuver ou contester les décisions médicales prises.

LES MESURES DE CONTRAINTE, UNE PRATIQUE ANCIENNE ET CONTESTÉE

La pratique de l'enfermement est, depuis toujours, intrinsèquement liée à la psychiatrie. « Durant la Renaissance et la période classique, cette pratique a été largement utilisée », relate le Dr Alexandre Wullschleger, médecin adjoint au Service de psychiatrie adulte du Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève. Personnes agitées, souffrant de troubles sévères ou présentant des difficultés à s'insérer dans la société, mais aussi personnes atteintes de maladies vénériennes, nombreux sont alors ceux à être enfermés dans des institutions, sans bénéficier d'accompagnement ou de traitements. « L'hôpital psychiatrique a longtemps été un lieu de ségrégation entièrement fermé, perçu comme un moyen de protection, de mise à distance », poursuit le spécialiste. Aujourd'hui, en Suisse, ces lieux sont ouverts la journée, mais le sujet de la contrainte soulève toujours de nombreuses questions aussi bien éthiques que juridiques. « Notre vision des risques et du rôle de la psychiatrie dans la gestion du risque a évolué, explique Alexandre Wullschleger. Mais les pratiques varient sensiblement selon les pays, les régions et les institutions. »

À RETENIR

La mise en place d'une mesure de contrainte peut être envisagée en l'absence d'alternative thérapeutique immédiate.

Le patient ne doit pas présenter de risque suicidaire ou d'automutilation.

La prescription médicale pour un placement en chambre fermée est réévaluée toutes les 24 heures.

Le patient et ses proches doivent être informés du droit de recours.

TÉMOIGNAGE

« Je suis convaincue que la contrainte peut être source de liberté »

Par : Elisabeth Sturm, *paire praticienne en santé mentale et juge assesseur auprès du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant*

*Enferme-moi si tu peux** : voilà le titre d'une BD d'Anne-Caroline Pandolfo et Terkel Risbjerg, qui retrace l'histoire de différentes personnes ayant été enfermées, des « exclus [parqués] dans un périmètre de sécurité asilaire, carcéral ou tout simplement social », devenues des auteurs d'art brut. Contraintes par la société, que ce soit par le biais de la justice, du corps médical et/ou des familles, bon nombre de personnes subissant ou ayant subi la contrainte sous une forme ou une autre n'en sont pas moins créatives, vives et donc intérieurement libres. « Inenfermables », si l'on peut le formuler ainsi.

Même si cette résistance à l'enfermement ne concerne qu'une petite fraction des personnes subissant une forme de contrainte en raison de leur état de santé psychique, je suis convaincue que la contrainte peut être source de liberté pour beaucoup plus de monde. Un délice. Une fenêtre à côté de la porte close ou verrouillée.

Évidemment, ce n'est pas toujours le cas. Et évidemment, cela dépend des modalités d'application de la contrainte. Mais tentez, le temps d'une lecture, de voir la contrainte sous un angle potentiellement positif : un élément qui vous fait rendre compte que vous avez franchi certaines limites, mais qui vous donne aussi les clés pour apprendre à jouer avec ces limites, à mieux connaître les vôtres, et qui vous permet, en fin de compte, de façonner votre liberté non seulement intérieure mais aussi extérieure.

Ces libertés, me concernant, ont mis un certain nombre d'années à m'apparaître clairement. Et ce alors même que la seule mesure de contrainte, au sens juridique du terme, que j'ai subie n'a duré que quelques jours. C'est que le recul, ça ne vient pas tout seul. Cela demande du temps... Et en plus, il faut en avoir la volonté ! Mais parfois la vie vous force à prendre le temps du recul. Et ce recul est nécessaire à l'apparition et à l'apprivoisement de la liberté.

Pour tout vous dire (ou presque), si j'ai été capable de le prendre, ce recul, c'est parce que j'ai été enfermée très jeune. Si je n'ai fait l'objet d'une mesure de contrainte à proprement parler que pendant quelques jours, comme je le disais plus haut, la contrainte et l'enfermement, je les ai en revanche connus plus d'une fois et en ai cumulé un certain nombre de jours, de semaines et même de mois d'affilée. Le temps, lui, s'est tantôt imposé à moi, tantôt s'est fait attendre. Quant à la volonté, je crois que je la dois à mon étoile, à la vie ou tout bêtement à mon instinct de survie.

Notons cependant que si la jeunesse m'a aidée à prendre ce recul, ce n'est pas tant parce qu'il me restait encore la vie devant moi pour le prendre ou que j'ai été dotée d'une sagesse folle, mais parce que le fait d'avoir été enfermée jeune m'a forcée à intégrer la contrainte et l'enfermement (fussent-ils intermittents) dans mon quotidien comme une éventualité potentiellement

récurrente. Je n'ai donc pas eu d'autre choix que de vivre avec la contrainte, et c'est là qu'intervient l'instinct de survie.

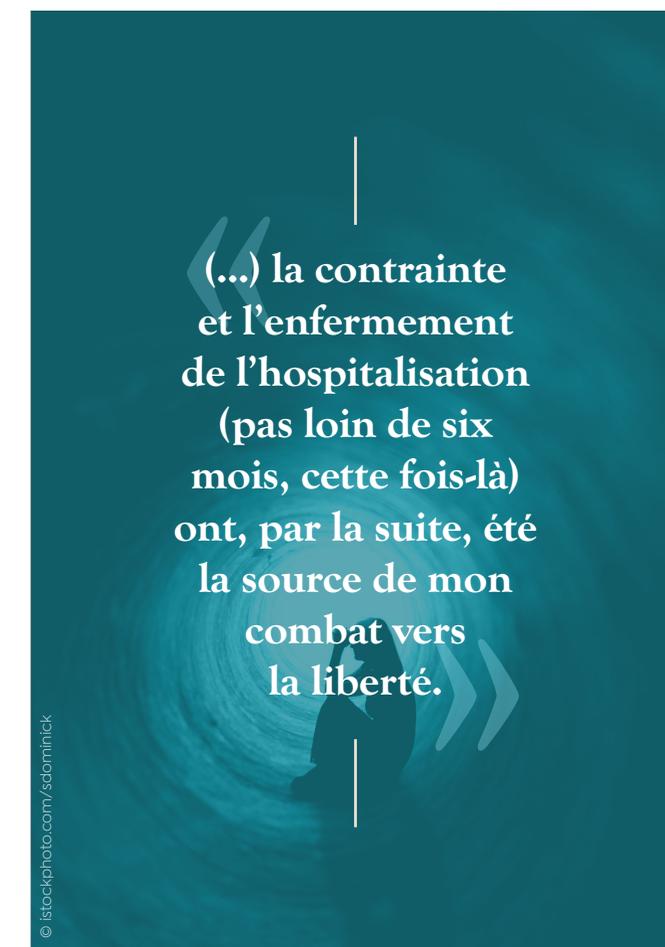
Venons-en à la liberté. Et en quoi la contrainte peut à mon sens être porteuse de cette liberté.

On sait généralement ce que l'on entend par contrainte. Dans le monde de la santé mentale ou de la soi-disant absence ou défaillance de santé mentale, on pense le plus souvent aux mesures de contrainte telles que placement à des fins d'assistance (PAFA), chambre d'isolement ou encore médication forcée. Mais songe-t-on aussi à ce à quoi s'oppose la contrainte ? Outre la liberté, à laquelle on pense spontanément, le dictionnaire des contraires indique « choix », « aisance » ou encore « affranchissement ».

La liberté d'aller et venir. Le choix de suivre telle recommandation ou pas. L'aisance de vivre. L'affranchissement des conventions. Ce sont toutes des notions belles et dignes d'être défendues. Mais qui est en mesure de les incarner en permanence ? Sans regarder bien loin en arrière, combien de personnes ont finalement (après un peu de recul forcé) apprécié de se retrouver confinées chez elles pendant quelques semaines, au sein d'un cocon familial, sans la liberté d'aller et venir au-delà du pas de leur porte ? Par ailleurs, n'est-il pas plus simple, parfois, de ne pas avoir l'embarras du choix devant une décision à prendre ? Et combien de personnes dans votre entourage connaissez-vous qui savourent toujours une réelle aisance de vivre ? Enfin, même si les conventions ont souvent ce côté « plan-plan » ou rigide qui pousse à vouloir s'en affranchir, n'est-ce pas un peu confortable et moins épuisant, de temps en temps, d'en suivre une le temps d'un instant ?

Et ça, c'est quand on va bien ! Imaginez-vous ne pas être au top de votre forme, ou plutôt être au plus mauvais de votre forme : l'aisance de vivre n'est plus qu'un lointain souvenir, vous êtes incapable d'aller et venir en dehors de votre chambre et le moindre choix à faire vous semble être une montagne à franchir. L'affranchissement de quoi que ce soit est alors bien le cadet de vos soucis. À ce stade, une certaine forme de contrainte, peut, selon les modalités, représenter une forme d'aide.

En permanence, pendant quelques semaines, parfois, toujours, de temps en temps... Il est à nouveau question de temps, mais cette fois-ci plus précisément de durée. Des diverses expériences que j'ai vécues, voilà une conclusion que j'ai tirée : beaucoup de choses inacceptables le deviennent parce qu'elles durent trop longtemps. Mais avant de franchir ce cap du trop, elles peuvent avoir une raison d'être et même être utiles, voire bienfaitantes. À mes yeux, il en va ainsi de la contrainte. Une mesure de contrainte peut avoir un effet bénéfique si elle dure le temps juste. Comment savoir quelle est la juste durée, me demanderez-vous ? Et je n'aurai pas la réponse. Évidemment. Mais des bribes d'expérience me font dire que dans son for intérieur, dans son intime conviction, parfois on sait. Le médecin, le proche, le juge ou la personne concernée. On sait. Dans mon cas, les médecins ont su qu'au bout de trois jours d'hospitalisation à la demande d'un tiers, la police en l'occurrence, je ne représentais plus un danger tel pour la société que l'on doive me garder à l'hôpital contre mon gré.



J'y suis donc restée de mon plein gré – sur le papier. La contrainte, comme je le disais plus tôt, ne s'arrête en effet de loin pas aux mesures juridiques imposées par autrui avec ou contre le gré de la personne concernée. Mon plein gré, en l'occurrence, était conditionné par une camisole chimique de plusieurs dizaines de comprimés par jour, sans qu'il s'agisse de médication forcée...

Cependant, la contrainte et l'enfermement de l'hospitalisation (pas loin de six mois, cette fois-là) ont, par la suite, été la source de mon combat vers la liberté. Une liberté intérieure mais aussi extérieure, qui me permet aujourd'hui de faire de ces expériences d'enfermement, ou plus précisément des expériences qui m'ont permis de surmonter ces périodes, un outil au cœur de mon activité professionnelle, en tant que paire praticienne en santé mentale et que juge assesseur auprès du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant.

Pourquoi est-ce que je considère que mon hospitalisation forcée, puis un peu moins forcée mais forcée quand même, m'a finalement été utile ? Tout simplement parce que, sur le coup, quand la policière m'a emmenée aux urgences (sans menottes), c'était pour protéger les autres mais aussi pour me protéger moi, et elle m'a probablement évité de faire encore plus de dégâts, de dégringoler encore plus profondément dans la décompensation que j'étais en train de faire.

La mesure de contrainte avait pleinement joué son rôle de protection, le seul que devrait jouer toute mesure de contrainte. Trois jours dans mon cas, peut-être un peu moins ou un peu plus pour d'autres personnes, mais rarement beaucoup plus, à mon sens, ne sont réellement nécessaires. Au risque, sinon, d'entrer dans le champ de la surprotection qui, elle, peut devenir réellement néfaste et liberticide.

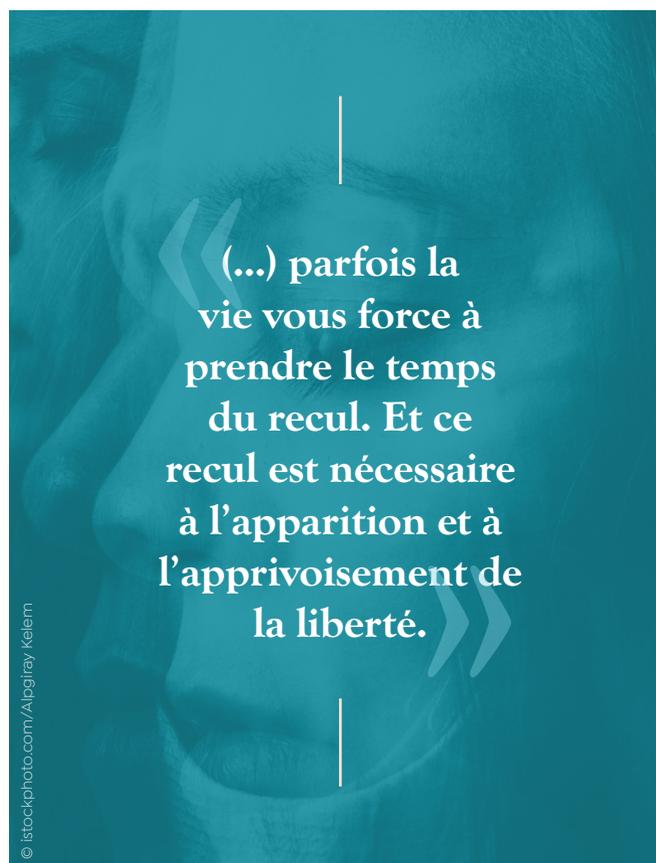
Et pourquoi est-ce que j'estime que cette hospitalisation en particulier a été comme la fenêtre à côté de ma porte verrouillée ? En repensant à l'ensemble de mon parcours de soins, même si je ne parviens à cette conclusion que depuis peu, je pense que c'est parce que c'est la seule hospitalisation (qui n'était même pas la première !) où, justement, je ne suis pas allée de mon plein gré à l'hôpital, ce qui a permis le coup de fouet intérieur pour me

dire : plus jamais ça. Plus jamais à tel point. Et je n'ai effectivement plus jamais décompensé à ce point et pense avoir suffisamment appris sur moi-même, entre-temps, pour m'éviter ce genre de désagrément à l'avenir.

L'apprivoisement de la liberté n'en est pas gagné pour autant. Car la liberté, le choix, l'affranchissement, c'est aussi de découvrir et de devoir vivre avec toutes les contraintes ordinaires du quotidien...

Pour finir sur un ton plus léger, peut-être plus énigmatique, je voudrais juste revenir sur la nécessité de la contrainte pour parvenir à la liberté, ou du moins qui n'empêche pas d'y parvenir : pour les pataphysiciens (Georges Pérec, Boris Vian ou Raymond Queneau pour ne citer que les plus connus), la liberté consiste à se fixer soi-même ou entre soi des contraintes pour justement aller chercher la créativité et la liberté d'expression. À méditer. ●

* Anne-Caroline Pandolfo, Terkel Risbjerg. *Enferme-moi si tu peux*. Ed. Casterman, 2019.



ÉCLAIRAGE

L'obligation de soin en question

Par : Shirin Hatam, Juriste de l'association romande Pro Mente Sana

Pro Mente Sana réédite sa brochure* « Obligation de soin en cas de maladie psychique » afin de mettre quelques moyens de défense aux mains des personnes concernées. Cette brochure peut être commandée gratuitement.

L'obligation faite à certaines personnes marginalisées de soigner leurs particularités ou des malheurs trop expressifs n'est pas nouvelle, comme le rappelle l'historienne Christel Gumy dans sa préface évoquant le traitement autoritaire des alcooliques par tout un système de délations, d'enquêtes, de surveillance, de suivi médical et d'internements jusque dans les années 1980 dans le canton de Vaud. Nous consentions, à l'époque, à une protection de l'ordre social par la protection autoritaire de certains individus contre leurs déviances, opportunément requalifiées en maladie.

Aujourd'hui, certaines obligations de soin sont étroitement encadrées par la loi pénale, lorsque le juge soumet le délinquant à un traitement ambulatoire ou institutionnel forcé destiné à écarter le danger de nouvelles infractions¹, ou par la loi civile, lorsque le traitement sous contrainte est prescrit par le médecin-chef du service où se déroule le placement à des fins d'assistance². Dans la même veine, depuis 2004, une loi fédérale³ a légalisé la stérilisation, y compris celle de personnes (principalement de sexe féminin) tout juste âgées de 16 ans et durablement incapables de discernement : une « thérapeutique » auparavant inconstitutionnelle. Mais les conditions légales permettant ces pratiques gravement attentatoires à la liberté n'étant pas toujours strictement réalisées, ni les conventions internationales qui les régissent consciencieusement respectées, il est important de connaître ses droits si l'on veut se défendre.

Hors de la réglementation légale évoquée, l'obligation de soin adopte de nouvelles formes si insidieuses qu'on ne la reconnaît pas. Comprise par l'arsenal bien-pensant de l'intervention sociale comme un acte de bienveillance en faveur d'une personne égarée, elle frappe par sa sévérité lorsque nous y sommes soumis : des incitations au traitement sont imposées non par la loi, mais par l'intimidation, la menace ou la négociation, à la suite d'un placement, en contrepartie à une prestation sociale ou encore comme condition à l'exercice des droits parentaux.

Les pressions exercées sur une personne dominée par une institution⁴ pour qu'elle consente à un traitement sont non seulement inciviles, mais ne s'ancrent souvent dans aucune loi qui permettrait, en cas de refus, une application du traitement par la force ; elles ne visent qu'à briser la résistance pour obtenir le comportement souhaité sur un mode volontaire.

Un guide juridique est donc nécessaire pour s'y retrouver dans des situations d'incertitude laissant croire que nous n'avons pas le choix. ●

* *Obligation de soin en cas de maladie psychique – Guide juridique à l'usage des patients en Suisse romande*, Shirin Hatam avec la collaboration de Tatiana Gurbanov, Pro Mente Sana, 2019 (nouvelle édition).

¹ Article 56 al. 1 du Code pénal

² Article 434 du Code civil

³ Loi fédérale sur les conditions et la procédure régissant la stérilisation des personnes RS 211.111.1

⁴ Aide sociale, assurance maladie, invalidité, juges ou offices de protection dans les affaires de famille

RECHERCHE

Microbiote intestinal et santé mentale : la science tâtonne toujours

Par : Michael Balavoine

Depuis le séquençage génétique, en 2008, des bactéries qui peuplent notre intestin, le microbiote intestinal semble être devenu le nouveau « patch » miraculeux capable de soigner toutes les maladies. En matière de santé mentale comme dans de nombreux autres domaines, les études s'enchaînent. Mais il faut rester prudent quant à ses possibles effets.

En chiffres

10 à 1000

Le nombre de bactéries présentes par millilitre dans l'estomac

10'000 à 10 millions

Le nombre de bactéries présentes par millilitre dans l'intestin grêle

10 milliards à 10'000 milliards

Le nombre de bactéries présentes par millilitre dans le côlon

nés normalement. « En observant les déplacements des animaux dans leurs cages, on a remarqué que les souris axéniques étaient moins aventureuses que leurs congénères : elles restaient dans les recoins et ne partaient pas à l'aventure pour explorer l'environnement dans lequel elles se trouvaient », explique le Pr Jacques Schrenzel du Laboratoire de bactériologie des Hôpitaux universitaires de Genève. Cette tendance de repli sur soi et de recherche de protection a été assimilée à une plus grande propension à l'anxiété et à la peur. Les souris nées avec un microbiote, parce que plus téméraires, étaient jugées mentalement plus matures.

« RÉINITIALISER » LA FLORE INTESTINALE

Pour expliquer ces différences de comportement, les scientifiques pointent une « dysbiose » du microbiote intestinal. Chez certains individus, il y aurait un déséquilibre de ce dernier avec des espèces microbiennes dominantes qui proliféreraient de manière anarchique au niveau de l'intestin. Et ces déséquilibres impacteraient le fonctionnement du cerveau. « Les mécanismes exacts par lesquels cette dysbiose a un effet sur le cerveau ne sont pas encore clairement établis, avoue Jacques Schrenzel. Il existe plusieurs voies directes et indirectes potentielles par lesquelles le microbiote intestinal peut moduler l'axe intestin-cerveau, comme les voies endocriniennes (cortisol), immunitaires (cytokines) et neuronales (système nerveux vagal et entérique). Mais rien n'est démontré complètement aujourd'hui. »

Si les mécanismes en jeu ne sont pas encore complètement expliqués, les hypothèses pour corriger ces déséquilibres, elles, vont bon train : l'introduction de la microflore d'un individu sain devrait aider à recoloniser le système avec un modèle microbien plus conforme au bien-être, soit en transplantant un nouveau microbiote, soit en permettant à l'hôte de « réinitialiser » sa propre microflore à un état antérieur à la maladie. Comment y arriver ? Tout simplement en imitant le modèle observé chez l'animal. Lorsqu'une souris artificiellement dépourvue de microbiote mange des excréments de ses congénères sains, son comportement et son métabolisme changent et deviennent similaires à ceux de la souris normale. Ce qui est proposé pour rééquilibrer le microbiote humain est identique : il s'agit de faire « ingérer » à quelqu'un de malade des matières fécales d'une personne saine (coprophagie). Nom de code scientifique : la transplantation fécale, procédé court-circuitant (fort heureusement) la bouche. Il serait ainsi possible de rééquilibrer le système.

DE LA DÉPRESSION À LA SCHIZOPHRÉNIE

Avec cette approche thérapeutique, l'espoir est de pouvoir traiter de nombreuses pathologies psychiatriques. Dans une étude parue en 2019 dans *Nature Microbiology*, des chercheurs de l'Université catholique de Louvain en Belgique ont identifié deux bactéries, *Coprococcus* et *Dialister*, qui étaient systématiquement retrouvées dans le microbiote de personnes souffrant de dépression, indépendamment du traitement antidépresseur.¹ Réduire leur influence intestinale serait une nouvelle piste pour lutter contre la maladie. Une autre étude, publiée dans le *Journal of the American Medical Association*, établit un lien entre le fait d'avoir été hospitalisé pour une infection durant l'enfance et un risque accru de développer par la suite un trouble psychique.² En cause selon les auteurs : le caractère inflammatoire de l'infec-

tion, mais aussi le rôle potentiellement perturbateur des antibiotiques sur le microbiote. « Des études comme celles-ci, il en existe pour de nombreuses pathologies relevant de la psychiatrie, commente le Pr Schrenzel. Pour la schizophrénie et l'autisme notamment, mais aussi pour des maladies dégénératives comme celle de Parkinson. Il faut toutefois rester prudent car ces recherches montrent certes des associations, mais en aucun cas des causalités démontrées. Les interactions sont très nombreuses et il reste difficile d'isoler les mécanismes à l'œuvre. »

VERS DES PSYCHBIOTIQUES ?

Des limitations qui n'empêchent pas certains chercheurs, irlandais notamment, de prédire l'avènement de « psychobiotiques » pour soigner ces pathologies. « Il s'agit de faire manger à un individu malade des micro-organismes qu'il ne pourra pas digérer et qui pourraient rétablir un fonctionnement sain du microbiote », explique Jacques Schrenzel. Si l'approche est séduisante sur le papier, le professeur genevois pense toutefois qu'on est encore loin d'avoir les preuves suffisantes de l'efficacité du procédé : « Il s'agit pour l'instant d'hypothèses encore très préliminaires, avec un niveau de preuves très faible. » Autrement dit, la recherche et ses applications cliniques en sont encore à leurs balbutiements. « Il faut raison garder, conclut l'expert. Ceux qui disent que le microbiote va tout régler vont trop loin. Ceux qui pensent qu'il n'a aucune influence sont trop pessimistes. L'avenir et la patience nous diront dans quels domaines il a une influence. Mais qu'il ait une influence considérable sur la santé, y compris mentale, fait peu de doutes. » ●

¹ Valles-Colomer M, Falony G, Darzi Y, et al. The neuroactive potential of the human gut microbiota in quality of life and depression. *Nat Microbiol* 4, 623-32 (2019). Disponible sur : <https://www.nature.com/articles/s41564-018-0337-x>.

² Sordillo JE, Korrick S, Laranjo N, et al. Association of the Infant Gut Microbiome With Early Childhood Neurodevelopmental Outcomes: An Ancillary Study to the VDAART Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* 2019;2(3):e190905. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.0905.

Le microbiote intestinal en bref

Le microbiote est l'ensemble des micro-organismes – bactéries, virus, parasites, champignons non pathogènes, dits commensaux – qui vivent au sein d'un organisme sans lui nuire. Chez l'humain, il en existe plusieurs, au niveau de la peau, de la bouche, du vagin, etc. Le microbiote intestinal est le plus important d'entre eux, avec 10^{12} à 10^{14} micro-organismes : autant que le nombre de cellules qui constituent notre corps !

À force d'être répétée, la phrase est presque devenue un slogan commercial. L'intestin et les milliards de bactéries qui le peuplent, autrement dit notre microbiote intestinal (*lire encadré*), sont une forme de deuxième cerveau. Comme pour le métabolisme et notamment l'obésité, l'influence supposée de cet organe sur le cerveau vient d'études qui ont comparé le comportement de souris nées sans microbiote, dites axéniques, avec celui d'animaux

JURIDIQUE

Difficile accès des invalides psychiques aux rentes du 2^e pilier

Par : Shirin Hatam, Juriste de l'association romande Pro Mente Sana

Assurance invalidité et prévoyance professionnelle : deux piliers de la protection contre les effets économiques de l'invalidité... vraiment ? Ou comment l'accès aux rentes du 2^e pilier peut se muer en chemin de croix, parfois vain.

Le système suisse de protection sociale contre l'invalidité est fait de deux piliers : d'une part, l'assurance invalidité¹, à laquelle chacun a droit mais qui sert des rentes ne permettant pas de vivre en Suisse², et, d'autre part, la prévoyance professionnelle³, réservée aux travailleurs, qui complète la rente de l'assurance invalidité au moyen de l'avoir cumulé par l'employé durant ses périodes de travail. Deux piliers, dont l'un, en mains publiques, est trop court, et l'autre, instable, a été livré aux mains avaricieuses des caisses de pension.

IMPRÉVISIBLE PRÉVOYANCE

Le 2^e pilier est source d'incertitudes du fait que nous changeons de caisse de pension en changeant d'emploi et perdons toute couverture contre les effets de l'invalidité un mois après la fin d'une relation de travail⁴. Nous n'avons aucune maîtrise quant au choix de l'assureur ni de la couverture d'assurance, puisque l'employeur décide souverainement à quelle caisse de pension il nous affine et détermine seul de l'ampleur de la couverture d'assurance. Il peut ainsi s'en tenir au minimum obligatoire, ce qui exclut de l'assurance tous les employés payés moins de 21'330 francs par an. À l'inverse, il peut contracter une assurance sur-obligatoire qui couvrira le personnel peu payé et servira une rente plus confortable. Toutefois, les caisses de pension ont le droit de n'accepter dans l'assurance sur-obligatoire que les salariés en bonne santé.

Dès lors, évoluer professionnellement revient à modifier son plan de prévoyance à la fantaisie de ses employeurs, et changer de travail après une maladie expose à se voir refouler de l'assurance sur-obligatoire de son nouvel employeur.

En définitive, notre deuxième pilier n'est pas seulement une usine à gaz opaque et tentaculaire dont la gestion fort coûteuse n'a rien de démocratique⁵, mais nous allons voir qu'il est aussi conçu de manière à légitimer le refus de servir leurs rentes d'invalidité à nombre de personnes ayant pourtant cotisé mais dont l'invalidité se déclare si longtemps après le début de la maladie que ce début devient compliqué à établir avec certitude.

UN CHEMIN DE CROIX AUX MILLE STATIONS

Pour prétendre à une rente du 2^e pilier, une personne déjà reconnue invalide par l'assurance invalidité doit répondre à plusieurs exigences légales : elle doit avoir été affiliée à une caisse de pension au moment où elle est tombée malade⁶, sa maladie doit s'être manifestée par un arrêt de travail attesté par certificat médical⁷, elle doit devenir invalide de cette maladie-là et pas d'une autre qui se serait déclarée ultérieurement, et enfin, il est nécessaire qu'elle n'ait pas retrouvé sa capacité de travail pendant plus de trois mois après l'arrêt de travail, car le recouvrement même temporaire de la capacité de travail rompt le lien de

connexité avec la caisse de pension qui se trouve délivrée de l'obligation de servir une rente.

Le formalisme des conditions d'accès à la rente démontrerait à lui seul que la prévoyance professionnelle a été conçue pour des maladies apparaissant franchement et conduisant, par un parcours linéaire ponctué d'arrêts de travail certifiés, à une impossibilité de travailler. Elle est inadéquate pour les maladies évolutives ou chroniques, celles qui émergent par vagues et vous terrassent après de récurrentes périodes de difficultés et tant d'efforts infructueux pour ne pas s'y abîmer : sclérose en plaques, schizophrénie, troubles bipolaires, etc.

Car, en effet, la maladie psychique suit un cours tortueux, évoluant de façon complexe sur de longues années sans être identifiée comme telle lors de ses premières manifestations, de sorte que la personne qui en souffre n'en est souvent pas consciente, pas plus que son médecin traitant. Les diagnostics psychiatriques sont difficiles à poser et si alarmants qu'on hésite à les formuler sans nécessité ni certitude. Il s'ensuit que certaines personnes souffrent longtemps de difficultés au travail sans avoir conscience d'être malades. Elles en viennent à perdre leur emploi non pas à cause d'une maladie dont tout le monde ignore l'existence mais du fait de ses manifestations, vues comme autant de défauts de caractère solubles dans l'effort : comportement inadéquat, difficultés relationnelles, intolérance au stress, incapacité de se plier aux règles, etc. Sans donner lieu à un arrêt de travail, ces expressions quotidiennes d'une maladie non encore décelée occasionnent l'impatience des collègues, l'agacement de la hiérarchie ou les plaintes des clients, ce qui encourage la personne concernée à chercher le salut dans la fuite, rompant du même coup le lien avec sa caisse de pension. Parfois, encore inconsciente de l'origine pathologique de ses difficultés, elle prend un emploi moins sollicitant et moins rémunéré, ou s'essaie à l'indépendance, cassant ainsi le lien de connexité avec la caisse de pension à laquelle elle était affiliée aux premières manifestations de la maladie⁸.

Lorsque, reconnue invalide par l'AI, la personne fait finalement valoir son droit à une rente du 2^e pilier, elle n'a pratiquement plus aucune chance de démontrer que la maladie qui la rend invalide aujourd'hui s'était manifestée plusieurs années auparavant, alors qu'elle était affiliée

à telle ou telle caisse de pension. Si elle y parvient, la caisse de pension recherchée refusera ses prestations au motif que le lien de connexité entre la première manifestation de la maladie et l'invalidité a été rompu par une période de travail de trois mois au moins. Si elle s'adresse à la dernière caisse à laquelle elle était affiliée, celle-ci refusera ses prestations du fait que la maladie ne s'est pas déclarée durant l'affiliation puisqu'elle existait déjà bien avant. Et la rente qui s'affiche comme une promesse sur nos certificats annuels de prévoyance de se dérober à nos besoins quand bien même nous aurions cotisé de longues années auparavant...

L'ASSURÉ, UNE PATATE CHAUDE AUX MAINS DES CAISSES DE PENSION ?

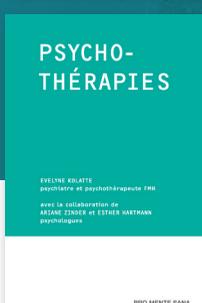
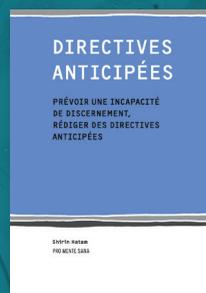
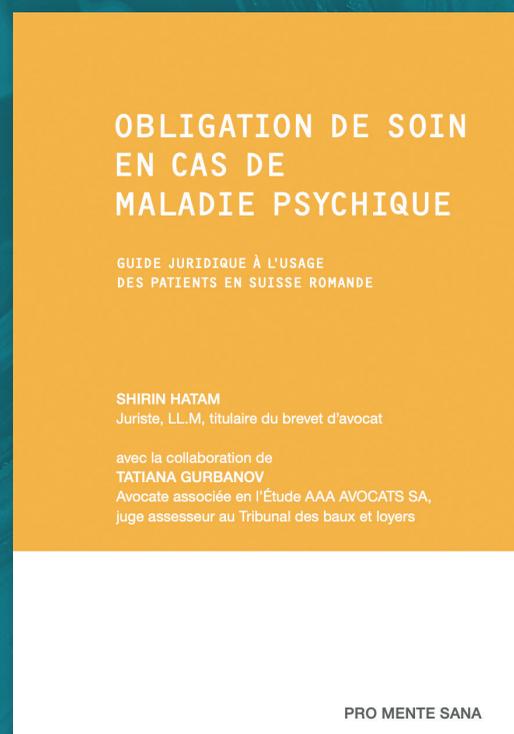
La reconnaissance de l'invalidité par l'AI ouvre en principe le droit à une rente du 2^e pilier. Encore faut-il établir à quelle caisse de pension nous étions affiliés au moment où a débuté la maladie qui nous rend invalide, car c'est cette caisse-là qui devra verser la rente. Or, fixer le début de la maladie psychique invalidante n'est pas une mince affaire et l'incertitude favorise la dérobade des caisses, qui se rejettent la responsabilité en procédant à une inquisition vétilleuse : quel jour votre maladie a-t-elle débuté ? N'existait-elle pas déjà lors de l'affiliation ? A-t-elle donné lieu à une attestation d'arrêt de travail qui en prouverait l'existence ? À cet égard, comment pouvez-vous ignorer que la nature particulière de votre pathologie (par exemple, schizophrénie entraînant un déni avec pour conséquence de ne pas consulter de médecin et ne pas se voir prescrire d'arrêt de travail) ne permet pas de déroger aux exigences en matière de preuve⁹ ? Cette schizophrénie paranoïde pour laquelle vous avez été hospitalisé nous semble avoir existé avant votre affiliation à notre caisse, quand bien même à l'époque on l'aurait prise pour « un trouble psychotique avec idées délirantes au premier plan »¹⁰ ! Pouvez-vous faire état d'éléments objectifs démontrant une influence de votre psychose sur votre capacité de travail ? Y a-t-il eu une rémission de votre maladie soi-disant invalidante¹¹ ? Combien de temps cette rémission a-t-elle duré ?

Le malheureux assuré, qui a autant d'interlocuteurs qu'il a eu d'employeurs, doit décider à quelle caisse adresser sa demande de rente au risque de se tromper s'il a mal évalué

Découvrez nos brochures thématiques

Apprenez-en plus sur la situation des personnes handicapées psychiques.

Ces brochures traitent du droit à l'autodétermination ainsi que des possibilités d'action et d'intégration pour les personnes concernées, des situations de maladie et de handicap psychiques.



le début de sa maladie. Celles et ceux qui en ont les moyens se lancent dans d'interminables procédures judiciaires contre des caisses de pension armées des plus coûteux spécialistes. Quant aux assurés vraiment impécunieux ou trop sensibles, ils renoncent à se battre et, abandonnant leur trésor¹² aux appétits des caisses de pension, s'adressent aux prestations complémentaires, financées par les collectivités publiques...

Ne serait-il pas temps d'opter pour un système plus moderne permettant aux invalides psychiques de toucher la rente pour laquelle ils ont cotisé ? Car, en définitive, nous voilà héritier d'un système obsolète, conçu en 1975, époque fabuleuse où le travail produisait plus d'invalidités physiques que psychiques, où l'on ne parlait pas encore de mobbing, de flux tendus, de burn-out, de bore-out, d'intolérance au stress, ni « d'organisation commerciale de nature à entraîner à terme la dégradation de la santé des personnes qui y sont exposées »¹³.

VAE VICTIS

Forts du constat de cette défaillance de la protection sociale, porteuse d'injustices, des parlementaires sont intervenus en vue d'analyser les iniquités du système. Sans succès à ce jour. Le 16 juin 2016, Mme Lisa Mazzone¹⁴, alors conseillère nationale, déposait un postulat demandant au Conseil fédéral de rendre un rapport sur les difficultés d'accès à la rente d'invalidité du 2^e pilier auxquelles sont confrontées les personnes atteintes de pathologies invalidantes se développant à bas bruit, et de proposer des mesures pour résoudre ce problème. Il ne s'agissait pas encore de casser la LPP mais d'en répertorier les défaillances...

Demander si peu c'était déjà trop espérer ! En effet, le Conseil fédéral a répondu que le groupe de personnes concernées regroupait tellement de cas individuels présentant des situations différentes qu'il était impossible de proposer une réponse globale et qu'une étude visant à proposer des solutions adéquates n'était pas réalisable. En conséquence de quoi l'affaire a été classée et liquidée le premier jour du printemps 2019, faute d'avoir été examinée dans un délai de deux ans.

C'est bien regrettable, car la Suisse s'est engagée, aux termes de l'article 31 CDPH¹⁵, qui la lie depuis le 15 mai 2014, à recueillir des informations appropriées lui permet-

tant de formuler des politiques visant à donner effet à cette convention. Or celle-ci reconnaît aux personnes handicapées le droit à la protection sociale sans discrimination (art. 28 al. 2 CDPH). ●

¹ Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) RS 831.20.

² La rente maximum est de 2370 francs, voir échelle 44 de l'OFAS.

³ Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité (LPP) RS 831.40.

⁴ Article 10 al. 3 LPP.

⁵ Daniel Droguet, « Bien géré, le 2e pilier ? », *Le Courrier du mercredi* 23 octobre 2019.

⁶ Plus précisément, l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité doit survenir à 20 % au moins durant le rapport de prévoyance ou dans les 30 jours qui suivent.

⁷ Les effets négatifs de l'atteinte psychiatrique sur la capacité de travail pendant les rapports de prévoyances doivent être attestés en temps réel et non pas après coup ; de plus, une thérapie cognitivo comportementale ayant pour but d'optimiser le comportement dans les moments de surcharge psychique due au travail ne suffit pas à attester de l'existence d'une maladie, faute d'arrêt de travail 9C_691/2016.

⁸ 9C_773/2015 pour un assuré souffrant d'un trouble bipolaire, une activité d'indépendante durant six mois a coupé le lien avec la caisse à laquelle il était affilié auparavant en tant qu'employé.

⁹ 9C_851/2014 C.3.2.

¹⁰ 9C_426/2016.

¹¹ Il y a rémission si la capacité de travail de 80 % au moins dans une activité adaptée dure trois mois sans interruption notable et sans complication à craindre et qu'elle permet de réaliser un revenu excluant le droit à la rente 9C_76/2015.

¹² Plus de mille milliards de francs selon Daniel Droguet (op.cit note 5).

¹³ 4C.24/2005/ech du 17 octobre 2005 C. 7.2.

¹⁴ 17.3602 Accès inégal à la rente d'invalidité du deuxième pilier. Lutter contre les discriminations.

¹⁵ Convention relative aux droits des personnes handicapées RS 0.109.

À commander gratuitement au
08480 00 00 60 ou brochures@promentesana.org

Pour les envois en nombre, les frais d'emballage et de port seront facturés.

pro mente sana
association romande

TÉMOIGNAGE

« Vous êtes une menteuse et une personne cupide »

Propos recueillis par : Laetitia Grimaldi

Tina* a 50 ans quand elle apprend qu'elle souffre d'une forme spécifique d'autisme : le syndrome d'Asperger. Soudain, tout s'éclaire. À commencer par son parcours professionnel semé d'embûches. Elle a fait les comptes : 40 employeurs différents, 35 métiers exercés, 4 formations universitaires. Et le chômage qui la rattrape alors qu'elle rêve de travailler encore. Aujourd'hui, à 58 ans, elle est lancée dans un combat acharné, celui de faire valoir ses droits aux rentes du 2^e pilier. Son dossier a été adressé au Grand Conseil. Témoignage.

« Les démarches que j'ai entreprises auprès des services de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle (LPP) ont généré des réponses d'une grande violence de la part des caisses de pension auxquelles mon avocate s'adressait pour faire valoir mes droits à une rente invalidité censée compléter l'Assurance invalidité (AI) elle-même. J'ai tout entendu : "Vous êtes une menteuse", "Une personne cupide", "Vous nous avez usurpés en demandant des indemnités alors que vous saviez depuis longtemps que vous étiez malade". Alors que non. La réalité est que j'ai appris que je souffrais du syndrome d'Asperger après des années de souffrance, en particulier sur le plan professionnel où j'ai dû faire face à des licenciements particulièrement éprouvants. J'ai toujours aimé travailler, le plus et le mieux possible. J'ai été ingénieure géologue, éducatrice, institutrice, professeure de gym, experte amiante au sein de l'État. En tout, près de 35 métiers différents. Mais toutes ces expériences se sont soldées par des ruptures de contrat. En cause ? Rarement mon travail lui-même, qui était toujours très soigné, mais mon attitude le plus souvent. J'ai besoin de mettre le doigt sur ce qui ne va pas, de dénoncer ce qui me semble absurde, jusqu'au sommet des hiérarchies. Et forcément, cela a des conséquences.

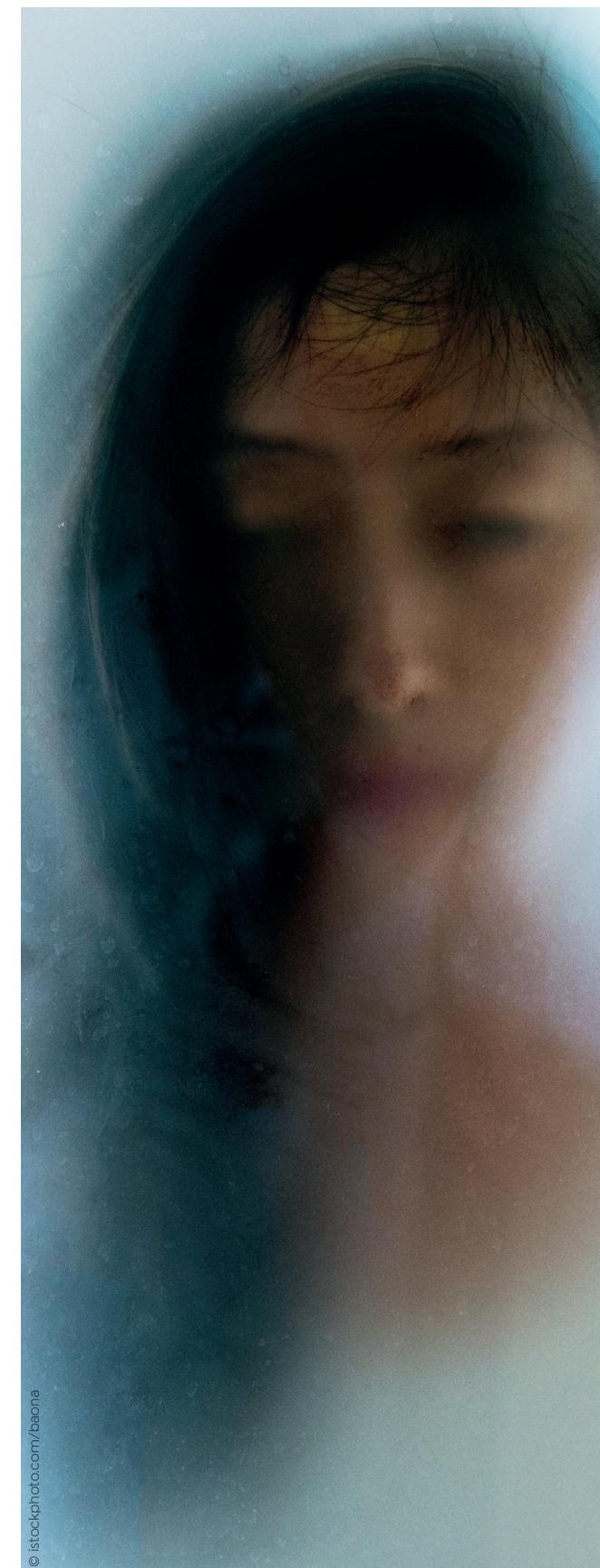
J'ai beau être solide et tenace, ces échecs ont eu raison de moi. Un sentiment d'injustice et d'incompréhension m'a plongée dans une profonde déprime. J'étais vidée. À 50 ans, au chômage depuis deux ans malgré plus de 6'000 lettres de candidatures envoyées, j'ai pris mon courage à deux mains et j'ai consulté mon médecin généraliste, puis un psychiatre spécialiste du monde du travail. Le diagnostic est tombé immédiatement : syndrome d'Asperger. J'ai ressenti un profond soulagement parce qu'enfin, je me comprenais. Mais une autre épreuve m'attendait : faire face à l'administration et faire valoir mes droits, simplement pour vivre.

J'ai obtenu le droit à l'AI sans trop de difficulté, même si, faute d'information, je n'ai pas fait la demande assez vite par rapport à la fin de mon dernier emploi. En effet, pour que le complément de rente invalidité soit versé par une LPP, il faut prouver que la fin du contrat de travail est liée à une incapacité de travail. Mais les maladies avec certaines formes à "bas bruit", comme l'autisme ou la schizophrénie, sont souvent détectées après de nombreuses pertes d'emploi répétitives. Et ce n'est parfois que bien plus tard qu'un lien entre la pathologie et les difficultés professionnelles est établi...

J'ai eu la chance de rencontrer une avocate qui m'a aidée dans ces démarches. Elle a soumis mon cas à une conseillère fédérale afin d'en débattre au niveau fédéral. Mais cette motion n'a jamais été débattue en deux ans et a de ce fait été abandonnée. Cette conseillère m'a ensuite adressée à un consœur qui a contacté les sept dernières caisses de pension auprès desquelles j'avais cotisé en travaillant. Toutes ont rétorqué que cette maladie, existant depuis ma naissance, n'était pas invalidante puisque j'avais travaillé et prétendu, auprès du chômage, être valide à 100 %... C'est effectivement ce que je pensais, avant le diagnostic. Je n'avais jamais entendu parler du syndrome d'Asperger avant mes 50 ans.

Aujourd'hui, je vis avec moins de 2'000 Frs par mois, ce qui couvre mon assurance maladie et celles de mes deux enfants. C'est difficile financièrement, mais pas seulement. La stimulation intellectuelle du travail me manque, tout comme celle des collègues, des problèmes à résoudre et des analyses à faire... Après une longue période de déprime, j'ai opté pour vivre, du mieux que je peux. Je me suis entourée de personnes qui, comme moi, ont beaucoup de temps, de curiosité et peu de moyens. Nous profitons de cours et concerts gratuits, de la montagne, nous nageons dans le Rhône. Je m'investis dans plusieurs associations et clubs au sein desquels des petites mains sont constamment recherchées. Au programme cet après-midi : randonnée et observation des oiseaux. » ●

* Prénom d'emprunt.



© istockphoto.com/baona

Défense des personnes souffrant de troubles psychiques et promotion de la santé mentale

CONSEILS TÉLÉPHONIQUES ET PAR COURRIEL

ANONYMES ET GRATUITS

Pour toute personne concernée (patient, proche, professionnel, etc.)

INFORMATION ET SENSIBILISATION

TRAVAUX SPÉCIFIQUES À L'INTENTION DES COLLECTIVITÉS PUBLIQUES

CONSEIL JURIDIQUE

0840 00 00 61 (tarif local)

- Écoute
- Information sur le droit et les démarches possibles
- Conseils sur les procédures et les voies de recours
- Orientation vers les avocats ou les permanences juridiques

Une juriste, titulaire du brevet d'avocat, répond à vos appels les lundis, mardis et jeudis de 10h à 13h

DÉFENSE D'INTÉRÊTS

SOUTIEN AUX MOUVEMENTS D'ENTRAIDE

CONSEIL PSYCHOSOCIAL

0840 00 00 62 (tarif local)

- Écoute
- Renseignements sur l'offre psychosociale en Suisse romande
- Conseils sur les démarches à entreprendre selon les besoins de la personne
- Orientation vers les ressources et les structures adéquates

Une psychologue OSP répond à vos appels les lundis, mardis et jeudis de 10h à 13h

ABONNEZ-VOUS À NOTRE NEWSLETTER

en envoyant vos coordonnées (Nom, Prénom, adresse e-mail) avec la mention « inscription newsletter » à info@promentesana.org

CONTACTEZ-NOUS

PRO MENTE SANA

Rue des Vollandes 40 - 1207 Genève

0840 00 00 60 (tarif local)

info@promentesana.org

www.promentesana.org

pro mente sana

association romande

Devenez membre de l'association :

www.promentesana.org/devenir-membre

www.facebook.com/promentesana.org

www.linkedin.com/company/association-romande-pro-mente-sana

IMPRESSUM

EDITEUR

PRO MENTE SANA,
Rue des Vollandes 40 - 1207 Genève,
www.promentesana.org

RÉALISATION

Bertrand Kiefer, Michael Balavoine,
Planète Santé / Médecine et Hygiène,
www.planetesante.ch

RESPONSABLE DE PUBLICATION

Jean-Dominique Michel

CHEFFE DE PROJET

Daniela Camelo

ÉDITION

Joanna Szymanski, Laetitia Grimaldi

MAQUETTE ET MISE EN PAGE

Adrien Bertchi, www.adrienbertchi.com

ABONNEMENTS

Version papier : gratuit,
Tél. 0840 00 00 60,
www.promentesana.org

FICHE TECHNIQUE

Tirage : 5'000 exemplaires, 2 fois par an.

La reproduction totale ou partielle des articles contenus dans Esprit(s) est autorisée, libre de droits, avec mention obligatoire de la source.

CRÉDITS COUVERTURE

© istockphoto.com/borchee

L'entraide autogérée en Suisse romande

POUR QUI?

POUR TOUTE
PERSONNE DÉSIRANT
PARTAGER AU SUJET D'UNE
THÉMATIQUE SOCIALE OU DE
SANTÉ AVEC D'AUTRES
PERSONNES ÉGALEMENT
CONCERNÉES.

POURQUOI?

POUR SE SENTIR COMPRIS,
POUR ROMPRE LA SOLITUDE
ET POUR PARTAGER SA PROPRE
EXPÉRIENCE, SES PRÉOCCUPATIONS
ET DOUTES...

MAIS AUSSI POUR
PARTAGER SOLUTIONS,
ASTUCES ET BONNES
IDÉES.

COMMENT?

EN PARTICIPANT
À UN GROUPE
D'ENTRAIDE !

OÙ ET QUAND?

CHAQUE GROUPE
EST DIFFÉRENT ET DÉFINIT
UN LIEU DE RENCONTRE AINSI
QUE LA CADENCE DES
RENCONTRES.

ENSEMBLE,
ON PEUT MIEUX
AVANCER!

Où trouver plus d'informations?

Auprès d'Info-Entraide Suisse, Fondation faitière de l'entraide en Suisse:
www.infoentraidesuisse.ch, info@infoentraidesuisse.ch, 021 653 22 28

**Ou directement auprès des Centres et Antennes
responsables de chaque région:**

Lausanne (VD), entraide@benevolat-vaud.ch, tél. 021 313 24 04

Genève (GE), geneve@infoentraidesuisse.ch, tél. 076 549 26 06

Delémont (JU), jura@infoentraidesuisse.ch, tél. 076 549 26 06

Bienne (BE), info@infoentraide-be.ch, tél. 0848 33 99 00

Neuchâtel (NE), info@infoentraideneuchatel.ch, tél. 032 724 06 00



INFOENTRAIDESUISSE