



SAISINE N°2 : « La loi précise la nécessité de respecter la liberté d'aller et venir dans les services de psychiatrie. Cependant, chaque patient peut-il bénéficier de cette liberté ? »

SOMMAIRE

PREALABLE	2
ELEMENTS DE REPONSE	2
APPROFONDISSEMENTS : L'ASPECT VECU EN SERVICE DE PSYCHIATRIE DE LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR	3
Pré requis	3
Les raisons permettant de justifier des restrictions au principe d'aller et venir du patient en service de psychiatrie.....	4
Comment respecter au mieux la liberté d'aller et venir du patient et en intégrer la restriction dans une dynamique de soins	5
POUR APPROFONDIR ENCORE Les différents concepts mis en tension.....	6
LES ASPECTS PHILOSOPHIQUES DE LA NOTION DE LIBERTE.....	8
La notion de liberté au sein d'une institution psychiatrique.....	10
ASPECTS JURIDIQUES DE LA NOTION DE LIBERTE D'ALLER ET VENIR EN SERVICE DE PSYCHIATRIE.....	12
ANNEXE.....	14

PREALABLE

La question de la liberté d'aller et venir dans les services de psychiatrie n'a pas manqué d'interroger chaque soignant dans sa pratique, à un moment ou à un autre. Les situations sont nombreuses qui confrontent notre position de soignant à cette dimension de la liberté du patient : en CMP, face à un patient fragile qui quitte un rendez-vous ou une activité et pour lequel le soignant que nous sommes s'inquiète, en secteur hospitalier lorsqu'un patient agité déambule parmi les autres... Cette question de l'exercice de la liberté du patient nous interroge d'une part en ce qui le concerne lui-même, mais également au regard des autres patients, et des soignants.

ELEMENTS DE REPONSE

Si, historiquement, l'entrave de la liberté humaine fondamentale d'aller et venir s'est imposée dans le lien entre la société et ses « fous » depuis des siècles (cf. notre texte *Un bref historique de la notion d'enfermement en psychiatrie*), si elle a pu s'inscrire dans une forme de protection de l'ordre social et des citoyens, elle ne porte aujourd'hui de légitimité qu'à s'inscrire également et d'abord dans la mission fondamentale de l'hôpital psychiatrique, à savoir le soin.

Ce dernier porte bien sûr en lui une dimension structurante à travers laquelle peuvent être mises en œuvre les nécessités de limitation, de cadre, de repère. Autrement dit, la limitation du droit à la liberté d'aller et venir peut incarner une forme du soin psychique.

Pourtant, quelles que soient les nécessités d'une situation, c'est toujours et avant tout de soin dont il doit être question, même lorsqu'il s'agit de répondre aux préoccupations légitimes et incontournables de protection des autres patients, des professionnels, de l'entourage, de l'organisation d'un service dans les nécessités globales de son fonctionnement.

La perte de sens de cette dynamique de soin affecterait en profondeur la personne en souffrance psychique, comme les professionnels, et les liens entre les personnes s'en trouveraient affectés de même. Il est de la responsabilité de l'ensemble d'un service de veiller à ce que les conditions globales préservent, dans tous les cas, cette dimension essentielle, faisant de chaque acte, un acte de soin.

Ainsi lorsque s'impose la limitation d'aller et venir d'un patient, celle-ci nécessite à chaque fois:

1. d'être pensée dans le cadre du soin
2. de porter en elle-même une dimension structurante et/ou de contenance
3. d'être réfléchie, élaborée et portée concrètement en équipe, à plusieurs, ce qui implique un « prendre soin » de l'équipe, des liens entre les personnes qui la composent, et une prise en compte de la parole et des besoins de chacun au niveau de l'organisation et de la vie du service.
4. d'être parlée au patient, de façon à ce que le positionnement porté par l'équipe soit explicite dans son intentionnalité, puisse prendre sens et que le patient se sente entendu et respecté autant que possible malgré l'atteinte que cette limitation peut constituer pour lui

5. que cette forme d'atteinte qu'il peut ressentir et vivre puisse s'exprimer et être reconnue

6. que cette limitation soit remise au travail à échéances régulières et courtes dans le même état d'esprit. Les questionnements doivent pouvoir s'exprimer et être pris en compte autant que possible, du côté du patient comme du côté des soignants.

7. la vigilance vis-à-vis du patient et le dialogue doivent permettre le passage à la reprise de ses droits et de ses rênes à lui, dans le lien à l'équipe. L'élaboration de ce passage avec ses interlocuteurs thérapeutiques doit alors pouvoir se poursuivre.

Malgré ces précautions, il reste que c'est le paradoxe de l'enfermement de couper le Sujet des autres au moment où, justement, il s'éprouve comme coupé de lui-même, de sa conscience, de son libre-arbitre, parfois même de son propre corps, dans un moment de vulnérabilité extrême, dans un moment où sa sauvegarde psychique dépend de notre capacité de soignant à le maintenir au sein de la communauté des humains.

Toute démarche éthique fonde des directions, des rails de pensées vers lesquels on peut choisir de tendre. L'on sait les nécessités de subtiles négociations avec la réalité complexe et la singularité de chaque situation qui amène à relativiser l'idéal de ce que nous souhaitons, sans pour autant renoncer à nos valeurs fondamentales. Ce perpétuel questionnement incarné dans nos pratiques et réinterrogé par elles fonde notre dignité et notre engagement éthique. Ce questionnement permet par ailleurs de ne pas glisser sur la pente de l'automatisme et de la systématisme d'une réponse en lien avec l'urgence ressentie d'une situation.

APPROFONDISSEMENTS : L'ASPECT VECU EN SERVICE DE PSYCHIATRIE DE LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR

Pour étayer ces éléments de réponses, il importe d'examiner plus en profondeur les éléments permettant de mieux comprendre les nécessités d'une limitation de la liberté d'aller et venir.

Pré requis

La liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est un droit. C'est une composante de la liberté individuelle et elle est inhérente à la personne humaine. La liberté d'aller et venir d'une personne hospitalisée dans un établissement sanitaire et médico-social ne doit pas être seulement considérée comme la liberté de ses déplacements à l'intérieur de l'établissement, mais aussi comme la possibilité pour elle de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'elle a elle-même choisi. Cette liberté prend appui sur les notions d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne. **Cela signifie respecter la personnalité et la dignité de chaque personne**, dont l'approbation doit être recherchée par tout moyen, en cas de troubles du discernement. Cette recherche d'approbation est une condition nécessaire pour toute décision concernant son état de santé et l'exercice de sa liberté d'aller et venir en établissement.

Quelles sont les raisons permettant de justifier des restrictions au principe fondamental d'aller et venir ?

Raisons architecturales et liées à l'urbanisme

Imposer des limitations d'aller et venir à l'ensemble des patients d'un service alors que certains seulement sont hospitalisés contre leur gré relève de l'arbitraire et du défaut d'adaptation aux besoins de chaque patient. L'architecture se doit d'être évolutive, prenant en compte les nouveaux besoins comme les nouvelles techniques de soins et d'accompagnement. Chaque structure doit concilier les éventuelles restrictions à la liberté d'aller et venir, le respect de la vie privée et de la dignité et l'exercice d'une vie sociale dynamique.

Par ailleurs, les lieux de soins et d'hébergement doivent impérativement être rendus accessibles sans restriction à toutes les personnes ayant une incapacité fonctionnelle ou un déficit sensoriel quelle qu'en soit la cause.

Les lieux implantés dans la ville ont l'avantage de maintenir un rapport plus étroit à la vie sociale. À l'inverse, les lieux implantés en périphérie des villes permettent plus aisément de proposer un espace de déambulation plus grand et un cadre plus facilement sécurisable qu'en milieu urbain.

Raisons organisationnelles

Les contraintes d'horaires des soins, d'horaires de visites, etc. ne peuvent justifier des limitations systématiques. Certes, dans les établissements sanitaires, des restrictions sont justifiées pour assurer la réalisation des soins nécessaires dans le respect d'un projet de vie. Mais l'organisation doit être établie en prenant en compte les soins nécessaires, le projet de vie de la personne et ses besoins. Elle doit s'appuyer sur un projet d'équipe dynamique, favorisé par une mise en commun lors de réunions de synthèse pluri-professionnelles régulières et une formation permanente.

Les restrictions à la liberté d'aller et venir doivent être codifiées dans le règlement intérieur qui doit être évolutif, travaillé par l'ensemble des acteurs internes à l'établissement et externes (représentants des familles et des usagers) qui doivent s'attacher à vérifier son adaptation aux besoins des personnes et à l'évolution de l'offre de soin.

Raisons sécuritaires

Les justifications à l'atteinte à la liberté d'aller et venir pour des raisons de protection de la personne contre elle-même et contre autrui se doivent de répondre à des conditions précises et justifiées dans le règlement intérieur, dans le contrat de soin et relever de décision au cas par cas. Elles peuvent répondre :

- A des contraintes de la réalisation des soins : évaluation, traitement ou explorations prescrits par l'équipe médicale ;
- Au contrôle de la thérapeutique et à des raisons d'hygiène, variables en fonction de l'état de santé du patient (sevrage, isolement protecteur) ;
- A la protection de la personne quand ses comportements peuvent la mettre en danger (désorientation, idées de suicide, automutilations, etc.) ;
- A la protection des tiers quand la personne peut les mettre en danger (autres patients, personnels soignants, visiteurs,...)
- A la protection de la vie collective...

Dans le cadre de limitations de la liberté pour des raisons sécuritaires, la pression sociétale exerce, au sein même des services de soin, un faisceau de contraintes qui peut avoir pour effet de malmener la capacité des équipes à rester uniquement guidées par une réflexion clinique et éthique. La responsabilité (morale, administrative, juridique) des professionnels, nécessairement engagée dans ce genre de décision, nécessite pourtant de pouvoir être dégagée d'enjeux parasites.

Raisons médicales

La loi du 4 mars 2002 inscrit le droit à l'information des personnes afin de leur permettre d'exprimer leur consentement : les contraintes de soin ou de prise en charge et d'accompagnement individuel doivent donc être expliquées à la personne et acceptées par elle, sauf situation d'urgence ou impossibilité pour elle de consentir. L'expression du consentement doit être recherchée par l'emploi de divers moyens de communication, verbale, non verbale. Les difficultés d'expression d'un consentement ne doivent jamais être attribuées à un état définitif, et une possible amélioration clinique, comportementale et psychosociale d'un patient doit toujours être envisagée. Certaines limitations de la liberté d'aller et venir sont strictes afin de protéger la personne ou l'entourage (isolement protecteur ou septique). D'autres sont liées aux difficultés physiques (limitation de mobilité et déficit sensoriel) ou psychiques (désorientation dans le temps et l'espace, résignation dépressive, troubles du comportement, etc.) de la personne.

Comment respecter au mieux la liberté d'aller et venir du patient en service de psychiatrie ? Comment, lorsqu'elle s'avère indispensable, intégrer au mieux la restriction d'aller et venir du patient dans une dynamique de soins ?

Nous chercherons ici à promouvoir des modes de pensée pour l'action, visant le respect des personnes hospitalisées et le respect éthique du vécu des soignants.

- Il s'avère tout d'abord nécessaire de poser dans les services de psychiatrie les jalons d'une pratique la plus juste possible. Ceci afin de permettre à tout soignant d'agir de façon sereine et de ne pas être prisonnier d'une culpabilité induite par ce qui peut lui apparaître comme une violence faite à un autre en position de vulnérabilité. Ainsi il est essentiel d'élaborer des repères pour définir à chacun une ligne de conduite dans des situations toujours singulières où la privation de liberté doit prendre sens quand elle est indispensable et court toujours le risque de faire violence au patient comme au soignant qui l'exerce. Le soignant se verra alors réintégré dans ce qui fonde le soin, à savoir le devoir d'assistance à une personne qui souffre.
- La concertation de l'équipe pluri-professionnelle permettra de croiser les regards, d'élaborer ensemble, de construire les modalités précises de prise en charge pour chaque situation particulière. Ce regard croisé permettra de soutenir **ensemble** un positionnement pour le patient, tout en le gardant évolutif, et ce afin de transmettre au patient le respect que l'on a de lui, de son vécu et de sa parole, en évitant ainsi le piège des automatismes mortifères.
- Il conviendra également de s'interroger sur nos attentes de soignant concernant chaque modalité ressentie par le patient (et par le soignant...) comme privative de liberté d'aller et venir. Qu'en attend-t-on pour ce patient ? Qu'en attend-t-on à ce moment

précis de sa prise en charge ? Il est donc nécessaire de donner du sens à la modalité de prise en charge projetée.

- Si le soignant se voit parfois dans l'impossibilité de mettre en œuvre un soin préservant la liberté d'aller et venir du patient, la responsabilité de la gestion de cette privation lui incombe néanmoins. Ainsi le processus de soins est toujours à réinterroger
- Application d'expériences de contrats écrits dans certains établissements psychiatriques, entre le médecin, l'équipe,... les soignants ET le patient. Le contrat est personnalisé et établi uniquement et précisément pour ce patient. Il est entre autres destiné à anticiper les modalités de prise en charge du patient, avec son consentement au moment de sa signature du contrat, en cas de décompensation, de perte momentanée de sa conscience. Il s'agit alors de prendre le contre-pied de la dimension prescriptive d'une pratique rigide et applicable à tous, pour adapter le protocole de soin à un patient précis, à un moment précis de son parcours hospitalier.
- Lorsque la période critique de décompensation, de perte de sa conscience est terminée, il apparaît nécessaire de reprendre avec le patient ses ressentis au cours de cette période ayant peut-être nécessité une privation ponctuelle, partielle ou totale, de sa liberté d'aller et venir. En effet la privation de liberté, par contention notamment, engendre des répercussions importantes sur la personne, tant sur le plan psychologique que social et physique.
- Très simplement, il convient de veiller à anticiper et diminuer les stimuli susceptibles de perturber le patient, dans la mesure où les soignants auront pu les identifier (notamment les stimuli liés aux soins : anxiété relative à des modalités thérapeutiques, appréhension d'effets secondaires, incompréhension des modalités de fonctionnement du service, refus de soins,...).
- Pour conclure cette liste non exhaustive, nous ne saurions qu'insister sur la nécessité d'une reprise en équipe de chaque situation ayant entraîné d'une part l'absence de modalités alternatives pour l'équipe et d'autre part la privation de liberté d'aller et venir pour le patient.

POUR APPROFONDIR ENCORE

Il est possible d'aller encore un peu plus loin dans la compréhension de cette question de la privation de liberté, dans le cadre du soin en psychiatrie, à travers la mise en tension de différents concepts.

Liberté/maladie mentale

Le concept de liberté tout d'abord, soit le fait de disposer de sa personne, **est mis en tension avec le concept de maladie mentale, d'aliénation** : la spécificité des pathologies rencontrées

en psychiatrie réside entre autres dans le fait que les soignants sont amenés parfois à protéger la personne envers elle-même, au détriment de sa liberté, même partiellement et ponctuellement, et même si cette privation a pour ultime visée de réintégrer justement le patient dans la pleine liberté de sa personne. Nous considérons alors que la personne en souffrance psychique, qu'on nomme parfois insensée, en perte de sens d'elle-même, de son histoire, de sa direction de vie, ou qu'on peut dire « aliénée », est privée de sa liberté par l'entrave que constitue sa pathologie : elle ne s'appartient pas, elle ne s'appartient plus.

Ainsi, au cours des siècles, les représentations sociales de la folie et de la psychiatrie sont toujours marquées par la question de la privation de liberté, par l'enfermement, comme nous le développons dans notre texte : *Un bref historique de la notion d'enfermement en psychiatrie.*

Protection de la société/réinsertion

Puis nous pouvons considérer **le concept de protection de la société**, qui s'avère évolutif en fonction des époques et des cultures. Ce concept **s'oppose quant à lui au concept de réinsertion, de réhabilitation**, car l'objectif du soin est la restauration de la dignité de citoyen chez la personne.

Principe de précaution/prise de risque

Le principe de précaution s'oppose à la prise de risque nécessaire. Ainsi la décision de privation de liberté intervient en fonction du diagnostic posé et de l'évaluation d'un risque (risque suicidaire, de passage à l'acte, voire de décompensation). L'anticipation du risque ne s'oppose-t-elle pas alors à la notion d'« espace de risque », soit un lieu favorable à une possible reconstruction de la personne, celle-ci pouvant exister en tant que sujet, exprimer sa propre parole et analyser son propre positionnement. Cet espace se doit alors d'être un espace de médiation partagée.

Loi/responsabilité médicale

Il est aussi question de **l'aspect légal de la privation de liberté, qui vient heurter la notion de responsabilité médicale.** Comme nous le détaillerons dans la partie législative de ce texte, la restriction des libertés dans un régime de soins sous contrainte est censée être cadrée par la nouvelle loi du 5 juillet 2011, mais l'articulation des responsabilités médicales et administratives n'est pas toujours claire. (Est-on encore dans un régime de liberté d'aller et venir quand on doit demander à quelqu'un d'ouvrir la porte ?). De plus, il apparaît souvent que le respect des protocoles actés dans les services de psychiatrie ne garantit pas forcément la sagesse, la justesse, l'adéquation des décisions engagées.

Protocole/pratique personnelle

Quant à la question de qui décide d'une privation d'aller et venir, elle soulève **une tension** entre la décision qui relève **d'un protocole de soin et la pratique personnelle du soignant** qui se doit de l'appliquer...Le soignant engage sa responsabilité éthique dans chaque acte qu'il pose. Une parole, une façon de se situer dans la relation au patient étant déjà en ce sens un acte thérapeutique. Ainsi chaque soignant dans sa pratique s'engage éthiquement. La privation de liberté d'un patient relève d'une décision médicale et judiciaire, dans le cadre de la réglementation dont il sera question plus loin. Rappelons toutefois que ces décisions ne concernent jamais un seul homme mais bien des échanges entre un médecin et une équipe, entre un juge et des professionnels connaissant le patient, soit entre des partenaires croisant leurs regards pour répondre à une situation délicate engageant une personne et son entourage. La décision de mettre en place un protocole entraînant la privation de liberté d'un patient relève donc d'une analyse de la situation pensée à plusieurs. Mais le soignant, dans toute la

subtilité de l'application de la décision, porte son engagement ou sa désapprobation dans l'acte qu'il pose.

Contenance/sécurité

Enfin, le concept de « contenance », c'est-à-dire la notion thérapeutique de l'enfermement, ne doit pas se confondre ou se fondre au concept de sécurité des personnes dans un service. Les notions de cadre thérapeutique, de projet de soin, de contrat thérapeutique, doivent éclairer une relation qui se réfère à une idéologie du soin. Les émotions (peur du patient, peur du regard des autres, peur des sanctions...) qui peuvent parasiter le jugement doivent être travaillées dans les reprises cliniques.

Toutes ces notions, qui s'articulent dans une prise de décision, doivent également sous-tendre la relation engagée avec le patient et le dialogue permanent avec lui doit rester au centre du processus de décision.

Après nous être intéressés à l'aspect pragmatique de la liberté, soit la liberté vécue et ses mises en question en service de psychiatrie, nous pouvons évoquer les aspects philosophiques de la notion de liberté en général et plus précisément en service de psychiatrie, puis, dans un second temps nous interrogerons le cadre légal de la liberté d'aller et venir en service de psychiatrie.

LES ASPECTS PHILOSOPHIQUES DE LA NOTION DE LIBERTE

La liberté est originellement définie (dictionnaire *Lalande*) comme l'état dans lequel l'individu agit selon sa propre détermination (autonomie) et non sous le contrôle d'autrui (hétéronomie). La liberté renvoie donc, en ce sens, à une autodétermination des normes de l'action. La privation de liberté renvoie ainsi à l'idée que sa détermination passe par un autre et non par le propre choix de la personne concernée. La nature sociale de l'Homme impose néanmoins l'existence de règles communes pour la vie ensemble. Dès lors, la liberté ne peut se limiter à cette conception individuelle mais doit être pensée à la mesure du vivre-ensemble.

C'est ainsi que la déclaration universelle des Droits de l'homme et du citoyen définit la liberté dans son article IV : « *La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société, la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi.* ». Parce que l'individu ne peut vivre entièrement seul, sa liberté n'existe que dans la limite de celle des autres. La définition de la liberté exige donc un consensus entre les citoyens, qui permet une égalité d'autodétermination, un même espace de liberté. La limite de ma liberté n'est en effet pas tant celle de l'autre que la possibilité que l'autre ait une liberté équivalente à la mienne. Ma liberté, comme celle de l'autre, est donc fondée par la liberté déterminée par la société qui s'exprime habituellement par le biais de la Loi.

La question de la liberté est alors la suivante : quel est l'espace minimum nécessaire à l'Homme pour pouvoir être Homme ? Ou, envisagé à l'inverse, quelles transgressions engendreraient le sentiment de la perte de liberté ? Il est du reste nécessaire de faire la distinction entre la liberté et le sentiment de liberté éprouvé par l'individu.

La liberté se définit donc selon les différentes caractéristiques humaines que sont la pensée réflexive, le langage, la bipédie et le libre arbitre, la liberté se décline en plusieurs registres :

- liberté de penser : peut-on être libre quand on entend des voix ? quand on est sous traitement neuroleptique ? Soit ici deux formes d'aliénation, aux modalités et sens différents, la première est vécue et autodéterminée, l'autre est amenée voire imposée par un autre.
- liberté d'expression : les lieux d'enfermement garantissent-ils encore la liberté d'expression ?
- liberté de circuler : un traitement neuroleptique permet-il de gagner en liberté de circuler ce qui a été perdu en liberté de penser ?
- liberté d'agir : la Loi ne réprime ni l'intention, ni les actes préparatoires à un crime mais seulement le début d'exécution.

Ces grands types « anthropologiques » de la liberté se déclinent sous divers aspects relatifs aux différents niveaux de l'existence humaine : l'aspect théologique, moral, familial, culturel, individuel et subjectif de la notion de liberté. Chacun se fait sa propre représentation de ce qu'est pour lui la liberté, selon des critères personnels, familiaux, issus de la culture, de l'éducation, de l'époque, etc. Soit la liberté en tant que notion individuelle mais qui ne peut que se construire par et dans le rapport à autrui. En ce sens, la liberté n'existe que dans l'acte ; elle n'est sinon qu'une idée, une aspiration, ce vers quoi l'individu la désirant tendrait.

Que peut-on alors dire de la liberté dans l'absolu, de manière abstraite, indépendamment de l'observation d'actes spécifiques ? Rien de plus que ce que nous considérons, collectivement, socialement, comme définissant l'Homme à travers sept qualités premières :

1. Un être qui doute : La liberté comme capacité à être dans le doute.
2. Un être qui croit : la liberté comme capacité à avoir des convictions.
3. Un être qui mérite le respect, qui a une dignité du simple fait d'être homme : d'où la tension entre la liberté et le respect : respect de soi, respect de l'autre. La notion de liberté s'articule aux notions de « choix », « d'autonomie », de « conscience », mais aussi d'« altérité », de « respect de la dignité », « respect de soi », « respect de l'autre », de « sécurité ».
4. Un être qui désire : La liberté ce serait aller vers son propre désir. Mais comment fait-on avec son propre désir ? Le désir peut se confondre pour certaines personnes (souffrant d'addictions, de toxicomanies,...) avec un mouvement de l'ordre de la pulsion. Est-on libre devant ses pulsions ? Nos besoins essentiels, primaires, et nos pulsions constituent une entrave à notre liberté. C'est également une irréductibilité existentielle que nous soyons soumis aux contraintes de notre fonctionnement corporel anatomique, physiologique, aux contraintes de notre fonctionnement cérébral, de notre logique humaine,... et que nous soyons malheureusement soumis à leurs dysfonctionnements éventuels. Qu'en est-il alors de notre fonctionnement psychique ?

Comment comprendre les visées de l'inconscient qui parfois s'opposent à la notion de liberté et qui aliènent le Sujet désirant dans des fonctionnements pathogènes et porteurs de souffrance ?

5. un être doté de volonté : La liberté et la notion de choix (soit de rapport à soi-même). La liberté versus le libre-arbitre. Le choix renvoie alors à la notion de responsabilité. Si je prends la liberté d'agir autrement que ce qui est prescrit, je me confronte à moi-même, je prends la responsabilité de mon acte et je me dois d'en assumer les conséquences sans possibilité de me retourner ou m'abriter derrière ce qui est prescrit par une instance quelconque. J'y gagne l'autodétermination, c'est-à-dire la direction que je me donne moi-même. C'est la liberté en tant qu'espace de choix. La liberté peut alors présenter un caractère effrayant car, en permettant à l'individu de se dégager du cadre, des prescriptions, habitudes, règlements, lois,... elle le soumet au non connu, au non prévisible, et le confronte à ses propres choix, hors l'aspect contenant d'un cadre préétabli. Que faire alors de sa liberté ?
6. un être social : Là, au sein de la société où il évolue, l'être humain éprouve la tension entre liberté et solitude, la liberté étant corrélée avec la notion de rapport à l'autre.
7. un être sociable : Si la loi vient porter une limite à la liberté individuelle, soit la liberté de nuire à autrui, la loi interdit également à autrui de nuire. Ce qui est perdu en liberté est donc gagné en sécurité. Au niveau pénal on distingue deux régimes concernant la notion de liberté : le régime préventif (dans les dictatures par exemple) et le régime répressif. C'est le régime répressif qui s'avère le plus respectueux des libertés en tant qu'il ne pénalise que l'acte commis et non son intention.

Ces différents registres se croisent, s'interpénètrent, mais ne se hiérarchisent pas, il n'y a pas de choix à faire en leur sein, et finalement ne nous apportent rien de plus qu'une définition de l'homme. Comme chacun aura pu le remarquer, ces différents éléments relatifs à la liberté, concernant autant le soigné et sa liberté d'aller et venir que le soignant, et sa liberté d'agir.

Sommes-nous donc dans l'impasse quand nous voulons définir la liberté?

La liberté est une latitude de pensée, de comportement, dans un espace irréductiblement aménagé au préalable par un ou des autres, dans un cadre préétabli. Elle est une notion toujours en lien avec un bornage, une structure de base, ne serait-ce que celle du langage dans lequel elle s'exprime et qui nous est une structure préexistante à laquelle nous ne pouvons qu'être inféodés, y compris dans notre pensée même. Il nous apparaît ainsi difficile de concevoir la notion de liberté sans l'aborder par ses limites, le cadre, les contraintes, à l'intérieur desquels on peut être libre. La liberté serait alors possible à l'intérieur des contraintes que l'individu se fixe à lui-même. La perte de sa liberté pourrait dès lors être pensée comme la perte de ses propres repères structurants et cadrants internes, et serait alors synonyme de perte de soi, de perte de sens, d'errance.

La question à se poser est donc : Qu'est-ce que la notion de liberté au sein d'une institution psychiatrique ? Quelles sont les limites pouvant s'imposer à la liberté dans une institution psychiatrique ?

Répondre à ces questions nécessite de repérer **quatre acteurs fondamentaux** :

- **l'autre** : le soignant, le visiteur, l'autre malade

- **soi-même** : le malade en tant qu'il relève d'un fonctionnement « non-normal », qu'il exprime par son symptôme un conflit intérieur et une souffrance qui l'entrave, l'aliène. « La première limite à la liberté, c'est la liberté elle-même ». La singularité de la liberté d'expression symptomatique du fou ne peut s'exprimer librement dans la société dans laquelle il vit. Ne peut-on pas ainsi problématiser la question de l'errance, de la folie ?
- **La loi sociale** et les règles de l'institution
- **L'objectif psychiatrique** : le soin, l'accompagnement, etc...

L'exercice de la liberté en milieu psychiatrique, que ce soit la liberté des soignants, des soignés ou des autres acteurs présents dans l'institution, ne peut passer que par le respect de ces quatre limites qui sont aussi des objectifs, des « objets » à respecter. La liberté en institution n'existe que dans la mesure où aucun de ces quatre champs n'est délaissé, autrement dit lorsque qu'à chacun de ces éléments est laissé un champ d'existence, un respect, une liberté équivalente. Car la notion de liberté peut également être considérée en tant que mouvement réactionnel à un sentiment de privation de liberté : on n'en prend conscience à partir du moment où on la perd (comme la santé ?).

La liberté en institution serait donc à considérer comme un équilibre (comme la santé) entre différentes déterminants : les sept « qualités premières de l'homme » et les quatre acteurs. Seulement, le problème de la psychiatrie est que l'un des acteurs, le malade, n'est pas nécessairement capable de faire part de son propre champ de liberté, ou ne peut exprimer son désir et donc revendiquer son droit à la liberté que d'une façon singulière à laquelle une société, un groupe, peut ne pas pouvoir répondre, ou qui laisse l'entourage dans un grand désarroi tant cette expression est « originale », hors champ pour la majorité de ses pairs.

Comment le soignant peut-il comprendre et défendre la liberté du patient alors que le patient lui-même est sous la contrainte de sa maladie qui le prive de son libre-arbitre, de sa liberté de penser (en cas de délire, d'hallucinations, d'emprise par la présence de voix,...) donc dans une expression à niveaux multiples et complexes ?

Il s'agit également de ne pas prendre le risque de circonscrire la notion de liberté, de libre-arbitre du patient à une logique binaire dans un choix qui lui serait proposé entre A ou B. Il s'avère indispensable de faire émerger toutes les possibilités : A, B, ou bien C, ou A+B, ou ni A ni B,... y compris le choix de ne pas choisir...

Car dès son entrée en service de psychiatrie, le patient est pris dans un paradoxe : le patient se faisant librement hospitaliser est donc libre d'en accepter le cadre, mais n'est plus libre dès lors qu'il l'a accepté, il y est désormais soumis. C'est toujours la liberté de sortir, de s'extraire du cadre qui est pointée, mais qu'en est-il de la liberté de rester dans ce cadre, de refuser d'en sortir ? (Patients refusant de quitter le lieu d'hospitalisation lui assurant une contenance). Pour certains patients (souffrant de phobies, d'anxiété massive,...) la liberté c'est le cadre. Et l'alternative proposée (réintroduction dans l'espace social extérieur) ne satisfait pas et se révèle particulièrement anxiogène. A ce titre, on sait comme les services de psychiatrie ont pu viser un espace thérapeutique adapté à leurs patients, à leur ligne d'être particulière, et tendre à créer des espaces de vie pour eux, aux règles et fonctionnements différents conçus en lien avec la compréhension fine que l'on est parvenu à construire (psychothérapie institutionnelle, maison Bonneuil, etc.).

Finalement, le seul point à explorer, c'est la conception de la liberté des patients, puisque nous avons les autres déterminants. Dès lors, comment le soignant, le professionnel, peut-il accéder à la parole du malade, à sa représentation de la liberté ? Le respect de la liberté du patient demande déjà de la comprendre et donc d'y accéder. La démarche, voire la revendication éthique, ne serait-elle pas déjà de permettre l'expression des patients ? Afin d'avoir un accès à la compréhension de ce qu'est la liberté pour chaque patient. Et il conviendrait alors de commencer à la respecter puisque la liberté d'expression est l'une des dimensions essentielles de la liberté humaine.

Dans son ouvrage *L'éthique à Nicomaque*, Aristote nous rappelle que « *l'habitude est une seconde nature* », ce qui signifie que nous avons une « première nature » par-delà nos façons de penser induites par notre formation et notre expérience professionnelle, nos comportements routiniers, les protocoles que nous appliquons. Cette « première nature » est une liberté de penser, une liberté d'aller et venir entre notre conscience et nos pratiques de soignants dans les services de psychiatrie où nous agissons quotidiennement le soin. Elle est peut-être la liberté fondamentale à préserver pour que le patient puisse à son tour se voir réintégré dans sa propre liberté d'aller et venir.

Pour conclure ce chapitre, rappelons que la façon dont une société prend en charge ses fous (et ses détenus) est très révélatrice de son orientation, de ses valeurs, à un moment de son histoire. Il serait donc essentiel que les institutions psychiatriques soient exemplaires dans le domaine du respect de la liberté.

ASPECTS JURIDIQUES DE LA NOTION DE LIBERTE D'ALLER ET VENIR EN SERVICE DE PSYCHIATRIE

L'article 13 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (1), dit que « *Toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un État.* », la liberté d'aller et venir est donc posée comme un principe fondamental. Chaque personne a donc la liberté d'aller et venir à sa convenance. Si cette liberté n'est pas effective, la loi parle de séquestration (la séquestration pouvant être qualifiée de délit ou de crime).

Toute personne peut être amenée à recevoir des soins et donc à être hospitalisée. Les personnes hospitalisées conservent leurs libertés fondamentales et notamment celle d'aller et venir comme le précise la charte de la personne hospitalisée (2) « La personne hospitalisée peut, à tout moment, quitter l'établissement. ».

Les références à la liberté d'aller et venir sont également les suivantes :

Art. 2 DDHC 1789 : Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l'oppression.

C'est sur cet article que s'est fondé le Conseil constitutionnel pour rappeler le principe suivant : Il appartient au législateur d'assurer la conciliation entre, d'une part, la prévention des atteintes à l'ordre public et, d'autre part, le respect des droits et libertés reconnus à tous

ceux qui résident sur le territoire de la République. Parmi ces droits et libertés figure la liberté d'aller et de venir. (2011-631 DC, 9 juin 2011, cons. 78).

L'atteinte à la liberté d'aller et venir, si elle ne résulte pas d'une hypothèse expressément prévue par la loi (par exemple des soins sans consentement), est constitutive d'une séquestration (soit un crime) :

Art. 224-1 al. 1 du Code pénal : *Le fait, sans ordre des autorités constituées et hors les cas prévus par la loi, d'arrêter, d'enlever, de détenir ou de séquestrer une personne, est puni de vingt ans de réclusion criminelle.*

En ce qui concerne précisément ce qui nous occupe ici, à savoir les services de psychiatrie, on distingue plusieurs modes d'hospitalisations. On différencie les personnes hospitalisées en soins psychiatriques libres (SL) qui ont donné leur consentement aux soins et à l'hospitalisation, et les personnes hospitalisées en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (SDT) et les personnes hospitalisées en soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'État (SDRE), qui elles se voient hospitalisées sans leurs consentements.

Dans le cadre des soins avec consentement :

La loi (3) dispose que « Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour les troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause. ». On comprend que les personnes dite en SL, disposent de leur liberté d'aller et venir au sein même du service de psychiatrie, mais aussi de la liberté de quitter ou non le service d'hospitalisation.

Les atteintes à la liberté d'aller et venir ressortent ici du "contrat de soins". Dans la mesure où le patient doit consentir aux soins, il doit également consentir à certaines atteintes à ses libertés (nécessité de respecter le règlement intérieur de l'hôpital, du service, de respecter des horaires, ...).

Dans cette hypothèse, on peut obliger le patient, mais pas le contraindre. (Ce distinguo important fera l'objet d'une prochaine publication du comité d'éthique du CPN). Dans le cas des soins libres, il est possible de porter atteinte à la liberté d'aller et venir des patients en les obligeant à respecter certaines règles, mais on ne peut pas les leur imposer. La conséquence du non-respect pourra être éventuellement de les exclure de l'établissement. Si on veut leur imposer certaines règles, il faut changer le régime d'hospitalisation en soins sans consentement.

Dans le cadre des soins sans consentement :

Concernant les cas particulier des personnes dite en SDT et SDRE, la loi a mis en place des dérogations (4) : « Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux, faisant l'objet de soins psychiatriques, sans son consentement [...], les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. ». On considère donc que, dans ces cas particulier, la liberté d'aller et venir peut être restreinte, à certaines conditions, dans l'intérêt du patient et au cas par cas. La loi justifie cette décision par le fait que (4), « En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée ».

Le soin sans consentement, s'il prend la forme d'une hospitalisation, constitue par définition une atteinte (autorisée par la loi) à la liberté d'aller et venir. La loi (l'article cité) précise que cette atteinte doit être *adaptée, nécessaire et proportionnée* :

- d'une part à son état mental
- d'autre part à la mise en œuvre de son traitement

La loi, dans une certaine mesure, confère un certain pouvoir d'appréciation de ces conditions aux professionnels de santé.

La prise en charge personnalisée

Si l'on s'intéresse de plus près, aux personnes souffrant de troubles mentaux, on peut constater dans les faits, que de par leurs pathologies, elles ne peuvent disposer, comme les autres citoyens, de leurs libertés fondamentales. La restriction, le plus souvent partielle et temporaire, de la liberté de circuler n'est judicieuse que dès lors qu'elle a pour objectif de rendre son discernement à la personne hospitalisée, par la réalisation de soins au sein d'un établissement de santé et dans le but de réinsérer chaque patient dans la société.

De plus, cette restriction doit être réalisée dans le respect du patient, de ses valeurs et de ses convictions, il implique donc d'informer le patient de notre réflexion et de notre intention, d'échanger avec lui et d'entendre son point de vue, d'en tenir compte autant que possible, d'établir ainsi une relation de confiance, d'être disponible et de communiquer, pour qu'ensemble, patient et soignant, soient les acteurs d'une prise en charge globale et personnalisée, qui respecte la dignité de l'un et les missions de l'autre.

ANNEXE

Bibliographie :

- (1) Article 13 – **Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 10 décembre 1948**
- (2) **Usagers, vos droits. Charte de la personne hospitalisée.**
- (3) Article L. 3211-2 - **LOI n° 2011-803 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**
- (4) Article L. 3211-3 - **LOI n° 2011-803 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**

Dispositions pénales concernant (notamment) le chef d'établissement :

Article L3215-1

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende :

1° Le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 de maintenir la mesure de soins psychiatriques dont une personne fait l'objet, quelle qu'en soit la forme,

lorsque la levée de la mesure est ordonnée par le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police en application du dernier alinéa de l'article L. 3212-8 ou de l'article L. 3213-4, ou par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, ou lorsque la mesure de soins doit être levée en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7, L. 3212-8, L. 3212-9 ou L. 3213-4 ;

2° Le fait pour le directeur ou pour tout médecin d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 de supprimer ou de retenir une requête ou une réclamation adressée à l'autorité judiciaire ou administrative par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du présent titre.

Article L3215-2

Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 € d'amende le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 :

1° D'admettre une personne en soins psychiatriques en application du 1° du II de l'article L. 3212-1 sans avoir obtenu la demande d'admission en soins et les certificats médicaux prévus par le même 1° ;

2° D'admettre une personne en soins psychiatriques en application du 2° du même II sans disposer du certificat médical prévu par le même 2° ;

3° D'omettre d'adresser au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police dans les délais prescrits la décision d'admission, les certificats médicaux et le bulletin d'entrée établis en application du I de l'article L. 3212-5 ;

4° D'omettre d'adresser au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police dans les délais prescrits les certificats médicaux établis en application de l'article L. 3212-7, des 1° et 2° du I de l'article L. 3213-1 et de l'article L. 3213-3 ;

5° D'omettre de se conformer dans le délai indiqué aux prescriptions de l'article L. 3212-11 et du IV de l'article L. 3213-1 relatives à la tenue et à la présentation des registres ;

6° D'omettre d'aviser dans le délai prescrit par l'article L. 3213-5 le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police du certificat médical prévu à cet article.

Article L3215-4

Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 € d'amende le fait pour un médecin d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 de refuser ou d'omettre d'établir dans les délais prescrits les certificats médicaux relevant de sa responsabilité en application des articles L. 3211-2-2, L. 3212-7, L. 3213-1 et L. 3213-3.

-oOo-