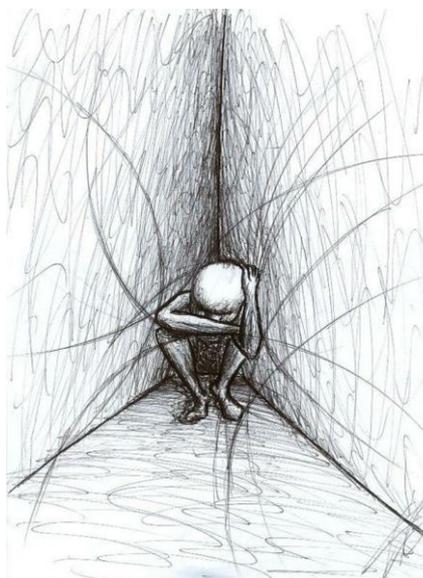


# DERRIERE LA PORTE, FERMER POUR SOIGNER ?

UE 5.6 S6 - Analyse de la qualité et traitement des données  
scientifiques et professionnelles



Directeur de mémoire : Bernard Collet  
Date de rendu : 30.05.2023

## **Note aux lecteurs**

*« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».*

## **Remerciements**

Tout d'abord je souhaite remercier Mr Collet, mon directeur de mémoire et référent pédagogique qui m'a épaulé durant ces trois ans, et grâce à qui j'ai pu intégrer l'IFSI d'Avignon. Merci de toujours garder la porte ouverte en cas de besoin, de défendre vos étudiants, j'ai été ravi d'avoir été l'une d'entre eux.

Je remercie ma famille et mes amis qui m'ont soutenue et épaulée dans les moments difficiles. Merci maman d'avoir été présente quand j'en avais besoin.

Merci à ma sœur, Sandryne, nous avons vécu ces trois années ensemble, tu as été d'un soutien infailible, je n'en serais pas là sans toi.

Merci à mes copines de l'école, Amélie et Faustine qui sont devenues des copines dans la vie.

Et merci à toi mon fils, de m'avoir soutenue du haut de tes 8 petites années : « maman, je suis impressionné de ton travail ». Nous avons traversé des moments très durs, j'espère que tu es fier car tout ça c'est pour toi, pour nous.

## Sommaire

1.	Introduction .....	1
2.	Situation d'appel .....	1
2.1.	Description de la situation de départ .....	1
2.2.	Questionnement .....	3
3.	Cadre de référence .....	5
3.1.	La schizophrénie .....	5
3.1.1	Le délire .....	6
3.1.2	La dissociation .....	7
3.1.3	Le repli autistique ou autisme .....	8
3.2.	L'histoire de la folie .....	9
3.3.	L'enfermement et l'isolement comme outil de soins en psychiatrie .....	11
3.3.1	Définition de l'enfermement et de l'isolement .....	11
3.3.2	L'isolement comme un outil de soin .....	12
3.3.3	Les bénéfices de l'enfermement .....	15
3.3.4	Les conséquences de l'enfermement .....	16
3.3.5	L'infirmier au cœur des soins sous contraintes .....	17
3.3.6	Le soin .....	19
3.3.7	Le cadre réglementaire .....	22
4.	Enquête exploratoire .....	25
4.1.	Outil utilisé .....	25
4.2.	Population choisie .....	25
4.3.	Lieu d'investigation .....	26
4.4.	Guide de l'outil .....	26
4.5.	Analyse .....	27
4.5.1	Questions par questions .....	27
4.6.	Synthèse de l'enquête exploratoire .....	40
4.7.	Limites de l'enquête .....	41
5.	Problématique .....	42
6.	Question de recherche .....	42
7.	Conclusion .....	42
8.	Bibliographie .....	44
9.	Sommaire des annexes .....	47

# **1. Introduction**

Au cours de ma formation en soins infirmiers, j'ai été exposé à de nombreuses situations qui ont suscité des interrogations chez moi. En tant qu'infirmiers, il est de notre responsabilité de veiller à la santé et au bien-être des patients, cela implique de prendre des décisions difficiles et de mettre en place des pratiques qui peuvent être controversées ou qui peuvent même susciter des débats éthiques. L'une des situations qui a retenu mon attention concerne un sujet qui engendre beaucoup de débats à savoir la question de l'enfermement et de l'isolement. Bien que ces pratiques soient souvent utilisées dans le cadre des soins de santé, leurs utilisations peuvent être controversées et soulèvent des questions éthiques et de droits humains.

Enfermer ou isoler un patient peut sembler être la meilleure solution pour garantir la sécurité et le bien-être de ce dernier ainsi que les gens qui l'entoure, mais cela peut également porter atteinte aux droits du patient et à son bien-être psychologique. C'est pour cette raison que j'ai choisi d'explorer ce sujet dans mon travail de fin d'étude avec pour objectif de fournir une analyse critique et équilibrée de cette pratique courante.

Pour cela, je vais commencer par décrire ma situation de départ et exposer mon questionnement, ensuite j'aborderais les supports théoriques que j'ai utilisé pour mes recherches en les regroupant sous trois points qui me paraissent les plus importants à explorer, puis j'annoncerais ma méthode exploratoire ainsi que l'analyse des résultats obtenu et je terminerais par une conclusion.

## **2. Situation d'appel**

### **2.1. Description de la situation de départ**

Ma situation se déroule lors de mon premier stage de 3e année effectuée dans un centre pénitentiaire en secteur psychiatrique. Cette unité propose des soins ambulatoires pour tous les détenus du centre pénitentiaire et est séparée en deux parties avec un service somatique et un service de psychiatrie. Le service somatique est rattaché à l'hôpital et comporte une équipe de 8 infirmiers, un dentiste avec une assistante dentaire, un médecin du CAP 14 pour les addictions, un kinésithérapeute, et un médecin généraliste. La deuxième partie est un service de psychiatrie rattaché à l'hôpital psychiatrique pour tous les soins en lien avec la santé mental

comportant une équipe de 6 infirmiers, 4 psychologues, 3 psychiatres et une assistante sociale qui s'occupe des deux services.

Cela fait quelques jours que j'ai débuté mon stage au sein de cette unité que l'on appelle L'USMP (Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire).

Au cours de la matinée, l'infirmière qui m'encadre sur la journée, reçoit un appel d'un surveillant pénitentiaire qui l'informe que l'un de nos patients, que j'appellerai monsieur Teddy, à « bloqué » c'est-à-dire qu'il a refusé de réintégrer sa cellule après la promenade et qu'il est donc transféré au quartier disciplinaire.

Le quartier disciplinaire est une cellule isolée, sans autres détenus, avec des équipements vétustes, sans télévision, seulement le strict minimum à savoir : un lit, une petite table, un WC, ainsi que le nécessaire pour se laver. Ce quartier est utilisé comme sanction pour les détenus, faisant suite à des comportements inadaptés. Lorsque des détenues bloquent pour éviter de réintégrer leur cellule qu'ils partagent avec un codétenu c'est le plus fréquemment par revendication contre l'administration pénitentiaire ou contre une autorité. Ils peuvent aussi y être emmené dans un cadre disciplinaire (bagarre, détention de produits illicites... etc.) En ce qui concerne M. Teddy, ce n'était pas le cas.

L'infirmière répond alors au surveillant : « D'accord, je vais venir lui apporter son traitement et parler avec lui ». Elle me fait alors part de son incompréhension et surtout de son inquiétude au vu des antécédents du patient, bien qu'il soit arrivé récemment et qu'elle ne le connaît donc pas aussi bien que certains autres patients chronique de l'USMP, elle me dit que ce n'est pas dans ses habitudes et que ce blocage est non sans raison. Nous nous dirigeons donc au quartier disciplinaire afin de donner une pochette de médicaments comportant le traitement de M. Teddy car habituellement il venait prendre son traitement quotidien à l'infirmerie. En étant maintenant au quartier disciplinaire, il lui est interdit de venir à l'administration quotidienne sauf cas exceptionnel et sous escorte. Nous allons au quartier disciplinaire le voir dans l'idée de pouvoir également parler avec lui et tenter de comprendre l'objet de son transfert visiblement volontaire de sa part.

M. Teddy est un patient de 33 ans, psychotique, diagnostiqué schizophrène hébéphrénique depuis 2012. Il a cumulé plusieurs incarcérations et hospitalisations sous contrainte. Il a été transféré au sein de la prison à la suite d'un passage hétéro-agressif que M. Teddy, conscient de sa pathologie, caractérise comme un épisode psychotique envers un infirmier de la prison où il était initialement écroué. À la suite de cet incident il a été décidé un transfert disciplinaire de

M. Teddy, au sein de cette prison. Sa pathologie, qui est donc la schizophrénie hébéphrénique entraîne un repli sur soi, mais également une impulsivité non contrôlée pouvant avoir comme conséquences des épisodes de violence avec un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.

Nous arrivons donc devant la cellule où M. Teddy écoute de la musique classique excessivement forte depuis une radio (seul équipement électronique autorisé au quartier disciplinaire). Lorsque le surveillant ouvre la porte je remarque la présence d'une grille avec un passe plat et un petit SAS entre la porte et la grille qui permet de communiquer avec le détenu. Nous nous avançons donc dans ce SAS sécurisé et l'infirmière demande à M. Teddy avec un ton calme et apaisant : « Bonjour M. Teddy, alors, que s'est-il passé ? Pourquoi avez-vous bloqué ? ». M. Teddy lui explique, avec ses mots, qu'il ne se sent pas bien, qu'il se sent envahit et empreint d'hallucinations acoustico-verbales et qu'il a peur d'un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif. Qu'il préfère donc être isolé au quartier disciplinaire, afin d'éviter tous problèmes, raison pour laquelle il a décidé de bloquer. L'infirmière lui demande ensuite : « pourquoi vous écoutez la musique aussi forte ? » ce à quoi il répond : « C'est pour ne pas entendre les voix ». L'infirmière décide de ne pas insister et de laisser M. Teddy, elle lui rappelle que s'il en a besoin l'équipe de l'USMP est présente et qu'il peut demander au surveillant de les voir. M. Teddy la remercie et nous retournons dans le service.

## **2.2. Questionnement**

Cette situation m'a particulièrement questionné, en effet c'était la première fois que je rentrais au sein d'une prison et je n'aurais pas imaginé y trouver des personnes ayant des pathologies psychiatriques. J'ai longtemps pensé que les personnes atteintes de psychose devaient être hospitalisé en milieu hospitalier et n'avait pas leur place en prison mais la réalité est bien plus nuancée, penser que les psychotiques ne peuvent pas aller en prison est une utopie. En outre ce qui m'a le plus questionné est pourquoi un isolement volontaire ? Qu'est-ce qui amène un patient atteint de troubles psychiatriques à vouloir s'isoler de tout et tous, à volontairement se « punir » et s'empêcher de profiter des libertés auquel il a droit bien qu'étant assez limités au sein d'une prison. L'enfermement des patients schizophrènes est une problématique complexe qui soulève des questions sur, la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux, ainsi que la place de ces patients dans la société. D'un côté, les patients atteints de cette maladie ont le droit à des soins adaptés et à une prise en charge médicale. D'un autre côté, ils peuvent

être considérés comme des criminels s'ils commettent des actes répréhensibles, ce qui peut les amener à être incarcérés en prison. Cette situation soulève des questions sur la stigmatisation des maladies mentales et sur la manière dont la société traite les personnes atteintes de troubles psychiatriques. La schizophrénie est une maladie mentale qui peut altérer la perception de la réalité, la communication, la pensée et le comportement. Les personnes atteintes de cette maladie peuvent éprouver des difficultés à s'adapter à leur environnement, et peuvent parfois avoir des comportements violents ou agressifs. Ce qui peut amener les patients à être incarcérés en prison.

Lorsque nous sommes allés voir M. Teddy, la froideur dans son regard et son discours monocorde dévoilait des signes cliniques d'une personne psychotique à laquelle je n'étais pas habitué. Le centre pénitentiaire était mon premier stage en secteur psychiatrique, je découvrais donc la psychiatrie et le milieu carcéral à la fois. L'enfermement bien qu'il ne soit pas du ressort des soignants mais de la loi, rajoute une difficulté à trouver son positionnement face à des contraintes d'architecture et de règles strictes régis par la loi française.

Je me demandais pourquoi enfermer et isoler un patient atteint de schizophrénie serait logique quand notre réalité n'est pas forcément la même que la leur. En quoi et pourquoi leurs actes sont définis comme des crimes s'ils ont agi par une pulsion incontrôlable d'un Surmoi bien trop instable et immature induit par des troubles psychotiques et une dissociation de la réalité. M. Teddy, est en demande d'être enfermé car cela lui ferait du bien, et qu'il en ressent le besoin. Cette « folie » dont M. Teddy est atteinte et qui peut l'empêcher à certains moments de faire preuve de moralité a longtemps été questionné et a évolué au cours des siècles pourtant les fous sont toujours punis et enfermés, souvent au détriment de leur volonté et parfois à leur souhait. Cependant, la question de l'enfermement et de l'isolement des patients atteints de schizophrénie reste complexe. En effet, les patients atteints de schizophrénie peuvent ressentir le besoin de s'isoler pour éviter les stimuli environnementaux, les bruits, les émotions ou les interactions sociales qui peuvent être source de stress et de confusion. Ce besoin d'isolement peut être lié à des symptômes de la maladie, comme les hallucinations ou les idées délirantes. Qu'est-ce qui fait que M. Teddy perçoit son mal être comme étant dangereux et comment arrive-t-il à verbaliser aussi bien ses troubles, et les risques encourus s'il est entouré ? Mr Teddy a conscience de ses troubles, il a comme nous l'appelons dans le jargon de la psychiatrie, un bon insight. Cela signifie qu'il est capable de comprendre sa maladie, ses symptômes et les risques qu'il peut représenter pour lui-même et pour les autres. Cette capacité de M. Teddy à verbaliser

ses troubles peut aider les soignants à mieux comprendre ses besoins et à adapter sa prise en charge. Cet insight l'aide donc à se contrôler avant qu'il ne devienne incontrôlable ce qu'il n'a pas toujours réussi à faire car M. Teddy a cumulé plusieurs hospitalisations en secteur fermé notamment les UMD (unité pour malades difficiles). C'est un homme habitué de la détention mais surtout de l'enfermement, lors de ses périodes de liberté il a toujours fini par une rupture de traitements, un passage à l'acte et une hospitalisation ou une condamnation avec une peine de prison la question de l'enfermement des patients schizophrènes est complexe et soulève des questions sur la prise en charge médicale, la place de ces patients dans la société, ainsi que la stigmatisation des maladies mentales.

Ces questionnements m'ont donc conduit à me poser comme question de départ :

**En quoi peut-on considérer l'enfermement et l'isolement comme étant un soin pour les patients schizophrènes ?**

### **3. Cadre de référence**

#### **3.1. La schizophrénie**

La schizophrénie est une « *affection mentale chronique sévère [...] elle se caractérise par la transformation profonde et progressive de la personnalité, qui cesse de construire son monde en communication avec autrui pour se perdre dans un chaos imaginaire* » (M.Hanus, O.Louis, 2015). Cette pathologie chronique implique trois grandes dimensions : la dissociation, le délire et le repli autistique. Cette pathologie entraîne une désorganisation de la personnalité, avec une symptomatologie et des signes cliniques « *où dominent la discordance, l'incohérence, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes et les hallucinations mal systématisées, et de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments, troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité* » (M.Hanus, O.Louis, 2015). Les causes, les critères et les limites de cette maladie restent encore flous. On observe donc une progression déficitaire et un appauvrissement émotionnel, ce qui montre que cette affection n'affecte pas seulement l'intellect, mais aussi les émotions.

On distingue plusieurs types de schizophrénie notamment la schizophrénie hétérotypique dont souffre M.Teddy dans ma situation d'appel. « *la forme hétérotypique, la plus précoce, se caractérise par la symptomatologie déficitaire, le délire étant discret ou absent* » (Guelfi, J.-D., Boyer, P., Consoli, S. & Olivier-Martin, R. 1994)

### 3.1.1 Le délire

*« Le délire paranoïde est un délire flou, variable et non systématisé, dont les thèmes multiples sont dominés par des idées de persécution et d'influence, et dont les mécanismes, très divers, comportent généralement des hallucinations acoustico-verbales et un automatisme mental. Il s'accompagne souvent, dans les recrudescences subaiguës, de distorsion perceptives, d'expériences de dépersonnalisation et de déréalisation et de troubles de l'humeur. (Guelfi, J.-D., Boyer, P., Consoli, S. & Olivier-Martin, R. 1994)*

Le délire est l'un des symptômes caractéristiques de la schizophrénie. Il s'agit d'une perturbation de la pensée qui entraîne des croyances ou des perceptions erronées et déconnectées de la réalité. *« Leur contenu peut comprendre divers thèmes (p. ex. thème de persécution, thème de référence, thème somatique, thème religieux, thème mégalomane). Les idées délirantes de persécution (c.-à-d. la croyance que l'on peut être agressé, harcelé, etc. par un individu, une organisation ou d'autres groupes) sont les plus fréquentes. Les idées délirantes de référence (c.-à-d. la croyance que certains gestes, commentaires ou éléments de l'environnement, etc. sont destinés spécifiquement à la personne) sont aussi assez fréquentes. »* DSM-V

Pour reprendre les notions du DSM-V, les personnes atteintes de schizophrénie peuvent donc avoir des idées délirantes qui peuvent prendre différentes formes, telles que :

Idées de persécution : Les personnes peuvent croire qu'elles sont constamment surveillées, suivies, espionnées ou ciblées par des individus ou des organisations malveillantes. Elles peuvent penser que des complots sont fomentés contre elles ou qu'elles sont victimes d'une conspiration.

Idées de grandeur : Les individus peuvent développer des croyances exagérées sur leur propre importance, leur pouvoir ou leur statut. Ils peuvent croire qu'ils possèdent des capacités spéciales, qu'ils sont choisis pour une mission divine ou qu'ils sont des figures historiques ou célèbres.

Idées de référence : Les personnes peuvent interpréter des événements neutres ou aléatoires comme ayant une signification personnelle ou une relation directe avec elles. Elles peuvent

penser que les autres parlent d'elles en secret, que des messages codés leur sont envoyés à travers les médias ou que des événements extérieurs sont spécifiquement destinés à les influencer.

Idées délirantes de contrôle : Les individus peuvent croire qu'ils sont manipulés ou contrôlés par des forces externes, telles que des technologies secrètes, des implants dans le corps ou des pouvoirs surnaturels. Ils peuvent penser que leurs pensées, leurs actions ou leur corps sont manipulés par d'autres personnes ou entités.

De part ces troubles on peut dire que les délires dans la schizophrénie peuvent affecter de manière significative la vie quotidienne des patients en interférant avec leur fonctionnement normal. Ils peuvent entraîner des difficultés relationnelles, professionnelles et sociales.

Il est important de souligner que les personnes atteintes de schizophrénie ne sont pas responsables de leurs délires. Les idées délirantes seraient le résultat d'un dysfonctionnement cérébral et ne reflètent souvent pas la volonté ou les intentions d'une personne.

### **3.1.2 La dissociation**

*« La dissociation de la vie psychique s'exprime dans les perturbations de la pensée, de l'affectivité et des comportements. La pensée est altérée dans son déroulement et son contenu, elle est généralement illogique, subjective, symbolique et bizarre. Le langage qui l'exprime est tantôt pauvre, tantôt diffluent, et révèle souvent des perturbations assez caractéristiques telles que des stéréotypies, des barrages, des distorsions sémantiques, qui limitent les possibilités de communication. L'affectivité est généralement appauvrie dans ses expressions. La coexistence d'une hypersensibilité, d'une discordance idéo-affective et d'une ambivalence profonde rend généralement difficile la vie affective et sociale des malades. »* (Guelfi, J.-D., Boyer, P., Consoli, S. & Olivier-Martin, R. 1994) Cet extrait du livre *Psychiatrie* nous indique que dans le cas d'une dissociation, la pensée est généralement illogique, subjective, symbolique voir bizarre. Cela signifie que les idées peuvent sembler déconnectées les unes des autres, sans cohérence logique apparente. Les pensées peuvent également être influencées par des éléments subjectifs et symboliques qui leur donnent un caractère inhabituel ou étrange. Cette altération de la pensée se reflète également dans le langage utilisé par les personnes atteintes de schizophrénie. Ce langage peut être tantôt pauvre, avec un vocabulaire limité, tantôt diffluent,

c'est-à-dire avec une tendance à dévier de façon incohérente. De plus, il peut révéler des perturbations spécifiques tels que des stéréotypies (répétition de mots ou de phrases), des barrages (interruptions soudaines du discours) et des distorsions sémantiques (déformations du sens des mots), ce qui rend la communication difficile.

L'affectivité, c'est-à-dire l'expérience et l'expression des émotions, est également affectée dans la schizophrénie car on y retrouve souvent des difficultés à exprimer les émotions de manière appropriée ou à montrer des réactions émotionnelles normales ce qui peut engendrer des bizarreries de contact et des difficultés dans la communication. « *On retrouve, dans le domaine affectif, les traits généraux de la schizophrénie : ambivalence, détachement, hermétisme, bizarrerie* » (M.Hanus, O.Louis, 2015). De plus, il peut exister une coexistence complexe d'une hypersensibilité, d'une discordance idéo-affective (manque d'harmonie entre les idées et les émotions) et d'une ambivalence profonde (coexistence de sentiments opposés). Cette difficulté de perception de la réalité et la discordance des affects peut avoir un impact significatif sur la qualité de la vie affective et sociale des personnes schizophrènes qui se retrouve donc souvent isolés, incompris et parfois victimes du monde extérieur. « *La perturbation des relations objectales dépasse rapidement le cercle familial pour se projeter sur les relations de sympathie et d'antipathie qui sont à la base de toutes les relations sociales.* » (M.Hanus, O.Louis, 2015)

### **3.1.3 Le repli autistique ou autisme**

Il est caractérisé par un retrait social marqué, une diminution de la communication verbale et non verbale, ainsi que des comportements répétitifs et ritualisés.

« *L'autisme caractérise la rupture de la vie mentale du sujet avec le monde extérieur, le repliement sur lui-même et la reconstitution d'un monde intérieur hermétique à autrui* » (Dessons, M. 2020)

On constate que le repli autistique dans le cadre de la schizophrénie entraîne un comportement où les personnes atteintes peuvent sembler isolées, désintéressées par leur environnement et avoir du mal à établir des relations sociales significatives.

Le repli autistique peut avoir de sérieuses répercussions dans les relations sociales. Il peut entraîner une diminution de l'autonomie, des difficultés d'adaptation sociale et un isolement social accru.

### 3.2. L'histoire de la folie

Selon Michel Foucault, célèbre théoricien et philosophe social français, la conception de la folie a évolué au cours de l'histoire et est apparue sous différentes formes en fonction des époques et des sociétés. Foucault a étudié l'histoire de la folie et a analysé comment elle a été perçue, traitée et contrôlée par la société.

Dans son ouvrage "*Histoire de la folie à l'âge classique*", Foucault soutient que la folie était initialement perçue comme une expérience mystérieuse et sacrée au Moyen Âge. Cependant, à partir du XVIIe siècle en Europe, avec l'émergence de la rationalité et de la raison, la folie a commencé à être considérée comme une menace à l'ordre sociétal et à la manière dont la raison pouvait être perçue aux yeux de la société.

Foucault décrit que la folie a été institutionnalisée dans des asiles ou des hôpitaux spécialisés, et que les personnes considérées comme folles ont été exclues de la société et soumises à des formes de surveillance et de contrôle, qu'il n'y avait pas de but de soins à cette époque mais plutôt un objectif de se défendre de l'agressivité des malades. « *Dans l'internement, la sensibilité à la folie n'était pas autonome, mais liée à un certain ordre moral où elle n'apparaît plus qu'à titre de perturbation* » (Foucault, 1972 p.180). La folie est devenue un objet d'étude médicale et scientifique, et les personnes considérées comme folles ont été soumises à des pratiques d'enfermement, de contention, voire de violences, ou même des déportations massives dans des navires avec pour seul compagnon l'infinité et les abysses marines et ceci dans le but de les isoler de la société. « *Enfermé dans le navire, d'où on n'échappe pas, le fou est confié à la rivière aux mille bras, à la mer aux milles chemins, à cette grande incertitude extérieure à tout* » (Foucault, 1972 p.180).

Foucault critique cette approche de la folie en tant que construction sociale et politique. Selon lui, la folie n'est pas une entité stable et universelle, mais plutôt un concept qui a évolué au fil du temps en fonction des normes et des valeurs, elle est liée à l'immoralité et fait preuve de déshonneur et de scandale au sein de la société.

Foucault souligne également comment la folie a été utilisée comme un moyen de contrôle social, en permettant à la société de définir ce qui est normal et ce qui ne l'est pas, et en excluant ceux qui ne correspondent pas à ces normes en marge de la société et considérés comme

différents ou déviants. : « la norme est lié à celle de discipline » « la pensée médical distingue le normal de l'anormal ; elle se donne, elle cherche aussi à se donner des moyens de correction qui ne sont pas exactement des moyens de punition, mais des moyens de transformation de l'individu, toute une technologie du comportement de l'être humain qui est liée à cela » (J,Revel 2008, p.98)

Il met en évidence comment la folie a été utilisée pour justifier le pouvoir et l'autorité des institutions sociales, notamment les institutions médicales et les systèmes de gouvernance. La folie était étroitement liée à certaines maladies vénériennes pour lequel le châtement devait être conclu avant d'en venir à un traitement médical.

Dans son ouvrage "*Surveiller et punir*", Foucault explore en détail l'histoire de la détention et les méthodes punitives utilisées envers les individus considérés comme anormaux selon les normes sociales. Il met en évidence l'utilisation d'outils disciplinaires pour exercer un contrôle sur ceux qui ne se conformaient pas aux normes établies, soulignant ainsi les aspects répressifs liés à la détention des prisonniers. « donner aux mécanismes de la punition légale une prise justifiable non plus simplement sur les infractions, mais sur les individus ; non plus sur ce qu'ils ont fait, mais sur ce qu'ils sont, seront, peuvent être. » (Foucault, *Surveiller et punir*, 1975). Il dénonce un lieu de normalisation, un pouvoir et un contrôle définit sur la normalité et les normes inscrit dans la société.

Dans un autre registre, un audit public a été publié par l'HAS en 2010, constitué par des experts dont le sujet est : *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur*. La première partie contextualise la « dangerosité psychiatrique » en faisant un point sur l'histoire des asiles et des sanctions données aux malades mentaux.

Au XVIIIe siècle, la loi prévoyait des mesures de surveillance et de prise en charge des individus présentant des troubles mentaux. Dans les années 1800, la loi a été renforcée pour protéger la société contre les individus dangereux. Les maires et les agents de police ont pris l'initiative de faire interner ces individus. La loi a été mal appliquée, et la procédure judiciaire était rarement suivie, entraînant une incarcération prolongée sans expert médical. Le texte montre une certaine peur sociale à l'égard de ceux qui troublent les bonnes mœurs. Deux psychiatres ont dénoncé la situation bloquée en 1846, où la prise en compte de l'état mental du

criminel n'aboutissait qu'à l'impunité ou à l'atténuation de la peine. Ces personnes "aux frontières de la folie" étaient considérées comme des déséquilibrés et nécessitaient une prise en charge spécifique. Le texte met également en évidence une peur sociale à l'égard de ceux qui troublent les bonnes mœurs, tant du côté des pouvoirs locaux qui entendent faire respecter l'ordre public, que de la famille qui préfère éviter la publicité d'un procès.

Enfin, les auteurs cités mentionnent les limites de cette approche, en particulier la difficulté à distinguer les personnes réellement dangereuses de celles qui ne le sont pas, ainsi que l'absence de prise en compte de l'état mental des criminels dans le système judiciaire. *« la représentation du malade mental et tout particulièrement celle du schizophrène est bel et bien restée associée à la notion de dangerosité. Ainsi, ce sont quarante-huit pour cent des français qui pensent que les schizophrènes sont dangereux pour les autres »*

L'auteur de ce texte, M. Renneville décrit une stigmatisation persistante des personnes atteintes de maladies mentales, en particulier des personnes atteintes de schizophrénie. Elle affirme que cette stigmatisation est associée à la perception du danger que ces personnes peuvent représenter pour les autres. En outre, elle cite une statistique selon laquelle 48% des Français considèrent que les personnes atteintes de schizophrénie sont dangereuses pour les autres. Ceci pouvant donc conduire à une banalisation de l'enfermement des patients atteints de pathologie psychiatrique car, face à une société craintive les mesures les plus adaptées seraient donc par défaut de contenir ce qui est perçu comme un danger, afin de restreindre les potentiels menaces.

### **3.3. L'enfermement et l'isolement comme outil de soins en psychiatrie**

#### **3.3.1 Définition de l'enfermement et de l'isolement**

En psychiatrie, l'enfermement et l'isolement sont deux pratiques qui peuvent être utilisées dans le cadre des soins, mais avec des significations et des approches différentes. Voici une présentation des définitions et des différences entre ces deux notions :

##### Enfermement :

Par définition, enfermer veut dire :

*“Mettre dans un lieu fermé” ou “Mettre contre leur gré des êtres vivants dans un lieu fermé dont ils ne peuvent sortir”.* (CNRTL, Centre National de Ressources Textuelles)

Remis dans le contexte du soin, l'enfermement fait référence à la restriction de la liberté de mouvement d'une personne en la plaçant dans un espace clos ou confiné, tel qu'une chambre d'isolement ou une unité sécurisée. L'enfermement peut être considéré comme une mesure de dernier recours, utilisée pour garantir la sécurité de la personne et des autres. L'enfermement peut être controversé en raison de son impact sur la dignité, l'autonomie et le bien-être des patients.

#### Isolement :

*« Placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients » (HAS, 2017)*

Selon le CNRTL, isolement veut dire : "Action d'isoler" isoler qui veut dire : "Le séparer des autres, le mettre dans une chambre à part" ou encore "Mettre à l'abri de quelque chose."

Remis dans le contexte du soin, l'isolement fait référence à la séparation physique et sociale d'une personne vis-à-vis des autres, généralement dans une pièce ou une unité spécialement conçue à cet effet. L'isolement est souvent utilisé lorsque la personne présente des comportements perturbateurs, agressifs ou auto-agressifs.

L'objectif de l'isolement est de protéger la personne elle-même et les autres patients ou professionnels de santé. Cependant, cette pratique doit être utilisée avec précaution et être accompagnée de mesures de soutien, de suivi clinique et de réévaluation régulière

### **3.3.2 L'isolement comme un outil de soin**

L'enfermement ainsi que l'isolement sont des outils souvent utilisés en psychiatrie avec des utilités différentes pour des objectifs pouvant être néanmoins similaires. L'ouvrage "*Isolement en Psychiatrie*" de Dominique Friard aborde la question de l'isolement comme mesure thérapeutique en psychiatrie. Le livre commence par explorer les raisons pour lesquelles l'isolement est utilisé en psychiatrie qui sont notamment pour gérer les risques ou les passages à l'acte auto et/ou hétéro agressifs, les crises suicidaires, les comportements agressifs et les symptômes psychotiques impliquant une dangerosité pour les patients et les soignants. *« L'isolement a un effet protecteur. L'effet contenant réduit la dispersion des contenus psychiques et le morcellement paranoïde ; - la baisse des stimulations liées à l'environnement, l'interposition des soignants assure la fonction de pare-excitations » (Friard, D. 2002, p.19)*

Dominique Friard soulève également les critiques et les controverses entourant l'isolement en psychiatrie. « *Avant d'être un soin, l'isolement est d'abord et avant tout un enfermement* » Il aborde les questions de la dignité, de la liberté individuelle, de l'autonomie et des droits des patients, ainsi que les effets potentiellement traumatisants de l'isolement sur leur santé mentale et physique. « *Que ressent le patient ? Quelles pensées occupent son esprit ? Que s'imagine-t-il ? Que se construit-il autour de cette claustration ?* » L'auteur examine les différents arguments pour et contre l'utilisation de l'isolement en psychiatrie et met en lumière les défis complexes et les dilemmes éthiques auxquels sont confrontés les professionnels de la santé mentale. « *Qu'il soit parfaitement nécessaire d'enfermer un patient agité, pour des raisons tenant à sa sécurité ou à celles de son environnement n'implique en rien que cette mesure soit thérapeutique* » (Friard, D. 2002, p.27) Hormis la dimension éthique, il existe bel et bien une réglementation légale pour laquelle tous les acteurs en jeu dans ce processus doivent se soumettre afin d'éviter une utilisation abusive et injustifié de cette pratique que j'aborderais ultérieurement.

Dominique Friard aborde les alternatives à l'isolement en psychiatrie, en explorant d'autres approches thérapeutiques telles que la contention douce, la réduction des stimuli, la thérapie par la présence, la gestion des émotions et la prévention des crises. L'auteur met en avant l'importance de développer des approches de soins centrées sur la personne et respectueuses des droits et de la dignité des patients.

L'isolement « *ne peut garder une dimension thérapeutique et trophique que s'il s'accompagne d'un travail soignant complémentaire : la contenance, le filtre, le pare-excitation ne sont pas uniquement portés par les murs et la porte de la chambre, ils le sont surtout par l'équipe soignante et par sa capacité à penser le patient et l'isolement comme un support de médiation pour construire ou restaurer des relations avec lui.* » (De Luca, M. & Chenivresse, 2017). De part cette citation on peut comprendre que l'isolement ne peut être bénéfique que s'il est utilisé comme un moyen de soutien thérapeutique complémentaire et non pas comme une simple mesure de contrôle ou de contention. Pour que l'isolement soit thérapeutique, il est essentiel que l'équipe soignante assure la présence d'une "contenance", d'un "filtre" et d'un "pare-excitation". Ces termes se réfèrent aux capacités de l'équipe soignante à fournir un environnement sécurisé et rassurant, à réguler les stimuli externes qui pourraient aggraver la

situation du patient et à gérer les émotions intenses qui peuvent se manifester pendant l'isolement.

Les murs et la porte de la chambre d'isolement ne sont que des aspects physiques de la situation, tandis que l'équipe soignante représente l'élément clé pour créer un contexte propice à la thérapie. Les membres de l'équipe soignante doivent être en mesure de comprendre le patient et de considérer l'isolement comme un outil de médiation pour établir ou rétablir une relation de confiance avec lui.

L'isolement ne peut avoir une dimension thérapeutique que s'il est soutenu par une équipe soignante compétente et engagée. Les murs et la porte de la chambre d'isolement ne sont que des éléments matériels, tandis que l'équipe soignante est responsable de fournir la "*contenance*", le "*filtre*" et le "*pare-excitation*" nécessaires pour que l'isolement soit un support de médiation efficace dans la construction ou la restauration des relations avec le patient, ou encore la disposition aux soins.

*« L'évaluation par les soignants du nombre d'intervention dans la chambre auprès des patients se situe autour de 12 fois en moyenne, les gestes du quotidien comme les repas, la toilette, la distribution de médicaments et les entretiens explique ce chiffre. Les liens sont donc maintenus et favorisent l'établissement plus rapide d'une relation soignante avec les patients isolés. Le lien avec les soignants est aussi mis en avant de manière positive « à part la pendule les soignants deviennent ton meilleur ami ». La régularité des rencontres installe une facilité à l'échange dans lequel le patient s'investit « au début je ne voulais rien dire, et après j'ai compris, plus tu parles, plus tu vas mieux et plus tu sors vite » » (de Luca, M. & Chenivresse, 2017). L'article souligne que le maintien des liens avec les soignants est considéré comme un aspect positif de l'expérience en chambre d'isolement. Les patients expriment que, mis à part le sentiment d'isolement, les soignants deviennent un vrai soutien, soulignant ainsi l'importance de cette relation dans le processus de soins.*

La régularité des rencontres avec les soignants facilite également les échanges entre le patient et l'équipe soignante. Certains patients témoignent donc qu'au début, ils étaient fermés à l'échange, mais qu'ils ont rapidement compris que plus ils s'expriment, mieux ils se sentent et plus rapidement ils peuvent sortir de la chambre d'isolement. Cette facilité à communiquer permet aux patients de s'investir dans leur propre rétablissement et de participer activement à leur traitement.

### 3.3.3 Les bénéfices de l'enfermement

Dans le court reportage du Dr Natalie Giloux et de Phillip Didier, *chambre d'isolement, chambre d'apaisement*, on peut voir en premier lieu les patients qui témoignent de leur expérience avec la chambre d'isolement, j'ai trouvé pertinent de s'y intéresser d'autant que ce sont là des témoignages vrais de patients qui ont vécus ces situations et qui par conséquent exprime leur ressenti post-isolement.

Le film débute par le témoignage d'un jeune homme qui exprime sa compréhension d'avoir été enfermé en chambre d'isolement qui en décrit le bénéfice qu'il en a tiré à savoir « *cette claustrophobie et cette maladie dans laquelle j'étais à ce moment-là s'est transformé en paix et en sagesse* ». Un autre patient déclare que la mise en chambre d'isolement lui a été bénéfique car : « *ça a fait chuter la fièvre de la folie* », cette crise aiguë qu'il décrit comme une folie passagère a pu être contenu et apaisé avec l'utilisation de la chambre d'isolement.

Ce reportage offre aussi une analyse et le point de vue de l'utilisation de la chambre d'isolement où le Dr Gilles Burloux, psychiatre, soulève l'intérêt et les bénéfices de la chambre d'isolement et la décrit comme un : « *Moment fondateur du soin* » il déclare également que « *c'est du soin car d'une part il y a la diminution des stimulations en première indication, puis la deuxième indication qui est très souvent secondaire à la première c'est la dangerosité avec le risque de passage à l'acte, une agressivité voir une violence* » il ajoute que « *ce pourquoi il va être isolé n'est pas parce qu'il risque d'être violent et qu'on le puni mais parce qu'il ne gère plus sa relation au monde et risque donc de se mettre en danger et de mettre en danger autrui* ». En effet, il souligne le fait que l'isolement, bien souvent décrit et perçu comme un châtement, n'est pas censé être utilisé comme un mode de punition mais bel et bien comme un soin avec des intérêts qui tend vers l'apaisement du patient.

Dans le même contexte, « *L'isolement permet alors une diminution des stimulations et des contacts avec les proches et l'extérieur mais aussi un contrôle des facteurs physiques et moraux à l'origine de l'aliénation : l'ensemble de la vie de l'aliéné est sous contrôle, organisée au service d'une régularité sous le primat de la raison et du rationnel.* (de Luca, M. & Chenivresse, 2017) », en d'autres termes l'isolement peut jouer un rôle crucial dans l'apaisement des patients en limitant les interactions et les stimuli externes, il permet de réduire la surcharge

sensorielle et émotionnelle. De plus, l'isolement offre un environnement contrôlé qui permet de gérer les facteurs physiques et moraux qui contribuent à « l'aliénation ».

En éliminant ou en minimisant les influences externes, il devient possible de créer un cadre structuré et prévisible où les patients peuvent se sentir en sécurité. Cela peut aider à réduire l'incertitude et l'anxiété associées à la crise, offrant ainsi une stabilité propice à l'amélioration clinique. De plus « *Toute MCI (mise en chambre d'isolement) doit s'accompagner d'une chimiothérapie qui permette de réduire l'état d'excitation et d'angoisse qui ont motivé la mesure* »

### **3.3.4 Les conséquences de l'enfermement**

La mise en isolement ou l'application de mesures d'enfermement pour un patient peut avoir des conséquences néfastes qui entraînent des effets délétères sur leur bien-être. « *Ainsi, une personne privée de sa possibilité d'agir sur son environnement peut facilement glisser dans un véritable chaos intérieur. Nous pouvons même parler d'aliénation occupationnelle quand il n'y a plus de possibilité d'implication dans des activités signifiantes et significatives* » (Riou, G. & Le Roux, F.2017).

Dans cette article l'auteur met en lumière l'hypostimulation dû à une personne enfermé, comment le fait de ne pouvoir bénéficier d'activités qui stimule l'occupation est responsable d'une détresse interne et peut vite conduire à des comportements caractérisés comme inadapté. L'article pointe du doigt l'importance d'avoir des activités car dans les services fermés ce qui est le plus mal vécu c'est l'ennui, ce manque d'occupations de n'avoir rien à faire et de « tourner en rond ». C'est lorsque l'ennui s'installe que les pensées peuvent prendre le dessus et nourrir les idées anxieuses. Cet article nous met face à la réalité d'un témoignage de patient qui indique que : « *L'hôpital, ça ressemble à la prison, on t'enferme et d'un coup tu n'as plus le droit de sortir ou de téléphoner, il faut demander la permission pour tout, parfois on nous traite comme des enfants et parfois comme des prisonniers. Ils disent qu'ils nous soignent alors qu'en vrai c'est l'enfermement qui finit par nous rendre malades !* » Le patient décrit donc l'enfermement comme une prison, et verbalise le fait que d'être enfermé n'a pour finalité non pas la guérison mais l'aggravation des troubles. En effet, lors d'une hospitalisation (sous contraintes ou non) il y a des règles strictes à respecter et pour lequel les patients doivent se soumettre. Ils ne peuvent vaquer à leurs occupations comme bon leur semble car ils doivent se plier aux règles institutionnelles régie par des lois et des protocoles.

Lors du court métrage réalisé par le Dr Natalie Giloux et Philippe Didier : *Chambre d'isolement, chambre d'apaisement*, un des patients témoigne que lors de son passage en chambre d'isolement il a : « *Vécu ça comme un traumatisme, on a voulu me faire du mal* » « *ça ne m'a pas aidé, ça m'a fait encore plus délirer* » il décrit avoir vécu cette situation comme un traumatisme entraînant une exacerbation de son délire. On peut en comprendre que pour certaines personnes, même à distance de l'isolement, l'intérêt n'est toujours pas perçu et l'expérience est vécue de manière négative ce qui peut compromettre l'adhésion au soin et l'alliance thérapeutique. Sans alliance thérapeutique, la prise en charge peut donc être compromise et le suivi peut donc être délétère pour le patient.

Pour Dominique Friard : « *le séjour en CI en tant qu'expérience d'isolement sensoriel pourrait entraîner une intensification massive de l'angoisse et la manifestation de phénomènes de morcellement ou de phénomènes de sidération* » (Friard, D. 2002 p. 204), l'intérêt thérapeutique doit être justifié afin d'éviter un effet inverse sur le patient.

### **3.3.5 L'infirmier au cœur des soins sous contraintes**

Le rôle de l'infirmier dans les soins sous contraintes des patients en psychiatrie serait essentiel pour garantir leur bien-être et prévenir les situations de danger. Mais prévenir des situations de danger, est-ce un rôle de soin ? De soignant ? Où serait-il un moyen de disposition aux soins plus qu'un réel soin en lui-même. Dans le court métrage du Dr Natalie Giloux et de Phillip Didier, le professeur Michel Marie-Cardine, psychiatre explique que dans les années 1960 dans les services de base « *asilaires* » les recrutements d'infirmiers n'étaient pas possibles « *on ne pouvait pas recruter d'infirmiers puisque il n'y avait pas de diplômes on ne pouvait pas les payer donc on employé de la main d'œuvre de bas niveau de gens qui n'avait aucune formation, aucune instruction et avaient peur des malades donc ils avaient pour but de se défendre de l'agressivité des malades plutôt que d'avoir pour but le soin* ». On pourrait donc se dire qu'aujourd'hui l'infirmier, en ayant une formation diplômante a pour but le soin. Est-ce que répondre face à l'agressivité du malade résulte une situation de soin ou d'autorité. C'est bien là qu'on peut en distinguer la différence entre un soignant en hôpital et un agent de l'administration pénitentiaire en prison. En faisant donc la distinction entre un surveillant et un soignant, plusieurs aspects du rôle infirmier s'imposent.

L'aspect observation et surveillance : Selon l'HAS, L'infirmier assure une surveillance constante des patients : *« Il est recommandé que : la surveillance de l'état psychique par l'équipe soignante se fasse au moins toutes les heures et puisse aller jusqu'à une surveillance continue; la surveillance des paramètres physiologiques soit assurée par l'équipe soignante (tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, palpation des mollets, etc.) en fonction de la prescription médicale »*

L'infirmier assure aussi la transmission d'informations envers le patient ce qui pourrait favoriser une alliance et une relation de confiance entre le patient et le soignant : *« L'information au patient permet d'instaurer une relation de confiance »* (Beydon, N. 2013 p.85-89)

En cas de situation d'urgence ou de crise, l'infirmier est formé pour réagir rapidement et efficacement. Il assure la sécurité du patient et collabore avec l'équipe interdisciplinaire pour résoudre la situation. *« Il est recommandé que les équipes soient formées et entraînées à la prévention, à la gestion de la violence et aux techniques de désamorçage »* (HAS)

L'infirmier joue un rôle clé dans la réassurance, l'écoute et le soutien des patients. Il fournit un soutien psychologique, encourage les discussions ouvertes et aide les patients à développer des compétences d'adaptation. *« La réassurance est un souci constant, celle du patient – en écho à celle du soignant- qui justifie son écoute, les réponses justes, suffisamment bonnes à ses questions »* (Beydon, N. 2013 p.85-89)

L'infirmier collabore étroitement avec l'équipe de soins (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) pour partager les informations pertinentes concernant la sécurité du patient. Il participe aux réunions d'équipe et contribue aux plans de soins individualisés. *« C'est à nous, sur le terrain, avec les infirmiers, le médecin traitant, les interlocuteurs locaux, de trouver la formule la moins traumatique pour que le patient puisse comprendre le sens d'un retour à l'hôpital et que, d'autre part, les ressources thérapeutiques ne soient pas évaporées en une seule intervention »* (Guibet Lafaye, C. 2016)

Comment, l'infirmier de par son rôle décrit ici peut favoriser le soin et surtout concilier le rôle de l'infirmier en tant que garant de la sécurité des patients avec sa mission de soin et de soutien tout en évitant que la prévention des situations dangereuses ne se transforme en un exercice autoritaire plutôt qu'en un véritable acte de soin. Il convient d'avoir les compétences spécifiques

nécessaires pour établir une relation de confiance et une alliance thérapeutique avec les patients en situation d'isolement et d'enfermement. Il s'agit également de trouver un équilibre entre la nécessité de prévenir les risques, et le respect des droits et de la dignité des patients en soins sous contraintes.

### **3.3.6 Le soin**

D'après le Larousse, le soin est défini comme des : *“Actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un”*.

Selon le CNRTL, le soin est : *” Occupation, responsabilité qu'une personne doit assumer”*.

Ces deux définitions ne viennent pas de sources scientifiques infirmières ou médicales, pour autant, elles semblent correspondre à ce qu'est le soin dans la prise en charge infirmière. Le concept des soins en milieu infirmier repose sur l'approche holistique de la personne, prenant en compte ses dimensions physiques, psychologiques, sociales et spirituelles.

Les soins infirmiers visent à promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et accompagner les patients tout au long du processus de guérison.

Le modèle de soins centré sur la personne de Jean Watson : *« sentiments, sensations physiques, pensées, croyances spirituelles, buts, espérances, considérations environnementales et significations de ses propres perceptions – tous ces éléments sont basés sur le passé de la personne, son moment présent et un avenir tel qu'anticipé »* (Cara, C. & O'Reilly, L. 2008). Watson met l'accent sur l'importance des relations thérapeutiques et de l'empathie dans les soins infirmiers. Son modèle met en avant la compassion, la présence attentive et le respect de la dignité de la personne soignée.

*« Une occasion de caring survient au moment où l'infirmière et la personne soignée se rencontrent avec leur histoire de vie et leur champ phénoménal uniques dans une transaction d'humain-à-humain »* (Cara, C. & O'Reilly, L. 2008). Ce que l'on peut traduire par le fait que dès la rencontre entre les deux acteurs, chaque échange peut devenir un moment de soin, de prendre soin. Ceci dès lors que l'échange se met en place c'est une occasion de pouvoir prendre soin

Le modèle de soins en santé mentale de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) : Ce modèle propose une approche globale de la santé mentale, mettant en évidence l'importance de la promotion de la santé, de la prévention des troubles mentaux, du traitement et de la réadaptation. Il encourage une approche multidisciplinaire et favorise la participation active du patient dans son propre processus de soin « *une approche holistique et intégrée pour traiter les problèmes de santé, dont la santé mentale* » (Funk, M., Benradia, I. & Roelandt, J. 2014)

Hildegard Peplau était une infirmière et théoricienne infirmière reconnue. Elle a développé le modèle de soins infirmiers relationnels, mettant l'accent sur l'importance des interactions et des relations entre l'infirmière et le patient. Son modèle met en avant le rôle de l'infirmière en tant que facilitatrice de la santé et de la guérison « *Le processus de soins se définit comme une série d'actions applicables à diverses situations. Les soins infirmiers constituent une fonction. Le mandat et l'orientation des fonctions de l'infirmière découlent des différentes situations qui voient ces professionnels collaborer à l'amélioration de la santé* » (Hildegard Peplau, 1952)

Selon Lefebvre, le soin est une pratique fondamentale de l'existence humaine, qui implique une attention et une préoccupation pour autrui. Elle considère que le soin doit être compris comme une attitude et une pratique éthique, qui vise à répondre aux besoins de l'autre, à reconnaître sa vulnérabilité et à respecter sa dignité.

« *Le malade est appréhendé dans sa globalité et sa singularité à travers la caractérisation de sa constitution humorale et de sa relation propre à l'environnement naturel (géographique, climatique, etc.) et culturel (genre et hygiène de vie). Il est considéré dans sa singularité biographique et dans son expérience vécue, sa souffrance - ce que nous appelons aujourd'hui sa subjectivité* »

Pour l'auteure, le soin ne doit pas être réduit à une simple technique ou à une intervention médicale, mais doit être considéré comme une relation humaine complexe, qui implique une écoute attentive, une empathie et une présence bienveillante. Elle souligne également l'importance de la réflexivité dans la pratique du soin, c'est-à-dire la nécessité pour les soignants de se questionner sur leurs propres motivations et sur les valeurs qui guident leur pratique.

« *La philosophie du soin, renouvelée par l'émergence du patient considéré comme individu, comme personne et comme acteur de soins, ne peut faire l'économie d'une réflexion*

*sur les implications non seulement juridiques mais aussi politiques et sociales de l'individualisme »*

Lefève insiste également sur l'importance de la dimension politique du soin, en soulignant que les pratiques de soins doivent être pensées dans le contexte des structures sociales, économiques et politiques plus larges. Elle considère que la justice sociale et l'égalité sont des prérequis pour une pratique du soin authentique et efficace.

Les auteurs du livre « la philosophie du soin » explorent les différentes dimensions du soin, telles que la relation entre le soignant et le patient, les pratiques de soin dans différentes cultures et traditions. Fabienne Brugère, participante à l'ouvrage, définit le concept du « *care* » (soin en anglais) en le mettant en lien avec la sollicitude et le soin : « *Le care, compris comme sollicitude désigne alors un talent ou une aptitude à prendre en charge une vie dépendante, un corps fragile ou diminué, plus ou moins viable. Il exprime une intelligence sensible au service de la conduite de la vie d'un autre dans le besoin sans pour autant sombrer dans un sacrifice de soi déstabilisant.* » (Benaroyo, L. Lefève, C. Mino J-C. Worms, F. 2010)

Ils s'interrogent également sur la nature du soin en tant que pratique éthique, soulignant l'importance de l'empathie, de la compassion et de la compréhension dans la relation entre le soignant et le patient. Ils mettent en évidence l'importance d'une approche holistique du soin, qui prend en compte les dimensions physiques, émotionnelles, sociales et spirituelles de la santé. Pour Lazare Benaroyo : « *face à la singularité propre à toute les prise en charge médicale, le soignant ne peut dès lors réduire l'individu malade à une simple entité nosologique ; il se doit d'explorer les multiples contingences qui caractérisent la situation de détresse de la personne souffrante qui l'interpelle, et qui constitue l'horizon normatif de son action* » (Benaroyo, L. Lefève, C. Mino J-C. Worms, F. 2010)

Enfin, les auteurs examinent les défis auxquels sont confrontés les professionnels de la santé dans leur pratique quotidienne du soin, notamment la charge de travail, le stress et la pression financière.

D'après mes lectures précédemment exposées, le soin serait axé vers une démarche bienveillante et attentionnée visant à répondre aux besoins de santé, de bien-être et de soulagement de la souffrance des personnes. Il englobe des dimensions physiques,

psychologiques et sociales, et nécessite une approche globale prenant en compte la personne dans sa globalité.

Le concept de soin est souvent mis en tension avec les notions d'enfermement et d'isolement en raison des pratiques qui ont été historiquement associées à certains contextes de soins, en particulier dans le domaine de la psychiatrie. L'enfermement renvoie à la privation de liberté et à l'incarcération de personnes considérées comme différentes ou déviantes, généralement dans des institutions spécialisées. L'isolement, quant à lui, désigne le fait de séparer une personne du reste de la société ou de son environnement immédiat, souvent dans le but de la protéger ou de la maîtriser.

La tension entre le soin et l'enfermement/isolement réside dans le dilemme éthique de trouver le juste équilibre entre la protection de la personne et le respect de ses droits et de sa dignité. L'enfermement et l'isolement peuvent être perçus comme des pratiques coercitives, limitant la liberté individuelle et pouvant avoir des conséquences néfastes sur la santé mentale et le bien-être des personnes concernées.

Aujourd'hui, il existe une évolution des pratiques vers des approches de soins plus respectueuses des droits et de l'autonomie des individus, favorisant la participation active de la personne dans sa prise en charge.

### **3.3.7 Le cadre réglementaire**

Les concepts d'enfermement, d'isolement et de soin que j'ai présentés précédemment sont tous applicables dans un cadre législatif bien défini, en particulier dans le domaine de la prise en charge infirmière. Ces dimensions sont soumises à des réglementations et des protocoles qui encadrent leur utilisation et visent à garantir les droits et le bien-être des patients.

Tout d'abord, il est important de souligner que chaque individu possède des droits fondamentaux et que la privation de liberté ne se fait pas de manière systématique, mais plutôt en conformité avec le cadre réglementaire de l'hospitalisation en psychiatrie.

La loi du 27 juin 1990, dite "loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux" en France, établit les droits fondamentaux des patients en

psychiatrie, tels que le droit à la dignité, à l'autonomie, à l'information et au respect des décisions personnelles.

La loi du 5 juillet 2011, dite "loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge", renforce les droits des personnes suivies en psychiatrie et définit les différentes mesures de soins psychiatriques.

La loi définit les différentes modalités de prise en charge des personnes en situation de crise psychiatrique parmi ces différentes modalités de prise en charge, il existe différents dispositifs tel que :

Les soins libre (SL) : Elle est basée sur le consentement volontaire du patient. Le patient est libre de quitter l'établissement à tout moment, sauf s'il présente un danger imminent pour lui-même ou pour autrui.

Soins à la Demande d'un Représentant de l'État (SDRE) : Ce mode d'hospitalisation sous contrainte permet à un représentant de l'État (le préfet) d'ordonner l'hospitalisation d'une personne en cas d'urgence, lorsque cette personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui. Cette décision doit être prise sur la base d'un certificat médical circonstancié établi par un psychiatre et doit être notifiée à la personne hospitalisée dans les 12 heures suivant l'admission.

Soins à la Demande d'un Tiers (SDT) : Ce mode d'hospitalisation sous contrainte permet à un tiers, généralement un membre de la famille ou un proche, de demander l'hospitalisation d'une personne en situation de trouble mental. Cette demande doit être adressée au préfet, qui doit statuer sur sa recevabilité dans un délai de 48 heures. Si la demande est jugée recevable, la personne peut être hospitalisée sous contrainte sur décision d'un psychiatre.

Soins avec péril imminent (SPI) : Ce mode d'hospitalisation sous contrainte permet à un psychiatre de décider de l'hospitalisation d'une personne en situation de trouble mental pour une période de 72 heures maximum, afin d'évaluer sa situation et de décider si une hospitalisation sous contrainte plus longue est nécessaire. À l'issue de cette période, la personne peut être soit libérée, soit maintenue en hospitalisation sous contrainte sur décision d'un représentant de l'État.

Soins à la Demande d'un Tiers Urgents (SDTU) : Ce mode d'hospitalisation sous contrainte permet à un tiers de demander l'hospitalisation d'une personne en situation de trouble mental de manière urgente, sans passer par la procédure du SDT. Cette demande doit être adressée à un psychiatre, qui peut décider de l'hospitalisation sous contrainte si la situation le justifie.

Les soins sans consentement en ambulatoire : Ils peuvent être mis en place lorsque le patient nécessite des soins, mais ne nécessitent pas une hospitalisation complète. Le patient peut être suivi en ambulatoire tout en étant soumis à une obligation de soin établie par le psychiatre.

Cependant ces réglementations connaissent des limites, en effet pour certains patients où des critères médico-sociaux se pose : *« Peut-être que les questions les plus difficiles ne sont pas toujours là où on l'attend [...] c'est tout ce qui tourne autour des patients déficitaires sur le plan intellectuel, c'est-à-dire pour lesquels au fond on n'a pas de ... tiers qui interviennent [...]. Je pense à des patients – très concrètement – qui sont limités sur le plan intellectuel, qui sont dans une dimension caractérielle, dont finalement personne ne veut, qui sont souvent plus ou moins institutionnalisés dans le médico-social avec un rejet du médico-social que de temps en temps, on est obligé d'hospitaliser. Évidemment, eux, ils ne sont pas d'accord pour être à l'hôpital [...] après on ne sait plus très bien aujourd'hui si la mesure de privation de liberté est utile sur un plan médical, elle répond à une demande de la société ou parce qu'on ne sait pas quoi faire d'autre et qu'il faut bien le garder quelque part. C'est peut-être probablement ça le plus difficile, parce que ça ne pose de problème à personne. « On se dit : “quelqu'un de déficitaire, qui est en grande difficulté, il vaut mieux qu'il soit quelque part et pourquoi pas à l'hôpital plutôt qu'à la rue”, en gros c'est ça. »* (Guibet Lafaye, C. 2016). On est donc là éloigné de l'intérêt thérapeutique ou encore sécuritaire que l'on a pu voir précédemment, cependant cette pratique reste dans l'intérêt du patient, dans une mesure de prévention et de protection.

En outre, afin de veiller au respect de ce cadre légal et afin de protéger les patients de leur privation de libertés, la loi prévoit également des garanties pour éviter les abus et les détentions arbitraires. L'hospitalisation du patient doit donc obligatoirement, dans le cas de sa poursuite, doit être statué auprès du juge des libertés et de la détention dans un délais de douze jours à

compter de l'admission du patient afin que la loi soit respectée et le patient protégé. Le juge des libertés et de la détention a donc le pouvoir de décider de la poursuite des soins sans consentements s'il juge son utilisation non pertinente.

## **4. Enquête exploratoire**

L'enquête exploratoire est une méthode de recherche qui vise à collecter des données de manière ouverte et flexible, afin de mieux comprendre un sujet donné. Il s'agit d'une approche qui permet d'explorer les différentes dimensions d'un phénomène, sans hypothèses préconçues.

Dans le cadre de ce travail de fin d'étude en formation infirmière, l'enquête exploratoire me permettra d'explorer les différents aspects liés à mon sujet, l'enfermement et l'isolement pour les patients schizophrènes.

### **4.1. Outil utilisé**

*« L'entretien semi-directif ou l'entrevue semi dirigée (Savoie-Zajc, 1997) est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes (Lincoln, 1995). »* Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers, 102, 23-34.

En posant des questions ouvertes aux professionnels de la santé. Cette méthode me permettra de recueillir des données qualitatives sur les expériences et les perspectives des parties prenantes, afin de mieux comprendre l'impact de cette pratique sur les patients et les points de vue des soignants, il y a dans un entretien semi-directif cette notion d'échange et la possibilité à l'interlocuteur d'avoir une certaine liberté de parole.

### **4.2. Population choisie**

Mon enquête se déroulera exclusivement auprès d'infirmiers, sans distinction d'âge ni d'expérience. Avec justement la volonté de pouvoir avoir des diversités d'expériences et de vécus.

### **4.3.Lieu d’investigation**

Afin de recueillir des données fiables, j’ai prévu de mener mon enquête en interrogeant des infirmiers travaillant dans des unités où la pratique de l’enfermement et de l’isolement est courante. J’ai donc initié une demande d’entretiens dans les services suivants : les Unités pour Malades Difficiles (UMD), les Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP) et un service d’accueil crise fermé.

Ma demande a donc été envoyée à la direction des soins du centre hospitalier de Montfavet (voir annexe I), et j’ai reçu une réponse quelques jours après ma demande. J’ai d’abord contacté le service d’accueil en crise fermé et demandé à 3 infirmiers (deux hommes et une femme) s’ils acceptaient de répondre à quelques questions lors d’un entretien formel et anonyme dans le cadre de mon travail de fin d’étude. L’équipe est relativement jeune, avec des infirmiers dont l’âge ne dépasse pas 31 ans, mais ils ont différents parcours et connaissances, ce qui a apporté une véritable richesse à mes entretiens. J’ai pris beaucoup de plaisir à les réaliser et à écouter les perspectives de chacun sur mon sujet, qui n’est pas facile à aborder. Pour ce qui est des autres services, mes tentatives pour les contacter ont été infructueuses en raison du manque de temps. J’ai donc décidé de me concentrer sur les entretiens réalisés dans le service d’accueil en crise fermé.

### **4.4.Guide de l’outil**

Pour obtenir les informations nécessaires sur mon sujet, j’ai posé des questions en relation avec mon cadre de référence. Après avoir demandé des informations sur l’âge et le parcours, j’ai ensuite abordé la question de la schizophrénie.

Voici les questions que j’ai posées :

- Quel est selon vous, la meilleure approche face à un patient schizophrène en phase aiguë ?

J’ai poursuivi avec des questions en lien avec le soin :

- Dans quelle mesure pouvez-vous considérer l’isolement comme un outil de soin ?
- Qu’est-ce qu’un soin pour vous ?

Puis comment réagir face à l’isolement, les conséquences d’être enfermé et le rôle d’un infirmier face à cette souffrance :

- Quel est votre rôle face à l'isolement d'un patient ?
- Quelles mesures de sécurité prenez-vous face à l'agressivité d'un patient schizophrène ?
- Quels sont les limites de l'enfermement d'un patient pour vous ?
- Comment prenez-vous en charge la souffrance du patient liée à son enfermement ?

## 4.5. Analyse

### 4.5.1 Questions par questions

- ❖ Question n°1 : Quel est selon vous la meilleure approche face à un patient schizophrène en phase aiguë ?

Lors du premier entretien avec Alex, la question de l'approche face à un patient schizophrène en phase aiguë est majoritairement l'écoute, la sécurité « *c'est le premier critère dans la relation c'est qu'on travaille en sécurité avec le patient* » (IDE1, L27) il apparait une priorité donnée à la sécurité pour ensuite prendre en compte de l'individualité, sans oublier la notion importante qui est de comprendre la raison de cette décompensation et agir en conséquence : « *d'écouter la personne, d'évaluer les risques, savoir si elle a des antécédents de violence, est-ce qu'elle est encore en capacité d'être en contact avec la réalité ou pas* » (IDE1, L28-30) On comprend donc que la notion de sécurité est le pilier dans l'approche face à un patient schizophrène, le soin n'étant donc pas la priorité.

« *Après il faut aussi comprendre qu'est-ce qui est décompensé en ce moment, quel est la cause de la décompensation pour pouvoir mieux gérer ensuite* » (IDE1, L38-39) l'écoute et la compréhension du patient ont une grande place dans la prise en charge et l'approche d'un patient en crise aiguë.

L'infirmier parle donc d'approche personnalisée selon le patient, ce qui fait écho à mon cadre de référence concernant la définition du soin et surtout la définition que Céline Lefève nous propose. « *Il y a autant de schizophrènes que de personnes enfin voilà chacun est différent donc c'est nécessaire. Personnalisé et pluridisciplinaire* » (IDE1, L63-64) là où Céline Lefève nous dit que le patient « *est considéré dans sa singularité biographique et dans son expérience vécue, sa souffrance - ce que nous appelons aujourd'hui sa subjectivité* » (C.Lefève, la philosophie du soin)

Lors du second entretien avec Mathieu il nous dit que « *chaque psychotique à sa personnalité, chaque psychotique réagit différemment, chaque psychotique, à son vécu. Et donc forcément, on peut pas aborder chaque individu de la même manière* » (IDE2, L37-39) ce qui rejoint également, et sous-tend une approche du malade de manière individuel et ciblé sur le patient et ses besoins.

Pour le troisième et dernier entretien avec Estelle l'approche est plutôt de « *trouver une thérapeutique adaptée de se servir des outils qu'on peut avoir comme la chambre d'isolement, parfois parce qu'on est obligé de s'en servir ou les soins relationnels pour essayer de l'aiguiller et essayer de le réorganiser un petit peu* » (IDE3, L19-22) donc l'approche est plutôt au niveau de l'action, bien que les soins relationnels restent présent comme mentionné précédemment par Alex et Mathieu puisque effectivement Estelle nous parle également d'« *écoute active* » (IDE3, L25) lorsque c'est possible.

Les infirmiers mettent en avant une approche personnalisée pour chaque patient, en accord avec mon cadre de référence et la définition des soins proposée par Céline Lefevre. La notion de démarche sécuritaire prévaut pour chacun des participants et est une notion prioritaire à celle du soin afin de diminuer les risques. Chaque personne est considérée dans sa propre histoire, son vécu et sa subjectivité. Les patients atteints de schizophrénie réagissent différemment en fonction de leur personnalité et de leur expérience, ce qui nécessite une approche individuelle adaptée à leurs besoins spécifiques. Pour Estelle, l'accent est mis sur l'action avant le soin en recherchant des thérapies appropriées, ainsi que l'utilisation de la chambre d'isolement lorsque nécessaire, tout en maintenant une écoute active dès que possible.

❖ Question n°2 : Quelles mesures de sécurité prenez-vous face à l'agressivité d'un patient schizophrène ?

Pour Alex, entretien n°1, il explique quand dans l'agressivité il y a toujours une raison sous-jacente et que cette agressivité fait le plus souvent suite à une « *rupture du langage* » (IDE1, L72) que notre capacité à communiquer n'est pas la même qu'un patient schizophrène, en tout cas dans ce cas là où l'agressivité est notable, et que par conséquent il convient toujours de comprendre d'où cela vient avant d'entamer un quelconque désamorçage. Dans le cas d'un patient schizophrène qui est dissocié sa réalité n'est pas la nôtre et outre la rupture de langage c'est son interprétation du fait de sa dissociation, il pourrait peut-être se sentir persécuté ce qui

pourrait entraîner de l'agressivité, le rendant inaccessible à l'échange, comprendre donc d'où vient une agressivité chez un schizophrène peut être donc laborieux, si la communication est rompue, doit-on donc « agir » ? Car ce qui est important pour Alex c'est « *de ne pas être dans l'agir mais plutôt d'être dans le penser* » (IDE1, L102-103) ensuite se mettre en sécurité et en dernier recours si besoin, agir surtout si c'est une urgence. Nous sommes là dans une contradiction face à la réponse précédente où la mise en sécurité est la première intention. Il est aussi question pour Alex de l'exemplarité : « *j'estime que pour la plupart des cas il faut essayer d'être quand même plutôt dans la compréhension et la bienveillance voilà entre guillemets le côté euh, exemplarité leur montrer qu'on peut fonctionner comme ça car en société ça fonctionne quand même plutôt mieux comme ça* » (IDE1, L121-123) On est dans une approche comportementaliste, il est ici question de la normalité qui peut être mis en lien avec Foucault qui en définit la norme et dénonce cet esprit de contrôle sur la société où la normalité est commune dans un but de contrôle : « *la norme est lié à celle de discipline* » « *la pensée médical distingue le normal de l'anormal ; elle se donne, elle cherche aussi à se donner des moyens de correction qui ne sont pas exactement des moyens de punition, mais des moyens de transformation de l'individu, toute une technologie du comportement de l'être humain qui est liée à cela* » (J,Revel 2008, p.98)

Pour Mathieu, on retrouve à peu près le même cheminement à savoir, se mettre en sécurité, et « *comprendre d'où vient cette agressivité* ». (IDE2, L64-65) De plus, Mathieu distingue l'agressivité verbale et l'agressivité physique. Pour l'agressivité verbale, il convient de laisser le patient extérioriser jusqu'à ce qu'il soit accessible à la discussion, et ce lorsqu'il n'y a pas de velléité de passage à l'acte hétéro-agressive. En revanche pour ce qui est de l'agressivité physique, selon l'expérience du soignant, il peut être anticipé : « *tu peux, avec l'expérience, tu arrives à anticiper t'arrives à focaliser certains points du patient* » (IDE2, 79-80) il convient donc d'en discuter en équipe, de proposer au patient une thérapeutique médicamenteuse pour qu'il s'apaise et en dernier recours l'utilisation de la chambre d'isolement. La chambre d'isolement est donc préconisée mais dans quel but ? Est-ce dans un but de soin ou dans une préoccupation sécuritaire ?

Quant à Estelle, elle préconise également le regard clinique qui avec l'expérience donne des premières indications « *t'as ton analyse clinique qui te permet de d'observer et avec le temps,*

*avec ton expérience t'arrives à te rendre compte, à quel moment tu risques d'être en danger ou pas » (IDE3, L31-33) également comme Mathieu et Alex, il y a la question de mise en sécurité pour les soignants, par le travail en équipe et les dispositifs de sécurité afin d'alerter en cas de danger. Estelle nous parle également d'administration de thérapeutique, en accord avec le patient ce qui inclut une négociation en amont, si elle est possible. Puis afin de sécuriser les soignants et le patient, il y a la possibilité d'utiliser la chambre d'isolement avec le pyjama sécurisé. Parer à tous les risques signifie-t-il soigner ? Comme indiqué dans mon cadre de références « *ce pourquoi il va être isolé n'est pas parce qu'il risque d'être violent et qu'on le puni mais parce qu'il ne gère plus sa relation au monde et risque donc de se mettre en danger et de mettre en danger autrui* ». (Dr G, Burlox)*

Dans les réponses des soignants, on observe communément l'utilisation de dispositifs DATI (Dispositifs d'Alarme pour Travailleur Isolé). Ces dispositifs peuvent indiquer que les soignants accordent une priorité à la mise en sécurité notamment des soignants. L'analyse de cette question met en évidence des stratégies similaires pour gérer l'agressivité chez les patients. Il ressort de ces échanges que la compréhension de la source de l'agressivité, le maintien de la sécurité des soignants et du patient, ainsi que l'utilisation de dispositifs de sécurité appropriés sont des aspects cruciaux de la prise en charge.

L'approche axée sur la réflexion plutôt que l'action est également soulignée, mettant en avant l'importance de comprendre les motivations sous-jacentes à l'agressivité avant d'intervenir. Les infirmiers insistent également sur l'importance de l'expérience clinique pour anticiper les situations à risque. Pour finir on retrouve chez Mathieu et Estelle, la chambre d'isolement avec l'administration des traitements en dernier recours.

❖ Question n°3 : Quel est votre rôle face à l'isolement d'un patient ?

Pour Alex, le premier entretien, le rôle premier, qui est imputé par la loi c'est la surveillance « *On est obligé de remplir toutes les heures c'est de déjà de d'évaluer de surveiller un patient qui est en isolement* » (IDE1, L132-133) ce cadre légal « *oblige* » les soignants à appliquer ces surveillances ce que Alex voit également comme une opportunité de « *tisser un lien* » (IDE1,L137) avec le patient. On y retrouve donc deux dimensions qui sont les obligations institutionnelles par la loi et par ailleurs l'occasion de créer une relation soignant soigné. Il

mentionne le fait qu'avant la chambre d'isolement était appelé « *chambre de soins intensifs* »(IDE1, L141) ce qui donne réellement la notion de soin à cette pratique il la compare donc à un service de réanimation dans un cadre somatique mais pour la psychiatrie « *Parfois tu faisais presque de la réanimation psychique parce qu'il fallait tout reprendre* » (IDE1, L144-145) je trouve cette comparaison très intéressante car de ce point de vue-là le soin prend tout son sens dans la chambre d'isolement. On peut à ce moment-là parler de soin, parler d'acte de soin, pour autant est-ce que le fait de l'isoler est-ce que c'est un soin ou un moyen de mettre en attente le soin jusqu'à une possibilité d'échange et de communication. D'autant plus que selon Alex créer du lien dans la chambre d'isolement peut permettre d'humaniser cet acte qu'il considère comme quelque chose de très dur qui peut vite dévier comme un acte de répression avec des traumatismes associés. Il appuie aussi sur le fait que bien que cela puisse aider à apaiser les patients « *le rôle de l'infirmier pour moi c'est de faire en sorte que ça dur le moins possible* »(IDE1, L164)

Pour Mathieu, second entretien, le rôle qui prime c'est d'assurer la sécurité du patient « *Notre rôle à l'isolement, c'est du coup Bah d'assurer la sécurité du patient* » (IDE2, L98-99) il aborde également l'aspect règlementaire « *c'est une prise en charge qui est protocolisé* » (IDE2,L102) Il parle également d'un rôle de soutien, d'accompagnement et du fait que cela doit durer le moins longtemps possible. Selon Mathieu, la préoccupation première c'est donc ce qui revient encore une fois, la gestion des risques et donc l'aspect sécuritaire. Comme il le dit c'est une prise en charge protocolisé, effectivement, c'est un acte régit par des lois, contrôlé par des juges, prescrit par des médecins et ceci dans un temps limité. Ceci dans une démarche de sécurité, qui protège le patient des dérives et les soignants.

Du point de vue d'Estelle, 3eme entretien, le rôle face à l'isolement rejoint celui d'Alex quant à l'observation et la surveillance, notamment en rapport avec le cadre légal. Elle aborde également le rôle de soutien, de rassurer, et appuie sur l'importance de toujours associer un traitement à la chambre d'isolement « *ton rôle aussi, c'est d'adapter les thérapeutiques en fonction de ton analyse clinique* » (IDE3, L63-64) « *C'est à toi aussi de prévenir le médecin pour adapter les thérapeutique* » (IDE3, L66-67) la contention chimique semble être une préoccupation importante pour Estelle, contribue-t-elle à un état de bien être s'apparentant à un soin lorsqu'on l'utilise en chambre d'isolement ?

Les entretiens mettent en évidence le rôle primordial de la surveillance, de l'observation et de la sécurité dans la pratique de l'isolement en psychiatrie. On observe que deux soignants mettent en avant l'importance du temps, en considérant l'isolement comme une décision de gestion de crise et non pas à faire perdurer dans le temps. Les professionnels soulignent également la nécessité de créer du lien, de soutenir et de rassurer les patients, tout en cherchant à limiter au maximum la durée de l'isolement est au cœur de leur pratique. Estelle insiste sur l'importance d'associer un traitement adapté à cette mesure, impliquant une collaboration étroite entre les infirmiers et les médecins. Ce qui souligne l'importance d'une approche humaine et centrée sur le bien-être du patient dans la pratique de l'isolement en psychiatrie.

- ❖ Question n°4 : Dans quelle mesure pouvez-vous considérer l'isolement comme un outil de soin ?

Alex nous affirme que l'isolement réduit le risque de passage à l'acte auto et hétéro-agressif : *« l'isolement déjà il réduit pas mal déjà le risque lié à la crise donc le risque de passage à l'acte hétéro-agressif le risque de passage à l'acte auto agressif »*(IDE1, L184-185) pour les patients schizophrène en décompensation, selon Alex l'isolement permettra de se recentrer *« tu parlais des patients schizophrènes qui sont extrêmement décompensés qui sont, qui présentent un syndrome dissociatif majeur avec des angoisses de morcellement des hallucinations une perte de contact avec la réalité quasi-totale, on a vu que ça aide les gens quand même à se recentrer »* (IDE1, L190-192) pour les patients maniaques il considère que la baisse des stimuli entraîné par l'isolement peut être favorable, ça permet également d'être au plus près des patients et d'avoir une évaluation médical plus régulière.

Mathieu évoque également que c'est un outil de sécurité pour éviter la violence pour éviter un danger sur le patient et les autres *« Si malheureusement il se met en danger lui-même, il va passer à l'acte sur lui-même dans un geste auto -agressif. Bah nous l'isolement va nous permettre de sécuriser »* (IDE2, L131-132) Peut-il être un outil de sécurité et de soin ? Il décrit donc son utilisation comme un outil plutôt de sécurité que de soin dans ce cadre-là. En revanche il aborde le comportement maniaque qui en étant exalté l'isolement pourrait recentrer les stimuli comme l'a aussi indiqué Alex, mais pour Mathieu c'est toujours dans un but de prévenir un risque de violence et d'assurer une sécurité *« pour nous, ça c'est un outil sécurisant pour lui*

*parce que du coup ça te permet de recentrer un peu ses stimuli, d'éviter qu'ils se dispersent* » (IDE2, L136-137). Mathieu nous fait part également de certaines utilisations abusives de ces chambres d'isolement par manque de personnel ou de lits « *puisque l'isolement, souvent on le détourne un petit peu hein. Malheureusement, des fois, il manque tellement de personnel, de place que on a recours à l'isolement de manière un peu abusive* » (IDE2, L143-144). Dans ces cas-là, nous sommes vraisemblablement plus dans le soin, mais dans un besoin utilitaire qui susciterait un autre débat. Pour poursuivre sur le sujet de mon mémoire, ces pratiques abusives et l'utilisation de la chambre d'isolement à mauvais escient n'a donc plus d'indication de soin mais une indication de praticité.

Estelle mentionne également la baisse de stimulations : « *faire baisser les stimulations au maximum. Quant ton patient, il est trop décompensé, trop désorganisé, trop dissocié, morcelé et délirant.* » (IDE3, L73-74) mais également l'aspect sécuritaire « *de le sécuriser lui et de sécuriser toi et ton équipe quoi* » (IDE3, L75) la baisse de stimulation est-elle utilisée comme un soin ou comme une manière d'offrir des conditions favorables au soin ?

Ce qui ressort le plus de ces réponses c'est que l'isolement peut être considéré comme un outil de soin dans certaines circonstances. Il peut aider à réduire les risques de comportements agressifs, permettre aux patients de se recentrer et offrir une sécurité tant pour le patient que pour l'équipe soignante. Les stimuli extérieurs sont étroitement liés au risque de passage à l'acte et donc à la volonté de mettre les patients en sécurité, l'isolement serait en grande partie une mesure de protection pour le patient, et les soignants, avec cependant un décalage où dans mon cadre de référence le Dr Gilloux nous indique que certes la baisse des stimulations est effectivement une indication car elle peut entraîner un risque de passage à l'acte « *c'est du soin car d'une part il y a la diminution des stimulations en première indication, puis la deuxième indication qui est très souvent secondaire à la première c'est la dangerosité avec le risque de passage à l'acte, une agressivité voir une violence* » (chambre d'isolement, chambre d'apaisement) mais pour autant « *ce pourquoi il va être isolé n'est pas parce qu'il risque d'être violent et qu'on le puni mais parce qu'il ne gère plus sa relation au monde et risque donc de se mettre en danger et de mettre en danger autrui* » (Dr Gilloux, chambre d'isolement, chambre d'apaisement) donc la subtilité du risque de passage à l'acte doit être entendu, l'isolement ne doit pas être une punition ni s'apparenter à de la répression où on risque de basculer vers quelque

chose que l'on pourrait comparé à de la prison. Il est donc important de reconnaître les risques d'abus et de veiller à ce que l'utilisation de l'isolement soit justifiée et effectuée dans les meilleures conditions possibles, or selon un des soignants ce n'est pas toujours le cas, car Mathieu nous dévoile une utilisation parfois incorrecte.

Un des soignants soulève un point important auquel je n'aurais pas pensé, à savoir que cela "oblige" un passage médical. Nous sommes conscients de la pénurie de médecins en France, et la psychiatrie n'est pas épargnée par cette situation. Le passage obligatoire du docteur représente donc une garantie de suivi médical approprié dans ces circonstances.

❖ Question n°5 : Qu'est-ce qu'un soin pour vous ?

Au premier entretien avec Alex, il nous dit que : « *Ben il y a différents types de soins mais dans l'exercice de mes fonctions le principal j'exécute le soin relationnel* » (IDE1, L208-209) selon l'infirmier il existe donc différentes formes de soins mais il se concentre sur un type de soins particulier qui est l'établissement de relations avec les patients ainsi que le soutien émotionnel qu'il leur offre.

« *Le premier truc c'est d'être à l'écoute* » (IDE1, L215) L'écoute active est considérée comme une compétence clé dans la réalisation de soins en psychiatrie. Mathieu reconnaît l'importance d'être attentif aux besoins et aux préoccupations des patients. Il nous dit également que « *Dans un service de psychiatrie tout peut être un soin* » (IDE1, L216-217) ce qui veut dire que toute action ou interaction peut être considérée comme un soin. « *Mettre la table ça peut être un soin* » (IDE1, L218)

Cela suggère une approche holistique où chaque aspect de l'interaction est potentiellement thérapeutique. De même que dans mon cadre de références où Hildegard Peplau dit que « *Le processus de soins se définit comme une série d'actions* », en effet des actions aussi petite ou banal soient-elles peuvent être un soin. En effet, Alex nous dit que « *C'est pas bien tourné mais c'est presque toi le soin c'est presque toi qui fait le soin et par ton par ton attitude et ton engagement* » (IDE1, L 229-230) le soignant lui-même, avec son attitude et son engagement envers les patients, est un élément essentiel du processus de soins. C'est donc là l'importance de l'implication personnelle et de l'approche globale de chaque individu impliqué dans les soins. D'après Watson, « *Une occasion de caring survient au moment où l'infirmière et la personne soignée se rencontrent avec leur histoire de vie et leur champ phénoménal uniques dans une transaction d'humain-à-humain* » (Cara, C. &

O'Reilly, L. 2008). Pour en revenir à la déclaration d'Alex, et ce afin d'avoir un élément de comparaison avec mon cadre de référence, le soin défini par Alex fait écho à celui décrit par Hildegard Peplau, en effet tout est un soin à partir du moment où il y a une rencontre entre deux êtres humains, comme entre un soignant et un soigné.

Pour le second entretien avec Mathieu, selon lui le soin c'est « *Prodiguer quelque chose, prodiguer une action ou une écoute ou n'importe ce que tu veux à une personne. Pour permettre d'améliorer sa santé, que ce soit physique ou psychique* » (IDE2, L154-156) « *L'aspect relationnel, l'écoute, l'empathie* » (IDE2, L160) Mathieu rejoint Alex dans sa perception du soin, notamment en psychiatrie on y retrouve le soin relationnel, l'empathie et l'écoute. Cependant Mathieu y ajoute ce qu'il appelle « *le soin de force* » (IDE2, L160-161), le soin sous contrainte donc, qu'il associe à la notion de soin c'est d'ailleurs ainsi qu'on les appelle les « soins » sous contrainte peu importe la mesure sous contrainte (soins à la demande d'un tiers etc...), c'est un soin encadré, protocolisé avec une surveillance de conformité par un juge.

Selon Estelle, « *Un Soin, c'est pour moi, c'est apporter au maximum un petit peu de soi pour permettre à la personne en face de soi, qui est dans un État de sa vie où il est vulnérable (...) Pour qu'il puisse retrouver un petit souffle de bien-être* » (IDE3, L81-84) on entend l'importance d'un soin en tant que contribution personnelle pour aider quelqu'un qui se trouve dans un état de vulnérabilité à retrouver un peu de bien-être. « *Un moment d'accompagnement, d'écoute et de réassurance* » (IDE3, L84) dans le même état d'esprit que Mathieu et Alex, c'est l'accompagnement, l'écoute et le relationnel que l'on retrouve aussi dans la perception du soin du côté d'Estelle. « *Apporter un apaisement, quelle que soit l'apaisement, que ce soit de la douleur physique, psychique* » (IDE3, L89-90) de son point de vue c'est apporter un moment de paix intérieur, aider à se sentir apaisé qui est aussi perçu comme un soin.

Ces différentes perspectives convergent vers l'idée que le soin implique une relation humaine et une attention portée aux besoins et aux préoccupations des patients. L'écoute active, l'empathie, l'accompagnement et le soutien émotionnel sont des mots clés qui reviennent dans les discours des soignants interrogés. Ils considèrent également que chaque interaction, même les plus simples, peuvent être perçus comme un soin potentiel. Cette approche holistique du soin souligne l'importance de l'engagement personnel du soignant dans le processus de soins et

rejoint l'idée de mon cadre théorique qui conçoit le soin dans une approche global, humaine et attentive. Mathieu y ajoute la notion de soins sous contraintes, il en ressort là une certaine banalisation du soin qu'il intitule soins « *de force* » ce qui note une connotation assez violente et négative d'un « soin ».

❖ Question n°6 : Quels sont les limites de l'enfermement d'un patient pour vous ?

« *Même si c'est momentané et temporaire c'est une privation des libertés fondamentales quoi d'aller venir et personne n'a envie d'être privée de ses libertés ou alors c'est des dérives. Donc c'est comment t'arrives à rendre quelque chose d'humain et rendre quelque chose de bienveillant mais qui a une forme parfois qui fait répressive* » (IDE1, L277-280) Pour Alex une des limites c'est d'arriver à rendre un soin qui est sous contrainte humain sans qu'il ne paraisse comme une répression, un acte imposé pour démontrer une possession de pouvoir. Arriver à garder cette notion de soin même quand c'est imposé, cette notion d'humanisation, car enfermer quelqu'un, verrouiller la liberté d'un individu, à l'instar du traitement réservé aux animaux, tels que les animaux dangereux enfermés dans des cages pour éviter les évasions et les blessures, peut-il être qualifié de soin ?

« *Parfois t'as des gens qui sont en soins libres dans des services fermés parfois t'as des gens qui sont en soins contrainte dans des services ouverts ou parfois on dit mais ce patient n'a plus rien à faire ici il faut qu'il sorte ou alors qu'il aille en chambre d'isolement* » (IDE1, L281-283) Cette limite décrite par Alex fait part des problèmes institutionnels, des décisions prise par des hiérarchies supérieurs qui impactent la prise en charge des patients et peuvent être délétère pour eux, et parfois les patients, surtout chronique, sont voués à subir les difficultés économiques que connaît notre système de santé. A cela Mathieu rejoint le point de vue d'Alex sur les limites imposés par l'institution car selon lui « *la réalité du terrain fait que quand tout est bouché, bah les patients qui peuvent être mutés dans un service plus ouvert et du coup avoir moins cette mesure d'enfermement, du moins d'isolement structurel font qu'ils restent avec nous* »(IDE2, L205-207) « *Mais vu qu'il y a peu de place ou tout est bouché, on les garde ici un peu plus* »(IDE2, L267)

Unanimement ce point de vue est partagé par Estelle également « *Alors que t'as des patients qui sont stables, donc pour moi l'enfermement à partir d'un certain temps et quand la crise est passée, ça a clairement des limites et ça peut même être néfaste.* » (IDE3, L103-105)

l'enferment devient donc délétère pour les patients dès lors que la durée devient trop longue et non nécessaire d'un point de vue clinique.

*« En gros on leur demande de s'arrêter sur leurs troubles, sur leur fonctionnement et d'essayer de le regarder en face (...) comme on leur demande de rester à cet endroit pour le faire ils peuvent dépenser toute leur énergie non pas pour faire la thérapie qu'on leur demande avec eux mais pour s'en échapper c'est une limite. Parce que tu soignes... Sans le consentement. »* (IDE1, L286-291)

L'autre limite, selon Alex c'est que travailler avec du soin sans consentement implique souvent un manque d'adhésion au soin et donc une alliance thérapeutique qui peut être compromise. Les patients ne voient que la contrainte dont ils veulent se sortir et ne se concentrent pas sur leur motif d'hospitalisation.

Mathieu soulève également une autre limite qui est *« un de nos patients qui est enfermés depuis X temps on a pas par exemple, dans le service la capacité de resocialiser un patient de manière adéquate. Alors qu'il peut être sortant, malheureusement aucune structure le veut. Du coup, le patient a une perte de chance sur la réinsertion sur la réhabilitation. »* (IDE2, L217-220). Le fait de garder enfermé un patient trop longtemps peut le rendre dépendant à ce service encadrant et une perte d'autonomie peut être constaté ce qui engage après de travailler sur un projet de réinsertion, lorsque les missions d'un service sont de gérer la crise. Comme indiqué dans mon cadre de référence, où certains patients déficitaires n'ont pas de lieux adéquats et sont donc contraints d'être enfermés au risque de se retrouver sans rien *« dont finalement personne ne veut, qui sont souvent plus ou moins institutionnalisés dans le médico-social avec un rejet du médico-social que de temps en temps, on est obligé d'hospitaliser. »* (Guibet Lafaye, C. 2016)

Mathieu évoque également le fait que *« On sent des fois quand des patients où l'enfermement, commence à être délétère. Voilà, on sent que quand ils sont enfermés entre quatre murs les patients ils sont tendus, ils tournent en rond, c'est compliqué. Ils revendiquent les traitements ils revendiquent l'hospit »*(IDE2, L242-245) Quand l'hospitalisation devient trop longue et qu'il y a donc une lassitude présente de la prise en charge c'est une limite qui n'est pas à négliger. La chronicisation des soins prend toute la place dans la prise en charge et l'intérêt n'y est plus, sans intérêts notable, si ce n'est avoir un toit, est-ce un soin ?

Dans la même idée qu'Alex, « *Mais c'est vrai que des fois quand ils ont pas forcément, de je dirais pas conscience, mais ils sont encore un petit peu dans le déni de la pathologie, ils vont pas comprendre pourquoi ils devraient s'enfermer avec nous alors que dehors ça se passe bien quoi ?* » (IDE2, L254-256) Le déni des troubles peut altérer l'alliance thérapeutique et donc la bonne prise en charge du patient.

Les réponses des soignants mettent en évidence diverses limites de l'enfermement. Certains ont souligné la privation des libertés fondamentales comme une limite majeure, tandis que d'autres ont mis l'accent sur les problèmes institutionnels et les décisions hiérarchiques qui peuvent affecter la prise en charge des patients. En effet les décisions hiérarchiques peuvent impacter la prise en charge et donc impacter la notion de soin, surtout si la prise en charge devient inadaptée.

La durée excessive de l'enfermement a été mentionnée comme une limite importante cela pourrait inclure une lassitude de l'hospitalisation, tout comme le manque d'adhésion au soin lorsque celui-ci est imposé sans consentement ce qui engendre des conséquences sur le bien-être des patients, ainsi que les pertes de chance en termes de réinsertion sociale. Les réponses des participants sont unanimes pour mettre en évidence les limites qui concernent à la fois les aspects individuels (privations de liberté, manque d'adhésion) et les aspects systémiques (problèmes institutionnels, manque de structures adaptées).

❖ Question n°7 : Comment prenez-vous en charge la souffrance du patient liée à son enfermement

Alex met l'accent sur la création d'une expérience positive pour les patients pendant leur séjour à l'hôpital. « *Le boulot c'est d'essayer de rendre le plus positif possible le séjour. Pour que le patient ait au moins une vision positive de l'hôpital* » (IDE1, L295-296). Il cherche à rendre le séjour aussi agréable que possible afin que les patients aient une vision positive de l'établissement. Cela peut contribuer à atténuer la souffrance liée à l'enfermement en créant un environnement plus accueillant et optimiste. La question d'un séjour positif tend à dire que le séjour est plus communément vu comme quelque chose de négatif, pourtant lorsque l'on parle de soin, la tendance serait plutôt sur un versant positif. En revanche, dans le somatique généralement les patients sont là pour des soins d'ordre physiologique, la notion de soin n'est

pas contestée, cependant des patients atteints de pathologie qui les contraignent de rester hospitalisés, vont quand même avoir tendance à voir l'hospitalisation de manière négative. Mais la notion de soin n'est pas contestée.

Pour Mathieu c'est l'importance de l'écoute et du temps consacré à des entretiens informels avec les patients. Il explique le fonctionnement de l'hospitalisation, les raisons de l'enfermement et cherche à rassurer les patients en leur faisant comprendre que cela durera le moins longtemps possible. : « *c'est beaucoup d'écoute, beaucoup de temps d'entretien informel* » (IDE2, L289-290) « *on leur explique un petit peu comment ça fonctionne, comment fonctionne l'hospitalisation, le fait qu'en effet ils arrivent, ils sont enfermés, on leur explique pourquoi, le pourquoi du comment que ça va durer le moins de temps possible.* » (IDE2, L293-295) Cependant, Mathieu reconnaît que parfois, les entretiens ne suffisent pas et qu'il est nécessaire de recourir à des approches thérapeutiques supplémentaires. « *Mais des fois ben juste les entretiens ça fonctionne pas et du coup on doit passer par des thérapeutiques* » (IDE2, L298-299). Cela indique une prise en charge globale des patients, en combinant l'écoute, l'explication et la thérapie en fonction des besoins individuels. L'utilisation des thérapeutiques serait un outil supplémentaire pour la prise en charge des patients, en réponse à un possible échec thérapeutique.

Estelle mentionne l'écoute active comme un élément clé de sa prise en charge. « *T'essaies de l'écouter activement* » (IDE3, L11-112) Elle accorde aussi de l'importance à la renarcissisation, « *La renarcissisation je pense que c'est, c'est important dans des cas comme ça parce qu'en fait ils perdent, ils perdent un peu confiance en eux* » (IDE3, L124-125) « *leur renvoyer les éléments positifs de leur hospitalisation* » (IDE3, L128) *trouver des activités occupationnelles* » (IDE3, L131) C'est-à-dire à aider les patients à retrouver confiance en eux et à renforcer leur estime de soi. Elle souligne également l'importance de renvoyer des éléments positifs liés à l'hospitalisation et de proposer des activités occupationnelles pour occuper les patients. Ces approches visent à réduire la souffrance liée à l'enfermement en valorisant les patients, en leur offrant des moments positifs et en les engageant dans des activités significatives.

De par les réponses des trois infirmiers on peut voir qu'il y a plusieurs stratégies de prise en charge de la souffrance des patients liée à leur enfermement. Cela inclut la création d'un environnement positif, l'écoute active, l'encouragement des activités occupationnelles et la recherche de thérapies adaptées si les besoins s'en font ressentir. Ma question, un peu biaisé, sous-entend que l'enfermement va forcément entraîner de la souffrance, cependant lors des réponses des soignants, aucun d'entre eux ne m'a dit qu'il n'y avait pas forcément de souffrance liée. Ces approches montrent une sensibilité envers les besoins émotionnels des patients et une volonté de les soutenir tout au long de leur hospitalisation en secteur fermé, associé de la souffrance à la prise en charge ne tend pas réellement vers un modèle de soin mais on pourrait penser que les soins préconisés sont surtout axés sur une « guérison » ou en tout cas une amélioration clinique plutôt qu'un bien être intérieure.

#### **4.6.Synthèse de l'enquête exploratoire**

Cette enquête auprès du personnel soignants m'a permis d'avoir des points de vue divers sur l'utilisation de l'enfermement et l'isolement comme outil de soin. J'ai constaté que demander l'âge et le parcours des soignants n'avait aucun impact sur les résultats.

Tout d'abord j'ai pu remarquer que l'approche personnalisée et pluridisciplinaire, prenant en compte l'histoire, le vécu et la subjectivité de chaque patient, est considérée comme fondamentale. La prise en compte de manière individualisé avec de la bienveillance et de l'empathie sont des concepts qui reviennent régulièrement. Les soignants soulignent l'importance de l'écoute active, de la sécurité et de la prise en compte de l'individualité. Cependant on note une utilisation souvent sécuritaire de ces dispositifs ce qui pourrait nous amener à se demander si le fait d'isoler des patients dans un soucis de risque d'hétéro-agressivité ce n'est pas juste d'empêcher le geste agressif ou si la mesure est réellement entendue comme un soin. Est-ce qu'elle vient dans une démarche de disposition au soin ou dans une démarche de gestion des risques, de gestion sécuritaire appelle-t-on cela un soin ? Permet-il le soin ? Cette notion de sécurité, de prévention des risques revient très souvent dans les réponses des soignants où on pourrait penser que prévenir un risque c'est isoler ou enfermer quelqu'un. On peut donc penser à une technicisation de la relation, avec quand même la réalité du terrain qui nous empêche parfois d'avoir une communication face à un patient schizophrène décompensé, dissocié, persécuté, qui donc dû aux symptômes de la maladie pourrait difficilement entrer en contact avec autrui. Mais dans cet aspect sécuritaire on ne parle pas de

soins mais de la diminution des risques. Il y a cette notion de mise à l'écart avec le schizophrène dans un contexte sécuritaire où le besoin premier c'est d'isoler, la question n'est pas prioritairement de soigner. L'isolement est comme le dit un des soignants, un outil protocolisé, basé sur un cadre légal afin de se sécuriser. La notion de comportementalisme est évoquée en voulant donner un cadre sur un modèle d'exemplarité. L'isolement peut être utilisé pour un patient incapable de communiquer, envahi et dissocié ce qui pourrait répondre à la question du soin, mais la dimension punitive et sécuritaire qui nous rappellerait le mode de fonctionnement de la folie ancienne, tel que Foucault la décrit. Une prison médicale, avec des règles visant à éviter les abus mais en donnant un pouvoir au porteur de clés.

#### **4.7.Limites de l'enquête**

L'enquête a quelques limites que j'ai pu relever au cours de cette phase exploratoire du travail de fin d'étude. En effet, c'est un exercice qui n'est pas facile, j'ai éprouvé quelques difficultés à être à l'aise face aux professionnels ainsi qu'à approfondir mes questions, développer certains sujets pour obtenir plus d'informations ou pour relancer la discussion. D'autre part, après avoir soumis mes questions lors du premier entretien je me suis rendu compte que certaines de mes questions auraient pu être posé autrement.

De plus, le premier entretien m'a également permis de réfléchir à d'autres piste de recherche à aborder, cependant si je ne posais pas les mêmes questions et évoquais pas les mêmes sujets à chaque entretien, mon analyse aurait été compliqué à exploiter car les éléments de comparaisons auraient été différents avec les entretiens suivants. En outre c'est un panel assez limité qui n'est pas toujours représentatif et les réponses peuvent être biaisé de peur d'être jugé sur la pratique. Certains soignants ont plus de facilités à exploiter des sujets et à savoir comment développer leurs idées que d'autres.

Enfin, il m'a été difficile de contacter certains services et le temps restant n'étant pas en ma faveur, je n'ai pas pu enquêter dans plusieurs services différents ce qui aurait pu apporter des réponses plus diversifiées et des différences de pratiques. C'est un exercice qui peut être intimidant, même si j'ai eu la chance de tomber sur des professionnels volontaires et bienveillants qui ont pris le temps de répondre à mes questions.

## **5. Problématique**

A travers ce travail de recherche je me rend compte que malgré la volonté de vouloir rendre la mise en isolement et l'enfermement des patients schizophrène bienveillante et ainsi y voir un soin dans cette pratique, la notion de sécurité est ancrée et se place quasiment toujours en priorité. De plus, la notion de comportementalisme, qui tend à évaluer le comportement du patient et de le sanctionner en lui donnant un cadre basé sur un modèle de normalité confère à cette pratique un sentiment punitif qui rappellerait presque la prison, à ce propos, les schizophrènes sont aussi en prison, est-ce un soin ?

Cet aspect punitif, résultant d'un débordement, d'une agressivité ou d'un risque de passage à l'acte est donc sollicité lorsqu'un potentiel danger est perçu. Pour autant est-ce un soin ? Eviter un risque de passage à l'acte qu'il soit auto ou hétéro-agressif, traduit-il une action de soin ?

## **6. Question de recherche**

A partir de ma question de départ et de mes recherches ultérieures, il en est ressorti la question de recherche suivante :

**Y a-t-il une priorité donnée à la gestion des risques par rapport à la notion de soin dans le contexte de l'isolement ou de l'enfermement de patients en psychiatrie ?**

## **7. Conclusion**

Après avoir effectué diverses recherches et consulté des professionnels de la santé sur le terrain, il est possible de conclure que l'enfermement et l'isolement peuvent être considérés comme des formes partielles de soins pour les patients atteints de schizophrénie. Bien que les mesures coercitives présentent des aspects négatifs, elles peuvent également comporter des éléments de bienveillance et d'empathie. Il est essentiel de maintenir une relation singulière et un lien thérapeutique entre le soignant et le patient.

Cependant, il convient de noter que la mise en œuvre de ces pratiques peut parfois être maladroite, principalement en raison de préoccupations liées à la sécurité et aux risques de violence. Par conséquent, elles peuvent être facilement perçues comme punitives, résultant

d'une approche comportementaliste influencée par une société qui valorise la normativité. Il est important de souligner que ces mesures sont mises en place pour protéger les patients et prévenir les incidents.

La réalisation de ce mémoire a été accompagnée de certaines difficultés. J'ai été confronté à de nombreuses questions qui n'ont parfois pas été suffisamment explorées, ce qui a suscité des doutes quant à ma confiance en moi et à mon travail. Cependant, la lecture et l'écriture m'ont permis de préciser mes questionnements et de prendre plaisir à rédiger.

Si je devais refaire ce mémoire, j'accorderais plus d'attention à la notion de temps. J'entreprendrais mes entretiens plus tôt afin d'obtenir davantage de résultats provenant de différents domaines.

Étant donné que mon projet professionnel se dirige vers la psychiatrie, en particulier dans les services fermés, j'ai l'intention de mettre en pratique les connaissances acquises au cours de ce travail de recherche, en tenant compte du regard différent que j'ai pu apporter sur les soins sous contraintes et la privation des libertés. J'aspire à intégrer cette notion de soin individualisé dans mon approche professionnelle et ma relation avec les patients.

Cette conclusion de mémoire marque la fin de trois années de formation intense et enrichissante, et le début d'une nouvelle aventure.

## 8. Bibliographie

- Livres

Benaroyo, L., Lefève, C., Mino J.-C., Worms, F. (2010). *La philosophie du soin : Ethique, médecine et société*. P.U.F

Foucault, M. (1976). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.

Foucault, M. (1993). *Surveiller et punir*. Gallimard.

Friard, D. (2022). *L'isolement en psychiatrie : Séquestration ou soin ?* Masson.

Guelfi, J.-D., Boyer, P., Consoli, S. & Olivier-Martin, R. (1994). *Psychiatrie* (3ème éd.). Paris : P.U.F

Hanus.M, Louis.O (2015). *Psychiatrie pour l'étudiant*. Maloine

Hildegard E. Peplau. (1952) *Relations Interpersonnelles en Soins Infirmiers*. InterEditions

J,Revel (2008). *Dictionnaire Foucault*. Ellipses

- Articles

Beydon, N. (2013). Les soins sous contrainte. *Empan*, 89, 85-89.

Cara, C. & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. pp.37-45

De Luca, M. & Chenivresse, P. (2017). Intérêts et vécus de l'isolement thérapeutique dans un service pour adolescents et jeunes adultes. *L'information psychiatrique*, 93, 825-832

Dessons, M.(2020). Chapitre 8. Le fonctionnement psychique des organisations psychopathologiques. Dans : , M. Dessons, *Psychopathologie de l'enfant*

Funk, M., Benradia, I. & Roelandt, J. (2014). Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *L'information psychiatrique*, 90, 331-339.

Guibet Lafaye, C. (2016). L'hospitalisation sous contrainte, une source de conflits normatifs. *Revue française des affaires sociales*, 35-55.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34

Lefevre, C (2006). Le philosophie du soin dans *La Matière et l'esprit*, n° 4 : « Médecine et philosophie » (dir. D.Lecourt), Université de Mons-Hainaut, p. 25-34.

Riou, G. & Le Roux, F. (2017). L'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin. *VST - Vie sociale et traitements*, 135, 104-110.

- **Film**

Chambre d'isolement chambre d'apaisement. (2007) Dr Natalie Giloux et Philippe Didier.

- **Pages électroniques**

<https://archzine.fr/lifestyle/art/dessin-triste-idees-pour-exprimer-ses-emotions/>

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement et contention en psychiatrie generale - recommandations 2017-03-13 10-13-59 378.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf)

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soin/>

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000028016776/2013-09-30>  
<https://www.cnrtl.fr/definition/enfermer>

## **Annexes**

## 9. Sommaire des annexes

Annexe I : Demande autorisation d'entretien .....	I
Annexe II : Autorisation d'entretiens infirmiers.....	II
Annexe III : Retranscription de l'entretien n°1.....	III
Annexe IV : Retranscription de l'entretien n°2.....	XIII
Annexe V : Retranscription de l'entretien n°3.....	XXIII
Annexe VI : Grilles d'analyse des entretiens.....	XXVII
Annexe VII : Grille d'analyse entretien n°1 .....	XXVIII
Annexe VIII : Grille d'analyse entretien n°2.....	XXIX
Annexe IX : Grille d'analyse entretien n°3.....	XXX
Annexe X : Grille d'analyse question n°1.....	XXXI
Annexe XI : Grille d'analyse question n°2.....	XXXII
Annexe XII : Grille d'analyse question n°3.....	XXXIII
Annexe XIII : Grille d'analyse question n°4.....	XXXIV
Annexe XIV : Grille d'analyse question n°5.....	XXXV
Annexe XV : Grille d'analyse question n°6.....	XXXVI
Annexe XVI : Grille d'analyse question n°7.....	XXXVII

## Annexe I : Demande d'autorisation d'entretien

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon travail de fin d'études, j'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le d'accueil crise fermé « L'envol 2 », dans un service d'UMD et au service de l'USMP au centre pénitentiaire.

le thème de ma recherche est « l'enfermement peut il être considéré comme bénéfique pour des patients atteints de schizophrénie ».

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire :

Quel est votre âge ?

Depuis combien de temps êtes-vous IDE ?

Depuis quand travaillez-vous dans ce service ?

Avez-vous travaillé dans d'autres services ? Si oui, lesquels ?

Quel est selon vous, la meilleure approche face à un patient schizophrène en phase aigüe ?

Quelles mesures de sécurité prenez-vous face à l'agressivité d'un patient schizophrène ? (Observation à la réponse : pour eux ou pour les patients ?)

Quel est votre rôle face à l'isolement d'un patient ?

Dans quelle mesure pouvez-vous considérer l'isolement comme un outil de soin ?

Comment percevez-vous l'enfermement chez un patient ?

Qu'est-ce qu'un soin pour vous ?

Quels sont les limites de l'enfermement d'un patient pour vous ?

Comment prenez-vous en charge la souffrance du patient liée à son enfermement ?

Qu'utilisez-vous dans votre unité pour contenir un patient en crise ?

Quels sont, selon vous, les principaux inconvénients de l'enfermement pour les patients schizophrènes ?

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

---

## Annexe II :



DIRECTION DES SOINS,

6

Avignon, le 26 Avril 2023

**Madame Mélissa HUNKPORTIE**

[Melissa.hunkportie@gmail.com](mailto:Melissa.hunkportie@gmail.com)

Réf. : ST/ET/064/2023

Objet : Demande d'autorisation d'entretiens infirmiers

Madame,

En réponse à votre demande, je vous informe que je vous donne mon accord pour que vous puissiez réaliser des entretiens auprès d'infirmiers de l'établissement dans le cadre de votre travail de fin d'études.

Votre demande a été transmise aux Cadres Paramédicaux du Pôle Grand Avignon Alpilles et du Pôle Unités pour Malades Difficiles. Vous serez contactée directement pour définir les modalités de ces entretiens dans les meilleurs délais.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de mes salutations distinguées.

Coordinatrice Générale des Soins,

Stéphanie TRAVAILLARD

### **Annexe III : ENTRETIEN N°1**

- 1 **Moi : Quel âge as-tu ?**
- 2 Alex : j'ai 31ans
- 3 **Moi : Depuis combien de temps es-tu infirmier ?**
- 4 Alex : Depuis 2014 donc ça fait 9 ans
- 5 **Moi : Depuis combien de temps est-ce que tu travailles dans ce service**
- 6 Alex : Dans cette unité depuis mars 2021
- 7 **Moi : OK est-ce que tu as travaillé dans d'autres services ?**
- 8 Alex : Oui
- 9 **Moi : Lesquels du coup ?**
- 10 Alex : Donc j'ai travaillé en unité d'hospitalisation de courte durée en psychiatrie à l'hôpital Saint-Jean-  
11 de-Dieu à Lyon donc c'est un service de post urgence psychiatrique entre les urgences et le service  
12 d'entrée et puis j'ai travaillé aussi sur le pool de remplacement de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu pendant  
13 2 ans et j'ai travaillé aussi dans un service qui s'appelait saint Exupéry qui est l'équivalent de l'envol 2  
14 mais à l'hôpital de Lyon aussi
- 15 **Moi : D'accord et du coup donc tu as travaillé essentiellement en psychiatrie ?**
- 16 Alex : Oui j'ai travaillé 4 mois au tout début de mon diplôme en tant que intérimaire en maison de retraite  
17 principalement et puis aussi des soins à domicile dans les foyers d'accueil médicalisés ou des maisons  
18 d'accueil spécialisés et très rapidement après je suis passé vers la psychiatrie
- 19 **Moi : D'accord, donc là du coup je vais aborder des questions un peu plus en rapport avec mon**  
20 **sujet de mémoire donc déjà tout d'abord je voudrais savoir quel est selon toi la meilleure approche**  
21 **face à un patient schizophrène en phase aiguë ? Toi, en tant qu'infirmier quel va être la première**  
22 **approche que tu vas avoir face à un patient qui est en phase aiguë ?**
- 23 Alex : Alors la meilleure approche et bien c'est complexe comme question parce que il y a autant de  
24 schizophrènes que de phase aiguës différentes quoi donc la plupart du temps quand même la première  
25 chose qu'on cherche à faire c'est de s'assurer que au moins la personne se fasse pas de mal ni qu'elle  
26 fasse du mal à autrui. Donc ça c'est on va dire c'est le premier critère dans la relation c'est qu'on travaille  
27 en sécurité avec le patient voilà. Ça c'est la première chose donc déjà juste pour faire respecter ce contrat-  
28 là y a déjà plein de choses que tu peux faire. Que ce soit d'écouter la personne, d'évaluer les risques,

29 savoir si elle a des antécédents de violence, est-ce que qu'elle est encore en capacité d'être en contact  
30 avec la réalité ou pas ? Est-ce que, voilà, est-ce qu'elle a été violente auparavant ? C'est des choses qui  
31 sont normalement importantes que tu dois avoir en tête mais une fois que t'as diminué ce risque là que  
32 tu l'as pris en compte, que tu l'as que tu l'as géré après en général il convient de comprendre l'histoire du  
33 patient, qu'est-ce qu'il lui arrive à ce moment pour qu'il soit dans cette phase aigüe donc il y a tout un  
34 travail de recherche auprès de lui. Mais parfois les interrogatoires sont un peu difficiles ou sont un peu  
35 biaisés par la pathologie, par le déni des troubles, par les acteurs différents et il y a donc une espèce de  
36 travail d'enquête avec l'analyse du dossier, le lien avec les familles, les soignants et les professionnels  
37 de santé qui travaillent autour de la personne et de cette façon ça permet un peu d'éclairer l'épisode  
38 actuel de crise aiguë. Après il faut aussi comprendre qu'est-ce qui est décompensé en ce moment, quel  
39 est la cause de la décompensation pour pouvoir mieux gérer ensuite est-ce que c'est une rupture de  
40 traitements ? est-ce que c'est une mauvaise observance du médicament ? Est-ce qu'il y a des facteurs de  
41 stress ? Ou est-ce qu'il y a eu des pertes que le patient a subi ? Des pertes dans son entourage ou dans sa  
42 vie sociale parce qu'il y a un traumatisme lié à un événement traumatique alors est-ce qu'il a perdu son  
43 boulot, des fois on est tous soutenus par différents piliers et chez un patient qui est dit schizophrène ça  
44 peut être un détail qui pour nous n'a pas forcément beaucoup d'importance et pour lui ça va être un pilier  
45 déterminant dans sa vie parce qu'il va le perdre. Là ça peut amener des décompensations, juste pour ça,  
46 on aurait pas forcément fait le lien quoi et puis bon ça c'est un peu tout ce qui est autour du patient mais  
47 évidemment ce qui est central c'est le patient et donc c'est pour en revenir à ta question de quelle est la  
48 meilleure approche possible c'est l'approche qui est tournée vers lui quoi parce qu'on on peut rien faire  
49 sans lui, parce que même si on prend des informations autour de lui et cetera c'est ça le soutient mais  
50 c'est lui qui crée le, si tu veux, l'espèce de ciment qui permet qu'on se soigne quoi c'est autour de lui  
51 que ça se passe donc c'est prendre soin de lui et c'est en général c'est recommencer par les bases et les  
52 soins de base bien manger, bien dormir, avoir un rythme de sommeil de qualité et après là-dessus aussi  
53 on peut construire donc voilà et puis à l'approche c'est le lien enfin c'est le lien avec l'autre c'est savoir  
54 comment il se sent comment, comment il est, le découvrir le connaître quoi et pour reconstituer son  
55 tableau, comme si un patient schizophrène c'était comme un grand tableau et il nous permet de mettre  
56 la lumière à certains endroits à chaque fois y a que lui qui nous permet de faire ça donc sans lui on peut  
57 malheureusement pas faire grand-chose et souvent quand il y a crise il y a enfin souvent il peut y avoir  
58 aussi refus de soin ça c'est quand même très fréquent des gens qui sont dans le déni des troubles donc  
59 c'est travailler ça aussi dès le début.

60 **Moi : Ok donc en fait enfin entre guillemets, ce que tu me dis c'est que aussi la meilleure approche**  
61 **c'est l'approche personnalisée et pas une approche protocolaire face à un patient.**

62 Alex : je pense que c'est effectivement mieux de faire ça de manière personnalisée parce que comme on  
63 le disait enfin il y a autant de schizophrènes que de personne enfin voilà chacun est différent donc c'est  
64 nécessaire. Personnalisé et pluridisciplinaire parce qu'on ne fait rien tout seul ou on fait rien à un seul  
65 corps de métier donc ça je pense que c'est une richesse aussi.

66 **Moi : D'accord, alors du coup prochaine question quelles mesures de sécurités est-ce que tu prends**  
67 **face à l'agressivité d'un patient schizophrène ?**

68 Alex : Alors déjà, ça commence par le premier truc, en service il faut, quand tu commences ton poste,  
69 tu prends ton dispositif pour les travailleurs isolés DATI tu le mets sur toi parce que c'est un dispositif  
70 qui permet d'alerter les autres mais c'est aussi un dispositif qui te permet d'être alerté si y a besoin pour  
71 les autres, donc ça c'est essentiel. Alors...(pause) il y a plusieurs choses parce que quelqu'un qui est  
72 agressif en général quand il y a agressivité c'est qu'il y a, c'est comme s'il y avait une rupture du langage  
73 quoi c'est que les mots sont plus suffisants donc c'est le corps qui parle c'est la violence qui parle et donc  
74 la violence des fois c'est complètement imprévisible mais avant la violence il y a énormément de choses  
75 à mettre en place pour que normalement tu puisses désamorcer les choses et le premier truc qu'on...  
76 Enfin... qui je pense est important c'est de désamorcer, d'identifier les demandes des patients parce que  
77 la violence normalement elle vient toujours en réponse à quelque chose et enfin l'agressivité c'est ce qui  
78 est porté sur l'autre donc : pourquoi il a fait ça ? et dans quel contexte il a fait ça ? Il faut comprendre  
79 ça. Après avec l'expérience tu te fais des... tu te dis bon il y a des situations plus dangereuses que  
80 d'autres et le premier truc c'est déjà de pas se mettre en danger quoi déjà tu normalement le c'est le  
81 premier truc à faire c'est quand tu perçois les signes de l'agressivité pour éviter de créer un incident. De  
82 rajouter un incident. Donc le but c'est d'adopter une posture bienveillante ouverte tu vois par exemple  
83 les mains tu évites de les croiser face à l'autre tu évites de...Tu essaie d'adopter un langage non verbal  
84 détendu parce que quand y a une crise en général le langage le plus important c'est le non verbale et pas  
85 forcément les mots que tu vas dire à la personne et je peux dire des mots très doux et avec un langage  
86 non-verbal stressé ou sur la défensive et le patient il va le sentir parce qu'il est à un niveau émotionnel  
87 trop haut pour aller élaborer sur des mots. En général... Et l'intonation que tu prends c'est le langage  
88 non verbal c'est très important des fois essayer d'avoir la voix un peu plus posée un peu plus douce pour  
89 redescendre faire redescendre la pression et puis il faut arriver à, comme en entretien, à être toi pour  
90 pouvoir accueillir ce que le patient il essaie de dire parce que la violence elle essaie toujours de dire  
91 quelque chose. Des fois c'est les gens ils vont jeter des objets mais ça sert pas forcément à quelque chose  
92 de leur sauter dessus parce que ils sont juste en train de dire : regardez-moi je vais pas bien, j'essaie  
93 d'attirer l'attention sur vous mais ce dont j'ai besoin c'est autre chose j'ai pas besoin de casser une chaise  
94 j'ai besoin d'autres choses et ça il y a que en allant en formation ou en discutant avec ses collègues avec  
95 de l'expérience tout simplement que tu comprends certaines choses en tout cas que moi c'est comme ça

96 que j'ai compris certaines choses c'est que ça voulait peut-être dire autre chose pour lui tu vois  
97 aujourd'hui je suis censé voir ma mère en visite elle est pas venue ou enfin il y a tellement de d'exemples  
98 différents tu vois donc le premier truc c'est ça et en général quand tu perçois aussi un risque il faut tout  
99 de suite le partager en équipe et pas garder ça pour soi. Déjà d'une part c'est trop lourd et de 2 comme  
100 on avait dit tout seul tu fais pas grand-chose en unité intra hospitalière et puis c'est une force d'être à  
101 plusieurs déjà tu diffractes la pesanteur et ça c'est essentiel si tu veux faire carrière là-dedans et en plus  
102 quand il y a agressivité des fois c'est difficile de pas être en réaction à ça direct, de ne pas être dans l'agir  
103 mais plutôt d'être dans le penser et ça parfois c'est paralysant quand quelqu'un est agressif le réflexe ça  
104 va être d'intervenir et parfois il faut se réfréner : attend attend.. Qu'est-ce qu'il est en train de faire ?  
105 Qu'est-ce que ça veut dire à ce moment-là ? Mais il y a un temps pour tout hein t'as des urgences t'es  
106 obligé d'intervenir. Ça c'est clair et net mais il y en a d'autres où tu peux réussir à différer certaines  
107 choses sans être dans la répression ou dans le côté interventionniste quoi c'est pas forcément évident  
108 mais il faut que ce soit nécessaire. Donc après si quelqu'un est agressif envers moi je sais que moi mon  
109 premier truc après c'est me mettre en sécurité et chercher à comprendre et si il y a besoin par contre  
110 d'intervenir, mais c'est vraiment le dernier recours.

111 **Moi : En premier lieu c'est déjà de de comprendre le l'objet de l'agressivité et pour essayer après**  
112 **de d'agir en conséquence quoi. Ok**

113 Alex : Oui parce que si tu identifies la demande, si tu identifies l'objet de l'agressivité automatiquement  
114 ça va baisser ça va diminuer l'intensité de ce qu'il se passe tu vois.

115 **Moi : Oui après c'est sûr que ça paraît logique que bon quelqu'un d'agressif si tu es agressif en**  
116 **retour enfin généralement ça n'apaise pas ça apaise pas l'agressivité quoi.**

117 Alex : Voilà. on est pas leurs parents, des fois on incarne un espèce de Moi auxiliaire c'est à dire qu'ils  
118 arrivent pas à fonctionner suffisamment entre guillemets sainement mais on est personne pour leur dire  
119 sur la même intensité que eux et la même agressivité que eux ce qu'ils doivent faire enfin peut-être que  
120 ça a marché comme ça un temps peut-être que ça marche parfois pour certaines situations ponctuelles  
121 mais j'estime que pour la plupart des cas il faut essayer d'être quand même plutôt dans la compréhension  
122 et la bienveillance voilà entre guillemets le côté euh, exemplarité leur montrer qu'on peut fonctionner  
123 comme ça car en société ça fonctionne quand même plutôt mieux comme ça

124 **Moi : Alors ensuite prochaine question quel est ton rôle en tant qu'infirmier face à l'isolement**  
125 **d'un patient**

126 Alex : Alors donc là c'est par exemple c'est un patient qui est déjà désolé ou est-ce que c'est un patient

127 **Moi : Oui un patient qui est déjà isolé, on oublie les questions de la crise aiguë tout ça là on est sur**  
128 **un patient qui est déjà en isolement alors bon bien sûr c'est pas exhaustif c'est pas forcément pareil**  
129 **pour tout pour tous les patients mais on va dire dans une généralité un petit peu ou après avec**  
130 **quelques cas peut-être particuliers, enfin toi comment tu vois ton rôle et comment tu**  
131 **agis dans ton rôle d'infirmier, voilà face à un patient qui est en isolement ?**

132 Alex : Alors le premier truc C'est, d'ailleurs ce qu'on est on est obligé de remplir toutes les heures c'est  
133 de déjà de d'évaluer de surveiller un patient qui est en isolement il faut que ça soit un soin donc il faut...  
134 C'est un soin intensif donc il y a des mesures de surveillance obligée de surveiller de toutes les heures  
135 de passer, et de voir comment il va, de l'évaluer ce qui sur le plan physique sur le plan psychique sur  
136 l'autonomie sur les besoins fondamentaux c'est reprendre toutes les bases et c'est un moyen des fois de  
137 de tisser un lien un peu plus tenu un peu plus important que qu'avec un patient entre guillemet lambda  
138 qui est dans le service, dans une chambre normal. Donc ça peut ça peut être une occasion de vraiment  
139 créer du lien et d'ailleurs ça doit l'être puisque sinon si c'est pas l'occasion de faire du lien à quel moment  
140 on va le faire quoi je veux dire... on le met pas à l'isolement euh...enfin... C'est drôle parce qu'on  
141 disait isolement et puis à un moment donné on disait chambre de soins intensifs et puis maintenant on  
142 est retourné vers la chambre d'isolement alors tu vois... Des mots différents, la pratique est la même  
143 mais je sais pas comment dire. Changer le nom des mots c'est changer le réel tu vois et moi j'aimais bien  
144 le terme de soin intensif parce que ça montrait que tu... Parfois tu faisais presque de la réanimation  
145 psychique parce qu'il fallait tout reprendre quoi et pendant un certain temps ça n'allait pas dans le service  
146 on a dû le placer à l'isolement pour tel risque, pour risque de passage à l'acte et cetera, il faut tout qu'on  
147 retravaille qu'on reprenne avec lui donc c'était l'occasion de faire ça. Et c'était l'occasion de mettre, on  
148 en a déjà parlé, des mots sur des gestes ou sur des comportements que il ne parvenait pas forcément à  
149 faire. Et ça c'est vraiment notre boulot quoi de créer ça. Tout ce que tu te dis, tu vas dans un cours  
150 t'apprend la théorie tu te dis tiens mais c'est ce que je vois en service et cetera je fais le lien et ben là  
151 c'est à toi de faire le lien entre ses comportements à lui et les mots que tu vas mettre dessus et c'est à toi  
152 de créer cette opportunité-là, l'opportunité qu'il se sente mieux après ce passage là parce que l'isolement  
153 c'est, il y a enfin c'est très respecté et cetera c'est très dur pour la personne c'est surtout très dur pour elle  
154 nous on a les clés on ferme c'est déjà dur pour nous de fermer quelqu'un alors la personne qui est  
155 enfermée t'imagines c'est encore pire donc il faut réussir à humaniser ça le plus possible et à pas faire en  
156 sorte que ça soit juste par protection ou par répression parce que quand tu enfermes quelqu'un il peut  
157 vite y avoir des dérives si tu prends pas ça à cœur si tu si tu considères que c'est normal si tu vois c'est  
158 pas normal ça crée des dégâts si tu si tu le fais mal ça peut faire des traumatismes c'est pas apprendre à  
159 la légère quoi donc euh.. et c'est pas à banaliser non plus il y a très peu de lieu en France qui prive les  
160 gens de leur liberté comme ça à tel point que c'est surveillé par des juges c'est encadré par la loi enfin  
161 c'est un truc très lourd donc moi j'estime que le patient qui est en isolement, parce que je travaille dans

162 un service avec 2 chambres d'isolement, c'est le patient sur qui il y aura le plus d'attention en fait. Et  
163 donc après c'est la même chose on travaille par approche bienveillante compréhension des besoins de la  
164 personne et le rôle de l'infirmier pour moi c'est de faire en sorte que ça dure le moins possible. C'est  
165 quand même euh... on va pas dire c'est prouvé par des études et tout ça mais c'est quand même entendu  
166 que au moins de temps ça dure au mieux c'est pour la personne. Je pense pas que ça aide de rester au-  
167 delà d'une certaine durée tu vois. C'est comme un médicament ça a des effets indésirables tu vois là ça  
168 ça a des effets aussi quand même qu'il faut prendre en compte donc et ça c'est nous qui le surveillons  
169 hein le docteur il passe une fois par jour enfin 2 fois par jour une fois toutes les 12 h on est un peu les  
170 yeux et les oreilles des docteurs Alex : pendant les 12 h il est pas là et c'est nous qui évaluons le patient  
171 donc on a un vrai rôle là-dessus et t'as un rôle de communication avec l'équipe qui est primordiale aussi  
172 comment ça s'est passé ce matin, alors je restitue et ça s'est passé comme ça... ça c'est très important la  
173 transmission entre les équipes. Moi je sais que par exemple certains patients qui était en isolement pour  
174 des risques de passage à l'acte hétéro agressif et petit à petit on arrive à tisser le lien faire en sorte qu'il  
175 s'apaise et cetera voilà je sais que ça peut paraître banal et que je les ai remerciés de faire une matinée  
176 sans agressivité, qu'on ait pu parler, qu'on ait pu juste même discuter de banalité tu vois c'était... Au  
177 moins on discute tu vois c'est déjà pas mal parce que c'était rompu ça donc c'est euh inclure le patient  
178 quoi comme si il est acteur de son soin en isolement. On nous demande souvent quand est-ce que je vais  
179 sortir, quand est-ce que... comment ça se passe quoi ? Donc c'est.. Nous on rend état de ce qu'il se passe  
180 et on les aide mais on essaie de les responsabiliser là-dedans aussi

181 **Moi : Hum hum okay et du coup un peu dans le euh... Tu m'en a un peu parlé mais pour être un**  
182 **peu plus précis en quoi toi tu peux considérer l'isolement comme étant un outil de vraiment de**  
183 **soin ?**

184 Alex : Ben l'isolement déjà il réduit pas mal déjà le risque lié à la crise donc le risque de passage à l'acte  
185 hétéro-agressif le risque de passage à l'acte auto agressif aussi ça c'est les indications quand même assez  
186 fréquentes pour les gens en isolement. Le risque ou le passage à l'acte d'ailleurs y a un passage d'ailleurs  
187 c'est comme ça qu'on procède. Dans de rares cas il y a des risques de fugue mais c'est vraiment  
188 extrêmement rare la plupart du temps ya pas besoin de se gérer dans... C'est qu'il y a un risque associé  
189 c'est qu'en plus il y a un risque de passage à l'acte. (pause) dans certains cas, pour des patient, d'ailleurs  
190 tu parlais des patients schizophrènes qui sont extrêmement décompensés qui sont, qui présentent un  
191 syndrome dissociatif majeur avec des angoisses de morcellement des hallucinations une perte contact  
192 avec la réalité quasi totale on a vu que ça aide les gens quand même à se à se recentrer, à revenir à eux  
193 et ça enlève les stimulations pour certains états maniaques aussi ça peut être favorable à éviter les stimuli  
194 parce que ils sont extrêmement excitables donc ça peut quand même aider. Après c'était... Tu peux me  
195 répéter ta question ?

196 **Moi : En quoi est-ce que tu considères l'isolement comme un outil de soins ?**

197 Alex : Et donc oui c'est vrai que...Je pense que ce... Enfin je vais peut-être pas me répéter mais au moins  
198 c'est, pour moi, ça permet quand même d'être encore au plus près du patient, c'est une opportunité qu'il  
199 faut saisir donc euh ça permet d'être...Mine de rien ça permet d'être évalué 2 fois par un médecin par  
200 jour donc euh c'est pas pour ça qu'il faut y aller évidemment (rire)

201 **Moi : Oui oui (rires)**

202 Alex : C'est pour ça qu'on doit mettre un patient en isolement (rire) mais c'est quelque chose qui à  
203 l'heure actuelle dans le service en tout cas c'est inédit ça ne va pas se passer dans un autre service d'être  
204 évalué 2 fois par jour et... voilà.

205 **Moi : C'est déjà pas mal, OK. Alors du coup comment tu comment toi tu vois enfin qu'est-ce que**  
206 **c'est pour toi un soin finalement ? Euh voilà dans sa dans sa globalité comment tu peux définir,**  
207 **pour toi, un soin ? Qu'est-ce que c'est un soin ?**

208 Alex : Ben il y a différents types de soins mais dans l'exercice de mes fonctions le principal j'exécute  
209 c'est le soin relationnel donc c'est avant tout avoir des capacités d'écoute et d'empathie je pense c'est les  
210 c'est les premières choses. C'est pas si évident que ça d'écouter quelqu'un de manière active et de oui de  
211 l'idée à formuler ses besoins à formuler ses idées, ses émotions, ses attentes de juste lui renvoyer parfois  
212 à ses comportements sans être dans le jugement ou sans trop intervenir tu vois ou sans faire référence à  
213 des trucs qui se passent en nous qui n'ont absolument rien à voir sans être dans des attitudes  
214 transférentielles c'est pas forcément un truc inné non plus c'est des trucs qui s'apprennent donc pour moi  
215 c'est le premier truc c'est d'être à l'écoute et être, si tu veux, assez de comprendre un peu ce que c'est le  
216 travail d'équipe en psychiatrie. Donc un soin et après dans un service de psychiatrie tout peut être un  
217 soin donc il y a eu différents courants par exemple dans la psychiatrie institutionnel on faisait tout avec  
218 les patients c'est-à-dire mettre la table et ça peut être un soin avec un patient qui est désorganisé qui  
219 parvient plus à dire droite/gauche ce que c'est ou une assiette un couteau de mettre la table avec lui de  
220 prendre le temps de le faire et cetera ça peut être un soin autant de donner un médicament ou de faire un  
221 entretien infirmier. Et ça c'est vraiment une grande richesse parce que tu peux de toi même et surtout de  
222 ton rôle propre tu peux entamer ça et t'as besoin de rien pour le faire ou tu peux te saisir de n'importe  
223 quoi plutôt et ça c'est vraiment une chance et en plus c'est des choses qui sont pas forcément référencées  
224 tu vois tu peux t'as une espèce de liberté pour faire ça et t'as la chance d'avoir un équipe en plus avec  
225 toi qui peut t'aider et construire des choses. Par exemple...Enfin je veux dire juste faire en sorte que les  
226 gens ils se lèvent et qui essaient d'être un tout petit peu de bonne humeur dès le matin, c'est un soin, ça  
227 peut c'est hyper varié en fait c'est parfois ça va être cadrer un patient qui est agressif et qui vient de  
228 fumer du shit c'est peut être un soin aussi tu vois et ça il se le représente pas forcément tu vois mais en

229 fait... des fois c'est presque euh...C'est pas bien tourné mais c'est presque toi le soin c'est presque toi  
230 qui fait le soin et par ton par ton attitude et ton engagement tu vois.

231 **Moi : Hum hum**

232 Alex : C'est pour moi c'est être là, c'est être au contact avec les gens. C'est ça le soin. Et puis c'est  
233 communiquer ensemble tu vois que ça soit nous entre nous dans l'équipe qui mais avec le CMP qui va  
234 l'accueillir après, avec le médecin avec l'assistante sociale. Comme si on était le filet qui le soutenait  
235 quoi vraiment et ça c'est le soin c'est le maillage. Et en plus ça fait sens parce que avec la sectorisation  
236 on est dans des secteurs géographiques qui sont rapprochés et cetera et on travaille souvent avec les  
237 mêmes personnes et on a déjà fait connaissance et on sait comment on travaille et ceci et cela

238 **Moi : Une relation de confiance qui a pu se créer...**

239 Alex : Et du coup c'est plus facile de soigner parce que c'est pas si évident que ça de soigner quelqu'un  
240 avec parfois des notions un peu subjectives ou on a appris ça nulle part tu vois c'est ouais c'est pas si  
241 évident que ça. En début de carrière j'étais bien content d'être avec des soignants plus âgés ou avec plus  
242 d'expérience qui avaient des diplômes d'infirmier en secteur psychiatrique par exemple c'était une vraie  
243 chance ou des médecins qui avaient aussi de l'expérience et qui était capable de transmettre aux jeunes  
244 agents. Et c'était bien parce que il y a un soin psychiatrique mais il y a des soins psychiatriques il y a  
245 des cultures de soins psychiatriques différentes, t'as des courants de psychiatrie différents et même t'as  
246 des équipes au sein d'une même institution qui soignent différemment certains qui sont plus souples  
247 d'autres qui sont un peu plus encadrants, rigide et c'est une richesse cette pluralité-là alors qu'on est au  
248 même endroit alors qu'on a les mêmes diplômes alors qu'on a eu les mêmes formations tout ça tu vois  
249 mais comme il y a le facteur humain qui intervient c'est obligatoire que ça soit personnalisé

250 **Moi : D'accord, très intéressant. Alors du coup pour toi quelles sont les limites de l'enfermement**  
251 **d'un patient et également dans un 2nd temps comment toi tu peux prendre en charge la souffrance**  
252 **que ça peut créer chez un patient d'être enfermé. Je parle pas forcément d'une chambre**  
253 **d'isolement hein mais par exemple dans un service comme ça où ils sont enfermés quoi**

254 Alex : Les limite elles sont nombreuses parce que.. (soupir) bon si ils sont là en général les gens ils sont  
255 là pour de bonnes raisons c'est que ça ne tient plus à l'extérieur. Alors si ça tient plus à l'extérieur il faut  
256 savoir pourquoi ça tenait plus à l'extérieur et ce que juste si je résous le facteur qui faisait que ça tenait  
257 plus est-ce que ça va marcher, pour autant des ça fois marche pas. Des fois c'est pas juste une question  
258 de logement des fois c'est pas... voilà des fois c'est très complexe quoi. donc c'est c'est pas évident.. Le  
259 premier truc c'est que quand on les accueille il faut déjà penser à la sortie. C'est assez c'est peut-être  
260 bizarre à penser mais il faut...C'est bien d'avoir quand même un délai dans la tête quoi même si peut être  
261 il va rester 3 jours, peut-être 3 semaines on sait pas mais on est pas un lieu de vie donc faire résister la

262 possibilité de la sortie c'est important de le faire le plus rapidement possible. Et puis ça fait solliciter  
263 quelque chose dans la personne aussi. Elle arrive, on va essayer de comprendre pourquoi elle arrive dans  
264 quelle mesure et de savoir comment on peut l'aider et en fonction de l'évaluation qu'est-ce qu'on lui  
265 propose mais parce que sinon on est entraîné avec, c'est des maladies chroniques la plupart du temps,  
266 sinon on est entraîné dans la chronicité et c'est un côté... c'est une lourde inertie tu vois c'est difficile à  
267 faire bouger et c'est pour ça que c'est à nous d'être les moteurs d'insuffler ça chez l'autre et y a des limites  
268 parce qu'effectivement ils sont fermés quelque part ils sont protégé de tout ce qui se passe à l'extérieur  
269 et si on les expose pas on peut penser que ce qui s'est passé à l'extérieur va se reproduire donc c'est tout  
270 un boulot entre essayer de les, pour parler vulgairement les « retaper » de faire en sorte que qu'ils aillent  
271 mieux qu'ils sentent mieux que les besoin fondamentaux soit assouvis et en même temps les exposer un  
272 petit peu aux difficultés de l'extérieur donc c'est pour ça qu'on fait des visites à domicile c'est pour ça  
273 qu'on fait des programmes de soins voir comment ça se passe à l'extérieur et c'est pour ça que ils vont  
274 dehors et ils reviennent. Alors parfois il y a besoin parfois selon l'évaluation on voit qu'ils pourront aller  
275 dehors directement mais euh c'est fin hein la limite elle est fine les limites aussi c'est que comme c'est  
276 des privations temporaires même si c'est momentané et temporaire c'est une privation des libertés  
277 fondamentales quoi d'aller venir et personne n'a envie d'être privée de ses libertés ou alors c'est des  
278 dérives. Donc c'est comment t'arrives à rendre quelque chose d'humain et rendre quelque chose de  
279 bienveillant mais qui a une forme parfois qui fait répressive alors ça c'est des paradoxes et des  
280 contradictions qu'il faut qu'on soit en capacité de traiter. Parfois ça fait faire des grands écarts parfois  
281 t'as des gens qui sont en soins libres dans des services fermés parfois t'as des gens qui sont en soins  
282 contrainte dans des services ouverts ou parfois on dit mais ce patient n'a plus rien à faire ici il faut qu'il  
283 sorte ou alors qu'il aille en chambre d'isolement... C'est des solutions tellement contradictoires que ça  
284 a plus de sens tu vois et... voilà donc il y a de nombreuses limites puis après t'as ceux qui mettent toute  
285 leur énergie pour sortir d'ici mais sans y arriver parce que de les garder ici c'est... en gros on leur  
286 demande de s'arrêter sur leurs troubles, sur leur fonctionnement et d'essayer de le regarder en face c'est  
287 pour que ça soit une espèce de parenthèse pour qu'il puisse reprendre leur vie derrière mais comme on  
288 leur demande de rester à cet endroit pour le faire ils peuvent dépenser toute leur énergie non pas pour  
289 faire la thérapie qu'on leur demande avec eux mais pour s'en échapper c'est une limite. Parce que tu  
290 soignes... Sans le consentement (silence). C'est un des trucs les plus dur à faire mais en même temps  
291 moi ça fait 9 ans que je fais ça et quand je vais dans d'autres services où là le patient est d'accord pour  
292 se soigner et bien c'est une tout autre approche et moi-même je mets un temps pour m'adapter parce que  
293 les parce que les gens viennent demander à se soigner. C'est des différences d'approche clinique. Voilà  
294 parce que après le boulot c'est d'essayer de rendre le plus positif possible le séjour. Pour que le patient  
295 ait au moins une vision positive de l'hôpital. T' imagine, la plupart du temps, bon on a parlé d'agressivité  
296 et de violence avec les patients schizophrène, dans la majeure partie des cas, c'est les patients eux même

297 qui souffrent de violence et d'agression de la part de l'extérieur, de la société ou des gens. C'est ça la  
298 réalité, la plupart du temps ce sont des victimes donc si en plus le lieu qui doit les soigner est agresseur  
299 pour eux, où est-ce qu'ils vont se réfugier ? Ça pose cette question-là tu vois il faut qu'on l'ai en tête  
300 aussi même si on doit travailler en sécurité on doit être bienveillant et cetera et donc quelque part cadran,  
301 faire rentrer les choses un peu dans un minimum de cadre, il faut pas qu'on oublie aussi la réalité qui  
302 vivent à l'extérieur alors c'est pour ça qu'il faut un espèce de cadre, assez souple, mais avec des bases  
303 euh... Enfin des limites qu'on peut pas dépasser quoi. Le respect, la non-violence... ça doit être les  
304 limites auxquelles se heurte le patient parce que dans la société c'est comme ça.

305 **Moi : Ok, bah écoute moi j'ai plus d'autres questions voilà je sais pas si tu veux rajouter quelque**  
306 **chose ?**

307 Alex : Bah, pas spécialement.

308 Alex : Ok, alors je te remercie pour ton temps et d'avoir répondu à mes questions.

## 1 **Annexe IV : Entretien n°2**

2

3 **Mélissa : Alors du coup pour commencer donc moi, déjà mon sujet, c'est l'enfermement, le sujet**  
4 **de mon mémoire. Donc je vais te laisser te présenter du coup, à savoir ben, ton âge un peu, ton**  
5 **parcours, depuis quand tu travailles dans ce service et voilà donc un peu où est-ce que tu as**  
6 **travaillé etc**

7 Mathieu : Et Ben moi, je suis diplômé de 2016, de l'IFSI de Bagnols-Sur-Cèze, à côté là pas très loin  
8 dans le Gard. Et après dès que j'étais diplômé, je suis parti travailler sur le CHU de Montpellier, sur un  
9 hôpital universitaire, parce que c'est là où potentiellement, les sources d'apprentissage sont plus  
10 importantes. Et du coup, quand je suis arrivé sur Montpellier, ils m'ont proposé un poste aux urgences  
11 générales, je suis resté un mois et demi parce que mon projet pro, c'était de partir sur le pôle psychiatrie.  
12 Et du coup, ils m'ont proposé un poste en psychiatrie générale dans un premier temps, donc c'était un  
13 accueil crise fermé de 21 lits avec 13 places de secteur fermé et 8 places de secteur ouvert dans le même  
14 service. Je suis resté 3 ans. Au bout de 3 ans, je suis parti à l'USIP, une unité de soins intensifs Psy,  
15 pareil à Montpellier. Du coup, c'était un service à vocation régionale. On a accueilli tout type de patients,  
16 notamment les personnes détenues. Et du coup, je suis resté 2 ans et demi. Ouais, puis au bout de 5 ans  
17 et demi, après, j'ai demandé ma mutation ici et du coup ça fait. Un an et demi je suis arrivé ici en accueil  
18 crise fermé toujours. Parce que c'est là où t'apprends le plus. Du coup, voilà grosso modo

19 **Mélissa : OK, est-ce que je peux te demander ton Âge ?**

20 Mathieu : Pardon, j'ai 30 ans. Bon 31 dans 10 jours.

21 **Mélissa : Ça marche alors, du coup, je vais commencer avec ma première question, donc en**  
22 **rapport avec mon sujet. Quel est selon toi la meilleure approche face à un patient schizophrène en**  
23 **phase aiguë ?**

24 Mathieu : Alors, face à un schizophrène en phase aiguë, bah il y a plusieurs façons de d'aborder parce  
25 que déjà ça va dépendre de quelle phase aiguë il fait notre cher patient. Si c'est un patient qui présente  
26 des symptômes plutôt positifs à type d'hallucination, d'extension du délire ou plutôt un patient qui fait,  
27 qui prend plutôt des symptômes négatifs, voilà avec un repli sur soi, un isolement, voire un épisode  
28 catatonique. Et c'est vrai que cette approche là est totalement différente. Un patient en phase aiguë, déjà,  
29 ce qui est très important c'est de ne pas rentrer dans son délire, alors ça c'est... Ne pas rentrer dans son  
30 délire et ensuite l'écouter. Voilà l'écoute est ultra importante. Et de ne pas le juger. Malheureusement, un  
31 patient schizophrène qui soit n'importe quel type de décompensation il présente, des symptômes positif  
32 ou négatif. Un patient, malheureusement qui est en phase aiguë, un psychotique en phase aiguë  
33 malheureusement dans de nombreux cas il va être hospitalisé sous contrainte. Donc, qui veut dit soins

34 sous contraintes dit privation partielle de liberté parce que le patient, à ce moment donné, il a pas  
35 forcément conscience de ses troubles. Donc il faut travailler avec lui la relation de confiance. Aborder  
36 le fait que bah malheureusement, il est privé un petit peu de sa liberté. Et voilà, ça fait, ça fait beaucoup  
37 de choses. Donc l'approche c'est, l'approche est compliquée. Elle est compliquée parce que chaque  
38 psychotique à sa personnalité, chaque psychotique réagit différemment, chaque psychotique, à son vécu.  
39 Et donc forcément, on peut pas aborder chaque individu de la même manière, voilà. Par exemple, il y a  
40 aussi des vécus culturels. Un patient malheureusement qui a baigné dans la violence, qui a baigné dans...  
41 Bah des fois c'est malheureux, mais dans des quartiers un peu défavorisés. Bah ça va pas être la même  
42 approche qu'un patient qui vit dans une famille de la haute, un peu bourgeoise comme j'ai pu voir moi  
43 dans mon service où je travaillais. Parce que c'est Montpellier, j'étais dans un service d'accueil crise  
44 fermé, mais la population plus... Plus haute. Enfin c'est, j'aime pas dire ce mot là, mais voilà, c'était pas  
45 le même aspect que ici. Ici on a surtout une population difficile, une population plutôt rurale, alors que,  
46 enfin, plutôt urbaine alors que moi j'étais plus habitué à une population rurale à Montpellier, des hauts  
47 quartiers. Voilà donc des patients avec un gros suivi. C'était pas du tout la même approche que nous  
48 avons ici.

49 **Mélissa : D'accord, donc l'approche peut être différente aussi selon le le lieu de vie.**

50 Mathieu : Alors normalement voilà, normalement elle devrait pas être différente mais malheureusement  
51 c'est la réalité, elle est obligé d'être différente parce que...

52 **Mélissa : Parce que tu personnalise ton soin.**

53 Mathieu : Voilà tu personnalise ton soin et parce que des fois, outre le patient qui est au centre du soin  
54 Ben on a les facteurs extérieurs, hein, comme l'environnement, la famille qui fait que malheureusement  
55 des fois on est obligé de s'adapter. Voilà.

56 **Mélissa : OK, merci. Ensuite, prochaine question, quelle mesure de sécurité est-ce que tu prends  
57 face à l'agressivité d'un patient schizophrène ?**

58 Mathieu : Quelles précautions je prends ?

59 **Mélissa : Quelle mesure de sécurité, quelles précautions C'est à peu près la même chose, oui**

60 Mathieu : Par rapport à moi ou au service en général ? N'importe ? Bah déjà pareil. Faut différencier 2  
61 types d'agressivité, agressivité verbale et agressivité physique. Face à l'agressivité verbale il faut déjà  
62 prendre sur soi parce que malheureusement, elle est très fréquente, et de manière quotidienne. C'est pour  
63 ça qu'ici on porte toujours un DATI d'ailleurs, que ce soit pour prévenir n'importe quel type de violence.  
64 Et du coup, face à la violence verbale, à l'agressivité verbale, pardon, il faut aussi comprendre d'où vient  
65 cette agressivité, parce qu'en général, le patient qui est agressif verbalement, physiquement, un patient

66 psychotique en phase aiguë, voilà, c'est... elle est pas, elle vient pas comme ça, il y a des signes  
67 précurseurs, soit c'est le contexte de l'enfermement qui fait que le patient est agressif parce qu'ici,  
68 malheureusement, ils sont privés de leur liberté, donc des fois l'enfermement fait que le patient a  
69 tendance à se tendre Soit. Euh, c'est en lien avec son activité direct hein le patient, il peut être  
70 complètement halluciné. Donc c'est vrai que c'est, c'est bien vite compliqué pour lui. Alors soit tu arrives  
71 à différer. Tu prends sur toi t'essayes d'écouter tout en te disant bon, voilà. Avec ton évaluation clinique,  
72 tu sais que voilà, il va être agressif verbalement, mais sans forcément avoir une velléité de passage à  
73 l'acte auto agressive donc tu vas le laisser déballer. Nous, ça arrive. Des patients qui nous insultent, qui  
74 sont qui sont agressif verbalement. Tu les laisses déballer, tu les laisse déballer et souvent tu verras un  
75 psychotique une fois qu'il aura déballé, hop, tu vas pouvoir lui dire, bon, tu vas pouvoir entrer en relation  
76 avec toi et là il va être amener à t'écouter. Voilà nous, clairement c'est ça, tout le temps. Alors qu'à côté  
77 de ça, un patient qui va passer à l'acte de manière auto agressif où tu sens, qui va passer à l'acte de  
78 manière hétéro-agressif. Et du coup, t'as l'agressivité physique, là, ça devient un peu plus compliqué.  
79 Parce que souvent un psychotique en phase aiguë tu peux l'anticiper. Tu sens, tu peux, avec l'expérience,  
80 tu arrives à anticiper t'arrives à focaliser certains points du patient. Tu sais quand est-ce « aïe » là  
81 attention quand il commence à être comme ça, quand il y a une relation de confiance, quand il est comme  
82 ça, potentiellement là, il y a un risque de passage à l'acte. Donc toi ton souci, t'en parles à tes collègues,  
83 tu les préviens attention Monsieur machin aujourd'hui, il présente ça, ça, ça. Les antécédents qu'il a c'est  
84 ça, ça, ça, potentiellement, il y a un risque de passage à l'acte donc un patient agressif qui peut être  
85 agressif physiquement... Déjà le type tu vas jamais le voir seul, tu préviens toujours un collègue à toi  
86 où tu vas. Tu prends tes marques, tu fais attention et puis en fonction tu avises un tu peux préconiser un  
87 si besoin une fois que t'es entrée en relation avec lui, tu peux demander. Voilà, là, je le sens, vous êtes  
88 pas bien. Je sens que y a des choses qui vous tracassent. On a pas envie qu'il y ait un passage à l'acte  
89 qui arrive. Est-ce que vous vous voulez un si besoin pour vous apaiser s'il te dit oui et tant mieux. Tout  
90 va bien, si il te dit non, là, malheureusement, on peut avoir recours à la chambre d'isolement quand on  
91 sent qu'il y a une velléité de passage à l'acte immédiat.

92 **Mélissa : Ok. Ça me va très bien merci. Ensuite. Quel est ton rôle face à l'isolement d'un patient**  
93 **? Donc toi en tant qu'infirmier. Même en tant que personne, quel est ton rôle face à l'isolement**  
94 **d'un patient ?**

95 Mathieu : Face à l'isolement d'un patient, alors déjà quand on arrive à, qu'on a recours à l'isolement,  
96 c'est que déjà on a épuisé toutes nos cartouches. Entre guillemets, on a épuisé les entretiens informels,  
97 on a épuisé les traitements, on a épuisé tous les recours possibles et imaginables et du coup, on en vient  
98 à l'isolement. Le problème, c'est que l'isolement pareil. Notre rôle à l'isolement, c'est du coup Bah  
99 d'assurer la sécurité du patient. De lui, sa sécurité à lui pour éviter qu'il se fasse du mal à lui-même, pour  
100 éviter qu'il fasse du mal aux autres. Y compris les patients comme les soignants, donc nous, notre rôle

101 est d'assurer sa sécurité et sa prise en charge de manière aiguë parce qu'un patient, quand on le met en  
102 chambre d'isolement du coup, bah c'est une prise en charge ultra aiguë qui est protocolisé et notre rôle.  
103 Ouais vraiment c'est d'assurer la sécurité du patient, hein. Quoi d'autre...Notre rôle...On va plutôt assurer  
104 sa sécurité, surtout ça. Attend, je réfléchis.

105 **Mélissa : Pas de souci prend ton temps.**

106 Mathieu : Notre rôle du patient, en isolement. Ça, c'est compliqué parce que l'isolement. C'est  
107 vraiment un truc en dernier recours.

108 **Mélissa : Par exemple, tu vois là, dans l'unité tu as des personnes en isolement. Donc toi toi, ton**  
109 **rôle, enfin, comment tu le qualifies, quoi face à ce cet isolement-là ?**

110 Mathieu : Mon rôle ?

111 **Mélissa : On peut peut-être penser à un rôle de je sais pas de soutien aussi...**

112 Mathieu : Ouais oui, il peut y avoir ce rôle de soutien parce que c'est vrai que déjà un patient qui va en  
113 chambre d'isolement. Mettons un patient primo hospit, première fois qu'il est en isolement, alors là ça  
114 peut être très agressif pour lui, il comprend pas ce qu'il fait là, il est entre 4 murs. Enfin malheureusement  
115 et heureusement aussi, notre rôle est de l'accompagner dans ce soin-là qui est un soin de dernière  
116 intention. Voilà, entre guillemets, de le soutenir parce que c'est des choses qui sont très agressives, ultra  
117 agressives pour lui. De l'accompagner au mieux dans cette épreuve qui pour nous, doit durer le moins  
118 longtemps possible. Mais tout en gardant à l'esprit que si le patient est en chambre d'isolement, c'est que  
119 soit il y a une mise en danger imminente pour lui. Ou pour un résident, ou un ou un soignant quoi. Donc  
120 oui, notre rôle, c'est vraiment l'accompagnement. L'accompagnement... De manière très rapprochée.

121 **Mélissa : D'accord.**

122 Mathieu : Je réfléchis parce que je vois pas comment je peux répondre à ta question. Peut-être que ça  
123 me reviendra, je me la garde dans un coin de la tête.

124 **Mélissa : Il n'y a pas de souci, je vais passer à la prochaine. Du coup, dans quelle mesure est-ce**  
125 **que tu peux considérer l'isolement comme un outil de soins ?**

126 Mathieu : Dans quelle mesure ? Eh Ben admettons quand on a 2 types, plusieurs types. Admettons le  
127 psychotique, un patient psychotique du coup qui, dans un contexte complètement délirant,  
128 complètement halluciné, se met en danger. Se met en danger pour lui-même ou on met en danger les  
129 autres patients ? Hop, nous ça va être un outil pour le sécuriser. Parce que si on peut éviter le risque de  
130 violence dans le service par exemple malheureusement, on va être obligé d'avoir recours à l'isolement.  
131 Si malheureusement il se met en danger lui-même, il va passer à l'acte sur lui-même dans un geste auto

132 -agressif. Bah nous l'isolement va nous permettre de sécuriser, de le centraliser et de le prendre en charge  
133 de manière très intensive en fait. Après pareille on peut aussi mettre le compte sur un patient bipolaire  
134 en phase maniaque, qui est complètement up, complètement exalté, désinhibé et qui pareil bah va se  
135 mettre en danger dans le service par ses conduites et du coup pareil, nous on est obligé de l'isoler un  
136 petit peu des autres. Et du coup, pour nous, ça c'est un outil sécurisant pour lui parce que du coup ça te  
137 permet de recentrer un peu ses stimuli, d'éviter qu'ils se dispersent. Et donc voilà quoi.

138 **Mélissa : OK. Donc du coup pour toi, le fait que enfin, dans la mesure, on peut considérer**  
139 **l'isolement comme un outil de soins c'est surtout par exemple pour aider un patient psychotique**  
140 **à se rassembler et à éviter des stimuli extérieurs. En gros, si je reprends un peu ce que tu me dis.**

141 Mathieu : Ouais. Ouais après ceci, pour prévenir un risque de violence immédiat hein, surtout ça hein,  
142 parce que clairement c'est clairement ça ici hein. Surtout ici, puisque l'isolement, souvent on le détourne  
143 un petit peu hein. Malheureusement, des fois, il manque tellement de personnel, de place que on a  
144 recours à l'isolement de manière un peu abusive. Des fois, ça peut arriver. Même nous, on le sent. Des  
145 fois on sait qu'il y a des patients clairement, cliniquement sortable, mais quand tu vois t'as pas de  
146 chambre et ben on garde l'isolement comme un outil qui est un outil de soin comme une chambre un  
147 peu lambda quoi. Et ça, c'est propre à chaque institution malheureusement.

148 **Mélissa : Ok.**

149 Mathieu : Ouais.

150 **Mélissa : Et bien merci pour ton honnêteté. Donc du coup, pour en revenir à la notion de soins,**  
151 **donc là c'est une, c'est une question qui est très vaste. Mais voilà, je te laisse toi après m'en donner**  
152 **ta définition à toi. Qu'est-ce que qu'est-ce qu'un soin ? Tout simplement pour toi.**

153 Mathieu : Qu'est-ce qu'un soin ? Ça, c'est très vaste.  
154 Bah le soin c'est de prodiguer. Quelque chose à une personne. Prodiguer quelque chose, prodiguer une  
155 action ou une écoute ou n'importe ce que tu veux à une personne. Pour permettre d'améliorer sa santé,  
156 que ce soit physique ou psychique. C'est Surtout ça. Après c'est vrai que le soin chez nous, en  
157 psychiatrie, Il est souvent un peu...comment dire. Il est souvent, pas aux antipodes des soins somatiques,  
158 mais souvent on nous dit bon les soins que vous faites chez vous c'est pas les mêmes soins qu'on fait  
159 chez nous parce que nous c'est vrai que nos soins ici, c'est surtout de base un peu notre rôle propre.  
160 L'aspect relationnel, l'écoute, l'empathie. Mais malheureusement, aussi des fois il y a un peu le soin de  
161 force, voilà le soin de force chez nos patients, c'est que nous, il faut savoir, c'est que nous normalement,  
162 tous nos patients sont ici en soins sans consentement. Donc, ce qui fait que ils sont obligés de répondre  
163 aux soins. Et ça d'autant plus depuis la loi de 2011, je sais plus quand c'était le 5 juillet, un truc comme  
164 ça. Où ils ont remis un peu au goût du jour les modalités de soins en psychiatrie pour nos patients et leur

165 protection et leurs droits. Depuis cette loi, c'est vrai que nos soins en psychiatrie ont changé parce que  
166 du coup ils sont régis par des modes de soins sous contraintes. Qui passe du du SPI, du soin avec péril  
167 imminent à l'hospit à la demande d'un tiers et au SDRE et du coup nos soins, vu que nos patients sont,  
168 entre guillemets privés de leur liberté, de leur consentement éclairé, ils ont instauré le juge des libertés.  
169 Et... Ce qui est bien, ce qui est une chose parce que malheureusement ici, le soin en psychiatrie des fois  
170 les patients étaient enfermés de manière un peu abusive, il y avait aucun contrôle. Maintenant, le JLD  
171 doit statuer dans les 12 jours de la conformité de la mesure de soins. Et du coup, c'est vrai que ça nous  
172 aide pas mal. Donc voilà le soin aussi, notamment chez nous en psychiatrie est ultra encadré, ultra  
173 protocolisé. Et voilà.

174 **Mélissa : Ok. Ça marche.**

175 Mathieu : J'ai peut-être dérivé un peu.

176 **Mélissa : Il y a pas de souci, c'est je t'ai dit tu me donnes toi, ta vision des choses, donc c'est ta**  
177 **réponse à toi qui m'intéresse. Euh alors ensuite, donc pour toi, quelles sont les limites de**  
178 **l'enfermement d'un patient ? C'est-à-dire ? Enfin voilà, c'est quoi pour toi, les limites des bénéfices**  
179 **en fait de l'enfermement pour un patient.**

180 Mathieu : Les limites de l'enfermement. En général ou chez nous ? Ou dans notre type de service ?

181 **Mélissa : Ben tu peux me dire en général et puis après, préciser par le service.**  
182 **Parce que ton expérience après, enfin moi c'est tout ton expérience qui m'intéresse aussi. Tu vois**  
183 **donc extérieur et aussi ici.**

184 Mathieu : Ok, Ben Ouais Les limites de l'enfermement en psy... Bah ça c'est compliqué parce que nous,  
185 un patient sous contrainte par exemple, ici nos patients qui sont sous contrainte. À un moment donné,  
186 ils sont stabilisés, donc clairement, nous notre cheminement...

187 *\*nous avons été interrompus par un agent\**

188 Mathieu : Du coup, on en était sur les limites de l'enfermement, C'est ça ?

189 **Mélissa : Voilà, c'est ça.**

190 Mathieu : Bah oui, le problème c'est que, il y a forcément des limites avec l'enfermement, parce que un  
191 patient qui est enfermé. Du moment qu'il est enfermé, il est privé de sa liberté. D'une manière ou d'une  
192 autre, il est privé de sa liberté. Ça peut être un laps de temps donné, comme une durée un peu pas  
193 illimitée, mais sans vision sur l'avenir.  
194 Nous par exemple, quand j'étais sur l'USIP, nous, les patients, quand on les hospitalisés, on savait que  
195 su l'USIP ils allaient rester tant de temps du coup, on avait une vision à donner sur la durée  
196 d'enfermement entre guillemets de notre patient comme sur les UMD ou c'est des processus de 6 mois

197 avec des passages au niveau des commissions. Donc voilà là tu vois l'enfermement, on sait jusqu'à quand  
198 ça peut durer.  
199 Après là, sur un service d'accueil ça peut durer 6 mois, un an, 2 ans, 3 ans, 4 ans.  
200 Et on aura pas de vision sur la durée d'enfermement. Là où ça pose la question de la limite, c'est que  
201 malheureusement, on a des patients qui sont nous du coup ici enfermé. Ils peuvent pas aller et venir de  
202 manière comme ils veulent quoi, alors qu'ils pourraient être potentiellement dans un service plus ouvert  
203 où l'enfermement serait enfin où la question d'enfermement serait moindre parce que ils sont dans un  
204 service plus ouverts, mais malheureusement.  
205 Voilà la réalité du terrain fait que quand tout est bouché, bah les patients qui peuvent être mutés dans un  
206 service plus ouvert et du coup avoir moins cette mesure d'enfermement, du moins d'isolement structurel  
207 font qu'ils restent avec nous. Ça, c'est compliqué.  
208 Il y a des patients qui vont rester enfermés, pas dans les murs à proprement parler, mais ils vont être  
209 enfermés dans un processus de soins durant toute leur vie. Des patients comme ici qui vont sortir avec  
210 une sorte d'obligation de soins. C'est à dire, voilà un patient, qui arrive sous contrainte et qui sort avec  
211 un programme de soins donc entre guillemets obligation de soins lui, il doit rendre des comptes tout le  
212 temps en fait donc lui entre guillemets, il va rester en enfermé mais être enfermé dans le soin quoi voilà  
213 et il va devoir rendre des comptes. Il sera pas forcément libre de ses mouvements. Donc ouais  
214 l'enfermement... Comment expliquer d'autres ? Je me suis perdu, c'était quoi ta question déjà ?

215 **Mélissa : Quelles sont les limites de l'enfermement d'un patient pour toi ? Après, ça peut être un**  
216 **peu si tu veux un peu les conséquences finalement plutôt néfastes.**

217 Mathieu : Ah ouais bah l'exemple tout bête hein, un de nos patients qui est enfermés depuis X temps on  
218 a pas par exemple, dans le service la capacité de resocialiser un patient de manière adéquate.  
219 Alors qu'il peut être sortant, malheureusement aucune structure le veut. Du coup, le patient a une perte  
220 de chance sur la réinsertion sur la réhabilitation.  
221 Ouais, ça c'est, c'est vraiment un gros problème hein, ça c'est vraiment une des grosses limite ça.  
222 Un patient qui reste enfermé alors qu'en plus de ça, il a la possibilité de sortir et que soit les médecins  
223 lui autorisent pas parce que ils ont peur, qu'ils y ait quoi que ce soit ou que les services qui sont  
224 concernés, qui sont censés nous épauler dans un peu dans un truc de post-crise, avec des intervenants  
225 plus spécialisés pour la ressoc', des intervenants plus adaptés pour un étayage et que ça se fait pas c'est  
226 vrai que... Ça devient vraiment compliqué.  
227 Après les limites de l'enfermement.. Ouais, qu'est-ce que ça pourrait être...

228 **Mélissa : Parce que du coup, on a parlé un petit peu de de ce qu'il y avait de bénéfique. Voilà pour**  
229 **la prise en charge d'un patient le fait d'être enfermé tout ça. Qu'est-ce que tu peux dire des limites,**

230 **c'est à dire, voilà, qu'est-ce que ça peut provoquer, peut-être chez un chez un patient. Tu vois, ce**  
231 **que ça peut lui provoquer d'être enfermé.**

232 Mathieu : Ah bah oui, un patient quand il arrive et qu'il est en phase aiguë, qu'il est complètement  
233 décompensé en effet, il a pas forcément conscience de ses troubles et donc le fait d'être enfermé bah ça  
234 le sécurise entre guillemets mais ils se rend pas forcément compte qu'il est enfermé au début souvent ça  
235 arrive les patients, quand ils arrivent ils se rendent même pas compte qu'ils sont enfermés, ils savent  
236 qu'ils sont sous contrainte, c'est qu'il est temps un petit peu parce qu'ils ont la notion de la contrainte.  
237 Mais le fait d'être enfermé souvent, ils se rendent pas compte. Par contre, quand ils commencent à être  
238 stabilisé et qu'ils voient qu'ils sont encore enfermés et qu'ils se disent bah voilà, je vais mieux  
239 potentiellement je vais sortir. Le fait de rester entre 4 murs, même si des fois les médecins autorisent  
240 des sortis dans le parc, accompagnés. Mais voilà, ils sont toujours accompagnés. C'est des choses qui  
241 peuvent malheureusement être délétères parce que le patient, il va commencer à se tendre. Il va  
242 commencer à nouveau à être revendicateur. On sent des fois quand des patients où l'enfermement,  
243 commence à être délétère. Voilà, on sent que quand ils sont enfermés entre quatre murs les patients ils  
244 sont tendu, ils tournent en rond, c'est compliqué. Ils revendiquent les traitements ils revendiquent  
245 l'hospit. A côté de ça, quand on sort dans le parc accompagné avec lui.  
246 Le patient, il est apaisé, il est calme.  
247 Et quand on retourne dans les murs, boum. Là, à nouveau, on est à nouveau confronté à pas un rapport  
248 de force, mais un patient qui cliniquement va te présenter d'autres symptômes à nouveau il va être à  
249 nouveau moins bien. Il va à nouveau revendiquer l'enfermement et à juste titre hein, quand tu vois que  
250 quand il est dans le service c'est compliqué pour le gérer, alors quand on est dehors et qu'on fait des  
251 permissions ou qu'on fait des accompagnements X ou y et que le patient, on voit que ça va mieux on  
252 peut se poser la question, mais pourquoi il est reste enfermé ? Mais des fois, malheureusement l'exemple  
253 d'un patient bipolaire tant qu'il va être en voie de stabilisation, il va pas être totalement stabilisé du coup  
254 bah on le garde parmi nous. Mais c'est vrai que des fois quand ils ont pas forcément, de dirais pas  
255 conscience, mais ils sont encore un petit peu dans le déni de la pathologie, ils vont pas comprendre  
256 pourquoi ils devraient s'enfermer avec nous alors que dehors ça se passe bien quoi ?  
257 Donc ça c'est des fois c'est compliqué à gérer, mais souvent avec un peu l'alliance avec l'équipe, on  
258 arrive à faire entendre raisons. Mais c'est vrai que des fois c'est un peu compliqué quoi.

259 **Mélissa : Oui. Après au niveau institutionnel bon bah tu m'as déjà un petit peu répondu. Puisqu'il**  
260 **y a cette notion de parfois d'enfermement un peu abusif. Qui n'est pas toujours très très contrôlé.**

261 Mathieu : Bah en fait, en plus je peux en parler par rapport à là où j'étais à Montpellier, c'est que ici par  
262 exemple, t'as des services propres accueil crise fermé donc le pavillon va être que fermé et quand le  
263 patient typiquement il va aller mieux pour ouvrir un petit peu cette barrière de l'enfermement et ouvrir

264 un petit peu les vannes, on peut les envoyer dans un post-crise, où potentiellement, où les services sont  
265 un petit peu plus ouverts, ils ont plus de marge de liberté entre guillemets, même s'ils sont encore sous  
266 contrainte.

267 Mais vu qu'il y a peu de place où tout est bouché, on les garde ici un peu plus. Alors qu'ils pourraient  
268 sortir alors qu'à Montpellier, par exemple, où j'ai commencé, t'avais un service de 21 patients avec un  
269 côté avec accueil crise fermé et un côté qui appartient au même service avec les mêmes soignants, mais  
270 qui était ouvert. On avait juste un double SAS.  
271 Et nous, du coup, les patients, sur l'évaluation médicale, le médecin statuait que voilà cliniquement le  
272 patient, bon. Il va mieux, il doit rester encore sous contrainte le soir pour sécuriser. Voilà pour le recentrer  
273 et compagnie, mais que la journée, il peut participer aux activités du secteur ouvert, vadrouiller dans le  
274 parc sous surveillance, encore un peu des soignants. On le faisait, donc on bascule un patient sous  
275 contrainte du secteur fermé, on le mettait en secteur ouvert la journée et du coup déjà on pouvait un peu  
276 évaluer comment ça se passe et en fonction sur des passages de séquentiels en secteur ouvert, on se dit  
277 bon bah c'est bon le patient ça se passe bien on peut le laisser en secteur ouvert. C'est un peu ce qui  
278 manque ici, mais et du coup avec ce type de service là alors, c'est peut-être mon interprétation, tu vois,  
279 mais on avait beaucoup moins de tension, beaucoup moins de tension parce que du coup déjà on pouvait  
280 séparer les patients qui cliniquement était moins en phase aiguë comparé à d'autres patients en phase  
281 aigu alors qu'ils étaient dans le même service.  
282 Et ça aussi, c'est compliqué, hein parce que quand on enferme des patients dans un même service, t'as  
283 toutes les pathologies divers et variés en même temps.  
284 Quand t'as une mamie de 75 ans, qui est ici parce qu'elle a un début de démence et qu'à côté, t'as le type  
285 qui a fait 14 ans de prison. Voilà, c'est, c'est un peu compliqué.

286 **Mélissa : Ok. Donc après j'ai une dernière question. Comment est-ce que toi tu prends en charge**  
287 **la souffrance d'un patient qui est lié au fait qu'il soit enfermé, à son enfermement ?**

288 Mathieu : La souffrance d'un patient qui est enfermé.  
289 Euh, c'est beaucoup d'écoute. Alors là par contre, pour le coup, c'est beaucoup d'écoute, beaucoup de  
290 temps d'entretien informel surtout. On a la chance d'être une équipe où on est en nombre pour travailler,  
291 tu vois, on est 4 voire 5 pour 15 patients, donc ça fait du un pour 3 pour 4.  
292 Donc c'est vrai que pas mal de patients nous verbalisent, hein, qu'ils souffrent de l'enfermement alors  
293 voilà, beaucoup d'écoute active, on leur explique un petit peu comment ça fonctionne, comment  
294 fonctionne l'hospitalisation, le fait qu'en effet ils arrivent, ils sont enfermés, on leur explique pourquoi,  
295 le pourquoi du comment que ça va durer le moins de temps possible.  
296 Que dès que ça ira un petit peu mieux, ils pourront passer dans un service ouvert qu'ils pourront avoir  
297 des permissions, que voilà que l'enfermement, c'est sur un laps de temps, voilà. Que ça va pas durer, ça  
298 durera le moins longtemps possible. Souvent, bah ça fonctionne mais des fois ben juste les entretiens ça

299 fonctionne pas et du coup on doit passer par des thérapeutiques mais si on peut les éviter au maximum,  
300 on les évite au maximum mais des fois t'as des patients qui sont inaccessibles donc malheureusement  
301 on passe par des anxiolytiques des choses comme ça, mais si on peut éviter de rajouter des traitements  
302 alors qu'ils en ont déjà pas mal, on va le faire hein mais c'est vrai que des fois c'est, c'est pas évident.  
303 Voilà.

304 **Mélissa : Ok ça marche. Ben écoute, moi j'ai terminé, je t'ai posé toutes mes questions. Sauf si tu**  
305 **veux rajouter quelque chose ?**

306 Mathieu : Non

307 **Mélissa : Ben écoute, on va s'arrêter là. Je te remercie pour le temps accordé et d'avoir accepté**  
308 **cet** **entretien.**  
309

## 1 **Annexe V : Entretien n°3**

2

3 **Moi : Alors du coup donc moi mon mémoire, donc le thème c'est l'enfermement en psychiatrie**  
4 **précisément. Donc pour commencer, du coup je vais te demander de te présenter, voilà un peu**  
5 **savoir un peu ton âge, ton parcours professionnel et voilà depuis quand est-ce que tu es dans ce**  
6 **service ?**

7 Estelle : Du coup j'ai 27 ans, je suis diplômée de mars 2017 et j'ai fait un an à l'UMD 3 ans, en USIP  
8 donc unité de soins intensifs Psy et après là ça fait quasiment 2 ans que je suis ici en accueil crise ouvert.

9 **Moi : Ok. Alors du coup donc, ma première question. C'est quelle est selon toi la meilleure**  
10 **approche face à un patient schizophrène en phase aiguë ?**

11 Estelle : C'est vachement vaste ton truc. Du coup, on parle de soins sans consentement et enfermement  
12 ou pas encore ?

13 **Moi : Tu peux l'aborder.**

14 Estelle : Ok. Un patient schizophrène en phase aiguë, ça veut tout et rien dire parce que chaque patient  
15 a une symptomatologie différente en fonction de sa décompensation et toutes les schizophrénies ne se  
16 ressemblent pas donc voilà. La meilleure approche l'idée, c'est de...C'est, pas forcément de le ramener  
17 dans la réalité, mais c'est de faire en sorte que les éléments qui le mettent hors réalité ne l'empêchent pas  
18 de vivre en société normalement. Ne le rende pas dangereux pour les autres ou pour lui-même. Donc un  
19 patient qui arrive en crise ben bien souvent déjà il y a eu rupture de traitement, donc l'idée c'est trouver  
20 une thérapeutique adaptée de se servir des outils qu'on peut qu'on peut avoir comme la chambre  
21 d'isolement, parfois parce qu'on est obligé de s'en servir ou les soins relationnels pour essayer de  
22 l'aiguiller et essayer de le réorganiser un petit peu, de lui redonner accès un petit peu aux éléments de  
23 réalité, parfois même à l'état critique des éléments qui l'ont mené hors réalité. Voilà l'idée, c'est de les  
24 accompagner de les soutenir, d'être conscients et de s'inquiéter de leur état d'angoisse. Je pense que c'est  
25 hyper important. L'étayage à fond quoi l'étayage, l'écoute active, l'échange, enfin, quand c'est possible  
26 quand c'est pas possible il y a d'autres manières d'échanger, de marquer le cadre pour que ce soit  
27 rassurant. Voilà, en gros c'est vaste mais...(rire)

28 **Moi : Alors, une prochaine question, quelle mesure de sécurité est-ce que tu prends face à**  
29 **l'agressivité d'un patient schizophrène ?**

30 Estelle : Alors déjà, il y a en avant toute chose déjà quand on a un patient qui arrive, qui est décompensé  
31 en période de crise qui soit schizophrène ou non, hein d'ailleurs, t'as ton analyse clinique qui te permet  
32 de d'observer et avec le temps, avec ton expérience t'arrives à te rendre compte, à quel moment tu risques  
33 d'être en danger ou pas. Quels sont les sujets qui peuvent te mettre en danger face aux patients ou non.  
34 Donc déjà l'idée c'est d'avoir une analyse et se servir de son expérience, aussi petite soit-elle, pour  
35 analyser au mieux ton patient pour pas te mettre dans une insécurité. Quand tu connais pas du tout le

36 patient. Au-delà de l'analyse, l'idée c'est de travailler au maximum à en binôme, ça, ça aide toujours et  
37 ça sécurise de ne jamais oublier de porter son DATI\*. Hyper important. C'est des choses qui arrivent des  
38 fois on les oublie et on se met dans des situations compliquées. Et surtout, si la conversation après, y a  
39 tout l'espace de négociation en fait, qui va entrer en jeu si le contact est difficile à établir. Si bah il faut  
40 absolument administrer un traitement par exemple, que ce soit injectable ou per os et que c'est pas  
41 possible. Ben t'as toute une démarche de négociation qui se met, qui se met en place si t'es seul à ce  
42 moment-là et que tu vois que c'est pas possible en fait, faut lâcher l'affaire et revenir avec des collègues  
43 pour toujours te sécuriser. L'idée, c'est toujours de sécuriser toi et de sécuriser aussi le patient, donc  
44 après si on a besoin de sécuriser le patient maximum, on utilise les outils comme la chambre d'isolement  
45 pour le faire quoi tu vois ? Voilà, je pense que j'ai fait le tour après, évidemment bah faire des inventaires  
46 d'entrée qui sont en béton quoi, en s'assurant que le patient n'est pas d'objets contendant. Souvent, ils  
47 arrivent avec des idées de persécution donc... Moi je me suis déjà fait gazé à la bombe lacrymo (rire)  
48 par une patiente tu vois, Si tu veux c'est des choses qui peuvent arriver. C'est pas très drôle quand ça  
49 t'arrive donc voilà, il faut être hyper vigilant sur les inventaires d'entrée. Et après, s'il y a un trop gros  
50 risque, même dans l'unité, même avec aucun objet, létal ou contendant sur eux et Ben c'est la chambre  
51 d'iso avec un pyjama sécu et tout ça quoi, pour sécuriser encore plus.

52 **Moi : Ok. Alors ensuite, quel est ton rôle face à l'isolement d'un patient ?**

53 Estelle : Alors, du coup, on a un rôle de d'observation, de surveillance, d'étayages à nouveau. Au niveau  
54 de l'observation et de la surveillance et Ben on a un rôle qui répond à à ce que la loi nous ordonne, donc  
55 c'est-à-dire Bah tu vérifies les prescriptions en bonne et due forme, tu remplis les formulaires JLD, tu  
56 fais ton tour toutes les heures pour vérifier l'état de conscience de ton patient et le,,voilà. Au-delà de ça,  
57 t'as un une analyse clinique qui est accrue avec les patients qui sont en isolement, ça veut dire que chaque  
58 moment que tu vas passer avec eux t'es censé être hyper concentré et observer absolument tous les  
59 éléments qui peuvent t'apporter des éléments cliniques. C'est des moments où c'est, tu sécurises à fond  
60 le soin et le soin relationnel. Il doit s'établir de manière hyper lisse, sans rien qui obstrue le contact entre  
61 ton patient et toi. Souvent, l'idée c'est de de les rassurer au maximum, ça fait partie de notre rôle, je  
62 pense, parce que en général, quand ils sont en chambre d'isolement, il y a un état d'angoisse, de  
63 désorganisation, de morcellement qui est hyper important, donc l'idée c'est de les recentrer. Et après, ton  
64 rôle aussi, c'est d'adapter les thérapeutiques en fonction de ton analyse clinique et de ce que tu vois en  
65 chambre d'isolement si tu considères que ton patient il est pas assez sédaté pour supporter la chambre  
66 d'isolement, qu'il est trop éclaté, qu'il est trop, trop dissocié, trop morcelé, trop halluciné et cetera. C'est  
67 à toi aussi de prévenir le médecin pour adapter les thérapeutiques.  
68 Et surtout ben ça, c'est très important, mais on on mets jamais quelqu'un en chambre d'isolement sans  
69 traitement, c'est le truc je pense le plus maltraitant, la contention chimique doit être aussi hyper présente  
70 sur des moments en chambre d'isolement. Avec des traitements ponctuels hein, mais.... Voilà

71 **Moi : Ok. Ensuite, dans quelle mesure peux-tu considérer l'isolement comme un outil de soins ?**

72 Estelle : On a déjà parlé hein je crois de ça. Ben l'idée de la chambre d'isolement, c'est que c'est ton  
73 dernier recours en cas de crise, mais c'est de faire baisser les stimulations au maximum. Quant ton  
74 patient, il est trop décompensé, trop désorganisé, trop dissocié, morcelé et délirant. Donc l'idée, c'est de  
75 faire baisser au maximum les stimulations et de le sécuriser lui et de sécuriser toi et ton équipe quoi.  
76 Avec l'importance du SAS de la chambre d'isolement, de ton regard de l'extérieur, de la chambre  
77 d'isolement avant de rentrer dans la Chambre euh Voilà.

78 **Moi : OK. Alors là, c'est une question assez vague, mais enfin vraiment très large, très très large**  
79 **donc toujours dans le dans le rapport avec le soin tout simplement. Qu'est-ce que qu'est-ce que**  
80 **c'est pour toi un soin ?**

81 Qu'est-ce que c'est un soin donc qu'est-ce que c'est soigné quoi. Un Soins, c'est pour moi, c'est apporter  
82 au maximum un petit peu de soi pour permettre à la personne en face de soi, qui est dans un État de sa  
83 vie où il est vulnérable, où il est, où il est, pas bien, pour que... Pour qu'il puisse retrouver un petit  
84 souffle de bien-être. Et un moment d'accompagnement, d'écoute et de réassurance.  
85 Pour moi c'est ça un soin, et c'est participer du coup à une stabilisation de quelque que soit la maladie,  
86 d'une pathologie, afin de pouvoir.... L'idée c'est toujours que ton patient ressorte à l'extérieur et qu'il  
87 puisse reprendre une vie plutôt au maximum classique.  
88 Voilà, mais c'est très vaste comme question parce qu'en fait il y a plein de réponses à apporter, mais en  
89 tout cas moi, ce que j'aime faire quand j'imagine que j'offre un soin à quelqu'un, c'est, lui apporter un  
90 apaisement, quelle que soit l'apaisement, que ce soit de la douleur physique, psychique. Voilà c'est lui  
91 apporter une petite bouffée d'oxygène, un appel. Voilà.

92 **Moi : Ok, quelles sont les limites de l'enfermement d'un patient pour toi ?**

93 Estelle : Eh Ben déjà la grosse limite, comme je l'ai dit précédemment, pour moi, c'est qu'and il n'y a  
94 pas de traitement qui sont associés. Pour moi, ça n'a absolument aucun intérêt d'enfermer quelqu'un si  
95 on ne met pas les traitements adéquats derrière

96 **Moi : Après quand je dis, du coup, enfermement je parle pas forcément de la chambre d'isolement.**

97 Estelle : Ouais mais c'est la même chose aussi avec un service d'accueil fermé, tu vois tous les patients  
98 qui sont ici et pour lesquels on crie qu'ils sont stables. C'est parce qu'en fait pour nous, l'enfermement  
99 n'a plus, absolument plus aucun effet.  
100 C'est génial pour des patients qui sont en crise et c'est nécessaire, c'est clair. Mais pour des patients qui  
101 sont stabilisés, c'est pas un lieu, où il faut rester. C'est un lieu de privation de liberté. C'est un lieu où  
102 malheureusement bah l'autonomie elle est un petit peu moins présente, on supervise absolument tout ce  
103 qu'ils font. On est toujours dans l'observation, de manière accrue. Alors que t'as des patients qui sont  
104 stables, donc pour moi l'enfermement à partir d'un certain temps et quand la crise est passée, ça a  
105 clairement des limites et ça peut même être néfaste.

106 Voilà, après ça a ses limites aussi, avec les patients qui sont en SDRE parce que on n'a pas la main mise  
107 dessus et parfois ils vont mieux et il faut des mois et des mois avant que le SDRE se lève et qu'on et que  
108 le préfet il a il autorise une sortie tu vois donc ça aussi ça limite.

109 **Ok et dernière question, comment est-ce que tu prends en charge la souffrance du patient lié à son**  
110 **enfermement ?**

111 Estelle : Ben déjà tu l'écoutes. Mais tu l'écoutes pas en mode Oui Ben on sait que t'es enfermé, tu t'essaies  
112 de l'écouter activement t'essaies de fin. En tout cas moi c'est ce que j'essaie de faire. Moi, j'essaie de les  
113 écouter activement, j'essaie de d'être présente pour accueillir leurs souffrances et si c'est pas le cas je  
114 leur demande, tu vois, je diffère en disant ben si tu veux-je comprends que ce soit compliqué. Là je suis  
115 occupée sur autre chose mais on peut se voir à tel moment si tu veux pour en discuter ensemble pour  
116 accueillir leur mécontentement, leurs angoisses, voilà.

117 Et l'idée, c'est d'essayer de les ramener aussi à la réalité quand ils sont pas aptes à sortir en leur renvoyant  
118 de manière ou pas tout pas du tout frontale, mais en leur renvoyant que ben y a des comportements qui  
119 ont fait, qu'ils ont été, ils ont été obligés d'être enfermés et que, à l'heure actuelle, ils sont pas encore  
120 aptes à être à l'extérieur. Donc ça faut le faire avec énormément de douceur. Et quand ben t'es d'accord  
121 avec le fait qu'il devrait plus être enfermé, Ben en fait moi j'ai tendance à leur dire la vérité en leur disant  
122 que ouais, on trouve qu'ils vont mieux et en les renarcissant tu vois en leur disant Bah t'as vu le parcours  
123 que tu as fait, même si c'est un peu long, voilà, prend sur toi, ça va aller vite, t'as déjà fait un super  
124 parcours, ça va beaucoup mieux. Tu vois la renarcissation je pense que c'est, c'est important dans des  
125 cas comme ça parce qu'en fait ils perdent, ils perdent un peu confiance en eux aussi tu vois j'ai pas le  
126 terme que je vais utiliser mais.  
127 Ils sont un peu résignés, tu vois, ils se renferment, c'est compliqué.  
128 Du coup, c'est bien de leur renvoyer les éléments positifs de leur hospitalisation. Tu vois faut qu'ils aient  
129 ça un petit peu en tête parce que quand tu vois le noir, t'as tendance à voir que le noir donc voilà, je  
130 pense que l'idée c'est de les accompagner comme ça et d'essayer de trouver des enfin, d'essayer de  
131 trouver des temps pour être disponible pour eux. Après, il y a aussi trouver des activités occupationnelles  
132 pour les faire avec eux. Quand on voit que c'est ça commence à être long, faire des sorties thérapeutiques  
133 quand c'est possible.

134 Enfin voilà essayer de d'embaumer un petit peu le séjour de plus de d'éléments positifs, de les réhabiliter  
135 vers l'extérieur doucement, voilà.

136 **Moi : Ok. Bon Ben c'est tout pour moi. Je t'ai posé toutes mes questions sauf si tu as une autre**  
137 **chose à rajouter voilà, c'est.**

138 Estelle : (fais non de la tête)

139 **Moi : C'est, bon pour moi alors. Donc Ben merci d'avoir pris le temps.**

140

## Annexe VI : Grille d'analyse des entretiens

Quel est selon vous la meilleure approche face à un patient schizophrène en phase aiguë ?	Quelles mesures de sécurité prenez-vous face à l'agressivité d'un patient schizophrène ?	Quel est rôle face à l'isolement d'un patient ?	Dans quelle mesure pouvez-vous considérer l'isolement comme un outil de soin ?	Qu'est-ce qu'un soin pour vous ?	Quels sont les limites de l'enfermement d'un patient pour vous ?	Comment prenez-vous en charge la souffrance du patient liée à son enfermement ?
Réponse	Réponse	Réponse	Réponse	Réponse	Réponse	Réponse

Questions		Cadre de références
Entretien n°1	Réponse	
Entretien n°2	Réponse	
Entretien n°3	Réponse	

## Annexe VII : Grille d'analyse n°1

Quel est selon vous la meilleure approche face à un patient schizophrène en phase aigüe ?	Quelles mesures de sécurité prenez-vous face à l'agressivité d'un patient schizophrène ?	Quel est votre rôle face à l'isolement d'un patient ?	Dans quelle mesure pouvez-vous considérer l'isolement comme un outil de soin ?	Qu'est-ce qu'un soin pour vous ?	Quels sont les limites de l'enfermement d'un patient pour vous ?	Comment prenez-vous en charge la souffrance du patient liée à son enfermement ?
<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'écoute, l'évaluation clinique avec prise en compte des antécédents,</li> <li>- Comprendre la cause</li> <li>- approche personnalisé et pluridisciplinaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation du DATI, - Identifier les raisons, - se mettre en sécurité,</li> <li>- Adopter un langage non verbal</li> <li>- Être dans le penser plutôt que dans l'agir et en dernier recours agir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance intensive</li> <li>- Faire en sorte que ce soit un soin et l'humaniser</li> <li>- Créer du lien</li> <li>- Faire en sorte que cela dur le moins longtemps possible</li> <li>- Transmissions avec l'équipe</li> <li>- Evaluation clinique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduit le risque de PAA auto et hétéro agressif</li> <li>- Pour les patients schizophrènes, aide à se recentrer grâce à la baisse des stimulations</li> <li>- Pour les états maniaques, éviter les stimuli</li> <li>- Évaluation du Dr 2x par jour</li> <li>- opportunité de créer du lien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Différents type de soin</li> <li>- Soins relationnel avec capacité d'écoute et d'empathie</li> <li>- En psychiatrie tout peut être un soin, de mettre la table, donner un médicament, ou faire un entretien infirmier</li> <li>- Plusieurs soins selon chaque personne (patient et soignant)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La chronicisation d'un enfermement long</li> <li>- Institutions parfois contradictoire</li> <li>- Pas d'adhésion au soin du patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre le séjour le plus positif possible</li> <li>- Être bienveillant et à l'écoute</li> </ul>

## Annexe VIII : Grille d'analyse n°2

Quel est selon vous la meilleure approche face à un patient schizophrène en phase aigüe ?	Quelles mesures de sécurité prenez-vous face à l'agressivité d'un patient schizophrène ?	Quel est rôle face à l'isolement d'un patient ?	Dans quelle mesure pouvez-vous considérer l'isolement comme un outil de soin ?	Qu'est-ce qu'un soin pour vous ?	Quels sont les limites de l'enfermement d'un patient pour vous ?	Comment prenez-vous en charge la souffrance du patient liée à son enfermement ?
<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'écoute</li> <li>- Soins sous contraintes</li> <li>- Travailler la relation de confiance</li> <li>Personnalisation du soin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre sur soi</li> <li>- Utilisation du DATI</li> <li>- Les laisser exotériser verbalement</li> <li>- Anticiper la violence physique grâce à l'expérience et la clinique</li> <li>- En parler avec l'équipe</li> <li>- Traitement « si besoin »</li> <li>-Si tout a été essayé, chambre d'isolement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer la sécurité du patient afin d'éviter qu'il ne se fasse du mal ou qu'il fasse du mal aux autres</li> <li>- Accompagnement et soutien</li> <li>- S'assurer que l'isolement soit le plus court possible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Outil pour sécuriser le patient dans le cas d'un risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif</li> <li>-Prise en charge intensive</li> <li>- Baisse des stimuli, permet de recentrer le patient et éviter qu'il se disperse</li> <li>-Parfois utilisé comme une chambre « lambda » en cas de manque de places</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prodiger une action ou une écoute à une personne afin d'améliorer sa santé physique ou psychique</li> <li>-En psychiatrie : le relationnel, l'empathie</li> <li>-Soins de force quand ils sont en soins sans consentement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de limite de durée et donc de vision sur l'avenir</li> <li>-Problèmes institutionnels qui ont un impact sur la prise en charge (manque de lits)</li> <li>-Longues hospitalisations qui entraînent des difficultés dans l'autonomie et la resocialisation</li> <li>-Déni des troubles qui entraîne une mauvaise adhésion aux soins</li> <li>-Mélange des patients sans distinction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beaucoup d'écoute et d'entretien informel</li> <li>- Expliquer les étapes de l'hospitalisation et les rassurer</li> <li>- Anxiolytiques</li> </ul>

## Annexe IX : Grille d'analyse n°3

Quel est selon vous la meilleure approche face à un patient schizophrène en phase aigüe ?	Quelles mesures de sécurité prenez-vous face à l'agressivité d'un patient schizophrène ?	Quel est votre rôle face à l'isolement d'un patient ?	Dans quelle mesure pouvez-vous considérer l'isolement comme un outil de soin ?	Qu'est-ce qu'un soin pour vous ?	Quels sont les limites de l'enfermement d'un patient pour vous ?	Comment prenez-vous en charge la souffrance du patient liée à son enfermement ?
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire en sorte que ses éléments de réalité ne l'empêche pas de vivre en société et ne le rende pas dangereux pour les autres et lui-même.</li> <li>- Trouver une thérapie adaptée</li> <li>- Se servir des outils : la chambre d'isolement, soins relationnels,</li> <li>- Soutien, écoute active, étayage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluer les risques avec l'analyse clinique et l'expérience</li> <li>- Travailler en équipe</li> <li>- Porter le DATI</li> <li>- Se sécuriser et sécuriser le patient avec la chambre d'isolement si nécessaire</li> <li>- Inventaire d'entrée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observation et surveillance en lien avec la loi (vérification des prescriptions, des formulaires)</li> <li>- Evaluation de l'état de conscience</li> <li>- Etayage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire baisser les stimulations au maximum</li> <li>- Le sécuriser lui et l'équipe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apporter un petit peu de soi pour permettre à la personne en face qui est dans un état vulnérable où il n'est pas bien de retrouver un souffle de bien être</li> <li>- Un moment d'accompagnement, d'écoute, de réassurance.</li> <li>- Participer à une stabilisation peu importe la pathologie afin que le patient ressorte en reprenant une vie classique au maximum</li> <li>- Apporter un apaisement, une bouffée d'oxygène.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'il n'y a pas de traitements associés</li> <li>- Si les patients sont stabilisés et que la crise est passée, il n'y a plus d'intérêt.</li> <li>- Procédures de SDRE qui entraînent des sorties tardives et donc un effet délétère sur le patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'écoute active</li> <li>- Accueillir leur souffrance et se rendre disponible pour les écouter.</li> <li>- Les ramener à la réalité avec douceur</li> <li>- les renarcissiser</li> <li>- Renvoyer des éléments positifs à leur hospitalisation</li> <li>- Activités occupationnelles</li> </ul>

## Annexe X : Grille d'analyse question n°1

Quel est selon vous la meilleure approche face à un patient schizophrène en phase aigüe ?		Cadre de références
<b>Entretien n°1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'écoute, l'évaluation clinique avec prise en compte des antécédents,</li> <li>- Comprendre la cause</li> <li>- Approche personnalisé et pluridisciplinaire</li> </ul>	<p><i>« est considéré dans sa singularité biographique et dans son expérience vécue, sa souffrance - ce que nous appelons aujourd'hui sa subjectivité » Céline Lefève</i></p>
<b>Entretien n°2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'écoute</li> <li>- Soins sous contraintes</li> <li>- Travailler la relation de confiance</li> <li>- Personnalisation du soin</li> </ul>	
<b>Entretien n°3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire en sorte que ses éléments de réalité ne l'empêchent pas de vivre en société et ne le rende pas dangereux pour les autres et lui-même.</li> <li>- Trouver une thérapeutique adaptée</li> <li>- Se servir des outils : la chambre d'isolement, soins relationnels,</li> <li>- Soutient, écoute active, étayage</li> </ul>	

## Annexe XI : Grille d'analyse question n°2

Quelle mesure de sécurité prenez-vous face à l'agressivité d'un patient schizophrène ?		Cadre de références
<b>Entretien n°1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation du DATI, - - Identifier les raisons, - se mettre en sécurité, - Adopter un langage non verbal</li> <li>- Être dans le penser plutôt que dans l'agir et en dernier recours agir</li> </ul>	<p>« La pensée médicale distingue le normal de l'anormal ; elle se donne, elle cherche aussi à se donner des moyens de correction qui ne sont pas exactement des moyens de punition, mais des moyens de transformation de l'individu, toute une technologie du comportement de l'être humain qui est liée à cela » (J,Revel 2008, p.98)</p> <p>« ce pourquoi il va être isolé n'est pas parce qu'il risque d'être violent et qu'on le puni mais parce qu'il ne gère plus sa relation au monde et risque donc de se mettre en danger et de mettre en danger autrui » (Dr Gilles Burloux)</p>
<b>Entretien n°2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre sur soi</li> <li>- Utilisation du DATI</li> <li>- Les laisser exotériser verbalement</li> <li>- Anticiper la violence physique grâce à l'expérience et la clinique</li> <li>- En parler avec l'équipe</li> <li>- Traitement « si besoin »</li> <li>-Si tout a été essayé, chambre d'isolement</li> </ul>	
<b>Entretien n°3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluer les risque avec l'analyse clinique et l'expérience</li> <li>- Travailler en équipe</li> <li>- Porter le DATI</li> <li>- Se sécuriser et sécuriser le patient avec la chambre d'isolement si nécessaire</li> <li>- Inventaire d'entrée</li> </ul>	

## Annexe XII : Grille d'analyse question n°3

Quel est votre rôle face à l'isolement d'un patient ?		Cadre de références
<b>Entretien n°1</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance intensive</li> <li>- Faire en sorte que ce soit un soin et l'humaniser</li> <li>- Créer du lien</li> <li>- Faire en sorte que cela dure le moins longtemps possible</li> <li>- Transmissions avec l'équipe</li> <li>- évaluation clinique</li> </ul>		<p><i>. « Il est recommandé que les équipes soient formées et entraînées à la prévention, à la gestion de la violence et aux techniques de désamorçage » (HAS)</i></p> <p><i>« L'isolement ne peut garder une dimension thérapeutique et trophique que s'il s'accompagne d'un travail soignant complémentaire : la contenance, le filtre, le pare-excitation ne sont pas uniquement portés par les murs et la porte de la chambre, ils le sont surtout par l'équipe soignante et par sa capacité à penser le patient et l'isolement comme un support de médiation pour construire ou restaurer des relations avec lui. » (de Luca, M. &amp; Chenivresse, P. 2017)</i></p>
<b>Entretien n°2</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer la sécurité du patient afin d'éviter qu'il ne se fasse du mal ou qu'il fasse du mal aux autres</li> <li>- Accompagnement et soutien</li> <li>- S'assurer que l'isolement soit le plus court possible</li> </ul>		
<b>Entretien n°3</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observation et surveillance en lien avec la loi (vérification des prescriptions, des formulaires)</li> <li>- Evaluation de l'état de conscience</li> <li>- Etayage</li> </ul>		

## Annexe XIII : Grille d'analyse question n°4

Dans quelle mesure pouvez-vous considérer l'isolement comme un outil de soin ?		Cadre de références
<b>Entretien n°1</b>	<p>Réduit le risque de PAA auto et hétéro agressif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les patients schizophrènes, aide à se recentrer grâce à la baisse des stimulations</li> <li>- Pour les états maniaques, éviter les stimuli</li> <li>- Évaluation du Dr 2x par jour opportunité de créer du lien</li> </ul>	<p><i>« La surveillance de l'état psychique par l'équipe soignante se fasse au moins toutes les heures et puisse aller jusqu'à une surveillance continue;</i></p> <p><i>la surveillance des paramètres physiologiques soit assurée par l'équipe soignante (tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, palpation des mollets, etc.) en fonction de la prescription médicale » (HAS)</i></p> <p><i>« l'isolement a un effet protecteur. L'effet contenant réduit la dispersion des contenus psychiques et le morcellement paranoïde ; - la baisse des stimulations liées à l'environnement, l'interposition des soignants assure la fonction de pare-excitations » (Friard, D. 2002, p.19)</i></p>
<b>Entretien n°2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Outil pour sécuriser le patient dans le cas d'un risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif</li> <li>-Prise en charge intensive</li> <li>- Baisse des stimuli, permet de recentrer le patient et éviter qu'il se disperse</li> <li>-Parfois utilisé comme une chambre « lambda » en cas de manque de places</li> </ul>	
<b>Entretien n°3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire baisser les stimulations au maximum</li> <li>- Le sécuriser lui et l'équipe</li> </ul>	

## Annexe XIV : Grille d'analyse question n° 5

Qu'est-ce qu'un soin pour vous ?		Cadre de références
<b>Entretien n°1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Différents type de soin</li> <li>- Soins relationnels avec capacité d'écoute et d'empathie</li> <li>- En psychiatrie tout peut être un soin, de mettre la table, donner un médicament, ou faire un entretien infirmier</li> <li>- Plusieurs soins selon chaque personne (patient et soignant)</li> </ul>	<p>« Une occasion de caring survient au moment où l'infirmière et la personne soignée se rencontrent avec leur histoire de vie et leur champ phénoménal uniques dans une transaction d'humain-à-humain » ( Cara, C. &amp; O'Reilly, L. 2008)</p> <p>« Le malade est appréhendé dans sa globalité et sa singularité à travers la caractérisation de sa constitution humorale et de sa relation propre à l'environnement naturel (géographique, climatique, etc.) et culturel (genre et hygiène de vie). Il est considéré dans sa singularité biographique et dans son expérience vécue, sa souffrance - ce que nous appelons aujourd'hui sa subjectivité » (Lefevre, C)</p>
<b>Entretien n°2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prodiguer une action ou une écoute à une personne afin d'améliorer sa santé physique ou psychique</li> <li>- En psychiatrie : le relationnel, l'empathie</li> <li>- Soins de force quand ils sont en soins sans consentement</li> </ul>	
<b>Entretien n°3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apporter un petit peu de soi pour permettre à la personne en face qui est dans un état vulnérable où il n'est pas bien de retrouver un souffle de bien être</li> <li>- Un moment d'accompagnement, d'écoute, de réassurance.</li> <li>- Participer à une stabilisation peu importe la pathologie afin que le patient ressorte en reprenant une vie classique au maximum</li> <li>- Apporter un apaisement, une bouffée d'oxygène.</li> </ul>	

## Annexe XV : Grille d'analyse question n°6

Quels sont les limites de l'enfermement d'un patient pour vous ?		Cadre de références
<b>Entretien n°1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La chronicisation d'un enfermement long</li> <li>- Institutions parfois contradictoire</li> <li>- Pas d'adhésion au soin du patient</li> </ul>	<p><i>« [...] Je pense à des patients – très concrètement – qui sont limités sur le plan intellectuel, qui sont dans une dimension caractérielle, dont finalement personne ne veut, qui sont souvent plus ou moins institutionnalisés dans le médico-social avec un rejet du médico-social que de temps en temps, on est obligé d'hospitaliser. » (Guibet Lafaye, C. 2016)</i></p>
<b>Entretien n°2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de limite de durée et donc de vision sur l'avenir</li> <li>- Problèmes institutionnels qui ont un impact sur la prise en charge (manque de lits)</li> <li>- Longues hospitalisations qui entraînent des difficultés dans l'autonomie et la resocialisation</li> <li>- Déni des troubles qui entraîne une mauvaise adhésion aux soins</li> <li>- Mélange des patients sans distinction</li> </ul>	
<b>Entretien n°3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'il n'y a pas de traitements associés</li> <li>- Si les patients sont stabilisés et que la crise est passé, il n'y a plus d'intérêt.</li> <li>- Procédures de SDRE qui entraînent des sorties tardives et donc un effet délétère sur le patient</li> </ul>	

## Annexe XVI : Grille d'analyse question n°7

Comment prenez-vous en charge la souffrance du patient liée à son enfermement ?		Cadre de références
<b>Entretien n°1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rendre le séjour le plus positif possible</li> <li>-Être bienveillant et à l'écoute</li> </ul>	<p>« la réassurance est un souci constant, celle du patient – en écho à celle du soignant- qui justifie son écoute, les réponses justes, suffisamment bonnes à ses questions » (Beydon, N. 2013 p.85-89)</p> <p>« C'est à nous, sur le terrain, avec les infirmiers, le médecin traitant, les interlocuteurs locaux, de trouver la formule la moins traumatique pour que le patient puisse comprendre le sens d'un retour à l'hôpital et que, d'autre part, les ressources thérapeutiques ne soient pas évaporées en une seule intervention » (Guibet Lafaye, C. 2016)</p>
<b>Entretien n°2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beaucoup d'écoute et d'entretien informel</li> <li>- Expliquer les étapes de l'hospitalisation et les rassurer</li> <li>- Anxiolytiques</li> </ul>	
<b>Entretien n°3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'écoute active</li> <li>- Accueillir leur souffrance et se rendre disponible pour les écouter.</li> <li>- Les ramener à la réalité avec douceur les renarcissiser</li> <li>- Renvoyer des éléments positifs à leur hospitalisation</li> <li>- Activités occupationnelles</li> </ul>	

## **Derrière la porte Fermer pour soigner ?**

### **Résumé :**

Dans ce travail de fin d'étude j'ai décidé d'aborder la notion de soins sans consentements pour les patients schizophrène. En partant de ma situation vécue en stage où un patient schizophrène à volontairement choisi de s'isoler, je me suis demandé si être enfermé et isoler pouvait alors être un soin. Ce questionnement m'a emmené à me poser comme question de départ :

### **En quoi peut-on considérer l'enfermement et l'isolement comme étant un soin pour les patients schizophrènes ?**

J'ai commencé le cadre théorique en lisant des ouvrages et des articles ce qui m'a permis de me rendre compte à quel point l'univers asilaire à évolué au cours des siècles. La maladie mentale a très longtemps été associée à la violence, dont la seule solution était d'enfermer les fous. La psychiatrie a mis du temps à être reconnu et protocolisé afin d'éviter les enfermements abusifs. Après avoir réalisé des entretiens semi directifs j'en suis venu à la conclusion qu'aujourd'hui le soin prend une grande place dans la prise en charge des patients en psychiatrie, ils sont désormais protégés par des lois et des protocoles. Cependant l'image du schizophrène violent est toujours ancrée et la sécurité ainsi que la prévention des risques reste encore souvent prioritaires dans la décision d'enfermer ou d'isoler les malades.

Nombre de mots : 212

Mots-clés : Enfermement – isolement – Soin – Schizophrénie – Soin sans consentement

---

## **Behind the door Locking for caring?**

### **Abstract :**

In this end of course assignment I have decided to address the issue of involuntary care for schizophrenic patients. Based on a situation I experienced during a work placement, where a schizophrenic patient voluntarily decided to isolate himself, I questioned whether being locked up and isolated could be considered as care. This inquiry led me to the following starting question:

### **To what extent can we considered locked up and isolation as care for schizophrenic patient?**

To establish a reference framework, I began by reading books and articles that shed light on the historical evolution of psychiatric asylums throughout centuries. Mental illness has long been associated with violence, and the prevailing solution was to confine the mentally ill. Over time it became necessary to recognize the psychiatry and to establish protocols to prevent abusive confinement. Through conducting semi-structured interviews, I reached the conclusion that now care holds a significant place in the psychiatric patient management. They are now protected by laws and protocols. However, the stereotype of the violent schizophrenic remains deeply ingrained, and ensuring security and risks prevention remain prioritized when deciding to isolate or confine mentally ill patients.

Number of words: 189

Keywords : Lock up – isolation - care -schizophrenic – involuntary treatment -