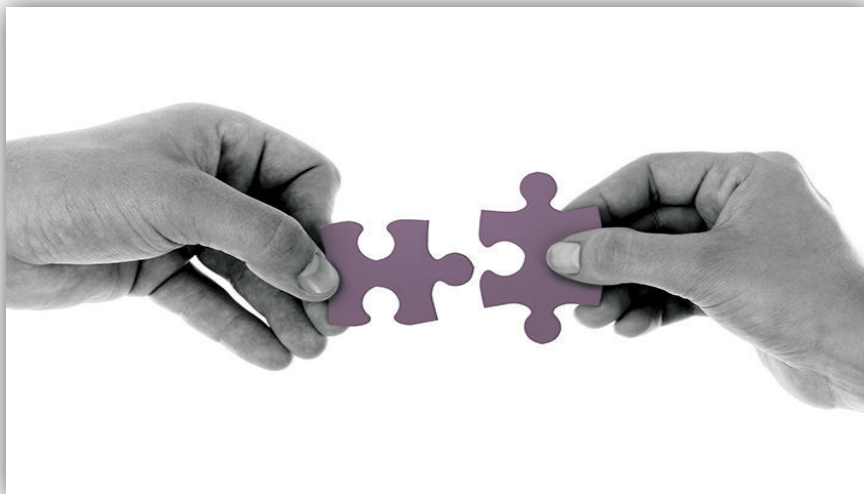


CONSENTIR POUR SE RECONSTRUIRE



Unité d'enseignement 5.6 S6 – Mémoire de fin d'études

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Dirigée par : MME GEVAUDAN Annie

Date de rendu le 23.05.2022

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier en tout premier lieu celui qui partage ma vie M. DEBACKER Valentin pour son accompagnement de tous les jours et pour son soutien incommensurable pendant ces trois ans. Pour m'avoir poussé au bout de cette formation.

Merci à mes parents, M. et MME PASCAUD, piliers majeurs de mon quotidien. Merci pour leur soutien et pour m'avoir supportée et toujours soutenue dans les moments difficiles.

Un merci infini à mes grands-parents M. et MME GARCIA, qui ont grandement participé pour me soutenir dans la difficulté.

Merci infiniment à MME GEVAUDAN Annie, ma directrice de mémoire, pour ses précieux conseils qui m'ont permis de me guider tout au long de mon mémoire.

Un immense merci à mon amie Mathilde, si importante à mes yeux, qui m'a démontré tellement de fois la définition du mot « amitié ».

Merci aux professionnels de santé qui ont accepté les entretiens et qui m'ont si bien reçue et qui ont accepté de partager leurs expériences.

Merci également aux formateurs de l'IFSI pour leurs conseils et leur soutien pendant ces trois ans de formation.

Table des matières

1.	Introduction.....	- 1 -
2.	Situation d'appel.....	- 2 -
2.1	Description de la situation d'appel	- 2 -
2.2	Questionnement	- 4 -
3.	Question de départ.....	- 7 -
4.	Cadre de références.....	- 8 -
4.1	Histoire de la psychiatrie	- 8 -
4.1.1	La psychiatrie dans l'Antiquité :	- 8 -
4.1.2	La psychiatrie au Moyen-Âge :	- 9 -
4.1.3	La psychiatrie de la Renaissance aux Lumières :	- 10 -
4.1.4	La psychiatrie au XIX ^e siècle :	- 11 -
4.1.5	La psychiatrie au XX ^e siècle :	- 12 -
4.2	Le consentement.....	- 13 -
4.3	La relation soignant soigné.....	- 16 -
4.4	L'alliance thérapeutique.....	- 17 -
5.	Enquête exploratoire	- 20 -
5.1	Méthodologie de recherche	- 20 -
5.2	Population choisie	- 20 -
5.3	Lieu d'investigation	- 20 -
5.4	Guide de l'outil.....	- 21 -
5.5	Grille d'analyse.....	- 21 -
6.	La Méthode clinique	- 22 -
7.	Les entretiens	- 23 -
7.1	Déroulement des différents entretiens :	- 23 -
7.2	Analyse des entretiens	- 24 -
1.2.1	Histoire de la psychiatrie :	- 25 -
1.2.2	Le consentement :	- 29 -
1.2.3	L'alliance thérapeutique :	- 32 -
7.3	Limites des entretiens :	- 35 -
1.3.1	Le questionnaire :	- 35 -
1.3.2	L'analyse :	- 35 -
8.	Conclusion	- 37 -
9.	Bibliographie.....	- 38 -
10.	Annexes.....	XLI

10.1	Annexe I : Lettre type de demande d'entretien.....	XLI
10.2	Annexe II : Entretien I : M. Paul	III
10.3	Annexe III : Entretien II : M. Mathieu	V
10.4	Annexe IV : Entretien III : M. Jérôme.....	VIII
10.5	Annexe V : Entretien IV : MME Sophie	XII
10.6	Annexe VI : Entretien V : M. Hugo.....	XVI
10.7	Annexe VII : Tableau récapitulatif d'analyse des entretiens	XX

1. Introduction

Dans le cadre de ma formation infirmière, nous devons réaliser un travail de fin d'étude qui fera l'objet d'une analyse approfondie et qui traitera un sujet choisi en fonction d'une situation vécue.

Avant de réaliser des études d'infirmière je réalisais des études de langue dans le but de devenir professeure, cependant en parallèle de l'université j'ai accompagné des associations en vue d'aider des personnes malades tant sur le plan physique que psychique. C'est ce qui, par la suite, a motivé ma réorientation.

Durant mon parcours, j'ai découvert bon nombre de services, en passant par les soins généraux, les soins en psychiatrie, les hôpitaux, les cliniques. Je pense très honnêtement que j'aurais pu écrire un récit à chacun de mes passages dans un service, quel qu'il soit. Mon regard porté sur les patients et les situations vécues m'a demandé un travail conséquent sur ma manière d'agir au quotidien. Chaque service a une histoire et les patients composent eux-mêmes les récits. Mais surtout, chaque personne renferme un passif, les patients sont parfois acteurs de leurs maladies, et parfois ils ne le sont pas du tout.

J'ai traversé les couloirs des services hospitaliers et j'ai porté un regard différent sur chacune de mes prises en charge. Mais aucun patient ne m'a autant impacté que ceux du milieu psychiatrique. En effet, on soigne ici les maux de l'esprit. Et un médicament ou une intervention chirurgicale ne suffirait pas à guérir le psychisme d'un patient. Il faut voir la maladie avec un regard différent et adapter sa pratique constamment.

Il me paraissait donc évident pour ce travail de fin d'étude de traiter un sujet qui me passionne et de me questionner constamment sur ma pratique et sur ma vision du monde psychiatrique. La stigmatisation perpétuelle d'une personne atteinte de troubles psychiatriques est encore bien trop ancrée dans les mœurs et leurs intégrations dans la vie quotidienne est difficile.

Je débiterai mon travail par une situation d'appel qui a marqué mon parcours, j'exposerai une question de départ et je continuerai par la suite sur un cadre théorique qui permettra de répondre à ma question d'ouverture de ce travail de recherche.

2. Situation d'appel

2.1 Description de la situation d'appel

Ma situation d'appel s'est déroulée pendant un stage en service de psychiatrie dans un service d'accueil et de crise fermé. Ce service accueille vingt patients.

C'est un service réparti sur deux niveaux. Au rez-de-chaussée, il y a la salle de soins, le petit salon relié à une cour ainsi qu'une cuisine et la salle de réfectoire des patients. À l'étage, c'est un long couloir où on trouve les chambres des deux côtés, individuelles, double ou triple. Le couloir se compose également de douches et d'une chambre d'isolement en son centre.

C'était ma troisième semaine de stage, je travaillais avec l'équipe de l'après-midi la première fois que j'ai vu ledit patient. Un infirmier m'a glissé un dossier dans les mains en me disant :

— Cette après-midi, nous allons chercher Monsieur M qui est muté dans notre service ; est-ce que ça te dit de nous accompagner ?

Je n'ai pas hésité longtemps avant de répondre. Quand j'ai ouvert le dossier, ce qui m'a tout de suite sauté aux yeux, c'était la date de naissance du patient ; qui correspondait exactement avec la mienne un patient jeune de 19 ans.

Quand nous sommes arrivés à destination pour le transfert du patient, il nous est apparu un jeune homme qui ne ressemblait en rien aux autres personnes psychologiquement malades que j'avais coutume de voir dans mon service. La pathologie était pourtant bien présente chez Monsieur M. fut hospitalisé à la demande de son père grâce à la loi du 5 juillet 2011 ; Soins à la demande d'un tiers.

Le trajet du retour s'est fait sans difficulté. Lorsque je suis arrivé dans le service j'ai pris connaissance du dossier et j'ai lue l'histoire de monsieur M ; *Un matin en se levant il a menacé sa sœur et sa mère avec un couteau de les égorger. Il a été arrêté par son père. Ses motivations sont basées sur une histoire vécue étant petit ; En effet, le patient est tombé dans la piscine familiale et a manqué de se noyer. Sa sœur était tout près, elle a immédiatement prévenu sa mère qui se trouvait dans la maison au téléphone et surveillait ses enfants de loin. La maman a tout de suite sorti son enfant de la piscine.*

Mais depuis cet événement, le jeune homme n'a cessé de relater cette histoire en boucle en disant que sa famille a voulu le noyer pour mieux protéger le secret familial.

Monsieur M a accepté de suivre les soignants et nous sommes repartis dans le service. C'est à son arrivée que le patient a subitement changé de comportement ; précisément au

moment où il a vu les lieux où il allait séjourner. En effet, le bâtiment était bien plus ancien, tout comme les locaux, comparé à l'endroit d'où il venait. Il répétait sans cesse :

— C'est un cauchemar, c'est encore pire qu'avant, il faut que je rentre chez moi.

J'ai rassuré du mieux que je pouvais le patient malgré la désolation que j'ai commencé à éprouver : c'est vrai que le service où nous étions était pour le moins lugubre. Je l'ai aidé à ranger ses affaires avec un infirmier et lui ai expliqué le fonctionnement du service. Il semblait outré des règles imposées et se méfiait de tous nos faits et gestes. Il ne comprenait pas les raisons pour lesquelles il ne pouvait pas garder sa chaîne autour du cou. Malgré nos longues explications, il a fini par sortir de la pièce pour aller s'installer dans le grand séjour avec les autres patients, un regard noir et un mépris total pour les soignants qui étaient autour de lui (moi y compris).

Quelques heures plus tard, un psychiatre du service a rencontré le patient et lui a prescrit un traitement. Arrivée l'heure du repas, Monsieur M m'interpelle et me dit :

— Vous savez, le psychiatre que j'ai vu tout à l'heure, je lui ai dit que je prendrais les médicaments mais il est hors de question que je les prenne.

J'ai essayé un petit moment de discuter avec lui des raisons de son refus de traitement, de le convaincre en lui expliquant qu'il s'agit d'une solution pour l'aider même s'il était persuadé du contraire. Il a fini par s'énervier en me demandant de partir. Le patient n'a finalement pas pris son traitement.

Je ne suis pas revenue vers lui jusqu'au lendemain. Monsieur M s'est approché et s'est excusé pour son comportement de la veille. Il m'a demandé si je pouvais venir discuter un petit moment avec lui. C'est donc à ce moment précis que s'est installé un climat de confiance.

Chaque jour, nous discutons un petit moment, le patient et moi. Il me parlait de son passé, sa mère, sa sœur et ses obsessions sur un secret gardé par sa famille. J'aimais échanger des conversations avec ce patient ; j'apprenais lentement à le connaître, à repérer les troubles décrits par les psychiatres que je tentais d'analyser au début de ma formation. Néanmoins, je ressentais aussi une considérable empathie à l'égard de ce jeune homme.

Pour autant, je ne suis jamais parvenue à lui faire entendre raison sur la prise du traitement que le psychiatre lui avait prescrit. Ce fut d'ailleurs le cas pour tous les soignants ; Monsieur M refusait catégoriquement le traitement, que ce soit matin ou soir : il pensait que ce traitement « manipulerait son esprit ».

Puis ce fut le jour du rendez-vous de Monsieur M avec le « juge des libertés et de la détention ». Une audience obligatoire pour les personnes hospitalisées sans consentement,

cette saisine est accompagnée d'un avis motivé rédigé par le psychiatre du service. Ensuite, un avis est posé sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète ou pas.

Le verdict est tombé : Monsieur M resterait en hospitalisation complète avec obligation de prendre son traitement. J'ai pris connaissance de cette information un jeudi matin en fin de matinée où je terminais à treize heures. En apprenant la nouvelle sans grand étonnement, Monsieur M était dans une grande colère mais comme à son habitude il ne laissait rien transparaître. J'ai essayé d'aller lui parler avant de partir, lui faire comprendre qu'il devait accepter de prendre son traitement sinon il risquait la chambre d'isolement. Bien évidemment, il a refusé de m'écouter ; quant à moi, j'avais terminé ma journée. Je savais que le lendemain il y avait une chance sur deux que je ne revois pas Monsieur M et qu'il serait peut-être en chambre d'isolement. Je gardais tout de même l'espoir qu'il prendrait la bonne décision qui lui éviterait cette situation.

Quand je suis revenue le lendemain ce fut sans étonnement que je vis sur la relève « Monsieur M, ISOLEMENT STRICT ». J'ai alors ressenti un sentiment d'échec. Je m'en voulais de ne pas avoir réussi à lui faire entendre raison. Le patient avait refusé le traitement et avait été monté en chambre d'isolement avec injection du traitement obligatoire. Une scène assez traumatisante pour le patient. En effet il avait refusé le traitement puis finalement accepté, cependant l'équipe soignante elle avait fait son choix.

Monsieur M est finalement sorti quatre jours après de la chambre d'isolement. Il a fini par accepter le traitement comme tous les patients du service. Cependant, j'ai beaucoup cherché à comprendre à quel moment je n'ai pas trouvé les bons mots et quand est-ce que je me suis mise à trop m'investir au point d'être impactée par la tournure des événements.

Mais une question évidente venait maintenant se greffer à toute cette situation ; comment l'équipe et moi-même allions pouvoir instaurer un climat de confiance face à une telle situation ?

2.2 Questionnement

D'après ma situation, bon nombre d'interrogations se posent. D'après le psychiatre du service, dans une primo hospitalisation, on ne peut poser de diagnostic précis sur une éventuelle pathologie, d'autant plus chez un sujet aussi jeune ; malgré certains signes avant-coureur qui laissaient supposer un diagnostic bien précis. En effet, le patient concerné avait présenté de nombreux éléments qui laissaient supposer beaucoup de pathologies. L'absence

de diagnostic a posé problème pour Monsieur M. Effectivement, il a répété plusieurs fois pendant sa prise en charge qu'aucune raison n'était valable pour une prise de médicament puisqu'il n'avait pas de « grippe ou de bronchite ». Je me pose aujourd'hui bon nombre de questions : pourquoi le psychiatre n'a-t-il pas pris le temps de mettre les mots sur une éventuelle pathologie qui aurait alors expliqué la raison de la prise des traitements ? Est-ce qu'une explication satisfaisante pour le patient aurait vraiment suffi pour la prise des médicaments ?

La décision du juge pour le patient a beaucoup majoré son état d'esprit, le patient était persuadé de pouvoir sortir après sa convocation.

La question sur les soignants vient aussi se poser. À tour de rôle, ils ont essayé de parler, d'échanger, d'expliquer la raison de son hospitalisation. Échanger autour de ses angoisses, expliquer que le traitement aiderait dans sa prise en charge mais également dans l'aide que l'on pourrait lui apporter ; que certaines de ses idées étaient peut-être confuses ; que si la prise en charge se passait bien, il pourrait rapidement retrouver sa liberté. Cependant, malgré ces échanges, à aucun moment le patient n'a flanché, jamais il n'a laissé une porte ouverte pour prendre ses traitements. Il s'est radicalement engouffré dans l'idée que les médicaments modifieraient ses idées et son esprit. Alors, à quel moment les soignants et moi-même avons-nous loupé une étape ? À quel moment les signes avant-coureurs d'un tel refus nous ont-ils échappé ? Est-ce que certains signes auraient dû nous éclaircir ?

La montée en chambre d'isolement semblait presque inévitable face à un tel refus. Cependant, la question du sujet « objet » se met en place. Effectivement, le patient a refusé le traitement pour la énième fois et a reçu le traitement de force. Mais, face à la situation, il a fini par l'accepter quand il s'est rendu compte qu'il n'aurait pas le choix. Alors, pourquoi la force a-t-elle malgré tout était employée ? Pourquoi ses mots n'ont pas été entendus ? Les soignants avaient-ils un besoin de montrer une certaine autorité évidente dans un service de crise ?

En effet ce jour-là, des renforts ont été mobilisé, et la parole du patient a était impliquée. Quatre fois les soignants ont demandé à monsieur M s'il voulait prendre son traitement avant de finalement employer la force. Est-ce que la négociation a manqué à ce moment précis ?

Mais avant la mise en place de la force des soignants, le patient a accepté. Il a dit « oui, je vais prendre les traitements ». Alors, comment la parole n'a-t-elle pas pu être prise en considération afin d'éviter la chambre d'isolement ? Comment justifier une telle décision alors que l'objectif principal restait de lui éviter cette conclusion ?

Néanmoins, il apparaît crucial de rappeler que, dans la mesure où cette hypothèse s'avèrerait juste, cela ne doit pas pour autant justifier tous ces processus qui ont amené le patient dans cette chambre d'isolement. Cet argument ne serait ainsi qu'un élément parmi tant d'autres. En effet, il est évident de rappeler la présence des renforts lors de ces déplacements. On peut donc aussi émettre l'hypothèse que les soignants souhaitaient garder une image autoritaire, bénéfique et professionnelle face à un jeune patient agité.

Voilà toute la problématique psychiatrique dans un service de crise il apparaît crucial de garder une forme d'autorité évidente, cependant l'impact psychologique sur le patient par la suite est d'autant plus importante. Il sera alors bien difficile pour la suite de la prise en charge d'instaurer un climat de confiance après un tel acte.

3. Question de départ

Suite à la situation vécue et l'expérience que j'ai pu en tirer, je viens à réfléchir à la question suivante : ***Dans quelle mesure la parole et le consentement d'un patient sont-ils primordiaux pour établir une alliance thérapeutique ?***

4. Cadre de références

4.1 Histoire de la psychiatrie

Pendant mes recherches, je me suis beaucoup aidée du livre Nouvelle histoire de la psychiatrie, datant de 1983, aux éditions Privat et imprimé à Toulouse. Cet ouvrage a été écrit sous la direction de Jacques Postel et de Claude Quétel. Il rassemble une bonne cinquantaine d'auteurs venant d'horizons différents mais travaillant dans la médecine : neurologue, psychiatre, psychanalyste, psychologue... Mon plan de travail suivra celui de l'ouvrage scientifique tout en apportant des approfondissements personnels tirés d'autres sources, parfois plus récentes.

4.1.1 La psychiatrie dans l'Antiquité :

Au tout début, dans l'Antiquité, la théorie privilégiée était qu'« il n'y a pas de problème de dichotomie entre maladie de l'âme et maladie du corps ; toutes les maladies sont des maladies physiques, toutes ont une explication physiologique, toutes relèvent de traitements somatiques ». Même si le contexte n'est pas favorable aux avancées scientifiques (hygiène, connaissances médicales, coutumes...), ces limites sont causées essentiellement par la pensée religieuse : les troubles psychiatriques se manifestent surtout par des manifestations du divin. La religion est bien plus omniprésente dans les mœurs qu'aujourd'hui, que ce soit dans l'Antiquité gréco-romaine ou dans la civilisation hébraïque antique. Par ailleurs, comme je le disais précédemment, il n'y a pas de différenciation entre psychisme et soma, tout est traité dans le corps : « On voit que le cerveau n'est pas créateur de maladie mais, qu'il rend apparents par leur expression physique les troubles humoraux ».

Ces idées sont corroborées par Anne Fraïsse, Présidente de l'Université Paul-Valéry-Montpellier et professeure de latin. En 2016, elle a écrit l'article Soigner la folie dans l'Antiquité ? Le témoignage de Celse où elle rappelle des points importants. « Sur le plan thérapeutique, la maladie mentale ne nécessite pas, en théorie, de prise en charge particulière. D'abord parce qu'on ne distingue pas, dans l'Antiquité, maladies de l'âme et maladies du corps. Ou plus exactement, ce que l'on appelle « maladies de l'âmes », ce sont les passions, qui relèvent de la philosophie, et non de la médecine. La folie en revanche, pour les médecins, est une maladie physique, comme n'importe quelle maladie. »

Pour aller un peu plus loin, et pour ajouter un élément très important de la psychiatrie dans l'Antiquité, il est crucial d'évoquer la « Théorie des humeurs » du père de la médecine, Hippocrate. Selon cette théorie, le corps est constitué des quatre éléments fondamentaux (eau, feu, terre, air) et possède quatre qualités intrinsèques (chaud, froid ; sec, humide). Dans cette théorie, Hippocrate affirme que ces qualités coexistent par le biais d'un certain équilibre et que « tout déséquilibre mineur entraîne des sautes d'humeur, quand des déséquilibres majeurs menacent la santé d'un sujet ». Pour autant, « Hippocrate ne précise pas s'il y a un lien causal entre l'humeur et les sentiments ».

On peut donc affirmer que la psychiatrie dans l'Antiquité, bien qu'elle reste extrêmement limitée par des croyances omniprésentes et des connaissances scientifiques et techniques faibles, dresse tout de même les bases de nos connaissances actuelles dans le sens où elle y participe par notre héritage et ses fondements réflexifs.

4.1.2 La psychiatrie au Moyen-Âge :

Au Moyen-Âge, les savants sont influencés par les écrits arabes, notamment le traité sur la mélancolie d'Ishâq ibn-' Imrân et celui sur la maladie de l'oubli d'Ibn-al-Jazzâr au XI^e siècle. Ces ouvrages envisagent l'ensemble des questions médicales.

Comme dans l'Antiquité, les médecins ne font pas de différenciation entre psychisme et soma, bien que celle-ci reste floue à certains moments, mettant à nouveau la religion au centre de ce dysfonctionnement ; et créant de nouveau « traitements fantaisistes » que nous verrons par la suite.

Cette période est aussi marquée par l'œuvre de Saint Thomas d'Aquin et ses pensées sur la folie et la perte de la raison. En effet, ce religieux de l'ordre dominicain emploie les termes *amentes et furiosi* pour désigner « l'état d'un homme en qui l'observateur ne peut trouver aucune maîtrise rationnelle ». Pour lui, la raison est toujours là, « elle est simplement paralysée, incapable de se manifester ». Il y a une dichotomie entre la raison et la spiritualité.

Enfin, très souvent, les malades mentaux restaient près de leur famille. Ils étaient « tenus à distance par le rire, la dérision et des comportements conjuratoires qui sont des mécanismes de défense et de mise à l'écart de la folie ». Les plus dangereux étaient enfermés, la maladie mentale étant perçue de manière complexe et ambivalente. La société réprime les malades qui ont des comportements violents. À certains endroits, des institutions religieuses pratiquaient des exorcismes tandis que d'autres allaient sur le bûcher, accusés de sorcellerie. En d'autres

termes, l'Église considérait les affections mentales comme des possessions d'entités démoniaque et diabolique. Elle se montrait intransigeante avec ces cas.

Au Moyen-Âge, il existait une « guérison miraculeuse : les pèlerinages thérapeutiques ». Considéré comme « une punition du péché, une épreuve infligée par Dieu », cette miséricorde divine était très sollicitée, bien que ses bienfaits étaient aléatoires. Les aliénés étaient emmenés dans des sanctuaires locaux, proches de chez eux ; et chaque région avait son pèlerinage : celui de saint Acaire à Haspres et de saint Hermès de Renaix dans le Nord... pour ne citer qu'eux. « Les malades, parfois nombreux, étaient logés près du sanctuaire, quelquefois chez l'habitant, tout cela étant soigneusement organisé sous l'égide des autorités ecclésiastiques ».

La psychiatrie au Moyen-Âge reste un domaine encore très flou. Le nombre de travaux augmente, bien que nous soyons encore renseignés de manière très limitée, et les traitements fantaisistes se multiplient. La plupart du temps, les malades étaient renvoyés à leur famille ou étaient réprimés, sous prétexte de possessions démoniaque ou diabolique. Considérés comme « hérétiques », les aliénés étaient susceptibles de subir les pires tortures dans le but de les ramener à la raison.

4.1.3 La psychiatrie de la Renaissance aux Lumières :

C'est dans ce contexte d'amélioration des connaissances scientifiques et techniques que la psychiatrie va s'éloigner du surnaturel pour se rapprocher de la maladie au sens premier du terme.

Bien évidemment, c'est à ce moment-là que deux camps vont se former : ceux qui pensent que la « folie » provient de causes naturelles, et ceux qui affirment la possession démoniaque. En effet, selon Jean Taxil, médecin et astrologue du XVII^e siècle, « les corps que le diable possède intérieurement sont mélancoliques car cette humeur est le vrai siège auquel le diable se plaît, et duquel il fait des effets si étrange ». Même si les débats sont nombreux, la frontière entre les causes naturelles et les causes démoniaques est encore trop floue dans ce contexte. Cependant, la présence de ces débats montre que s'affirme de plus en plus l'idée d'une spécificité de l'ordre des causes naturelles. Celle-ci se manifeste surtout dans la conception de la maladie.

Comme aux siècles précédents, les « fous » étaient très rarement enfermés, sauf cas graves et dangereux. Les « hôpitaux » de l'époque rechignaient à les récupérer, considérant

leurs cas comme incurables et souhaitant conserver le peu de locaux qu'ils avaient à disposition pour des maladies plus accessibles.

La Renaissance et le siècle des Lumières sont donc révélateurs des avancées scientifiques et techniques dans le domaine de la psychiatrie. Même si les débats entre causes naturelles et causes démoniaques perdurent, les grandes avancées ont permis de prendre en compte les dimensions philanthropique et empathique du patient. Il est de plus en plus pris en compte.

4.1.4 La psychiatrie au XIX^e siècle :

C'est le siècle de la création de la « psychiatrie » en tant que telle. Les grands savants comme le médecin Philippe Pinel pensent qu'« il faut lire les médecins anciens ; rendre hommage à la supériorité d'Hippocrate sans pour autant penser qu'il a tout vu, tout observé ». Le XIX^e siècle était celui où l'on s'intéresse grandement à l'hippocratisme, la doctrine hippocratique était d'ailleurs enseignée comme médecine vivante avant que la chaire ne soit supprimée 1811. Enfin, il est crucial de rappeler que, malgré tous ces arguments, les médecins du XIX^e siècle ne sont pas essentiellement tournés vers le passé pour comprendre la folie. Ils y puisent des idées pour obtenir une définition moderne des pathologies mentales. C'est ce sens que Philippe Pinel publie son ouvrage en 1800 Traité médical-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie qu'il remaniera en 1809.

Concernant les avancées dans la question de la psychiatrie, le 9 avril 1801, le Conseil Général des Hospices (créé le 17 janvier de la même année) se saisit de la question des aliénés. Ce projet consistait à réunir tous les aliénés de la capitale dans un seul hospice. C'est d'ailleurs le 27 mars de l'année suivante que qu'il décide la suppression du traitement des aliénés à l'Hôtel-Dieu de Paris.

De plus, dans la sphère collective, le Code Pénal déclare en 1810 : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action... » (art. 64). Le 6 janvier 1837, c'est le début de la discussion du projet de loi sur les aliénés. Dans ce contexte intervient l'aliéniste Jean-Étienne Esquirol, considéré comme le père de la psychiatrie française. Il fait voter la loi du 30 juin 1838 obligeant chaque département à se doter d'un hôpital spécialisé. Il fut difficile de faire voter cette loi à cause notamment des nombreux changements de régime et de politique depuis 1789, du manque chronique de finance et de « l'ambiguïté que constitue tout internement ».

Ainsi, le XIX^e siècle est véritablement celui de la création de la psychiatrie, ou du moins de sa pleine reconnaissance. Évidemment, des nuances et des relativités perdurent, mais il est irréfutable que l'année 1838 marque un tournant concret dans l'histoire de la psychiatrie. On y trouve une reconnaissance approuvée, des moyens pour mettre en œuvre différents dispositifs dans la prise en charge des aliénés et l'établissement d'hôpitaux spécialisés dans des endroits mûrement réfléchis.

4.1.5 La psychiatrie au XX^e siècle :

Le XX^e siècle est marqué par l'éloignement progressif de l'aliénisme et de la psychiatrie qui se rapproche peu à peu de la neurologie et de la médecine. Les ouvrages scientifiques sont marqués par les auteurs Kraepelin, Bleuler et Freud. Si les idées de Kraepelin sont considérées comme « vieilles » ou ont « mal vieilli », les idées de Freud sont considérées comme « jeunes » et ont « marqué la psychiatrie de façon décisive ». Quant à Bleuler, il publie en 1911 dans l'encyclopédie psychiatrique de Aschaffenburg une œuvre scientifique où il distingue symptômes fondamentaux et symptômes accessoires. C'est que vont s'entamer de nombreux débats psychanalyse/psychiatrie.

Après la Seconde Guerre Mondiale, la lobotomie connaît un franc succès, notamment après l'invention du « pic à glace » du médecin américain Walter Freeman. Cet outil était censé être enfoncé dans le lobe orbitaire des patients après avoir soulevé la paupière, moyennant parfois une anesthésie locale. Cette pratique connaît un succès jusqu'aux années 1950 où de sérieux doutes commencent à apparaître avant de décliner progressivement dans les années 1960 au profit des neuroleptiques (considérés comme plus efficaces et beaucoup moins dangereux). De plus, en 1957, le psychiatre suisse Roland Kuhn découvre le premier antidépresseur : l'imipramine.

Autre grande avancée : la création des centres médico-psychologiques (CMP). Selon la Bibliothèque Numérique de Droit de la Santé et d'Éthique Médicale (BNDS), les CMP ont été créés par les circulaires du 15 mars 1960. Ils étaient appelés « centre de santé mentale » ou « centre de diagnostic et de soins ambulatoires » ou encore « centre de consultations et de soins » avant de prendre définitivement ce nom. L'arrêté du 14 mars 1986 définit les CMP comme « des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition d'une population. » En 2016, le psychiatre Bernard Odier écrit L'Odyssée des

centres médico-psychologiques : penser le futur où il identifie les principales missions des CMP. Selon lui, « Il s'agissait dès l'origine de combiner prévention primaire, secondaire et tertiaire. En pratique, sauf une synergie particulièrement efficace entre notables locaux et responsables des équipes de psychiatries, la prévention trouvait rarement un financement spécifique. Mais la définition d'un seul mouvement de ces trois missions ouvrait un large champ à l'initiative. » Le malade passe ainsi au premier plan et les initiatives se multiplient pour le soigner dans de meilleures conditions. Sans oublier que les soins attribués en CMP sont entièrement pris en charge par la Sécurité Sociale, une aide qui fait écho à la fraternité de la devise française, une aide solidaire.

Le XX^e siècle est donc celui des expérimentations. Les médecins récupèrent les découvertes, réflexions et acquis des siècles précédents depuis l'Antiquité pour ensuite expérimenter (parfois de façon moralement discutable) sur des patients. Les contextes difficilement supportables des Guerres Mondiales ont amené des courses à l'armement, à la médecine, aux technologies ; qui ont donné lieu à de nouvelles méthodes expérimentales. Aujourd'hui, il est indiscutable qu'on soigne autant le corps que l'esprit. Et les méthodes ont considérablement évoluées.

Néanmoins, il est important de garder en mémoire toutes ces réflexions qui ont permis l'identification de la psychiatrie, le vécu, les tenants et les aboutissants car ils sont révélateurs de ce qu'il en est aujourd'hui.

4.2 Le consentement

Selon le Cadre supérieur de santé et docteur en philosophie Philippe Svandra : « Le consentement est une notion totalement incontournable en médecine ». Le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) précise en 2005 : « La complexité accrue des propositions thérapeutiques est une plus grande autonomie de décision reconnue aux personnes malades (Loi du 4 mars 2002). »

C'est en 1964 avec la déclaration de l'Association Médical Mondial (AMM) à Helsinki que le terme « consentement » est utilisé pour la première fois. Dans un des textes internationaux officiels, il est écrit : « *Lors de toute recherche sur l'homme, le sujet éventuel sera informé de manière adéquate des objectifs, méthodes, bénéfices escomptés ainsi que des*

risques potentiels de l'étude et des désagréments qui pourraient en résulter pour lui (...) Le médecin devra obtenir le consentement libre et éclairé du sujet, de préférence par écrit. »

Dans un cadre strictement philosophique, le consentement « *relève de l'acceptation totale et réfléchie d'une valeur reconnue comme vraie ou existante.* » Dans son ouvrage Philosophie et éthique en travail social publié en 2013 par le docteur en philosophie Philippe Merlier, le chapitre 6 dédié au consentement explique qu'« il est lié à des actions de la vie quotidienne où l'événement dépend en partie de nous, en partie de la volonté des autres. Le consentement veut dire qu'on tombe d'accord avec celui qui demande le consentement. Consentir a deux sens : il peut signifier accorder, autoriser, se prononcer en faveur de quelque chose, accepter que quelque chose se fasse ; ou se rendre à un sentiment ou à une volonté d'autrui. »

Et si maintenant nous partons du point de vue de la morale, il est noté que : « *C'est un acte libre de la pensée par lequel on s'engage entièrement à accepter ou à accomplir quelque chose.* »

Les définitions citées précédemment indiquent que le consentement libre et éclairé du patient est indispensable quel que soit le soin prodigué à une personne malade. Néanmoins, le cadre psychiatrique peut changer la vision du monde du consentement. En effet, dans ma situation, le soin sans consentement est appliqué. Cependant, si on s'appuie sur l'ouvrage de Michela Marzano : « *on revient sur ses choix, on modifie ses trajectoires, mais on s'inscrit toujours dans le cadre d'un projet plus général qui exprime nos désirs ; et cela même s'ils sont souvent opaques. Car, comme nous venons de le voir, tout en étant une force qui pousse le sujet à s'accomplir, le désir est aussi un signe de la finitude humaine et de ses failles : il est l'indice d'un « défaut » structurel et d'une profonde insuffisance.* »

Le consentement fait donc l'objet d'une pluralité de définitions qui englobent plus ou moins la même chose et ayant des portées similaires. Pour ce mémoire, il apparaît crucial d'évoquer le consentement à travers la pratique professionnelle ; notamment en lien avec ma situation d'appel.

Monique Formarier, enseignante à l'institut international supérieur de formation des cadres de santé de Lyon, a écrit en 2012 Les concepts en sciences infirmières où elle définit le consentement comme « une souveraineté individuelle. L'autonomie consiste dans la possibilité d'avoir des préférences singulières et de se déterminer en fonction d'une conception du bien dont il appartient à chacun de déterminer librement le contenu. » Par la

suite, l'auteure insiste sur le fait que « le soignant doit respecter la liberté du patient, ses croyances, ses choix, ses demandes, même s'il les juge contraires à la raison. »

Pour approfondir ses réflexions, l'auteure ajoute que « les limites sont de deux ordres. D'abord que le patient soit compétent (autonomie de pensée), ensuite que son choix ne puisse nuire aux autres. »

Si on fait un parallèle avec ma situation d'appel, force est de constater que le patient n'était pas autonome dans ses pensées et que sa situation ne permettait pas de « lui faire entendre raison ». Toutefois, son choix de ne pas prendre ses traitements ne pouvait nuire aux autres. On peut donc repenser aux autres choix qu'il était possible de faire tout en rappelant encore la présence de ses troubles psychiques.

Avec la définition de Monique Formarier, on peut ainsi se représenter le consentement comme une forme d'accord entre deux personnes. En ce sens, le docteur en philosophie Tristram Hugo Engelhardt dit, dans son ouvrage Les fondements de la bioéthique publié en 2015 : « Fais à autrui son bien, tel que tu t'es engagé, en accord avec lui-même, à le lui faire. » Au-delà du consentement, on a un aspect contractuel entre deux individus, un aspect éclairé du consentement.

Enfin, pour aller plus en profondeur dans ces réflexions, le consentement dans la pratique professionnelle fait écho à un autre concept : celui de l'autonomie. En effet, si Monique Formarier évoque « l'autonomie de pensée » dans sa définition morale du consentement, c'est que certains patients ne disposent pas de cette compétence. Nous avons déjà dit que c'était le cas dans la situation d'appel, il n'en est pas moins qu'un nombre important de patients prennent des décisions qui sont contraire à la raison. En ce sens, il est parfois difficile pour un soignant de trouver une solution pour aider le patient sans pour autant aller à l'encontre de cette règle fondamentale.

Favoriser l'autonomie d'un patient en faisant en sorte que celle-ci soit en accord avec la raison, tout en sachant qu'il a des troubles psychiques : est-ce simplement possible ? C'est du moins vers ces questionnements que je me suis tournée en réalisant ces travaux. Ces interrogations sont censées se multiplier dans l'esprit des soignants, au moins pour garder à l'esprit d'éventuelles remédiations dans les pratiques professionnelles.

4.3 La relation soignant soigné

Dans ces travaux, la relation soignant soigné est au cœur des réflexions. Les dictionnaires traditionnels définissent la « relation » comme un rapport d'une chose à une autre, qui ferait qu'une variation de l'un entraîne indubitablement une variation de l'autre.

C'est cette première approche qui nous amène vers des approfondissements dans le domaine de la médecine. Dans son ouvrage intitulé Trouver la bonne distance avec l'autre, la médecin et psychothérapeute Catherine Deshays fait remarquer que : « *La relation est au carrefour de toute action dans le milieu professionnel* ». Elle ajoute que chaque instant passé auprès des patients mène les soignants à établir une relation soignant soigné. En ce sens, la relation est obligatoire, malgré le fait que ni l'un ni l'autre n'ait envie d'en construire une. Par la suite, Catherine Deshays insiste sur : « *Nous ne pouvons pas soigner sans interagir avec nos patients* ».

C'est à ce moment-là qu'une nouvelle problématique intervient : « *le contexte relationnel est celui d'une relation asymétrique. [...] Nous devons être capable d'adapter notre savoir-être, c'est-à-dire notre posture, notre attitude et donc ce que nous devons faire ; puisque la relation établie avec le patient est basée sur la confiance et l'entraide* ». Dans son article intitulé « La relation de soin, concept et finalités » publié en 2007, Formarier ajoute même « *chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque rencontre est donc singulière* ». Face à cette multitude de patients, les infirmières doivent sans arrêt modifier leur savoir-être afin de consolider ces relations qui sont une forme d'accompagnement dans le parcours des patients pour vaincre leurs pathologies.

Pour aller plus loin, on peut affirmer que cette relation intervient au moment où le soigné vit un moment de sa vie où il nécessite une prise en charge des soins et d'un accompagnement particulier. Cette relation s'effectue donc par divers moyens : que ce soit la tenue, les attributs de la fonction ou encore le contexte dans lequel le soigné est pris en charge.

Dresser ce constat en m'appuyant sur des sources scientifiques m'a à nouveau permis de me remettre en question sur la situation proposée. Le patient refusait ses traitements, mais a été contraint à des soins ; sans son consentement. En ce sens, on peut clairement supposer que la relation avec le soigné s'est dégradé.

Néanmoins, force est de constater que la santé passe avant tout. Rappelons qu'un soignant peut prendre une décision radicale si le soigné n'est pas en état où s'il est en position de danger. La relation soignant soigné ne serait, en ce sens, qu'un outil pour accompagner le soigné dans la guérison de ses pathologies ; et non un élément fondamentalement indispensable. Dans le cas de ma situation, les infirmiers ont agi sans le consentement du patient ; impactant incontestablement la raison qu'ils avaient bâtie avec ce dernier, au profit de sa santé ; l'un étant parfois indépendant de l'autre.

En réfléchissant à ma situation et à ces apports théoriques, je me pose souvent la question : En aurait-il été autrement si les infirmiers avaient construit une relation bien plus solide avec le patient ? Celui-ci aurait peut-être réagi d'une manière différente. Hélas, seul le conditionnel est en mesure d'être utilisé étant donné le caractère totalement imprévisible de cette situation.

4.4 L'alliance thérapeutique

Notre cheminement intellectuel nous amène à évoquer la notion d' « alliance thérapeutique ». En effet, ma relation soignant soigné est un « outil » dans les métiers liés au soin de la personne. Il permet une meilleure « alliance thérapeutique », c'est-à-dire une collaboration mutuelle, un partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs visés ; qui se traduisent souvent par le soin et le rétablissement du patient.

Pour que ces deux éléments soient mis en place dans de bonnes conditions, il faut instaurer un climat de confiance. Dans son article « Qu'est-ce que la confiance ? » publié en 2012, la philosophe Michela Marzano explique « dès lors que l'on accorde de la confiance, on peut en donner aux autres : la relation aux autres, en effet, n'est que le miroir du rapport que nous entretenons avec nous-mêmes ». Cela peut paraître compliqué, les hôpitaux et les cliniques accueillent des patients qui n'ont pas forcément confiance en eux, qui sont en situation où ils ont besoin d'une aide extérieure (de médecins, infirmières, aides-soignantes qu'ils ne connaissent pas et qui ont parfois leur vie entre leurs mains). C'est donc incontestablement compliqué d'instaurer ce climat de confiance en partant de ce principe là.

Pourtant, Marzano développe cette idée puisqu'elle précise : « elles apparaissent nécessaires dès lors que j'apprends à devenir l'acteur de ma propre vie et à gérer mes actions. Il suffit que j'arrive à me confronter sur mon système de pensée, je peux arriver à faire le tri

entre ce qui est utile et ce qui est, au contraire, toxique. » En ce sens, on peut se demander : comment des patients atteints de pathologies coercitives, quelles qu'elles soient, peuvent « devenir acteurs de leur propre vie et gérer leurs actions » ? On peut même affirmer que ces idées sont paradoxales avec le métier d'infirmière, dont le bon fonctionnement passe avant tout par une alliance thérapeutique clairement établie avec le patient.

Pour aller encore loin dans cette ambivalence, Marzano annonce à nouveau : « Avec des telles positions toutefois, les individus se trouvent souvent confrontés à une double contrainte : d'une part, on les incite à avoir confiance en eux-mêmes et à ne pas se laisser influencer par les autres; d'autre part, ils sont systématiquement soumis aux jugements d'une société qui ne supporte pas les défaillances, qui les juge constamment à l'aune de leur réussite, qui leur renvoie le succès comme critère unique de valeur. Le modèle humain véhiculé par cette idéologie est celui d'un individu idéalisé qui se dérobe à toute dépendance : il n'a plus besoin des autres et ne s'y accroche pas. C'est pourquoi il ne doit jamais donner le sentiment d'être dépendant, la dépendance étant qualifiée comme le signe d'une incapacité à être maître de soi. En revanche, en se déclarant maître de lui, l'individu croit que tout est possible. Il n'est pas complètement dénué d'illusions. » Une citation particulièrement longue mais qui prouve bien l'aspect contradictoire de la manière de pensée de notre société. Si le succès, quel qu'il soit, n'est pas au rendez-vous, un individu peut perdre confiance en lui, puisque le succès est un critère de valeur. Cependant, force est de constater qu'un patient qui se retrouve à l'hôpital est une personne qui a échoué quelque part, que ce soit une mauvaise chute, une maladie ou autre...

Instaurer un climat de confiance reste donc un travail particulièrement méticuleux, indispensable pour une bonne relation soignant soigné qui elle, va avoir un rôle très important dans l'alliance thérapeutique ; indispensable pour soigner un patient. C'est bien la juxtaposition de tous ces qui permettent aux infirmières d'exercer leur métier dans de bonnes conditions.

Dans son article « Les trois niveaux du jugement médical » publié en 2012, le philosophe Paul Ricoeur disait : « La souffrance est privée, mais la santé est publique ». Lorsqu'il présente les trois niveaux du jugement médical, il détaille également les concepts de pacte de confiance, de santé publique et de jugement médical.

Pour faire le lien avec notre chapitre « relation soignant soigné » et « l'alliance thérapeutique », on peut citer ces phrases de Ricoeur : « on ne parlera pas encore de contrat et de secret médical, mais de *pacte de soins basé sur la confiance*. [...] Au début, un fossé et

même une dissymétrie remarquable séparent les deux protagonistes : d'un côté celui qui sait et sait faire, de l'autre celui qui souffre. » Autrement dit, nous avons bien un lien intrinsèque entre nos deux grandes parties et Ricoeur le corrobore par ses réflexions philosophiques.

Là où le problème se pose : « On ne saurait trop insister, dès le début, sur la fragilité de ce pacte. Le contraire de la confiance est la méfiance ou le soupçon. Or ce contraire accompagne toutes les phases de l'instauration du contrat. La confiance est menacée, du côté du patient, par un mélange impur entre la méfiance du corps médical, et par le soupçon que le médecin sera, par hypothèse, inégal à l'attente insensée mise dans son intervention : tout patient demande trop, mais se méfie de l'excès de pouvoir de celui-là même en qui il place une confiance excessive. Quant au médecin, les limites imposées par son engagement, en dehors de toute négligence ou indifférence présumée, peuvent laisser fleurir l'objectification et la réification du corps humain. » Autrement dit, même lorsque la confiance s'installe entre un soignant et un soigné, celle-ci n'est jamais complète, à 100 %. Il y a toujours de la méfiance, des deux côtés ; même si celle-ci n'est pas nécessairement toxique. Elle est souvent professionnelle côté soignant et personnelle côté soigné.

Il n'en est pas moins que celle-ci demeure indispensable pour mettre à profit une alliance thérapeutique dans le processus de guérison du soigné. L'alliance thérapeutique, si elle est efficiente, est un outil crucial pour établir les meilleures conditions possibles dans la prise en charge d'un patient. Surtout si on considère qu'on ne soigne pas que le corps, on soigne aussi l'esprit d'une personne.

5. Enquête exploratoire

5.1 Méthodologie de recherche

Pour la réalisation de mon enquête exploratoire, j'ai décidé de choisir l'outil de l'entretien semi-directif. Cet entretien est « une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant les approches qualitative et interprétative relevant en particulier des paradigmes constructivistes » (Lincoln, 1995). Grâce à mes entretiens, je veux ouvrir la parole aux professionnels dans le but qu'ils puissent exprimer leurs vécus et leurs expériences et ainsi pouvoir répondre aux questions.

Par la méthode qualitative, j'espère pouvoir analyser au mieux la parole de chaque infirmier. Les entretiens me permettront de comparer les différents vécus et ressentis soignants mais également de revenir sur mon expérience de ma situation de départ et ainsi de pouvoir les mettre en lien.

5.2 Population choisie

Pour la population choisie pour les entretiens, j'ai décidé d'interroger cinq infirmiers diplômés d'État dans le service des unités pour malade difficiles ainsi qu'une infirmière dans un service d'accueil crise fermé. Je souhaite des infirmiers qui ont une expérience certaine dans les soins d'accueil crises fermés. Ainsi j'espère recueillir des expériences diverses qui me permettront de répondre à ma question de départ et analyser au mieux mon sujet.

5.3 Lieu d'investigation

Je souhaite pouvoir interroger des infirmiers qui ont choisi la psychiatrie et qui y travaillent depuis déjà plusieurs années afin de récolter le maximum d'informations et d'expériences dans ce milieu.

J'espère ainsi pouvoir analyser les ressentis et les expériences diverses de chacun à travers leurs vécus et expériences.

J'ai donc choisi les services suivants :

- Un service d'accueil crise fermé ;
- Un service d'unité pour malades difficiles.

5.4 Guide de l'outil

Afin de mener mon enquête exploratoire, je vais établir plusieurs questions dans des sous-thèmes rentrant dans mon cadre de référence. Le but étant de pouvoir analyser au mieux les réponses et les expériences de chacun dans un objectif de pouvoir conclure la question de départ de mon travail de fin d'études.

Thèmes	Objectifs	Questions
Présentation de l'infirmier ou le/la cadre	Connaissance de mon interlocuteur.	- Prénom - Âge - Année d'obtention du diplôme - Ancienneté dans le service.
Expériences professionnelles	Récolter des expériences vécues dans le service Avoir des exemples concrets de situation.	- Pouvez-vous me raconter une situation marquante dans le service en rapport avec un soin sans consentement ?
Ressentis et vécus	Comprendre la situation, Récolter le ressenti des soignants.	- Questions ouvertes en lien avec la situation vécue (Comment avez-vous vécu la situation, pensez-vous qu'une alliance thérapeutique est possible par la suite ?)

5.5 Grille d'analyse

La grille qui va me permettre d'analyser les réponses obtenues à mes entretiens sera la suivante :

Thèmes	Réponse des infirmiers
Histoire de la psychiatrie	
Le consentement	
L'alliance thérapeutique	

6. La Méthode clinique

Dans le cadre de ce travail, j'ai décidé d'entamer une série d'échanges avec plusieurs membres du personnel hospitalier à travers un questionnaire à réponses ouvertes. L'avantage de ce genre de questions est de ne pas limiter les réponses à de simples « oui » / « non » et de permettre aux personnes interrogées de s'exprimer plus longuement sur des sujets qui les interpellent. D'autant plus que les questions envisagées laissent une place importante aux émotions ressenties par les soignants. En effet, l'aspect émotionnel est considérable pour traiter des sujets liés au consentement et à l'alliance thérapeutique, que ce soit de la part des soignants comme du patient, voire même des acteurs extérieurs (famille, amis, institutions...)

Les questionnaires touchant la sensibilité des personnes interrogées, j'ai préféré orienter ma première question vers une brève présentation en leur demandant leur nom, prénom, âge et ancienneté dans leur profession. Cela me permettait d'être à la fois brève, efficace, et en même temps protocolaire.

Les questions suivantes traitent des cadres de références suivants :

- Histoire de la psychiatrie : Que pouvez-vous me dire du service ? Quel est votre ressenti ?
- Le consentement : Pouvez-vous me raconter une situation en particulier qui vous a marquée par rapport à un patient hospitalisé ? Un soin sans consentement qui a été appliqué.
- L'alliance thérapeutique : Qu'est-ce que vous pensez de l'alliance thérapeutique par rapport aux soins sans consentement ?

7. Les entretiens

Ce travail étant spécifiquement orienté vers la psychiatrie, il apparaît crucial que mes entretiens soient orientés vers ce type d'établissement. Je me suis donc dirigée vers centre hospitalier psychiatrique de Montfavet d'une part dans le service des unités pour malade difficile, mais également pour y interroger cinq membres du personnel soignant. Pour mes recherches, plutôt que de m'éparpiller en variant les structures, j'ai préféré, au contraire, interroger quantité de personnes faisant partie de la même enceinte dans le but d'avoir des avis différents sur un même sujet. Les profils des soignants étaient variés, ce qui fut une bonne chose pour traiter une question liée à des émotions particulièrement prononcées.

7.1 Déroulement des différents entretiens :

Avant de pouvoir réaliser mes échanges avec les différents infirmiers, j'ai dû, dans un premier temps, envoyer un courrier à la direction des soins de l'hôpital psychiatrique de Montfavet.

J'ai eu une réponse rapide par mail, mon courrier à été transféré rapidement aux cadres des services qui m'ont contactés et donnés des rendez-vous pour les différents entretiens.

J'ai d'abord eu le cadre des UMD du service des LAMOURIE par téléphone qui a convenu avec moi d'une date.

Puis seulement quelques jours après, la cadre du service d'accueil crise fermée LUBERON 1 m'a également contacté et j'ai pu convenir d'une date avec elle.

Les cadres ont convenu avec moi du nombre de personnes à interroger. Pour l'anonymat des infirmiers interrogés, j'ai utilisé des noms fictifs dans la retranscription de mes entretiens.

Mes premiers entretiens se sont déroulés dans le service des UMD. Le cadre de santé m'a accueilli et j'ai pu m'installer dans une des salles de pause non occupé du service.

ENTRETIEN N°1 : Pendant cet entretien, j'ai rencontré M. Paul, infirmier aux UMD depuis vingt-deux ans, diplômé de 1987. Il a traversé les années en suivant l'évolution de chaque étape et mouvement de la psychiatrie. Il avait beaucoup à raconter sur l'évolution qu'il a suivi de près pendant les années passées dans le même service.

ENTRETIEN N°2 : Dans cet entretien, j'ai rencontré M. Mathieu, 38 ans, diplômé depuis 2009, treize ans qu'il est dans le service. Il a débuté sa carrière directement ici après l'obtention de son diplôme. Tout comme le premier entretien, cet infirmier a traversé pas mal d'années au sein de la même structure et constate l'évolution conséquente au fil du temps.

ENTRETIEN N°3 : Ici, j'ai rencontré M. Jérôme, diplômé de 1995, entré dans le service en 2007. M. Jérôme note une part de lui très expressive pendant l'entretien sur la dégradation pour lui au sein de la psychiatrie.

ENTRETIEN N°4 : Maintenant, je rencontre M. Hugo, 27ans, diplômé depuis quatre ans et présent dans le service depuis un an et demi. Contrairement à ses collègues, il a un regard tout à fait différent sur le service en lui-même.

ENTRETIEN N°5 : Mon dernier entretien s'est déroulé dans un service d'accueil crise fermé. J'ai été accueilli par un infirmier du service qui m'a accompagné dans une salle de pause et j'ai pu échanger avec une infirmière du service. Ainsi, j'ai rencontré MME Sophie, diplômée depuis 2014, et présente dans le service depuis deux ans. MME Sophie a toujours fait des services de psychiatrie, dans un premier temps en accueil crise ouverte et aujourd'hui en accueil crise fermé. Elle a mis un point d'honneur sur l'importance de la cohésion soignante pour elle.

7.2 Analyse des entretiens

Avant d'entrer dans les détails, il apparaît judicieux de présenter l'intérêt des différentes questions que j'ai posé au personnel soignant de Montfavet.

La question : Que pouvez-vous me dire du service ? Quel est votre ressenti ? permet de dresser les contours de la profession à ce jour. Avec les retours réflexifs, il est alors possible de faire apparaître les évolutions de l'histoire de la psychiatrie jusqu'à aujourd'hui, que ce soit dans les institutions, les relations sociales, le rapport avec le patient. Bien évidemment, nous nous limitons à l'établissement de Montfavet. C'est donc en ce sens que la première question va apporter un éclairage sur l'histoire de la psychiatrie, au moins dresser un bilan actuel.

Concernant le consentement, je trouvais important de partir sur une situation que les personnes interrogées choisiraient. Cela permet de partir d'une situation vécue (comme dans le cadre du mémoire) et de faire appel à de vives émotions (et donc de faire un choix : les situations qui les ont profondément marquées). De ce fait, les personnes interrogées vont apporter des éclairages sur la notion de consentement. Comment s'est passée leur situation ? Qu'en est-il de la suite ? Était-ce violent ? Y a-t-il des séquelles ? Des rancunes ? Comment se sentait le patient ? Est-ce systématique ?

Ces questions amenaient indubitablement à analyser l'alliance thérapeutique qui s'ensuit. De manière générale, on peut dire que la question centrale demeure la suivante : Comment construire une alliance thérapeutique à la suite d'un soin sans consentement ? Ainsi, nous verrons par la suite si les réponses du personnel soignant permettent de répondre à cette question.

Les entretiens m'ont permis d'organiser les réponses des personnes interrogées dans le tableau (**cf : Annexe VII : Tableau récapitulatif d'analyse des entretiens**) Ce choix met en lumière les passages importants dans l'analyse des résultats et traduisent dans de meilleures conditions les idées pour argumenter mes propos. Ils sont triés en fonction des enregistrements et du cadre de références.

Les retranscriptions des questionnaires (**cf : Annexes II à VI : Entretiens**) sont complètes. Chaque enregistrement a été sauvegardé sur plusieurs appareils afin d'anticiper au mieux les problématiques liées à l'informatique.

1.2.1 Histoire de la psychiatrie :

1- *L'amélioration humaine :*

Le premier item de notre cadre de références est l'histoire de la psychiatrie. Les entretiens ont permis d'apporter de nouvelles informations et de corroborer certains arguments que nous avons précédemment développés. Pour rappel, les recherches effectuées à partir d'ouvrages scientifiques nous ont donné l'occasion de partir de l'Antiquité pour entamer toute la période du Moyen-Âge, de la Renaissance aux Lumières, en passant par la période industrielle, jusqu'au XX^e siècle.

La première idée à mettre en avant est que le champ de la psychiatrie a beaucoup évolué depuis les siècles. D'ailleurs, M. Mathieu (**enregistrement 2**) dit à la ligne 7 : « ... ça

a beaucoup évolué ». À la ligne suivante, il le répète : « *Ça a énormément évolué* ». Il parle aussi de « treize ans ». Autrement dit, les visions, pratiques, savoir-faire... évoluent encore à l'échelle humaine. Sans rentrer dans les détails, il est fort probable que cela ne cesse jamais d'évoluer tant le domaine de la psychiatrie, comme celui de la médecine, sont intrinsèquement liés au domaine scientifique, et donc aux progrès humains.

Par ailleurs, le personnel soignant interrogé tend à insister sur l'aspect « humain ». Ainsi, M. Paul (**enregistrement 1**) répète à plusieurs reprises : ligne 6 : « *Il s'est beaucoup humanisé...* » et lignes 8-9 : « *... ça a permis d'humaniser un peu les soins.* » Le patient serait plus écouté, davantage pris au sérieux... Et cela semble aussi correspondre aux soignants puisque les pratiques améliorent, d'une certaine manière, les conditions de travail et le bien-être des patients.

Enfin, M. Mathieu (**enregistrement 2**) nous fait le bilan de l'évolution de son secteur dans le domaine de la psychiatrie. Lignes 8-12 : « *Plutôt dans le bon sens et heureusement parce qu'il y a d'autres choses pour lesquelles c'est un peu plus compliqué, mais globalement ça a sacrément évolué ; ne serait-ce que par les locaux. Les locaux ont été refait, avant c'était très carcéral. Rien que pour ça, le climat est plus agréable, quoi... Pour nous, pour les patients...* » M. Mathieu attribue donc les locaux au climat. Il y a donc un aspect plus psychologique à prendre en compte dans la prise en charge des patients. De plus, il est important de rappeler que cette idée a autant d'impact sur le patient que sur le soignant, puisqu'il s'agit des mots prononcés par M. Mathieu.

2 - Les droits du patient :

Les personnes interrogées ont aussi beaucoup évoqué la question des droits du patient. En effet, avant cela, M. Mathieu (**enregistrement 2**) dit aux lignes 32-34 : « *... quand les patients arrivaient, ils restaient au moins une semaine systématique en chambre d'isolement.* » Les patients n'étaient en aucune façon pris en charge dans leur individualité. Les soignants ne devaient absolument pas prendre en compte leur diversité, peu importe les critères ou les paramètres. Ajoutons à cela le fait que c'était « systématique », corroborant ainsi l'idée que cette manière de prendre en charge les patients était bien ancrée dans la pratique soignante.

Par la suite, M. Mathieu (**enregistrement 2**) fait un état des lieux de ce qui se fait aujourd'hui quand les patients arrivent. Une tirade qui résume parfaitement la situation, claire

et concise. Lignes 42-51 : « ... maintenant avec les nouvelles lois, et justement le fait qu'on ne peut plus isoler les patients comme on le faisait auparavant... Il n'y a plus cette possibilité de mettre le patient à l'écart à l'entrée et de prendre le temps d'appréhender un peu la prise en charge en UMD, ce qui peut être différent par rapport à ce qui se fait en service d'accueil et crise. Du coup, on fait différemment. Les patients sont de suite mis en contact avec les autres patients le lendemain si l'état clinique est plutôt stable ; et c'est vrai que du coup la prise en charge a évolué parce que du coup avant, même si le patient était en chambre d'isolement, on ne pouvait pas prendre le temps justement de prendre contact un peu avec lui. Là, ils sont mis dans la salle avec tout le monde, ils ne connaissent personne, même nous ils ne nous connaissent pas. Il y a des points forcément négatifs mais ça a beaucoup évolué. » Le patient a donc de nouveaux droits. Il ne va plus systématiquement dans la chambre d'isolement et est directement en contact avec les autres patients du service. Cette pratique, bien que respectant les libertés individuelles des patients, soulève de nouvelles problématiques. M. Mathieu évoque en effet des « points forcément négatifs ». Quelles seraient les conséquences d'une mauvaise réaction du patient nouvellement entré dans le service face aux autres ? À quel moment peut-on considérer qu'il s'est accoutumé à son nouvel environnement ? Quelles limites doit-il franchir avant que le personnel soignant doive intervenir ?

Pour aller un peu plus loin dans les droits du patient, MME Sophie (**enregistrement 4**) fait l'état des conséquences négatives des nouvelles avancées dans le domaine législatif. Lignes 9-12 : « ... à l'heure de pénurie médicale, à l'heure de restrictions budgétaires, à outrance, etc... le soin perd de son sens de plus en plus au profit de prétendus droits du patient qui pénalisent tout le monde. » Le choix du mot « prétendus » de MME Sophie montre que cette idée perturbe son travail d'infirmière. Par ailleurs, le rythme ternaire de son propos (répétition de « à l'heure ») qui s'est pourtant fait de manière naturelle, prouve un certain agacement de sa part et une volonté de s'affranchir de cette nouvelle réglementation qui, pour elle, fait que « le soin perd de son sens ». Or, si une infirmière a de telles pensées, se pose la question de la légitimité de cette législation ? ou du moins de ses limites.

3 - Les limites :

Ces limites se retrouvent dans la plupart des retranscriptions effectuées dans le cadre de ce mémoire. En effet, bien qu'évoluant grâce à de nouvelles techniques, législations et avancées scientifiques, le domaine de la psychiatrie possède encore son lot de limites. On

pourrait prendre l'exemple de M. Jérôme (**enregistrement 3**) qui nous dit aux lignes 13-15 : « *Toutes les lois qui arrivent derrière, sur l'isolement, la contention, tout ça, qui sont pas trop adaptées à notre prise en charge des patients qu'on peut avoir ici. Donc on a des difficultés...* » On peut imaginer que, de la même manière que les soignants ne prenaient pas en compte la diversité des patients à leur arrivée dans le service, les lois s'adaptent avec difficulté à la diversité des cas. De ce fait, les soignants peinent à trouver des solutions face à différentes situations.

On pourrait aller plus loin en gardant les propos de M. Jérôme (**enregistrement 3**) qui, par sa tirade aux lignes 66-72, nous explique certaines problématiques majeures avec un langage particulièrement soutenu qui montre que la situation actuelle est très contraignante dans l'exercice de sa profession : « *La façon de travailler maintenant est différente d'il y a dix ans. Tout est difficile parce que le médecin il vient et il se casse, il fait beaucoup moins confiance à l'équipe parce que le patient arrive à se contenir dix minutes, un quart d'heure, une demi-heure ; ça peut arriver... et après il va se lâcher ! Toutes les barrières vont lâcher. Et en fait le médecin arrive et il dit : « Bon ba moi, à l'instant T, le patient, il est bien, donc j'enlève l'isolement, j'enlève tout ça ».* Mais nous on vous dit qu'il ne va pas bien, par rapport à notre expérience. *« Oui, mais c'est moi le médecin, c'est moi qui décide ! »* » L'entente dans l'équipe peut être plus compliquée qu'il n'y paraît et les patients ont très bien compris comment s'en sortir avec les médecins.

De plus, M. Jérôme (**enregistrement 3**) évoque aussi les problèmes liés à la législation en vigueur pour les patients. Lignes 19-22 : « *... on est plus là, à regarder ce que la loi nous permet de faire ou de ne pas faire et à regarder les effets secondaires ou les interactions médicamenteuses qu'on risque d'avoir donc on ne va pas utiliser telle ou telle chimiothérapie, même si elle est, en pratique, favorable au patient. Donc c'est ça qui est difficile.* » Ces lois, censées apporter des avancées majeures dans la prise en charge des patients, semblent se montrer particulièrement coercitives et contraignantes pour le personnel soignant. Après examen de ces propos, on a même la sensation que les soignants s'occupent davantage de cela que des patients eux-mêmes.

Pour finir, même si les évolutions dans l'histoire de la psychiatrie ne sont plus à prouver, force est de constater qu'il existe toujours une part sombre dans ce domaine. M. Mathieu (**enregistrement 2**) nous dit à la ligne 7 : « *Je trouve que ça se dégrade, on s'y sent de plus en plus mal.* » et M. Hugo (**enregistrement 5**) déclare aux lignes 11-14 : « *Ce sont des patients difficiles et voilà on les reçoit parce qu'il y a souvent une base thérapeutique, soit des violences qui sont gérables ; et ces violences elles peuvent être sur d'autres patients, sur*

d'autres soignants. » On parle alors de « violences » et de « se sentir mal ». Même si ces cas ne concernent que deux infirmiers au sein d'un seul établissement, on peut facilement supposer que d'autres membres du personnel soignant ressentent la même chose dans d'autres services en France. Évidemment, se pose la question de comment améliorer les choses ? Devons-nous forcément résoudre ce problème social (relations soignant/soigné) par des solutions spatiales (améliorations des locaux) ?

1.2.2 Le consentement :

1 - Les causes :

Le deuxième item de notre cadre de références est le consentement. Là encore, l'ensemble des personnes interrogées ont évoqué cet aspect pour répondre à la question : « Pouvez-vous me raconter une situation en particulier qui vous a marquée par rapport à un patient hospitalisé ? Un soin sans consentement qui a été appliqué. » Les avis varient mais il est bon de mettre en évidence les réflexions des membres du personnel autour de ce thème.

En effet, certains ont apporté une réponse sur les éventuelles causes du non consentement des patients quand ils arrivent dans le service. Ainsi, M. Paul (**enregistrement 1**) nous explique aux lignes 47-49 : « ... *c'est des patients qui refusent leur maladie, qui n'acceptent pas et qui disent : « Je ne suis pas malade, je n'ai pas besoin de soins ! » Et ils ne veulent pas en démordre. Des fois, on y arrive mais ça prend souvent six mois, un an... »* Le déni de la maladie serait donc la cause du non consentement des patients quand ils arrivent dans le service. La particularité réside dans la nature de leur maladie ; une maladie qui ne peut laisser place à la logique et la raison. Or ce sont bien ces deux éléments qui permettent la construction d'une relation soignant/soigné.

Enfin, MME Sophie (**enregistrement 4**) corrobore cette idée en disant aux lignes 18-22 : « ... *tous les jours on accueille des patients qui ne veulent pas être ici parce que c'est le principe d'une unité accueil crise fermé ; c'est-à-dire des personnes qui ne veulent pas être soignées et qui sont en soin sans consentement.* » Ainsi, c'est en s'interrogeant sur les causes du non consentement qu'il est possible de l'obtenir. Les soignants sont conscients que les patients ne veulent pas être soignés et qu'il va falloir trouver une solution très vite pour que les choses se déroulent de la meilleure manière possible pour tout le monde.

2 - La résignation :

Pour autant, il faut rappeler que l'établissement concerné est un cas très particulier. Nous avons déjà présenté le fait que les patients débarquent systématiquement avec un déni de la maladie et l'inconscience de ce qui leur arrive. Or les soignants sont tenus de leur administrer certains traitements (nous avons déjà vu le cas typique des patients dénués de raison).

Beaucoup de membres du personnel soignant interrogé ont évoqué les conséquences de ces refus. Ainsi, M. Jérôme (**enregistrement 3**) nous dit à la ligne 50 : « ... *si on doit le faire, on le fait.* » Il ajoute également aux lignes 56-57 : « *Parce que si on juge que le patient refuse de prendre son traitement, eh bien le traitement, il va le prendre...* » Nous avons donc ici un soignant qui ne laisse aucune place aux discussions pour le bien du patient. En tant que professionnel, M. Jérôme sait ce qui est le mieux pour le patient et il forcera la main s'il doit le faire, toujours pour son bien. Il le précise d'ailleurs aux lignes 60-64 : « *On va pas les obliger si ce sont des traitements basiques entre guillemets, de transit. Pour les autres, on va voir, on va faire des évaluations, tout ça... Par contre, sur les neuroleptiques ou autres, on va se tenir aux traitements, quoi... Donc en fait, on va quand même inciter fortement le patient à prendre son traitement. Mais en théorie, on est quand même assez embêtés.* » Cette « incitation » ne doit pas être interprétée comme une méthode coercitive. M. Jérôme entend par là une explication de la prise de son traitement. Malheureusement, les troubles psychologiques des patients ne leur permettent pas, bien souvent, de pouvoir penser de manière raisonnée et réfléchie.

M. Hugo (**enregistrement 5**) corrobore cette idée avec cette tirade des lignes 21-26 : « ... *c'est particulier parce que c'est vrai qu'on a aussi au quotidien... Nous, on recherche le consentement du patient malgré le fait qu'il soit sans consentement. Ça se fait par de la négociation, par de l'explication de la situation... Donc on est à la recherche du consentement malgré le fait que le soin, quoi qu'il arrive, va être sans consentement, c'est-à-dire qu'ils doivent prendre leur traitement. Notre but, c'est qu'ils le prennent, mais aussi qu'ils comprennent que le prendre, c'est dans leur intérêt.* » On a donc une plus grande souplesse des manières coercitives, plus de place à la discussion bien que M. Hugo rejoigne l'avis de M. Jérôme dans l'aspect explicatif de la prise du traitement par le patient. Il dit plus loin aux lignes 52-57 : « *Les traitements vont être obligés d'être pris ; même si, bien entendu, nous préférons que ce soit de leur bon gré, parce que c'est plus facile pour nous, on peut entamer une liaison de confiance, discuter de leur problématique, on va avancer, on va les*

amener jusqu'à aller dans une unité de séjour où la poursuite des soins va se faire. Mais malheureusement ça arrive qu'ils soient toujours dans le refus, et à ce moment-là les traitements sont administrés par injection... » On a donc bien ici l'explication de ce qui se déroule en cas de non consentement du patient. Les soignants sont résignés à leur administrer les injections favorables à la guérison des patients. Par ailleurs, on a ici les prémices de la construction d'une relation soignant/soigné : l'alliance thérapeutique que nous verrons par la suite.

On pourrait conclure cette idée de résignation avec ces propos de M. Hugo repris aux lignes 65-69 : *« C'est à eux de décider en fait. Quoi qu'il arrive la prise en charge va se faire et c'est eux qui décident de la façon dont elle se fait. En fonction de leur réponse, savoir s'ils peuvent être capables d'accepter le traitement sans injection. Vraiment, on s'adapte à leur réponse mais in fine, quoi qu'il arrive, on arrive toujours à donner des traitements de toute façon. »* Autrement dit, le patient prendra son traitement quoi qu'il arrive, libre à lui de savoir de quelle manière se feront les choses...

3 - La bienveillance :

Dans cette partie, il sera surtout question de remettre en lumière les valeurs des soignants. Certes, l'item précédent lié à leur résignation mettait davantage en avant les manières coercitives, bien que le résultat escompté demeure toujours le même : la guérison et la prise en charge des patients. Ici, nous mettrons en évidence leur bienveillance vis-à-vis des patients. Nous l'avons déjà évoqué à travers les explications des injections, même si cela reste plus utopique qu'autre chose étant donné l'état psychologique avec lequel ils arrivent.

On pourrait commencer avec l'exemple de MME Sophie (**enregistrement 4**) où elle rappelle aux lignes 18-22 : *« Donc tout est dans l'art de l'explication du soin, tout est dans l'art de la rassurance en fait. »* Ce que MME Sophie appelle « l'art de l'explication du soin » est bien de la bienveillance. C'est une soignante qui a compris qu'on soigne autant l'esprit que le corps. Et cette représentation est primordiale dans ce type de service.

À ce titre, on peut aussi reprendre l'exemple de M. Hugo (**enregistrement 5**) qui, aux lignes 21-26, illustre parfaitement cette bienveillance : *« Ça se fait par de la négociation, par de l'explication de la situation... Donc on est à la recherche du consentement malgré le fait que le soin, quoi qu'il arrive, va être sans consentement, c'est-à-dire qu'ils doivent prendre leur traitement. Notre but, c'est qu'ils le prennent, mais aussi qu'ils comprennent que le*

prendre, c'est dans leur intérêt. » Il ajoute aussi à la ligne 68 : *« Vraiment, on s'adapte à leur réponse... »* On peut donc supposer que, même si ce sont les soignants qui pratiquent, qui expliquent, qui font ; ce sont bien les patients qui sont maîtres de ce qui va leur arriver. Les soignants s'adaptent parce qu'ils sont à l'écoute des besoins de leurs patients. Encore une fois, le problème réside toujours dans les troubles psychologiques.

En effet, M. Paul (**enregistrement 1**) a pris le cas d'un patient nouvellement arrivé dans son service. Il explique aux lignes 29-31 : *« On a réussi à le maîtriser, à l'attacher au lit et il est resté trois semaines attaché au lit, quoi... Avant que le traitement fasse effet et qu'il puisse sortir, et après, sous traitement il était impeccable. »* L'équipe soignante a donc dû soustraire toute tentative de violence avec ce patient perturbé. Cependant, il précise qu'une fois calmé par l'intermédiaire des injections, il était irréprochable. On peut donc rejoindre l'idée de MME Sophie et M. Hugo : les patients doivent être tranquilisés et comprendre l'intérêt de leurs traitements pour entamer une bonne relation soignant/soigné.

Enfin, M. Hugo (**enregistrement 5**) nous montre aussi que cette bienveillance peut aussi se solder par un échec même si toutes les solutions ont été envisagées. Lignes 52-57 : *« ... nous préférons que ce soit de leur bon gré, parce que c'est plus facile pour nous, on peut entamer une liaison de confiance, discuter de leur problématique, on va avancer, on va les amener jusqu'à aller dans une unité de séjour où la poursuite des soins va se faire. Mais malheureusement ça arrive qu'ils soient toujours dans le refus, et à ce moment-là les traitements sont administrés par injection quoi... »* Par cette citation, on a bien la preuve que la force, de manière générale, est bien utilisée en dernier recours. Et elle est systématiquement utilisée pour le bien du patient. Malgré cela, force est de constater qu'elle fragilise énormément la construction d'une bonne alliance thérapeutique.

1.2.3 L'alliance thérapeutique :

1- La place du soignant :

Pour ce troisième item du cadre de références, la plupart des personnes interrogées m'ont permis de dissocier la place du soignant de celle du soigné.

Comme nous le dirait M. Mathieu (**enregistrement 2**) à la ligne 27, les soignants ne font qu' *« ... essayer de faire en sorte que ça se passe le mieux possible pour tout le monde. »* Ainsi, comme nous l'avons dit précédemment, ils n'utilisent la contrainte qu'en dernier recours, préférant des méthodes moins coercitives et davantage bienveillantes.

Pour aller plus loin, M. Mathieu disait aux lignes 23-25 : « ... *on peut travailler leur prise en charge et surtout la relation de confiance. C'est quelque chose qu'on met en place même si ça met du temps à s'établir, on va toujours essayer de favoriser cette relation de confiance pour voir si le patient va bien...* » L'alliance thérapeutique est donc une relation qui se construit sur du long terme.

Enfin, M. Hugo (**enregistrement 5**) dit aux lignes 43-45 : « ... *les méthodes qu'on utilise sont des méthodes qui sont quand même différentes de l'hospitalisation classique parce qu'on part du principe que ça n'a pas marché. Donc il faut essayer autre chose.* » Les mesures sont donc différentes de ce qui se fait dans d'autres services. Pour autant, le principe reste le même : obtenir le consentement du patient de manière à construire une meilleure alliance thérapeutique avec lui.

Pour conclure, M. Paul (**enregistrement 1**) dit à la ligne 59 : « *Il y a toujours des affinités.* » Prouvant ainsi que l'aspect humain reste considérable dans l'exercice de la profession, quelle qu'elle soit. Celle-ci peut être bénéfique pour le soignant comme pour le soigné, surtout si le premier ne fait pas pour autant du favoritisme au détriment des autres patients.

2 - La place du soigné :

Pour ce qui est de la description du soigné, toutes les personnes s'accordent à dire que les débuts sont difficiles mais que les patients changent complètement de comportement une fois traités. M. Paul (**enregistrement 1**) nous dit à la ligne 43 : « *Au début, c'était assez tendu, mais après ça s'est réchauffé...* » Dans son expression « ça s'est réchauffé », M. Paul parlait bien évidemment des qualités humaines et des relations avec les acteurs extérieurs (autres membres du personnel soignant, autres patients, famille du patient...) Aux lignes 35-36, M. Paul déclarait déjà : « *Une fois traité, impeccable. Il a passé six mois avec nous, il était dans la cour, respectueux, poli...* » Encore une fois, cet argument nous ramène à l'idée que les patients arrivent avec des troubles psychologiques qui les empêchent de penser de manière raisonnée. Une fois traités, ces derniers sont pleinement en mesure de montrer des qualités humaines affectueuses, attachantes, aimables...

Enfin, M. Jérôme (**enregistrement 3**) dit à la ligne 81 : « *On peut l'avoir l'alliance thérapeutique, mais il faut que le patient soit en capacité de la comprendre.* » L'idée la plus profondément ancrée dans cet argument est qu'un patient traité accepte avec beaucoup plus de

facilité et de raison le traitement qui doit lui être administré par les soignants. Il est irréfutable le fait que l'ensemble des personnes interrogées ont évoqué cette idée.

3 - Quand l'alliance thérapeutique est impossible... :

Pour autant, il est parfois possible qu'une alliance thérapeutique ne fonctionne pas, ou subit quelques problématiques diverses et variées. Ainsi, M. Paul (**enregistrement 1**) dit à la ligne 40 : « ... *on sait très bien qu'il était pas dans son état normal.* » Par ces propos, il faisait référence à un patient récemment arrivé dans son service et qui lui a donné du fil à retordre lors de sa prise en charge. Celui-ci refusait catégoriquement tout soutien et toute assistance et en est venu à être violent. En effet, plus loin, aux lignes 62-63, M. Paul ajoute : « ... *les seuls coups que j'ai pris, c'étaient des délirants. Donc non, on ne peut pas leur en vouloir. Si c'est un psychopathe qui me frappe, peut-être que ce ne sera pas pareil...* » Par ces dires, M. Paul insiste sur le contexte des violences subies. Il explique qu'un individu dénué de raison et de logique serait pardonné dans la mesure où il n'aurait pas conscience des conséquences de ses gestes ; or d'autres pathologies ne sauraient excuser celles-ci. On peut donc conclure cette parenthèse en appuyant le fait que certains actes, en fonction de l'état psychologique et pathologique du patient, auraient plus de conséquences néfastes sur l'alliance thérapeutique que d'autres. Il est incontestable de rappeler l'importance de l'aspect humain dans les relations et alliances thérapeutiques. Une idée que confirme grandement MME Sophie aux lignes 62-63 : « *Si on peut éviter la violence, forcément le traumatisme psychologique va être forcément moindre : je veux dire personne n'aime être plaqué et injecté.* »

On pourrait finir avec la tirade de MME Sophie qui résume pleinement les arguments qui viennent d'être effectués. Lignes 64-71 : « ... *quand le traitement antipsychotique va agir, on va pouvoir réexpliquer ça avec lui, retravailler ça derrière, lui expliquer ce qui s'est passé et pourquoi on a agi comme ça, même si sur le coup on explique mais en fait ils ne comprennent rien, ils ne sont pas là. Le psychopathe, lui, comprend très bien ce qui se passe. Il a parfois besoin de ça pour qu'on lui rappelle le cadre pour ensuite marcher droit comme on dit. On explique de suite et ils comprennent très bien, souvent ça aide justement à avoir une bonne alliance avec ce type de patient, de mettre d'entrée de jeu un bon cadre parce qu'en fait ils en ont pas l'habitude.* » Une citation qui permet de remettre en cause le rôle du patient dans la pleine construction de l'alliance thérapeutique. Celle-ci serait alors vécue comme un aboutissement par les soignants tandis qu'elle serait un accompagnement chez le

soigné dans la lente progression de sa maladie, quelle qu'elle soit et qui saurait demeurer secondaire. Par ailleurs, MME Sophie rappelle également l'importance d'un cadre pour faire en sorte que les patients se sentent mieux accompagnés.

7.3 Limites des entretiens :

1.3.1 Le questionnaire :

Pour légitimer davantage le travail effectué dans la rédaction de ce mémoire, il apparaît crucial de mettre en évidence les réflexions approfondies post entretien.

Tout d'abord, le choix des questions : à la fois un avantage comme un inconvénient, les questions ouvertes permettent d'envisager plus de réflexions que des questions fermées qui se solderaient simplement par des « oui » et des « non ». Pour autant, il aurait peut-être été plus judicieux d'envisager certaines reformulations, ou bien trouver d'autres pistes de réflexions dans l'élaboration de mes questionnements. En effet, certaines personnes interrogées ont eu du mal à se représenter « une situation qui a posé problème dans l'exercice d'un soin sans consentement ». Pour elles, cela fait partie du quotidien, elles n'ont jamais eu besoin de se figurer une situation en particulier. Il a donc fallu les pousser un peu plus dans les réflexions. Et cela peut avoir comme conséquences de freiner la créativité, le raisonnement et, plus involontaire, la véracité des propos.

Il me faut aussi aborder l'aspect temporel. Enchaîner les entretiens avec les différents membres du personnel soignant me faisait indubitablement heurter les limites imposées par le chronomètre. En effet, il me fallait édulcorer certains propos, que ce soit les miens ou ceux des personnes interrogées, afin de ne pas empiéter sur l'entretien suivant. Ce procédé limitait donc le temps de parole de chacune des personnes interrogées et donc, par extension, le flux d'informations recueillies.

1.3.2 L'analyse :

Poursuivre ces réflexions sur les éventuelles pistes d'amélioration m'a amené à envisager les avantages qu'aurait permis un second entretien avec les mêmes membres du personnel soignant. Revenir sur certains points, envisager d'autres solutions, poser des questions sur des parties floues afin de les approfondir auraient pu apporter des bénéfices que je n'ai pas anticipé pour ces travaux. Sachant cela, encore faudrait-il envisager des

questionnements plus aboutis et avoir préalablement analysé les précédents échanges avec les personnes interrogées.

Enfin, le nombre de participants. Cinq personnes furent choisies pour participer aux entretiens. Cependant, multiplier le nombre de participants permet d'avoir une multitude de réponses différentes sur un même sujet. De même, cette variété dans les champs de l'analyse nous amènerait des réflexions que nous ne pouvons anticiper. À ce moment-là, l'intérêt est de ne pas se perdre dans un amas d'informations qui peuvent se révéler fastidieuses quand les personnes interrogées se perdent dans leurs réflexions.

8. Conclusion

Grâce à ce travail de fin d'études, j'ai pu me rendre compte de multiples choses. En effet, il ne s'agissait pas simplement de traiter un cadre théorique à travers des recherches et des lectures, bien au contraire. Il a fallu voir bien au-delà d'un apport de théories classiques. Ce travail a permis de répondre à de multiples questions posées, mais surtout de traiter au départ une situation « problématique » pour moi. À travers mes recherches, j'ai pu répondre à mes questions et analyser les réponses obtenues.

Aujourd'hui, je peux dire que la situation vécue a été traversée avec les yeux d'une jeune étudiante qui débutait dans les soins sans comprendre réellement l'enjeu du soin sans consentement. L'évolution de la psychiatrie traverse le temps continuellement, et aujourd'hui, le malade est au centre de la prise en charge individuellement et dans son intégralité. Et ça, j'ai vraiment pu le comprendre grâce à mon travail et mes recherches. En effet, je porte maintenant un regard totalement différent sur la prise en charge face à un soin sans consentement.

Mon travail m'a permis un enrichissement tant sur le plan personnel que professionnelle. Les recherches effectuées mais surtout l'analyse sur les entretiens m'ont permis de découvrir certains aspects de la prise en charge psychiatrique que je ne comprenais pas. Ainsi, j'ai pu approfondir mes recherches sur cette alliance thérapeutique et le travail de confiance qui est un objectif à atteindre continuellement en psychiatrie.

Pour aller plus loin dans cette étude, il serait judicieux de rappeler qu'il est possible d'obtenir l'alliance thérapeutique malgré les nombreuses difficultés que représente la psychiatrie : c'est du moins ce que pensent la totalité des personnes interrogées. En ce sens, la problématique serait tout autre. Il serait intéressant de questionner les fondements du consentement à mesure de l'évolution des pratiques soignantes : que ce soit du point de vue de l'accessibilité et des améliorations du matériel, des conditions de travail, des locaux... En outre, si on ouvre ce nouveau champ d'études, on en reviendrait à questionner l'identité même du personnel soignant à ce jour. Ce sont en tout cas les questionnements qui concluent ce travail marquant la fin de trois années d'études difficiles, mais très riches en émotions personnelles et professionnelles.

9. Bibliographie

CICCONI Albert, *La violence dans le soin*, Dunod, 2014.

MARZANO Marchela, *Je consens donc je suis*, PuF, 2006.

HOCHMANN Jacques, *Histoire de la psychiatrie*, QSJ, 2004.

CYRULNIK Boris & LEMOINE Patrick, *Histoire de la folie avant la psychiatrie*, Odile Jacob, 2018.

POSTEL Jacques & QUETEL Claude, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Privat, 1983.

DESHAYS Catherine, *Trouver la bonne distance avec l'autre*, Dunod, 2010.

DUBREUCQ Julien, *La contrainte : Un outil de soins en psychiatrie ?*, Thèse, Grenoble, 2012.

ODIER Bernard (2016). L'odyssée des centres médico-psychologiques : penser le futur. *L'information psychiatrique*, 92, 527-534. <https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1513>

FRAÏSSE Anne. Soigner la folie dans l'Antiquité ? Le témoignage de Celse. In: *Vita Latina*, N°193-194, 2016. pp. 106-120.

MERLIER Philippe (2013). 6. Le consentement. Dans : , P. Merlier, *Philosophie et éthique en travail social: Manuel* (pp. 55-61). Rennes: Presses de l'EHESP.

FORMARIER Monique & Jovic LJIANA (2012). *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition*. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers.

FORMARIER, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>

ENGELHARDT TRISTRAM Hugo (2015). *Les fondements de la bioéthique*. Les Belles Lettres.

DESHAYS Catherine, *Trouver la bonne distance avec l'autre*, InterÉditions, 2018.

MARZANO Michela, « Qu'est ce que la confiance ? », RIMHE : Revue Interdisciplinaire.

Management, Homme & Entreprise 2012/1 (n°1), p. 83-96. DOI 10.3917/rimhe.001.0083

RICOEUR Paul, (2012) « Les trois niveaux du jugement médical », ESPRIT (n°227), p. 21-33

ANNEXES

10. Annexes

10.1 Annexe I : Lettre type de demande d'entretien



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

MME PASCAUD Mathilde
Etudiante en soins infirmiers
Adresse : 352 Chemin des Cigales
30650 Puy du Gard

Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des Soins

Téléphone : 06 35 30 61 45
Mail : mathildepascaud@hotmail.fr

Avignon, le 20/02/2022

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les services : D'accueils crises fermés, Accueils crises ouverts, Unités pour malades difficiles.

Je souhaite effectuer mes entretiens auprès d'une population de quatre infirmiers dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

Le soin sans consentement

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Mathilde PASCAUD

10.2 Annexe II : Entretien I : M. Paul

1 Enregistrement 1 :

2 Mathilde IDE : Je vais vous demander votre nom, prénom, âge et ancienneté dans le service.

3 M. Paul : *Monsieur Paul, je suis arrivé en 2000, j'ai obtenu le diplôme en 1987. Donc ça fait*
4 *22 ans que je suis là.*

5 Mathilde IDE : Qu'est-ce que vous pouvez me dire du service ? Quel est votre ressenti ?

6 M. Paul : *Il s'est beaucoup humanisé par rapport à quand je suis arrivé. Quand je suis arrivé,*
7 *c'était un service très rigide. Ils avaient des protocoles pour tout et ils n'en sortaient pas :*
8 *c'était très rigide. Et puis petit à petit les anciens sont partis, donc ça a permis d'humaniser*
9 *un peu les soins.*

10 Mathilde IDE : Est-ce que vous pouvez me raconter une situation en particulier qui vous
11 marquée par rapport à un patient hospitalisé ? Un soin sans consentement qui a été appliqué.

12 M. Paul : *Le plus fort, c'était il y a trois ans. On a reçu, le 26 décembre, un patient qui avait*
13 *fait un voyage pathologique en tuant cinq personnes au passage à lui tout seul. Donc ils nous*
14 *l'ont amené ici et, avec quinze policiers, voilà... Ils nous l'ont amené, et on a dit aux*
15 *médecins : « On l'attache parce qu'il est dangereux ». Et ils ont dit : « Non, non, on le*
16 *détache ! » « Bon, on lui met un traitement ? » Ils disent : « Non, non, je veux le voir à l'état*
17 *brut ». Donc, okay. Donc on le met en chambre d'iso et le soir, au moment des repas, on*
18 *allume les lumières, mais ça ne s'allume pas. Je me dis : «Tiens, il y a un problème*
19 *d'électricité. » Et le mec avait détaché le projecteur, il l'avait attaché avec son bras et il a*
20 *commencé à nous foncer dessus. À l'époque on était quatre, un qui était en cours, et trois qui*
21 *servaient les repas. Donc nous sommes trois à lui foncer dessus, c'était la baston la plus*
22 *totale. On a pu appeler le quatrième qui est venu mais même à quatre on s'en sortait pas. Les*
23 *renforts sont arrivés mais ça a duré au moins trois quarts d'heures. Le mec était un fou*
24 *furieux, il faisait un mètres quatre-vingt-dix, quatre-vingt-dix kilos, une force de la nature : il*
25 *était complètement délirant. Donc ça a été un moment vraiment très dur.*

26 Mathilde IDE : Il y a eu des blessés ?

27 M. Paul : *Oui, on a tous été blessé.*

28 Mathilde IDE : Comment avez-vous réussi à le stabiliser ?

29 M. Paul : *On a pu lui faire une injection après. On a réussi à le maîtriser, à l'attacher au lit et*
30 *il est resté trois semaines attaché au lit, quoi... Avant que le traitement fasse effet et qu'il*
31 *puisse sortir, et après, sous traitement il était impeccable. Gentil comme tout ! Donc on l'a*

32 *gardé six mois et après il a été rapproché de sa famille parce qu'il était de l'Oise. Donc on*
 33 *l'a envoyé sur Paris pour un rapprochement familial.*

34 Mathilde IDE : *L'alliance thérapeutique, une fois qu'il était sorti du délire... ?*

35 M. Paul : *Une fois traité, impeccable. Il a passé six mois avec nous, il était dans la cour,*
 36 *respectueux, poli...*

37 Mathilde IDE : *Et par rapport aux soignants qui étaient là ce jour-là, par rapport à cette*
 38 *bagarre, est-ce qu'il y a des soignants qui ont tenu rigueur de ça ? Est-ce qu'il y a des*
 39 *soignants qui ont du mal ?*

40 M. Paul : *Non, non parce qu'on sait très bien qu'il était pas dans son état normal.*

41 Mathilde IDE : *Pendant les trois semaines où il était attaché, comment se passait la*
 42 *communication ?*

43 M. Paul : *Au début, c'était assez tendu, mais après ça s'est réchauffé, quoi...*

44 Mathilde IDE : *Avez-vous quelque chose qui vous vient encore par rapport à un soin sans*
 45 *consentement où là, la relation a été compliqué quand le soin a été appliqué sans le*
 46 *consentement ?*

47 M. Paul : *Oui, c'est des patients qui refusent leur maladie, qui n'acceptent pas et qui disent :*
 48 *« Je ne suis pas malade, je n'ai pas besoin de soins ! » Et ils ne veulent pas en démordre. Des*
 49 *fois, on y arrive mais ça prend souvent six mois, un an...*

50 Mathilde IDE : *Des patients restent plus d'un an ici ?*

51 M. Paul : *Je ne sais pas... Oui. Je pense que la moyenne, c'est un an à peu près. Il y en a qui*
 52 *restent deux, trois ans, voire plus. Mais bon, il faut compter un an.*

53 Mathilde IDE : *Pour les personnes qui sortent des UMD, il y a des possibilités de reprendre*
 54 *une vie normale ?*

55 M. Paul : *Non, ils ne sortent jamais directement des UMD. Ils retournent toujours dans leur*
 56 *service d'origine et c'est le service d'origine qui fait en sorte de les sortir s'il y a possibilité.*

57 Mathilde IDE : *Au niveau des alliances thérapeutiques, est-ce qu'il y a des patients avec qui*
 58 *vous vous êtes plus attaché que d'autres ?*

59 M. Paul : *Oui, bien sûr ! Oui, c'est normal ! Il y a toujours des affinités.*

60 Mathilde IDE : *Avec votre expérience, vous n'avez jamais tenu rigueur à certains patients des*
 61 *actes qu'ils auraient pu commettre envers vous ?*

62 M. Paul : *Non, les seuls coups que j'ai pris, c'étaient des délinquants. Donc non, on ne peut pas*
 63 *leur en vouloir. Si c'est un psychopathe qui me frappe, peut-être que ce ne sera pas pareil...*

10.3 Annexe III : Entretien II : M. Mathieu

1 Enregistrement 2 :

2 Mathilde IDE : Je vais vous demander votre nom, prénom, âge et ancienneté dans le service.

3 M. Mathieu : *M. Mathieu, 38 ans, j'ai le diplôme depuis 2009 et ça va faire treize ans que je*
4 *suis ici. J'ai commencé directement ici.*

5 Mathilde IDE : En quelques mots, quels sont vos ressentis du service ? Comment vous
6 sentez-vous ici ? Qu'est-ce que vous en pensez ?

7 M. Mathieu : *Ça fait treize ans que j'y suis et ça a beaucoup évolué. J'ai aussi fait mon*
8 *premier stage de psychiatrie ici également, j'ai travaillé l'été, j'ai passé mon diplôme... Ça a*
9 *énormément évolué. Plutôt dans le bon sens et heureusement parce qu'il y a d'autres choses*
10 *pour lesquelles c'est un peu plus compliqué, mais globalement ça a sacrément évolué ; ne*
11 *serait-ce que par les locaux. Les locaux ont été refait, avant c'était très carcéral. Rien que*
12 *pour ça, le climat est plus agréable, quoi... Pour nous, pour les patients...*

13 Mathilde IDE : Pouvez-vous me raconter une anecdote sur un patient qui a été hospitalisé ici
14 avec un soin sans consentement qui a été appliqué, une injection de force, un passage à l'acte.

15 M. Mathieu : *Énormément ! C'est dur d'en tirer un du lot ! Beaucoup de prescriptions sont*
16 *refusées ; nous on part toujours du traitement si besoin, si systématique. Si le patient est*
17 *cliniquement stable pour l'accepter et s'il y a besoin de changements... Après ça peut arriver*
18 *qu'on propose des traitements. Des passages à l'acte forcément, des administrations, des*
19 *aides... Il y en a eu beaucoup aussi.*

20 Mathilde IDE : Et comment ça se passe par rapport à l'alliance thérapeutique quand les
21 patients refusent le soin ?

22 M. Mathieu : *C'est vrai qu'ici les patients restent longtemps, minimum six mois. Donc ce qui*
23 *est intéressant, c'est qu'on peut travailler leur prise en charge et surtout la relation de*
24 *confiance. C'est quelque chose qu'on met en place même si ça met du temps à s'établir, on va*
25 *toujours essayer de favoriser cette relation de confiance pour voir si le patient va bien, moins*
26 *bien ou que des événements un peu plus compliqués peuvent arriver. Justement on va jouer*
27 *sur ça pour essayer de faire en sorte que ça se passe le mieux possible pour tout le monde.*

28 Mathilde IDE : Et au niveau de votre ressenti par rapport à quand vous êtes arrivé il y a treize
29 ans et maintenant au niveau de la prise en charge des patients ?

30 M. Mathieu : *Quand je suis arrivé ici... Ne serait-ce qu'au début de la prise en charge des*
31 *patients, les patients au moins une semaine en isolement quand ils arrivaient. C'était*
32 *systématique, c'était pas sectorisé. On recevait des patients de toute la France. Donc quand*

les patients arrivaient, ils restaient au moins une semaine systématique en chambre d'isolement. C'était l'accueil, et ensuite, il y a ce qu'on appelait à l'époque des séquentielles, c'est-à-dire qu'on les mettait au contact des autres patients une heure le matin et une heure l'après-midi, et on élargissait ce temps-là au fur et à mesure. C'est le médecin qui était en place, il a pris sa retraite l'année suivante ; derrière, la prise en charge avait déjà bien évolué : c'était accueil en chambre d'isolement dans tous les cas mais toujours une sortie selon l'état clinique ; c'était plus adapté. Il n'y avait pas de délai imparti. Le patient faisait entre 24 et 72 heures dans la chambre d'isolement, le temps qu'il appréhende un peu le service, fasse connaissance, nous également... et ensuite, on élargissait les étapes au fur et à mesure. Là, maintenant avec les nouvelles lois, et justement le fait qu'on ne peut plus isoler les patients comme on le faisait auparavant... Il n'y a plus cette possibilité de mettre le patient à l'écart à l'entrée et de prendre le temps d'appréhender un peu la prise en charge en UMD, ce qui peut être différent par rapport à ce qui se fait en service d'accueil et crise. Du coup, on fait différemment. Les patients sont de suite mis en contact avec les autres patients le lendemain si l'état clinique est plutôt stable ; et c'est vrai que du coup la prise en charge a évolué parce que du coup avant, même si le patient était en chambre d'isolement, on ne pouvait pas prendre le temps justement de prendre contact un peu avec lui. Là, ils sont mis dans la salle avec tout le monde, ils ne connaissent personne, même nous ils ne nous connaissent pas. Il y a des points forcément négatifs mais ça a beaucoup évolué.

Mathilde IDE : Au niveau des pathologies présentes dans le service, avec lesquelles peut-on élaborer une relation de confiance et avec lesquelles est-ce plus compliqué ?

M. Mathieu : La plupart du temps, on a une impasse thérapeutique. Il n'y a pas de pathologies sur lesquelles... Parce que quelle que soit la pathologie, c'est ce qu'on va travailler nous, finalement. Ça facilite la prise du traitement, les patients arrivent à verbaliser avec nous, il y a une prise de confiance par rapport à ça. La majeure partie des patients sont schizophrènes, et dans ces schizophrènes la plupart du temps c'est soit de schizophrénies paranoïdes, soit des schizophrénies dysthymiques. La plupart du temps, ce sont ces pathologies-là qu'on retrouve, dans 99 % des cas.

Mathilde IDE : Au niveau de votre ressenti personnel, en avez-vous voulu à des patients, par rapport à certains passages à l'acte.

M. Mathieu : Oui, ça peut arriver. Justement, c'est là où le travail d'équipe est important ; on peut passer le relai à ses collègues quand on sent que nous c'est pas possible. Des fois on fait des projections, ça nous renvoie des choses au quotidien. Et pour les passages à l'acte, au bout d'une fois, deux fois, trois fois... au bout d'un moment, on peut se dire que derrière la

67 *prise en charge va être compliquée. C'est que c'est important quand on a une équipe*
68 *pluridisciplinaire, éclectique, de tout horizon, tout bord, tout âge confondu... C'est*
69 *intéressant... ! On peut passer la main assez facilement.*

10.4 Annexe IV : Entretien III : M. Jérôme

1 Enregistrement 3 :

2 Mathilde IDE : Quel est votre nom, l'année d'obtention de votre diplôme et depuis combien
3 de temps vous êtes là ?

4 M. Jérôme : *M. Jérôme, diplôme en 1995, je suis en UMD depuis décembre 2007.*

5 Mathilde IDE : Pouvez-vous me dire en deux mots le ressenti que vous avez du service et ce
6 que vous en pensez ?

7 M. Mathieu : *Je trouve que ça se dégrade, on s'y sent de plus en plus mal. Quand je suis*
8 *arrivé en 2007, on passait sur des nouveaux bâtiments ; avant c'étaient des bâtiments qui*
9 *dataient des années 60-70, on aurait dit des tentures du goulag un peu. Ça faisait vraiment*
10 *peur, on a des photos d'ailleurs... Donc je suis arrivé dans ces locaux qui sont très bien faits.*
11 *On a un protocole avec une inertie favorable, avec un projet de soin qui est valable mais qui*
12 *nécessite beaucoup d'agents, que ce soit accueil crise, pavillon de ressources,*
13 *l'ergothérapie ; sauf qu'au fur et à mesure ça s'est délitée, les agences sont parties. Toutes les*
14 *lois qui arrivent derrière, sur l'isolement, la contention, tout ça, qui sont pas trop adaptées à*
15 *notre prise en charge des patients qu'on peut avoir ici. Donc on a des difficultés, les médecins*
16 *sont partis ; maintenant on a deux médecins en arrêt maladie, on en a deux autres qui ne*
17 *jugent que par la loi, la loi « dit ça, je fais ça », la loi « dit ça, je fais ça »... « tel médicament*
18 *risque d'entraîner tel effet secondaire donc je le donne pas »... Donc en fait le patient est mis*
19 *de côté entre guillemets. Donc on est plus là, à regarder ce que la loi nous permet de faire ou*
20 *de ne pas faire et à regarder les effets secondaires ou les interactions médicamenteuses qu'on*
21 *risque d'avoir donc on ne va pas utiliser telle ou telle chimiothérapie, même si elle est, en*
22 *pratique, favorable au patient. Donc c'est ça qui est difficile. On est de moins en moins ;*
23 *peut-être qu'il y a trente ans, il y avait plus de violences et que c'était dangereux, ce qui n'est*
24 *plus le cas à l'heure actuelle depuis qu'ils ont ouvert pas mal d'UMD. Ici on a des patients*
25 *qui, souvent, n'ont rien à faire ici. À l'époque, on avait quatre, cinq UMD sur la France, les*
26 *patients les plus difficiles étaient chez nous. Maintenant, ce sont des patients dont on n'arrive*
27 *plus trop à gérer dans les unités d'origine, peut-être par rapport à la violence mais aussi par*
28 *rapport au manque d'effectif. Effectivement on est toujours motivé parce qu'on travaille avec*
29 *des êtres humains, on essaie de faire le travail au mieux, mais on n'a pas les moyens pour le*
30 *faire et on est toujours entre deux chaises par rapport aux exigences des médecins et la loi.*
31 *Donc on en est là, il y a beaucoup de démissions. 60 à 70 % des infirmiers sont partis, là on*
32 *en a encore 7 qui vont partir, donc on a du mal à recruter... Donc après on se retrouve,*

33 *comme à chaque fois, en difficulté. C'est bon pour personne en fait... Parce que du coup, on*
34 *n'arrive pas à recruter ; ceux qui sont là, ils s'en vont, il y a de tout âge... Il y a un collègue*
35 *qui est parti la semaine dernière, il y en a encore deux qui vont bientôt partir, trois qui ont*
36 *demandé des mutations... donc on est déjà en sous-effectif chronique. Je sais pas comment on*
37 *va faire... Et on doit se mettre en sécurité parce qu'on a des patients qui peuvent être, pour*
38 *certains pas difficiles, mais dangereux ; donc on demande à avoir un effectif minimum de cinq*
39 *l'après-midi. On demande cinq le matin, ils ne veulent pas ; parce que quand il y a des*
40 *passages à l'acte, ça peut être très violent et des fois c'est pour tuer ! On a eu des collègues*
41 *avec des passages à l'acte qui étaient ciblés. Ce n'est pas systématiquement dans l'instant*
42 *présent. Il y a des patients avec des maladies qui ont du mal à différer les passages à l'acte ;*
43 *ils attendent qu'on soit en difficultés pour se mettre d'accord et essayer de tuer, pour*
44 *certains. Ici, il y a moins de violence comme il pourrait y en avoir dans les unités d'accueil*
45 *crise standard. Moi j'ai travaillé cinq ans dans les crises fermées, c'était beaucoup plus*
46 *violent qu'ici ; si ce n'est qu'ici, quand le patient se décide à passer à l'acte, il sait ce qu'il*
47 *risque derrière.*

48 Mathilde IDE : Avez-vous une anecdote en particulier à me raconter sur un patient avec qui
49 vous avez injecté un soin sans consentement ? Un patient qui vous a marqué ?

50 M. Mathieu : Ici, il n'y a rien qui me vient à l'esprit, si on doit le faire, on le fait. Mais ça,
51 c'est toujours pareil, c'est dans la globalité. Maintenant, la loi dit : « le patient est enfermé
52 dans une structure avec un soin, avec une indication, par contre, il a le choix ou pas
53 d'accepter le traitement ». Donc on a eu, avec le médecin traitant qui est parti... disons qu'il
54 appliquait la loi. Le patient ne veut pas, on va attendre, pour voir. On va attendre ; ce qu'il
55 s'est passé, c'est que le traitement, le patient l'a refusé. Mais après, le médecin y arrive.
56 Parce que si on juge que le patient refuse de prendre son traitement, eh bien le traitement, il
57 va le prendre... Il est déjà arrivé un patient, dont le médecin disait : « On va aller en
58 isolement, voir comment il est ». À l'époque, on avait eu quatre ou cinq blessés. Le problème
59 avec ce genre de patients, c'est que c'est toujours la loi. Donc le problème, c'est à quel
60 niveau la loi nous dit qu'ils doivent prendre le traitement... On va pas les obliger si ce sont
61 des traitements basiques entre guillemets, de transit. Pour les autres, on va voir, on va faire
62 des évaluations, tout ça... Par contre, sur les neuroleptiques ou autres, on va se tenir aux
63 traitements, quoi... Donc en fait, on va quand même inciter fortement le patient à prendre son
64 traitement. Mais en théorie, on est quand même assez embêtés. Le médecin peut aussi
65 prescrire des médicaments sans effets secondaires mais qui sont très limités, donc la prise en
66 charge va être beaucoup plus longue. La façon de travailler maintenant est différente d'il y a

67 dix ans. Tout est difficile parce que le médecin il vient et il se casse, il fait beaucoup moins
68 confiance à l'équipe parce que le patient arrive à se contenir dix minutes, un quart d'heure,
69 une demi-heure ; ça peut arriver... et après il va se lâcher ! Toutes les barrières vont lâcher.
70 Et en fait le médecin arrive et il dit : « Bon ba moi, à l'instant T, le patient, il est bien, donc
71 j'enlève l'isolement, j'enlève tout ça ». Mais nous on vous dit qu'il ne va pas bien, par
72 rapport à notre expérience. « Oui, mais c'est moi le médecin, c'est moi qui décide ! » Donc,
73 des fois on en est là. Et c'est néfaste ! C'est néfaste... On a aussi l'exemple de patients qui
74 voulaient être entravés parce qu'ils savaient qu'ils allaient passer à l'acte, ils savaient que la
75 pulsion étaient la plus forte. Sauf que, pour que le patient soit entravé, il va falloir attendre
76 qu'il passe à l'acte, alors que le patient SAIT, il SAIT... ! Mais non... On pourrait en discuter
77 longuement de ça, des exemples...

78 Mathilde IDE : Qu'est-ce que vous pensez de l'alliance thérapeutique par rapport aux soins
79 sans consentement ?

80 M. Mathieu : On peut l'avoir l'alliance thérapeutique, mais il faut que le patient soit en
81 capacité de la comprendre. C'est ça... Donc si au départ le patient a un traitement qui... on
82 l'obtiendra jamais... À un moment donné il va falloir passer en force malheureusement. C'est
83 bien de passer en force en équipe : avec le médecin, les infirmiers, tous les acteurs de la prise
84 en charge. Et c'est pour ça que souvent les hospitalisations durent plus qu'elles ne devraient
85 être, et ne le devraient pour certains patients. C'est-à-dire que des fois on va faire évoluer le
86 patient dans la prise en charge dans les UMD alors que peut-être sa clinique, en théorie, ne
87 le permettrait pas, parce qu'en passant, il change de médecin, il change d'équipe. Des fois
88 c'est parce qu'on a tout tenté, et des fois c'est parce qu'on est bloqué par la prise en charge
89 médicale. Donc en changeant, il y a une autre vision, un autre médecin, une autre vision de
90 l'acte thérapeutique. Après, l'acte thérapeutique est primordial. C'est bien quand le patient
91 dit : « C'est bien » ou « Je suis OK ». Ici, on arrive souvent à l'obtenir parce qu'il y a aussi
92 un suivi médical de six mois.

93 Mathilde IDE : Avez-vous tenu rigueur à certains patients par rapport à leurs passages à
94 l'acte ?

95 M. Mathieu : Alors, nous on va voir si les passages à l'acte sont liés à la maladie psychiques
96 ou autres, des hallucinations ; on va en tenir rigueur par une prise en charge qui sera
97 différente par la suite. Après, quand ce sont des passages à l'acte de personnes
98 psychopathiques, le patient sait exactement pourquoi il le fait ; ça, c'est arrivé, on en tient
99 rigueur, on demande à ce que le patient parte d'ici parce que la prise en charge n'est plus
100 possible... On n'est pas maltraitants, mais on ne l'aidera plus autant que ce que nous

101 *pourrions faire. On demande à ce que le patient soit muté, au moins changé d'unité, voire*
102 *pour certains on les a muté dans d'autres UMD. On ne peut pas être bien avec tout le monde,*
103 *on est une équipe. Si ça ne se passe pas bien avec un patient, pour différentes raisons, on fait*
104 *notre boulot et on n'ira pas plus loin. Par contre, le reste de l'équipe le prend en charge*
105 *totalement. C'est là qu'on se rend compte de jusqu'où on peut aller avec tel ou tel patient.*
106 Mathilde IDE : Michela MARZANO disait : « Je consens donc je suis... » : Vous en pensez
107 quoi par rapport à votre service ?
108 M. Mathieu : *Disons qu'ici, les patients qui refusent sont souvent ceux qui ne sont pas*
109 *conscients de leur maladie donc je pense qu'il faudrait plutôt voir l'adhésion de la prise en*
110 *charge une fois la maladie stabilisée. C'est vraiment au cas par cas. Soit le patient est*
111 *conscient de certains troubles, de certains signes mais il ne dira pas : « c'est la*
112 *schizophrénie ».* Ils acceptent le traitement jusqu'à une certaine limite. C'est déjà arrivé que
113 *des patients reviennent parce qu'ils ont arrêté les traitements, la schizophrénie est revenu et*
114 *les passages à l'acte ont repris. Chaque fois qu'ils reviennent, il y a une aggravation de la*
115 *maladie et ça prend encore plus de temps pour retrouver un équilibre. Il faudrait que le*
116 *soutien à l'extérieur soit plus prégnant.*

10.5 Annexe V : Entretien IV : MME Sophie

1 Enregistrement 4 :

2 Mathilde IDE : Je vais vous demander votre nom, prénom, âge et ancienneté dans le service.

3 MME Sophie : *Sophie, diplômée de 2014 et je suis dans ce service depuis deux ans. Depuis*
4 *que je suis diplômée j'ai toujours fait de la psychiatrie, donc ça fait huit ans en tout ; en*
5 *accueil crise ouvert, et après je suis arrivée en accueil crise fermé.*

6 Mathilde IDE : Pouvez-vous expliquer ce que vous ressentez dans ce service ? En quelques
7 mots : les conditions, l'environnement...

8 MME Sophie : *Je dirais qu'heureusement que nous sommes soudés entre collègues, on a une*
9 *excellente cohésion entre nous, pour avoir une bonne cohérence dans les soins ; parce qu'à*
10 *l'heure de pénurie médicale, à l'heure de restrictions budgétaires, à outrance, etc... le soin*
11 *perd de son sens de plus en plus au profit de prétendus droits du patient qui pénalisent tout le*
12 *monde et de la sécurité à outrance et des parapluies qui sont tirés de tous les côtés. Donc je*
13 *dirais qu'heureusement qu'on s'entend très bien dans toute l'équipe, on est très fraternels*
14 *parce que des coutures on en a et que c'est entre nous qu'on se soutient le mieux.*

15 Mathilde IDE : Pouvez-vous me raconter une situation qui vous a marquée où il y a un patient
16 qui a été hospitalisé où vous avez dû appliquer un soin sans consentement, avec ou pas
17 chambre d'isolement ?

18 MME Sophie : *Tous les jours ? Parce que dans le principe c'est ça, tous les jours on*
19 *accueille des patients qui ne veulent pas être ici parce que c'est le principe d'une unité*
20 *accueil crise fermé ; c'est-à-dire des personnes qui ne veulent pas être soignées et qui sont en*
21 *soin sans consentement. Donc tout est dans l'art de l'explication du soin, tout est dans l'art*
22 *de la rassurance en fait. Pas plus tard que hier par exemple, on a accueilli un patient qui*
23 *avait menacé de se suicider avec une grenade et du gaz, de faire péter la maison avec sa*
24 *famille qui a alerté de suite forcément les gendarmes qui ont débarqué chez lui, qui ont*
25 *fracassé sa porte, qui l'ont fracassé lui, qui lui sont tombés dessus pour s'apercevoir que la*
26 *grenade était en fait une grenade de sa collection et que les armes à feu c'étaient des armes*
27 *de airsoft, des petits pistolets. Donc toujours est-il qu'il avait menacé de se suicider et il a fait*
28 *déplacer, pas le GIGN mais enfin tout le gros gratin de la police et il est arrivé chez nous pas*
29 *content, forcément, de s'être fait tomber dessus pas des gros gaillards comme ça. Il n'a pas*
30 *compris ce qui lui est arrivé lui, il était tranquille dans son canapé. Il est arrivé ici hier soir à*
31 *20 h, paniqué d'être dans un hôpital psychiatrique avec des fous qui font très peur. Il avait vu*
32 *des reportages sur la psychiatrie, a entendu beaucoup de choses sur le psychiatrie ; et le fait*

33 *qu'il était pas content d'être ici, qu'il en voulait à sa famille du coup d'avoir appelé et*
34 *d'avoir alerté tout le monde pour si peu... Voilà tout le contexte du patient qui ne veut pas*
35 *être hospitalisé mais qui a quand même une problématique d'impulsivité, d'immaturité... Du*
36 *coup, on a passé près d'une heure hier à lui expliquer que c'était pas la faute de sa famille,*
37 *c'était un médecin qui l'avait hospitalisé sous contraintes parce que lui il ne critiquait*
38 *absolument pas son geste, qu'il avait toujours des intentions de suicide par moments, qu'il*
39 *avait une humeur qui était toujours triste et qu'il avait besoin de professionnels pour l'aider*
40 *et que sa famille ne suffisait pas. Après, il n'y a pas eu de violence outre mesure, on l'a quand*
41 *même mis par précaution, parce qu'on nous l'a quand même annoncé comme suicidaire par*
42 *grenade et arme à feu, on l'a quand même mis en chambre sécurisée, c'est-à-dire pour les*
43 *personnes suicidaires, sans objet contondant, sans risque majeur, avec pyjama en papier*
44 *déchirable. Et puis finalement on s'est aperçu qu'en fait il repasserait pas à l'acte. Des*
45 *entrées un peu fracassantes comme ça, j'ai envie de dire qu'il y en a tous les jours.*

46 Mathilde IDE : Et au niveau du traitement, comment avez-vous pu lui administrer quelque
47 chose ?

48 MME Sophie : *Alors il est arrivé, il était plutôt calme. Il n'y a pas eu de nécessité outre*
49 *mesure, dans le sens ou même aujourd'hui il n'a pas besoin particulièrement de traitement.*
50 *Ça va être plutôt de l'échange, de l'écoute et peut-être un anxiolytique pour apaiser. Il va*
51 *être évalué, je pense, lundi par les médecins sur les prochains jours pour voir si c'était*
52 *impulsif ou si on a vraiment une dépression. Ça ne s'évalue pas en un jour, quoi. Pour*
53 *l'instant, il n'a pas eu besoin qu'on lui administre un traitement... Après, il y a eu des*
54 *situations où on a eu besoin d'administrer un traitement, parce qu'il y a eu des agitations par*
55 *exemple ; le patient n'est vraiment pas du tout d'accord pour être ici, il s'agite, souvent il ne*
56 *comprend pas... Ça va être deux types de personnes qui vont faire ça : soit ce sont les*
57 *psychotiques qui délirent plein tube, qui ne sont pas du tout dans la réalité ; soit ça va être*
58 *plutôt de l'ordre de la psychopathie qui ne vont pas avoir l'habitude d'avoir des règles et un*
59 *cadre, qui vont être dans la transgression du cadre... Les deux options de violence vont être*
60 *différentes je dirais, mais le traitement va être le même...*

61 Mathilde IDE : Au niveau de l'alliance thérapeutique, qu'en est-il ? Surtout à ce moment-là.

62 MME Sophie : *Si on peut éviter la violence, forcément le traumatisme psychologique va être*
63 *forcément moindre : je veux dire personne n'aime être plaqué et injecté. Un psychotique ne*
64 *va pas comprendre ce qui lui arrive, il va être complètement perdu, etc. Du coup, quand le*
65 *traitement antipsychotique va agir, on va pouvoir réexpliquer ça avec lui, retravailler ça*
66 *derrière, lui expliquer ce qui s'est passé et pourquoi on a agi comme ça, même si sur le coup*

67 on explique mais en fait ils ne comprennent rien, ils ne sont pas là. Le psychopathe, lui,
68 comprend très bien ce qui se passe. Il a parfois besoin de ça pour qu'on lui rappelle le cadre
69 pour ensuite marcher droit comme on dit. On explique de suite et ils comprennent très bien,
70 souvent ça aide justement à avoir une bonne alliance avec ce type de patient, de mettre
71 d'entrée de jeu un bon cadre parce qu'en fait ils en ont pas l'habitude. Et c'est angoissant
72 pour eux de ne pas en avoir. C'est terrible pour eux de se dire... C'est à la fois un besoin
73 parce qu'ils sont tout puissants, ils se disent « je fais ce que je veux », et arrivés ici, ils ne
74 peuvent pas donc on ne peut pas se laisser faire. « Que tu veuilles ou pas être là, ce n'est pas
75 de notre faute, on n'a pas à être tapés. » Du coup voilà, on recadre les choses de cette
76 manière et puis ça rentre dans le soin aussi. C'est à eux d'apprendre les limites, d'apprendre
77 le truc donc l'alliance thérapeutique elle se fait aussi là-dessus, d'expliquer le pourquoi on
78 agit comme ça. Et pour un patient comme celui qui est entré hier soir, de lui expliquer que de
79 toute façon il n'a malheureusement pas le choix d'être ici, que c'est pas lui qui décide
80 malheureusement aujourd'hui parce qu'il n'est pas en état ; le médecin a évalué qu'il n'était
81 pas en état de prendre la décision rationnelle pour lui-même aujourd'hui et qu'il avait besoin
82 de soins pour pouvoir avoir une décision rationnelle, qu'on allait évaluer ça sur les
83 prochains jours pour voir s'il n'y a plus de risque de le laisser sortir. C'est plutôt de la
84 réassurance là, plutôt de l'anxiété d'être ici. Il faut aussi dire que son ego en a pris un coup !
85 C'est son humilité qui en a pris un coup ! Et dans ce cas-là, on va être plus dans la
86 réassurance et dans l'échange plutôt au niveau revalorisation parce qu'effectivement il y en a
87 qui ont une humeur basse donc en fait ça découle de cette humeur donc on va travailler sur
88 cette humeur, lui faire comprendre qu'à un moment donné il a besoin aussi et que c'est pas
89 une honte d'avoir besoin d'aide.

90 Mathilde IDE : Et au niveau de vos ressentis ? Cela vous est-il déjà arrivée de vous dire
91 « Mince, j'aurais aimé que, de par mes agissements, de par ma posture de soignante, je
92 pensais que ça allait découler bien pour ce patient, et finalement... ? »

93 MME Sophie : Oui, des fois avec les patients on fait tout ce qu'on peut mais soit ils ne
94 comprennent pas parce qu'ils sont psychotiques et c'est encore une fois on a beau expliquer
95 les choses calmement, les mettre tranquilles parce qu'ils sont agités... de toute façon, on ne
96 pourra rien faire. En fait après, la posture de soignante, elle part des connaissances qu'on a
97 de la pathologie. Si on voit qu'un patient est complètement délirant, on pourra expliquer tout
98 ce qu'on veut, ça va pas droit dans sa tête, les pensées sont complètement décousues,
99 complètement dissociées. On ne va jamais au but final qui est le raisonnement logique. Il n'y
100 a pas de raisonnement logique, donc en fait on aura beau nous lui expliquer de manière

101 *logique... Du coup, tant que les médicaments n'agissent pas... Et ça, ils ne peuvent pas le*
102 *comprendre, ils ne peuvent même pas le savoir, ils ne sont même pas en état de l'imaginer ; et*
103 *de l'accepter. Sauf qu'ils souffrent ! Et on ne peut pas laisser des patients souffrir. Donc c'est*
104 *un mal pour un bien. Peser le pour et le contre. La médecine c'est toujours ça. Est-ce qu'on*
105 *le laisse souffrir et se faire du mal parce que généralement c'est plutôt ça : ils sont dans la*
106 *rue, ils se font du mal, ils se mettent en danger parce qu'ils sont au milieu de la route ou alors*
107 *ils vont aller chercher les mauvaises personnes et qu'ils vont se faire fracasser la gueule...*
108 *Donc voilà... Est-ce qu'on les laisse tout seul dehors ou est-ce que, bah tant pis, on les rentre*
109 *de force, on les injecte pour qu'ils redescendent au niveau délirant... Est-ce que c'est nous les*
110 *méchants finalement où est-ce que ce sont les gens de dehors qui sont bien moins intentionnés*
111 *que nous ? Et je pense qu'ils le savent ! Et que quand ils redescendent, les patients, ils le*
112 *savent qu'on est là pour eux et qu'on n'a pas fait ça parce qu'on est des méchants. Et je*
113 *pense qu'ils le comprennent aussi parce que le reste du cadre est cohérent. C'est-à-dire que*
114 *généralement l'iso ça recentre, ça les aide à être recentrés sur eux-mêmes, moins éparpillés*
115 *parce que là on parle d'angoisse de morcellement chez un psychotique par exemple. Et donc*
116 *du coup ça recentre, ça les aide aussi à se calmer et surtout je pense que c'est le seul endroit*
117 *au monde, sur Terre, où ils sont compris. Ils sont compris parce qu'on les accepte tels qu'ils*
118 *sont. Ailleurs, c'est pas le cas. Ailleurs, ils vont être discriminés, ils vont être moqués, ils vont*
119 *être violentés. Ils vont profiter d'eux, de leur vulnérabilité, etc... Ici, absolument pas ! Et je*
120 *pense que s'ils ne le comprennent pas au début, très vite ils le comprennent. C'est triste de se*
121 *dire que le seul endroit où ils sont compris tels qu'ils sont, ou en tout cas acceptés tels qu'ils*
122 *sont, c'est ici. Et donc, même si au début on est un peu violents avec eux, après coup, ils*
123 *redescendent, et quand ils redescendent ils s'en aperçoivent... Après, c'est un cercle un peu*
124 *vicieux parce que la pathologie fait que, à un moment donné, même s'ils le comprennent*
125 *quand ils sont stabilisés, quand ils le sont plus... voilà... Il n'y a plus de raisonnement*
126 *logique et on recommence... En vieillissant, ils apprennent de leurs erreurs quand même... ou*
127 *pas.*

10.6 Annexe VI : Entretien V : M. Hugo

1 Enregistrement 5 :

2 Mathilde IDE : Je vais vous demander votre prénom.

3 M. Hugo : *Je m'appelle Hugo, j'ai bientôt 27 ans, je suis diplômé depuis bientôt quatre ans,*
4 *donc c'était en 2018. En fait, dans le service là ça fait un an et demi mais j'avais déjà fait six*
5 *mois avant. J'ai fait un passage dans une unité, donc en gros ça va faire quatre ans et dans le*
6 *service deux ans ici. Deux ans à l'olivier et deux ans au murier. Deux ici dans le service*
7 *d'accueil des UMD et deux ans sur un service de séjour post crise.*

8 Mathilde IDE : Que pouvez-vous me dire du service ?

9 M. Hugo : *Le principe de ce service est d'accueillir des patients de toute la France qui ne*
10 *sont pas gérables dans des unités telles que crise classique et psychiatrique. C'est-à-dire*
11 *qu'on est désectorisé, on soigne des patients de toute la France, et voilà. Ce sont des patients*
12 *difficiles et voilà on les reçoit parce qu'il y a souvent une base thérapeutique, soit des*
13 *violences qui sont gérables ; et ces violences elles peuvent être sur d'autres patients, sur*
14 *d'autres soignants ; ou sinon ça peut être également des patients qui viennent de faire un acte*
15 *médicolégal (meurtre) ; voilà, c'est vraiment une condition.*

16 Mathilde IDE : Pouvez-vous me raconter une situation où un patient a été hospitalisé sans
17 consentement qui vous a particulièrement marquée ?

18 M. Hugo : *Il faut savoir que les patients qui sont hospitalisés ici, ils sont tous sous un mode*
19 *SDE (de soins à la demande d'un représentant de l'État) et donc en fait, par définition, ce*
20 *sont des soins obligatoires. Donc ce sont des soins qui, peu importe en théorie, devraient être*
21 *acceptés par le patient en fait. Sauf que c'est particulier parce que c'est vrai qu'on a aussi au*
22 *quotidien nous on recherche le consentement du patient malgré le fait qu'il soit sans*
23 *consentement. Ça se fait par de la négociation, par de l'explication de la situation... Donc on*
24 *est à la recherche du consentement malgré le fait que le soin, quoi qu'il arrive, va être sans*
25 *consentement, c'est-à-dire qu'ils doivent prendre leur traitement. Notre but, c'est qu'ils le*
26 *prennent, mais aussi qu'ils comprennent que le prendre, c'est dans leur intérêt, que ce soit*
27 *d'un point de vue ; pour la suite de leur vie, pour les personnes qui les entourent etc... Voilà.*
28 *Ensuite, une situation qui m'a marquée... Je dirais que les patients qu'on rencontre ici sont*
29 *souvent très ambivalents avec les soins, c'est-à-dire qu'ils vont être capables, une fois que les*
30 *traitements ont été acceptés, de voir qu'il y a eu une amélioration pour eux, mais d'un autre*
31 *côté il va y avoir ensuite aussi un refus, ils ne voudront plus les prendre à cause des effets*
32 *secondaires de ces médicaments. Donc c'est une ambivalence là-dessus. De toute façon, la*

33 *plus grande partie des patients sont schizophrènes. La schizophrénie entraîne cette*
34 *ambivalence, c'est-à-dire à la fois comprendre que les traitements leur font du bien, et à la*
35 *fois être persuadés que ces traitements leur font du mal. Voilà... Donc on est tout le temps en*
36 *train de se battre un peu avec ça.*

37 Mathilde IDE : Et du coup, comment se passent et s'installent les alliances thérapeutiques ? Et
38 plus particulièrement quand ils refusent de prendre leur traitement.

39 M. Hugo : *Alors, ici, c'est très particulier parce que déjà ce sont des UMD. Les UMD en*
40 *France, il n'y en a que neuf. Disons que c'est le dernier rempart de la psychiatrie en France,*
41 *après nous, surtout l'accueil crise, je parle en tant qu'infirmier en accueil crise, je veux dire*
42 *qu'il n'y a plus rien derrière. Je veux dire que si chez nous ça ne fonctionne pas, en théorie*
43 *ça ne pourra pas fonctionner ailleurs, quoi... Donc, les méthodes qu'on utilise sont des*
44 *méthodes qui sont quand même différentes de l'hospitalisation classique parce qu'on part du*
45 *principe que ça n'a pas marché. Donc il faut essayer autre chose. Donc c'est vrai qu'ici, le*
46 *cadre est très contenant. En termes de personnels, on est plus nombreux, au niveau du service*
47 *ici d'accueil, il y a une prédominance masculine au niveau de l'effectif infirmier. Il faut en*
48 *fait direct poser un cadre aux patients qui arrivent parce que ce sont des patients qui la*
49 *plupart du temps ont usé les unités classiques, donc ils ont usé, ils ont pu être extrêmement*
50 *violents... Les équipes qui nous envoient les patients sont parfois terrorisées. Ils n'en peuvent*
51 *plus, donc notre mission consiste à essayer de mettre un terme à cette violence et d'essayer*
52 *d'enchaîner quelque chose un peu différemment. Les traitements vont être obligés d'être*
53 *pris ; même si, bien entendu, nous prenons que ce soit de leur bon gré, parce que c'est plus*
54 *facile pour nous, on peut entamer une liaison de confiance, discuter de leur problématique,*
55 *on va avancer, on va les amener jusqu'à aller dans une unité de séjour où la poursuite des*
56 *soins va se faire. Mais malheureusement ça arrive qu'ils soient toujours dans le refus, et à ce*
57 *moment-là les traitements sont administrés par injection quoi...*

58 Mathilde IDE : Par rapport à ça, quand les traitements sont administrés par injection comment
59 s'établit la relation ?

60 M. Hugo : *Alors, la particularité ici c'est qu'on a l'habitude de ça. C'est vraiment quelque*
61 *chose qui nous est pas inconnu. Et on est toujours dans la recherche d'expliquer tout ce*
62 *qu'on fait aux patients. On est vraiment très factuels, c'est-à-dire que quoi qu'on fasse, quoi*
63 *qu'on soit amenés à faire ici, en termes d'isolement, de contention, de traitement, d'injection,*
64 *etc... quoi qu'il arrive, on informe le patient ; en leur disant vraiment « ça peut se passer*
65 *comme ci, ça peut se passer comme ça ». C'est à eux de décider en fait. Quoi qu'il arrive la*
66 *prise en charge va se faire et c'est eux qui décident de la façon dont elle se fait. En fonction*

67 *de leur réponse, savoir s'ils peuvent être capables d'accepter le traitement sans injection.*
68 *Vraiment, on s'adapte à leur réponse mais in fine, quoi qu'il arrive, on arrive toujours à*
69 *donner des traitements de toute façon. Mais du coup, moi je trouve ça dommage car au final*
70 *c'est lui qui décide comment ça va se passer et nous on ajuste en fonction de leur réponse*
71 *quoi.*

72 Mathilde IDE : *Qu'est-ce qui est le plus compliqué finalement dans le service ?*

73 M. Hugo : *Le plus compliqué ici c'est quand il y a des passages à l'acte. Ils sont assez rares*
74 *parce que nous sommes nombreux. On a l'habitude des patients violents et les patients, quand*
75 *ils voient que nous sommes nombreux, qu'il y a beaucoup d'hommes, etc, il y a une sorte de*
76 *dissuasion ; ils osent pas forcément s'en prendre à quelqu'un parce qu'ils savent que ça peut*
77 *mal se passer pour eux par la suite. Le plus dur c'est ça. Moi j'ai déjà subi une agression*
78 *costaud ici. Je ne vais pas rentrer dans les détails mais bon voilà, c'était... Enfin... Tous mes*
79 *collègues on s'est déjà fait agressé ici. Ça arrive, c'est très rare, mais quand ça arrive, c'est*
80 *très grave. Parce que ce sont des patients qui ont recours à la violence ici, et ils ont déjà vécu*
81 *des moments difficiles etc... Donc quand ça pète, ça pète quoi... Il y a plus de passage à*
82 *l'acte dans les services d'accueil crise. Ici, il y en a quand même moins souvent et quand il y*
83 *en a, c'est souvent très grave...*

84 Mathilde IDE : *Quelles sont les conséquences de ces passages à l'acte sur l'alliance*
85 *thérapeutique ?*

86 M. Hugo : *En fait, ça dépend... Ça dépend de comment ça s'est passé. Si c'est un patient qui*
87 *est extrêmement délirant, extrêmement désorganisé, qui ne cherche pas à faire mal, qu'il est*
88 *juste mal dans sa peau, qu'il ne s'en sort plus, qu'on n'arrive pas à aider au niveau des*
89 *traitements etc et tout... Là, on arrive très bien à être professionnels et savoir qu'il y a ce*
90 *côté-là. Après il y a aussi le côté du patient qui est bien conscient de ce qu'il va faire, qui veut*
91 *faire mal, qui va avoir ce penchant psychopathique. Et là forcément c'est plus compliqué*
92 *pour les soignants. On a beau être professionnels, là on touche quand même à notre chair et*
93 *au côté humain... La plupart du temps, le mieux c'est qu'on se passe le relai, le patient est*
94 *transporté ailleurs parce que pour lui ce sera pas une bonne chose de rester ici et pour nous*
95 *non plus. Il n'aura plus ce lien de confiance et on préfère passer le relai, ça se fait un peu*
96 *partout. Après, il est aussi possible qu'on rentre dans la chambre, le traitement est déjà en*
97 *route, on en a deux, et le patient choisit lequel prendre. Dans ces cas-là, on peut observer que*
98 *le patient en joue un peu, c'est difficile. Ça peut permettre aux personnes d'avoir un principe*
99 *de réalité aussi. Souvent ils sont déconnectés de la réalité, et savoir que les choses sont quand*
100 *même faites, ça te met face à un mur de réalité et du coup il y a une prise de conscience qui*

101 *peut les aider. Ici, le cadre est très cadrant, c'est très fermé, on contrôle tout etc... Et en fait,*
102 *d'un premier œil on peut se dire que c'est trop pour eux. Je veux dire que c'est pas humain*
103 *etc, etc... mais quand on s'y penche plus précisément etc, on remarque en fait que ça va leur*
104 *permettre plein de choses. Ça leur permet de se sentir en sécurité déjà parce qu'ils savent*
105 *qu'ils sont entourés de patients qui ont beaucoup de difficultés ailleurs, ça va leur permettre*
106 *d'avoir une journée rythmée, de leur remettre dans une sorte de roulement social classique*
107 *avec une douche, deux ou trois repas... parce que ce sont des personnes qui viennent*
108 *d'endroits où ça se passe pas bien, ils sont complètement désorganisés, ils prennent pas leur*
109 *douche etc... Nous vraiment on repart de la base en fait. Il y a une sorte de prise en charge*
110 *qui va permettre d'inculquer et de réapprendre à tout faire : se doucher, manger*
111 *correctement, à se tenir en société, etc... Et c'est ce cadre qui permet ça, et ça se passe bien !*
112 *Ils peuvent très bien aller jusqu'à la sortie pour qu'ils soient adaptés en sortant. Et souvent,*
113 *on a des patients qui passent à côté et qui déjà ne se sentent plus bien parce que le cadre*
114 *s'ouvre trop et ça leur donne trop de possibilités, ils s'éparpillent, ils sentent que ça va*
115 *moins bien et qu'ils peuvent recommencer à faire des conneries. En gros, ça les rassure*
116 *beaucoup d'être ici, d'avoir un cadre, cette présence soignante constamment pas loin, ça les*
117 *apaise etc... Voilà, ce cadre ici, cette contenance, leur faire du bien.*

10.7 Annexe VII : Tableau récapitulatif d'analyse des entretiens

	Enregistrement 1	Enregistrement 2	Enregistrement 3	Enregistrement 4	Enregistrement 5
Histoire de la psychiatrie	I.6 : « Il s'est beaucoup humanisé... » I.8/9 : « ... ça a permis d'humaniser un peu les soins. »	I.7 : « ... ça a beaucoup évolué. » I. 8-12 : « Ça a énormément évolué. Plutôt dans le bon sens et heureusement parce qu'il y a d'autres choses pour lesquelles c'est un peu plus compliqué, mais globalement ça a sacrément évolué ; ne serait-ce que par les locaux. Les locaux ont été refait, avant c'était très carcéral. Rien que pour ça, le climat est plus agréable, quoi... Pour nous, pour les patients... » I.32-34 : « ... quand les patients arrivaient, ils restaient au moins une semaine systématique en chambre d'isolement. » I.42-51 : « ... maintenant avec les nouvelles lois, et justement le fait qu'on ne peut plus isoler les patients comme on le faisait auparavant... Il n'y a plus cette possibilité de mettre le patient à l'écart à l'entrée et de prendre le temps d'appréhender un peu la prise en charge en UMD, ce qui peut être différent par rapport à ce qui se fait en service d'accueil et crise. Du coup, on fait différemment. Les patients sont	I.7 : « Je trouve que ça se dégrade, on s'y sent de plus en plus mal. » I.13-15 : « Toutes les lois qui arrivent derrière, sur l'isolement, la contention, tout ça, qui sont pas trop adaptées à notre prise en charge des patients qu'on peut avoir ici. Donc on a des difficultés... » I.19-22 : « ... on est plus là, à regarder ce que la loi nous permet de faire ou de ne pas faire et à regarder les effets secondaires ou les interactions médicamenteuses qu'on risque d'avoir donc on ne va pas utiliser telle ou telle chimiothérapie, même si elle est, en pratique, favorable au patient. Donc c'est ça qui est difficile. » I.66-72 : « La façon de travailler maintenant est différente d'il y a dix ans. Tout est difficile parce que le médecin il vient et il se casse, il fait beaucoup	I.9-12 : « ... à l'heure de pénurie médicale, à l'heure de restrictions budgétaires, à outrance, etc... le soin perd de son sens de plus en plus au profit de prétendus droits du patient qui pénalisent tout le monde. »	I.11-14 : « Ce sont des patients difficiles et voilà on les reçoit parce qu'il y a souvent une base thérapeutique, soit des violences qui sont gérables ; et ces violences elles peuvent être sur d'autres patients, sur d'autres soignants. »

		de suite mis en contact avec les autres patients le lendemain si l'état clinique est plutôt stable ; et c'est vrai que du coup la prise en charge a évolué parce que du coup avant, même si le patient était en chambre d'isolement, on ne pouvait pas prendre le temps justement de prendre contact un peu avec lui. Là, ils sont mis dans la salle avec tout le monde, ils ne connaissent personne, même nous ils ne nous connaissent pas. Il y a des points forcément négatifs mais ça a beaucoup évolué. »	moins confiance à l'équipe parce que le patient arrive à se contenir dix minutes, un quart d'heure, une demi-heure ; ça peut arriver... et après il va se lâcher ! Toutes les barrières vont lâcher. Et en fait le médecin arrive et il dit : « Bon ba moi, à l'instant T, le patient, il est bien, donc j'enlève l'isolement, j'enlève tout ça ». Mais nous on vous dit qu'il ne va pas bien, par rapport à notre expérience. « Oui, mais c'est moi le médecin, c'est moi qui décide ! » »		
Le consentement	l.29-31 : « On a réussi à le maîtriser, à l'attacher au lit et il est resté trois semaines attaché au lit, quoi... Avant que le traitement fasse effet et qu'il puisse sortir, et après, sous traitement il était impeccable. » l.47-49 : « ... c'est des patients qui refusent leur maladie, qui	l.15-17 : « Beaucoup de prescriptions sont refusées ; nous on part toujours du traitement si besoin, si systématique. Si le patient est cliniquement stable pour l'accepter et s'il y a besoin de changements... »	l.50 : « ... si on doit le faire, on le fait. » l.56/57 : « Parce que si on juge que le patient refuse de prendre son traitement, eh bien le traitement, il va le prendre... » l.60-64 : « On va pas les obliger si ce sont des traitements basiques entre guillemets, de transit. Pour les autres, on va voir, on va faire des évaluations, tout ça... Par contre, sur les neuroleptiques ou autres, on va se tenir aux traitements, quoi... Donc	l.18-22 : « ... tous les jours on accueille des patients qui ne veulent pas être ici parce que c'est le principe d'une unité accueil crise fermé ; c'est-à-dire des personnes qui ne veulent pas être soignées et qui sont en soin sans consentement. Donc tout est dans l'art de l'explication du soin, tout est dans l'art de la rassurance en fait. »	l.21-26 : « ... c'est particulier parce que c'est vrai qu'on a aussi au quotidien nous on recherche le consentement du patient malgré le fait qu'il soit sans consentement. Ça se fait par de la négociation, par de l'explication de la situation... Donc on est à la recherche du consentement malgré le fait que le soin, quoi qu'il arrive, va être sans consentement, c'est-à-dire qu'ils doivent prendre leur traitement. Notre but,

	n'acceptent pas et qui disent : « Je ne suis pas malade, je n'ai pas besoin de soins ! » Et ils ne veulent pas en démordre. Des fois, on y arrive mais ça prend souvent six mois, un an... »		en fait, on va quand même inciter fortement le patient à prendre son traitement. Mais en théorie, on est quand même assez embêtés. »		c'est qu'ils le prennent, mais aussi qu'ils comprennent que le prendre, c'est dans leur intérêt. » 1.52-57 : « Les traitements vont être obligés d'être pris ; même si, bien entendu, nous préférons que ce soit de leur bon gré, parce que c'est plus facile pour nous, on peut entamer une liaison de confiance, discuter de leur problématique, on va avancer, on va les amener jusqu'à aller dans une unité de séjour où la poursuite des soins va se faire. Mais malheureusement ça arrive qu'ils soient toujours dans le refus, et à ce moment-là les traitements sont administrés par injection quoi... » 1.65-69 : « C'est à eux de décider en fait. Quoi qu'il arrive la prise en charge va se faire et c'est eux qui décident de la façon dont elle se fait. En fonction de leur réponse, savoir s'ils peuvent être capables d'accepter le traitement sans
--	---	--	---	--	---

					injection. Vraiment, on s'adapte à leur réponse mais in fine, quoi qu'il arrive, on arrive toujours à donner des traitements de toute façon. »
L'alliance thérapeutique	I.35-36 : « Une fois traité, impeccable. Il a passé six mois avec nous, il était dans la cour, respectueux, poli... » I.40 : « ... on sait très bien qu'il était pas dans son état normal. » I.43 : « Au début, c'était assez tendu, mais après ça s'est réchauffé... » I.59 : « Il y a toujours des affinités. » I.62/63 : « ... les seuls coups que j'ai pris, c'étaient des délirants. Donc non, on ne peut pas leur en vouloir. Si c'est un psychopathe qui me frappe, peut-être que ce ne sera pas pareil... »	I.23-25 : « ... on peut travailler leur prise en charge et surtout la relation de confiance. C'est quelque chose qu'on met en place même si ça met du temps à s'établir, on va toujours essayer de favoriser cette relation de confiance pour voir si le patient va bien... » I.27 : « ... essayer de faire en sorte que ça se passe le mieux possible pour tout le monde. »	I. 81 : « On peut l'avoir l'alliance thérapeutique, mais il faut que le patient soit en capacité de la comprendre. »	I.62/63 : « Si on peut éviter la violence, forcément le traumatisme psychologique va être forcément moindre : je veux dire personne n'aime être plaqué et injecté. » I.64-71 : « ... quand le traitement antipsychotique va agir, on va pouvoir réexpliquer ça avec lui, retravailler ça derrière, lui expliquer ce qui s'est passé et pourquoi on a agi comme ça, même si sur le coup on explique mais en fait ils ne comprennent rien, ils ne sont pas là. Le psychopathe, lui, comprend très bien ce qui se passe. Il a parfois besoin de ça pour qu'on lui rappelle le cadre pour ensuite marcher droit comme on dit. On explique de suite et ils comprennent très bien, souvent ça aide justement à avoir une bonne alliance avec ce type de patient, de mettre d'entrée de jeu un bon cadre parce qu'en fait ils en ont pas l'habitude. »	I.43-45 : « ... les méthodes qu'on utilise sont des méthodes qui sont quand même différentes de l'hospitalisation classique parce qu'on part du principe que ça n'a pas marché. Donc il faut essayer autre chose. »



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : Mathilde PASCAUD

Promotion : 2019-2022

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiante en soins infirmiers : **Consentir pour se reconstruire**

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le ...23/05/22

Signature :

RÉSUMÉ / ABSTRACT

Le consentement : Consentir pour se reconstruire

Le soin sous contrainte est une pratique courante dans les unités d'accueil crise fermée. Suite à un stage dans une de ces structures, cette pratique m'a très largement questionnée. Ma question de départ sera donc : Dans quelle mesure la parole et le consentement d'un patient sont-ils primordiaux pour établir une alliance thérapeutique ?

L'objectif premier de mon travail est de comprendre en quoi cette pratique aide dans la prise en charge du patient. Comprendre aussi pourquoi la chambre d'isolement semble être un dispositif à la fois indispensable et efficace dans l'accueil des patients. Pour autant, ce processus peut mettre en péril l'alliance thérapeutique qui s'ensuit. Celle-ci reste donc à questionner à travers la relation soignant-soigné, la confiance mutuelle qui contribue à la relation entre patients et infirmiers.

Pour répondre à ces différentes problématiques, je suis partie d'entretiens questionnant des professionnels en psychiatrie. Les résultats qui en découlent m'ont permis de remettre en cause certaines de ces interrogations, jusqu'à m'amener à redéfinir le rôle d'une infirmière d'aujourd'hui.

(167 mots)

Mots-clefs : Confiance, relation, consentement, chambre d'isolement, alliance thérapeutique

The consent : Consent to rebuild

The forced treatment is a common practice in closed crisis units. Following an internship in one of these structures, this practice has largely questioned me. My starting question will therefore be : To what extent are the words and consent of a patient essential to establish a therapeutic alliance?

The first objective of my work is to understand how this practice helps in the care of the patient. To understand also why the seclusion room seems to be an essential and efficient device in the reception of patients. However, this process can jeopardize the therapeutic alliance that follows. This alliance must therefore be questioned through the relationship between caregiver and patient, the mutual trust that contributes to the relationship between patients and nurses.

In order to answer these different problems, I started from interviews with psychiatric professionals. The results of these interviews allowed me to question some of these questions, to the point of redefining the role of a nurse today.

(161 words)

Key words : Trust, relationship, consent, seclusion room, therapeutic alliance