

Soigner l'intouchable, au cœur de l'enfermement !



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

Date de rendu : le 19 mai 2025

Directeur de mémoire : M. Bernard COLLET

Note aux lecteurs et lectrices :

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

« Mais cela a suffi à me faire ressentir une humiliation cuisante, un sentiment d'impuissance et d'écrasement énormes face à l'autorité médicale, le sentiment d'être traité comme une criminelle folle dangereuse. »

« Ces théories de la contenance, pour moi, c'est pire que tout. Elles déshumanisent les personnes psychotiques dans le regard des soignants. Elles les transforment en choses qui se vident, et qu'il faut contenir et maintenir, sans aucune métaphore. »

Paroles de contentionnés, Mathieu Bellashen « *Abolir la contention* » (2023)

Remerciements

A mon directeur de mémoire M. Bernard Collet pour son accompagnement et son soutien tout au long de mon cheminement pour mon projet de fin d'études. A sa disponibilité, sa patience ainsi que ses conseils porteurs de sens.

A mon mari et mes 3 enfants qui ont su me soutenir sans relâche durant ces 3 années de formation intenses. Grâce à eux j'ai pu traverser les moments difficiles et réaliser le projet qui me tenait à cœur. Leur amour, leurs encouragements n'ont jamais cessé. Je vous aime et je suis reconnaissante de votre investissement personnel en faveur de mon épanouissement professionnel.

A Mme Thomas ma référente pédagogique, qui m'a suivi et soutenu durant ces 3 années, qui a cru en mes capacités et qui a fait en sorte que je réalise mes rêves.

A l'ensemble de l'équipe pédagogique pour leur disponibilité et leur transmission de savoir.

A Mathilde pour cette belle rencontre pleine de surprise et notre travail sans relâche du mémoire au Cambodge pendant notre stage humanitaire.

A Julie, Davina, Jade, Margot, Léa, Célia et Justine et au groupe 5 pour ces échanges de connaissances, de soutien apporté durant les moments difficiles notamment pendant les partiels.

Table des matières

<u>1</u>	<u>Introduction</u>	<u>1</u>
<u>2</u>	<u>Situations d'appel</u>	<u>2</u>
2.1	Description de la première situation	2
2.2	Questionnement	9
<u>3</u>	<u>Question de départ</u>	<u>9</u>
<u>4</u>	<u>Cadre de référence</u>	<u>10</u>
4.1	Le soin	10
4.1.1	Qu'est-ce que le soin ?	10
4.1.2	Les soins psychiatriques	13
4.1.3	Les soins psychiatriques sous contraintes	18
4.1.4	L'influence institutionnelle sur le soin : « le Biopouvoir »	26
4.2	Les unités d'accueil de crise fermées	31
4.2.1	Qu'est-ce que la crise ?	31
4.2.2	Qu'est-ce que la crise psychique et psychiatrique ?	32
4.2.3	Les unités d'accueil de crise fermées	33
4.3	Les pratiques privatives de liberté	36
4.3.1	Comment définit-on la privation de liberté ?	36
4.3.2	Quels sont les différentes privations de liberté en psychiatrie ?	38
4.3.2.1	L'enfermement	38
4.3.2.2	L'isolement	38
4.3.2.3	Les contentions	41
4.3.2.4	Les pratiques alternatives	38
4.4	Synthèse du cadre de référence	52
<u>5</u>	<u>Enquête exploratoire</u>	<u>54</u>
5.1	Outil utilisé	55
5.2	Population choisie	55
5.3	Lieu d'investigation	55
5.4	Guide de l'outil	56
5.5	Analyse	57
5.5.1	Analyse des entretiens	57
5.5.2	Analyse des questions	67
5.6	Synthèse de l'enquête exploratoire	86
5.7	Limites de l'enquête	87
<u>6</u>	<u>Problématique</u>	<u>87</u>
<u>7</u>	<u>Question de recherche</u>	<u>89</u>
<u>8</u>	<u>Conclusion</u>	<u>89</u>
<u>9</u>	<u>Bibliographie</u>	<u>91</u>
<u>10</u>	<u>Table des annexes</u>	<u>95</u>

1 Introduction

Ce travail de fin d'études s'appuie sur l'univers de la psychiatrie dans les unités crises fermées. Un monde, une méthode de soin découverte lors de mon stage en 2^e année de formation et qui ne me laisse pas indifférente. Ces 5 semaines passées auprès des psychiatisés m'ont chamboulé. Leurs histoires de vie difficiles n'ont fait qu'accroître ma compassion et l'envie de les aider. Mais les méthodes utilisées pour leur poser un cadre m'ont questionné et interpellé. Les pratiques privatives de liberté exploitées pour gérer la crise et le quotidien des patients qu'ils soient psychotiques, bipolaires, dépressifs ou états limites m'interrogent fortement. Ces méthodes parmi tant d'autres, englobent, l'inaccessibilité aux affaires personnelles, l'enfermement, l'isolement, la contention chimique et physique dans un environnement qui pour moi, reflète un univers carcéral.

En entrant dans l'unité pour la première fois, je me sens envahie par un monde disciplinaire. Le bâtiment est muni de barreaux à chaque porte et fenêtre. Aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du service, tout est fermé à clés, y compris les affaires personnelles des patients, qu'elles soient vestimentaires ou alimentaires. Les soignants munis d'un dadi¹ prennent le rôle de « *gendarme* » en blouse blanche et applique parfois des protocoles de sécurité contre leur volonté. Je suis surprise, je ne m'attendais pas à ce que le soin en psychiatrie se déroule au cœur d'un environnement comme celui-ci.

J'insiste sur le fait que je ne suis pas en train de prétendre le tout du soin psychiatrique mais une infime partie qui m'a chamboulée. Au travers de ce mémoire, je souhaite comprendre pourquoi ces procédés, au regard de mon ressenti personnel, ont été mis en place et pour quel but. Si cela rentre dans le cadre d'un soin ou s'ils permettent juste de canaliser la crise pour pouvoir accéder par la suite « au soin ».

Ma vision du soin, certainement idéaliste se tourne vers la bienfaisance, la bienveillance, c'est-à-dire apporter un bien-être et un soulagement à autrui. Je ne dis pas qu'en psychiatrie ce n'est pas le cas, certainement que ma vision du soin est trop utopique et qu'elle ne peut s'appliquer avec toutes les pathologies. Un patient qui est en état de crise aiguë a une relation aux autres très différentes de la nôtre, il se sent en danger, le soignant peut devenir l'objet de persécution. Ainsi pour préserver la sécurité de tout le monde, le soignant est contraint, d'appliquer des protocoles que l'institution lui impose. Comment peut-on mettre un cadre chez un patient en

crise tout en apportant un soin adapté ? Je voudrais, préciser, combien encore une fois, mon travail ne prétend pas traiter du soin en psychiatrie dans sa complexité mais seulement tenter d'avoir une compréhension d'une partie de la dimension de la pratique de ce soin qui est privative de liberté. Je souhaite, aussi, dire combien j'ai apprécié, d'autre part, le prendre soin par l'équipe de ces patients qui sont pour beaucoup d'entre eux exclus de la société et très précaires et vulnérables.

Pour développer ce travail de réflexion, nous allons dans un premier temps, détailler le vécu en stage au travers d'une situation de départ, expliciter le questionnement qui découlera vers une question de départ. Dans un second temps, un cadre de référence sera présenté avec les différents concepts explorés tels que les unités fermées, la crise, les pratiques coercitives utilisées en psychiatrie qui se liera à l'univers carcéral ressenti, puis le soin. Par la suite sera détaillée la méthode exploratoire choisie ainsi que l'analyse des résultats obtenus. Puis, en note finale, nous conclurons le travail.

2 Situations d'appel

2.1 Description de la première situation

Mon stage se déroule au service de soins psychiatriques sous contrainte qui est une unité fermée et sectorisée pour les personnes atteintes de pathologies mentales dont les troubles mentaux rendent impossible leurs consentements aux soins. Leur état de santé comme une phase maniaque aiguë, une velléité de passage à l'acte auto ou hétéro agressif, une bouffée délirante aiguë ou bien encore impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante.

Ces patients sont donc hospitalisés sans leur accord à la demande d'un tiers, que ce soit un représentant de l'état, un proche ou un médecin. Avant 12 jours, la procédure d'hospitalisation ou de main levée doit-être régularisée par un juge des libertés et de la détention.

Premier jour de stage, j'arrive devant l'unité, j'aperçois des policiers accompagnés de leurs chiens à la recherche de stupéfiants aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur du bâtiment. Le cadre vient me voir et m'explique qu'il y a eu un gros passage à l'acte la veille au soir de certains patients sur des soignants. Huit personnes des quartiers sensibles sont venues déposer de la

drogue par les fenêtres à barreaux de la chambre de ces mêmes patients. Certains d'entre-eux ont essayé de forcer la porte d'entrée du service en menaçant de tuer tous les soignants présents. Fort heureusement les gendarmes sont arrivés à temps.

Bilan final, 2 soignants blessés, transférés aux urgences puis 8 arrêts de travail pour épuisement moral et traumatisme.

Je continue mon chemin, je sonne devant la porte vitrée munie de barreaux en métal, un soignant m'accueille et me fait entrer dans l'unité. Progressivement je distingue autour de moi des patients en pyjama bleu qui déambulent dans les couloirs, une grande salle à manger avec des tables, des chaises, 4 fauteuils et une télé. A l'extérieur, une cour clôturée d'immenses grillages rigides, contenant 2 tables et 4 bancs cimentés au sol. J'aperçois les patients qui se baladent le long des grillages et qui tournent inlassablement dans le sens des aiguilles d'une montre.

Le soignant me passe un trousseau énorme muni d'une douzaine de clés pour ouvrir les différentes portes du service, il me conseille de toujours bien refermer derrière moi. Par la suite il me tend un Dati qui est un dispositif d'alarme utilisé en cas d'urgence, cela permet d'appeler du renfort en cas d'agression sur un patient ou un soignant.

Mais où suis-je ? Ne devrais-je pas être dans le service des soins psychiatriques ?

Toutes les fenêtres et portes-fenêtres du bâtiment ont des barreaux. Se trouve près de la salle à manger, fermé à clé, le poste des infirmiers pourvu de baies vitrées et barreaux qui donne également sur la cour extérieure. Tel un panoptisme « *Le panoptique est un type d'architecture carcérale imaginée par le philosophe utilitariste Jeremy Bentham et son frère Samuel à la fin du XVIII^e siècle* » pour rappeler à l'ordre si nécessaire.

A l'étage, un long couloir qui se compose de 10 chambres simples ou doubles pouvant accueillir 17 patients. A l'intérieur de celles-ci aucune ambiance chaleureuse, un lit, une petite table de nuit puis un placard contenant les affaires personnelles du patient fermé à clé. Dans ce même couloir 2 chambres d'isolement avec portes blindées, verrouillées, toilette et lit scellés au plancher. Au centre de la pièce un matelas en plastique qui est nu, sans drap, seuls les entraves si nécessaire prendront place. Mon esprit vagabonde vers un univers parallèle qui ne sait quelle direction prendre, celle d'un aspect carcéral ou celle de l'harmonie du soin. Cette institution totalitaire ne se risquerait-elle pas à l'effet papillon inattendu ? Ainsi de petites actions mineures sur l'environnement du patient ne pourrait-il pas engendrer des conséquences défavorables sur l'alliance thérapeutique et le soin.

Postérieurement le soignant m'indique qu'à la suite des passages à l'acte de la veille, tous les patients sans exception ont interdiction d'utiliser leur téléphone portable, ils sont rangés dans un coffre à code. Seulement quelques-uns d'entre eux ont l'autorisation d'un appel par jour. Ce fonctionnement à l'aspect totalitaire ne pourrait-il pas paralyser les patients dans leurs résiliences au changement ? Ainsi, ce système exigeant peut aller à l'encontre de l'autonomie du psychiatisé et nuire à la volonté de se soigner. Erving Goffman définit l'institution totalitaire comme un lieu où un groupe d'individu comme les psychiatisés vivent coupés du monde extérieur au cœur de règles strictes et sous un contrôle permanent. Cela peut entraîner une dépersonnalisation des malades et une perte de leur autonomie. « *Dans de nombreuses institutions totalitaires, le reclus est d'emblée totalement privé du droit de recevoir des visites ou de celui d'en rendre, ce qui a pour effet d'assurer une rupture profonde avec les rôles antérieurs et de faire mesurer l'ampleur de la dépossession du statut ancien* » (Erving Goffman, *Asiles*, 1967 p.57). L'hospitalisation sectorisée apporte un nuancier de pathologies comme la schizophrénie, la psychopathie, la bipolarité, la dépression, les états limites. Des patients très hétéro agressifs mixés aux malades auto-agressifs. Ne pourrions-nous pas soulever que la dangerosité de certains apporte un grand détriment aux autres ? Les malades inoffensifs subissent les passages à l'acte agressifs des autres patients, et sont, par la même occasion, punis au même titre.

A proximité des coffres, j'aperçois des casiers en bois fermés à clés, je demande à l'aide-soignant qui m'accompagne leurs utilités. De ce fait, il me répond que les goûters et le tabac apportés par les familles y sont stockés. Les denrées alimentaires sont accessibles une fois par jour à 16h, puis sont, avec les cigarettes, dosées quotidiennement. Des petits plaisirs qui se retrouvent à leurs tours en libertés surveillées, afin d'éviter tout troc ou vol.

Ne serait-ce-t-il pas une privation de liberté surajouté à l'enfermement ? Le fait de ne pas laisser le patient juge de la destinée de ses affaires personnelles n'accentuerait-il pas le manque de confiance en soi et son impression de dysfonctionner ?

L'heure du dîner arrive, nous allons chercher tous les patients et fermons toutes les portes à clés, une fois qu'ils sont tous réunis dans la salle à manger, aucun accès est autorisé durant les repas. Tous les couverts sont comptés avant puis après les repas. Avant le dîner, les patients se retrouvent en file indienne devant le chariot de médicaments où se tient l'infirmier pour prendre leurs traitements. Tous les traitements sédatifs, hypnotiques, antipsychotiques, antidépresseurs

sont présentés sous forme de sirop afin qu'il n'y ait aucune échappatoire. A ce moment précis, une patiente me demande de lui ouvrir la porte des toilettes, une envie pressante la submerge. Je demande à l'infirmier si je peux lui ouvrir la porte, celui-ci refuse. Il dit à la patiente, "Tu connais le protocole du service, il faut prendre tes dispositions en conséquence, je t'ouvrirai la porte des toilettes après le diner". La patiente me regarde et me dit "Pourquoi vous me faites ça, c'est une privation de liberté !". Je la regarde en retour et comprend son ressenti.

Cette ambiance est-elle propice aux soins ? Elle me laisse à penser à un univers carcéral où l'on purge une peine et où le respect du règlement, prime sur l'humain. Le soignant ne prendrait-il pas le rôle du « *gendarme* » en blouse blanche contraint de suivre un protocole pour la sécurité du patient ainsi que la sienne ? Un enfermement physique, émotionnel qui exprime une injustice pour ces patients. Celle de la maladie souvent provoquée par des traumatismes de l'enfance puis celle de la privation de liberté. Ce système sécuritaire ne seraient-il pas un frein pour l'alliance thérapeutique ? Selon Doris Vasconcellos-Bernstein l'alliance thérapeutique est un cadre stable entre le patient et le soignant capable d'accueillir les besoins puis les demandes du psychiatisé. Une relation à la base asymétrique qui retrouve son équilibre dans une relation de confiance en laissant place à l'autonomie et à la responsabilité de celui-ci. « *Le patient va progressivement internaliser les fonctions plus organisées du Moi telles que l'auto-observation, l'autocritique, la capacité de synthèse, etc. Nous travaillons vers une réduction progressive de l'asymétrie, de manière à dégager l'autonomie de la vie psychique du patient* ». (Doris Vasconcellos-Bernstein, Instaurer l'alliance thérapeutique, 2013)

Au fil des jours je comprends que deux mondes tentent de s'appriivoiser et que les souffrances sont diffuses des deux côtés. La maladie mentale à la différence de la somatique est difficilement saisissable, souvent intouchable et le soignant peine à travailler avec celle-ci. Un portage psychique, une souffrance, que les personnels de santé transportent tout au long de la prise en charge du patient. Donald Winnicott définit le portage psychique comme « *Le holding* » qui désigne l'ensemble des soins donnés à l'enfant par la mère et sa capacité à contenir ses angoisses à la fois sur le plan physique (le fait de porter dans les bras, de bercer etc.) et psychique, c'est-à-dire la capacité de la mère à penser les émotions de son enfant, (Vincent Joly, Donald Winnicott, qu'est-ce que le holding, 2018). Prendre soin en psychiatrie sous contrainte nous implique de soigner une partie invisible, intouchable, imprévisible et non maîtrisable d'une personne en crise. Des patients avec une grande souffrance psychologique qui

doivent faire face à l'incompréhension de leurs pathologies ainsi qu'à l'enfermement physique, psychique et émotionnel qu'on leur impose pour leur bien-être.

Une alliance thérapeutique hors du commun au cœur de situations et d'émotions aussi bien déroutantes que touchantes.

Au cours de la semaine, je fais la demande pour assister à la procédure de 2 patients auprès du juge des libertés et de la détention. Pour ce jour bien spécial, le patient s'habille en tenue civile et deux soignants l'accompagnent à la salle d'audience. Un avocat commis d'office s'entretient avec le malade pour discuter de ses envies et de son devenir. Nous rentrons dans la salle d'audience, au centre de la pièce, une table puis 2 chaises pour le patient et son avocat. Devant se tient le juge, à droite le greffier, à gauche le chef de l'établissement de l'hôpital puis derrière des places réservées pour les soignants accompagnants. Le patient est jugé "pour faute d'être malade" et de présenter des symptômes qui le mènent vers l'auto ou l'hétéro-agressivité. Ainsi pour préserver sa sécurité et celle d'autrui, le magistrat procède à la régularité de la procédure d'hospitalisation dont le patient fait l'objet et envisage la continuité ou pas de l'enfermement thérapeutique.

Cette situation me ramène au film documentaire « *12 jours* » (Raymond Depardon, film documentaire 12 jours, 2017). Une immersion dans les salles d'audience au sein des hôpitaux psychiatriques.

Un documentaire qui marque les esprits. Pour exemple, une femme d'une cinquantaine d'années se présente devant le juge pour auto-agressivité. Persécutée par son employeur qui travaille pour un grand groupe dans le domaine de la téléphonie, elle perd pied et celui-ci demande une hospitalisation sous contrainte. L'audience commence :

Le juge : "Comment vous sentez-vous ?"

La patiente : "Oui, ça va mieux, mais... à mon arrivée, j'étais attachée et il n'y avait pas lieu, c'était d'une violence extrême !"

Le juge : "c'était une décision médicale qui relève de la responsabilité des médecins, ils ont estimé que c'était nécessaire car vous étiez très agité !"

La patiente : "Moi j'ai pas la même vision de l'agitation que le milieu médical, parce qu'en fait, je suis restée la même, et ce qui me fait dire ça, c'est que, quand je suis arrivée et qu'on m'a contenu justement, tout de suite, hein... Vous savez combien de personnes il y avait autour de

moi ? autour de moi il y avait 12 personnes ! 12 ! déjà pour me déshabiller, pour me mettre un pyjama en papier.

Le juge : Je sais qu'il faut de nombreuses personnes pour imposer la contention à quelqu'un !"

La patiente : "Oui, mais 12 personnes autour de moi pour m'attacher en 2 minutes ! j'avais plus de montre, plus rien, ça c'était très violent !! Imaginez, je suis restée stoïque, je me suis laissé faire, je me suis résigné, en fait, mon cerveau s'est mis en mode pause..."

Le juge : "Pour résumer donc, vous pensez qu'il est encore justifié que vous restiez quelques temps encore ici, à l'hôpital !"

Toutes ses paroles sont touchantes et nous font comprendre que la patiente est traumatisée par son hospitalisation non consentie. La contention de force est pour elle, une vision d'un soin violent. Les patients font chaque jour des compromis, ils essaient de construire un pont entre leur maladie et l'état sain, un pont qu'ils essaient d'atteindre au travers de leurs symptômes afin de rendre leur vie plus supportable.

Dans ces contextes, peuvent-ils croire ou faire confiance aux soignants et aux soins qu'on leur proposent ? Pour être réhabilité, le malade ne devrait-il pas purger sa crise et se tenir aux normes attendues par le biopouvoir ? Michel Foucault détermine le biopouvoir comme une discipline, un contrôle des corps individuels au travers des différentes institutions. Dans la vidéo « Sécurité, Territoire, Population », il parle de nouvelle technologie de pouvoir en comparant l'ancien souverain qui exerçait son pouvoir sur un territoire au souverain actuel qui va vouloir contrôler la naturalité de l'espèce à l'intérieur de l'artificialité de la politique, (Michel Foucault, Sécurité Territoire Population, cours de 1978)

Le 23 septembre, Monsieur R. un patient de 24 ans est hospitalisé via les urgences dans l'unité en chambre d'isolement pour troubles du comportement avec une crise d'agitation clastique importante, il est connu pour schizophrénie paranoïde. Monsieur R. a été arrêté pour agression en bande organisé et a décompensé lors de son incarcération à Lyon par une BDA avec hétéro agressivité au couteau sur son voisin de chambre. Monsieur R. est actuellement en liberté surveillé et présente un danger pour lui ainsi que pour autrui. Le patient arrive dans le service sédaté avec 20mg d'Hypnovel (hypnotique sédatif utilisé pour l'induction de l'anesthésie générale) puis 150 mg de Loxapac (un neuroleptique à viser sédatif et incisif), pour résumer une dose importante qui amène le patient vers un état d'inconscience.

Le patient est amené en chambre d'isolement, il est déshabillé pour être apprêté en pyjama bleu, les entraves placées sur le matelas plastifié seront liées sur ses poignets, ses chevilles, son abdomen et ses entre jambes. Pour ainsi dire, M. R est contentonné physiquement et chimiquement.

Au fil des jours, les hurlements, les insultes de Monsieur R. raisonneront dans les couloirs du service. Aux heures de repas, nous apportons le plateau ainsi que le TTT au patient. L'infirmier libère la main faible du patient de la contention et lui demande de prendre ses médicaments per os, celui-ci refuse, une négociation entre en jeu, si le traitement n'ai pas bu alors ce sera l'injection intra-musculaire. Tel un manège quotidien, le patient refuse de boire ses médicaments, l'infirmier descend préparer l'injection, une fois remonter, le patient accepte de prendre les sirops. Une fois son repas terminé, il demande sa cigarette. Le soignant ouvre la fenêtre, allume la cigarette de Monsieur R. Pour l'accompagner le soignant vapote à la fenêtre pour créer un climat de détente afin que la discussion et la confiance puissent s'installer. Le patient commence à s'ouvrir, il raconte les violences vécues jeune par son père, il se souvient d'un moment où il est dans le bain avec sa petite sœur de 3 ans et que l'eau de la baignoire devint rouge par le sang, d'un seul coup un barrage émotionnel s'impose, il ne veut pas en dire davantage, le silence et l'empathie des soignants s'installent. Un moment donné, le patient me regarde et me dit « vous ne fumez pas ? », je lui réponds « non, j'ai arrêté il y a plusieurs années », il me tend sa main pour serrer la mienne, sur le moment je suis partagée entre la peur, l'affection et la confiance que je veux lui accorder tout en sachant que quelques jours auparavant il a tordu le pouce d'une aide-soignante. Je décide de faire confiance, lui tend ma main, il me fait un baise main et me confie que je peux être fière de moi car lui n'y arriverai pas, l'infirmier dit « quel charmeur ! » et il rit. L'atmosphère est plus détendue, Monsieur R. fini sa cigarette, sans opposition il remet sa main sur l'entrave pour qu'on puisse à nouveau la contentonner. Les jours se suivent et se ressemblent, le patient a des phases calmes et des phases d'agitation.

J'ai fini mon stage le 6 octobre et Monsieur R. est toujours contentonné, recevant quotidiennement des traitements sédatifs, hypnotiques, neuroleptiques avec des injections de Lovenox pour éviter les complications dû à son alitement prolongé. Les cris résonnent toujours dans les couloirs. Un pincement au cœur pour tous les soignants qui se sentent contraint à leurs tours, d'appliquer des protocoles qu'ils aimeraient éviter. Malgré les différents contextes, l'attachement vis-à-vis des patients est inévitable, les émotions que nous ressentons face à leur

souffrance sont inévitables et les différents enfermements que nous leurs faisons subir nous questionnent chaque jour.

2.2 Questionnement

Dans cette situation, plusieurs éléments me questionnent, les pratiques privatives de liberté en psychiatrie sont-elles thérapeutiques pour les patients dans un contexte de crises ? Cette façon de gérer la crise, a-t-elle des répercussions sur le soin ? Selon ma vision, mon concept, cet aspect carcéral du soin est-il essentiel et porteur de sens pour le malade ? Ce système sécuritaire peut-il être un obstacle pour la mise en place d'une alliance thérapeutique efficace ?

Dans les soins somatiques lorsqu'on soigne, la douleur, les ressentis, les droits du patient sont aux centres de sa prise en charge. On voit ce que l'on soigne, c'est perceptible à l'œil nu. Lorsque la maladie de celui-ci prend le dessus et décompense, nous faisons en sorte que la souffrance physique et psychologique soit la plus minime possible. En psychiatrie, La maladie est difficilement perceptible, on ne voit pas le psychisme, on essaie de le comprendre au travers de la communication. Lorsque la pathologie du patient décompense, nous utilisons des méthodes qui le font souffrir. Dans ces moments de crise, l'objectif est-il de gérer l'aiguë et de mettre en sécurité le patient avant de prendre soin ? Peut-on considérer la mise en sécurité comme une forme de soin en psychiatrie ? Mais alors pourquoi l'enfermement après la crise ? A quel moment commence réellement le soin dans les unités crises fermées ? Est-ce une fois la crise canalisée ? Ce qui est cadrant, est-il soignant en psychiatrie ? Le recours aux pratiques privatives de liberté sont-elles un échec de la gestion de la crise ou un problème de déséquilibre entre l'approche médico-légal et la prise en charge clinique ? Pourquoi ces pratiques découlent-elles vers un univers sécurisant au point de générer une ambiance carcérale ?

3 Question de départ

Ces questionnements à la suite de la situation vécue nous amènent à la question suivante :

« En quoi les pratiques privatives de liberté, dans les unités de crise fermées en psychiatrie, sont-elles un soin ? »

4 Cadre de référence

4.1 Le soin

4.1.1 Qu'est-ce que le soin ?

L'étymologie du mot « *soin* » possède deux racines. Selon le dictionnaire de la langue française, il proviendrait du vieux français « *soign* ». Le substantif féminin *soigne* « *souci, peine* » (1180), le verbe « *soigner* » rappellent « *besoin, besogne* » clairement vieux-francique. Le latin « *somniar* » a pu donner « *songer et soigner* », à côté de « *songe* », *soin* prend le sens de « *action de songer à quelqu'un, attention, soin* ».

« *Le soin* » se définit sous différents angles. Selon cnrtl, c'est « *la Charge, la fonction, le devoir de prendre soin de quelque chose, d'y veiller* ». C'est également « *un traitement qu'on fait à un malade, des remèdes qu'on lui donne, des attentions qu'on a pour le soulager* », c'est aussi « *des attentions qu'on a pour quelqu'un, des services qu'on lui rend, des peines qu'on lui épargne* ».

Selon Le Dictionnaire Médical, « *la médecine consiste à prodiguer des soins à des patients, et donc à les soigner. Ces soins médicaux doivent être attentifs et conformes aux données actuelles de la connaissance médicale, selon le code de déontologie. Cependant, on a tendance à réserver le mot « soin » aux actes effectués par les paramédicaux : soins infirmiers, soins de nursing, etc. raison pour laquelle on parle de « personnel soignant », ce qui englobe les professions d'infirmière et d'aide-soignante* ».

Nous observons que « *le soin* » est abordé et appréhendé sous différents angles. Un concept propre à chaque individu en lien avec ses origines culturelles, personnelles, professionnelles et sociales. Nous allons étudier « *le soin* » de plus près en s'appuyant sur la vision de différents auteurs. Seul le vécu sur le terrain, permet d'obtenir un regard juste sous toutes les coutures.

Selon l'infirmier et le Docteur en santé publique W. Hesbeen « *le soin* » s'articule autour « *du prendre soin* ». Il ne suffit pas d'être soignant pour soigner, mais d'apporter de l'intention et de la considération auprès de la personne qui en ressent le besoin. Cela ne se limite pas à des actes techniques “bien faits” mais à l'importance que l'on accorde à l'autre. « *Cela équivaut à constater que l'on peut soigner une personne sans en prendre soin, c'est-à-dire qu'on peut*

administrer des actes de soins de qualité sans se soucier véritablement et sincèrement de la personne à qui ces soins sont prodigués » (W. Hesbeen. 2012). Ainsi, « Le soin » est une prise en charge globale sous toutes ses formes, qui demande une compréhension et une acceptation de la singularité du soigné. « En réfléchissant sur le soin que l'on prend de la personne et en distinguant celui-ci de la pratique des soins que requiert cette même personne, c'est bien de l'émergence de la place de l'humain dans les pratiques soignantes et dans les structures de soins dont il est question, et une telle question ne saurait être traitée dans le flou et la confusion » » (W. Hesbeen. 2012). A la fois, de façon évidente, les soins techniques se lient aux soins relationnels. Une union complémentaire qui vise à prendre soin avec une approche holistique. « « Le care » est mis en parallèle voire en opposition avec « le cure », apparemment pour mieux souligner que l'un n'est pas l'autre, ce qui, néanmoins, conduit de mon point de vue à renforcer l'idée que l'un serait nécessairement lié à l'autre » (W. Hesbeen. 2012). De plus, pour l'auteur « le soin » est présent dans le quotidien de chaque individu. Prenons un temps pour se projeter en dehors du médical et paramédicale pour observer que nous sommes quotidiennement soignants auprès de nos proches. Nous leur prêtons attention et intentions bienveillantes en leur préparant des bons petits plats, en lisant une histoire à notre enfant lorsqu'il se couche, en massant notre moitié pour qu'elle se détende de sa journée éreintante. Nous remarquons que tous ces gestes du quotidien qui se lient au “ prendre soin ”, révèlent de la considération pour la personne que l'on aime et que l'on respecte. Selon l'auteur, « A titre d'exemple, lorsque l'on dit à un parent ou à un ami au moment de se quitter : « Prends soin de toi », on ne l'exhorte pas, en règle générale, à faire ses soins mais bien à faire attention à lui ». « En son sens premier, le soin exprime le souci que l'on a de quelqu'un ou de quelque chose » (W. Hesbeen. 2012). De cette manière, nous pouvons soulever le fait que si nous ne prêtons pas attention et estime envers les autres, ceci peut déclencher les effets inverses que recherche « le prendre soin », c'est-à-dire des répercussions néfastes. Si nous ne considérons pas l'autre dans ce qu'il vit, il peut se sentir inexistant au point de ne pas pouvoir se réaliser en tant qu'individu. Ces ressentis peuvent ouvrir des fragilités ou des fissures prêtent à s'écrouler. L'homme a besoin d'exister, d'être apprécié puis respecter pour pouvoir se construire, évoluer et s'épanouir. « En effet, si l'on ne porte pas une attention particulière à la vie et à l'existence du vivant, si l'on n'en prend pas soin, il s'abîme, il se détériore voire se détruit, et puis se meurt » (W. Hesbeen. 2012). Ainsi soigner l'intention et l'égard que l'on porte envers une personne fragilisée par les épreuves de la vie, permet à celle-ci, de se relever pour mener le

combat qui la mène à se soigner. Il ne faut pas soigner que l'aspect technique, organique. Selon W. Hesbeen, « *Si les soins font partie du prendre soin, ces mêmes soins, même prodigués avec excellence, ne sauraient suffire à prendre soin de l'être à qui ils se destinent* ». « *Nous pouvons de la sorte constater qu'au-delà de ce qui est à faire pour prendre soin de l'être, il convient également de s'en montrer soucieux pour qu'il puisse exister et ne pas se sentir réduit à un organisme vivant* » (W. Hesbeen. 2012).

Dans la situation vécue, lorsque la patiente nous demande de lui ouvrir la porte des toilettes avant le repas, nous ressentons qu'elle souhaite de l'égard et de la compréhension de la part des soignants. Une partie d'elle-même qui a besoin de se sentir respectée puis considérée comme un être humain à part entière et non comme « *un lion en cage* ». Un prendre soin difficile pour certains soignants qui sont au cœur de protocoles à faire respecter. Ce « *prendre soin* » ne peut mettre en lumière, les bons petits plats, les lectures ou les massages mais des règles strictes et rigides pour assurer la sécurité de tous, « *une institution totale* » comme le définit Erving Goffman dans son ouvrage « *Asiles* ». Toutes ces règles peuvent parfois faire oublier les besoins fondamentaux dont a besoin une personne.

Pour le pédiatre et psychanalyste britannique D. Winnicott, « *le soin* » se rapproche des besoins primaires du nouveau-né. Un lien naturel où le prendre soin est instinctif et primordial pour la survie de l'espèce. Il met en avant deux concepts autour du soin, « *le holding et le handling* » qui sont intimement liés et qui ne peuvent évoluer favorablement sans un environnement propice. Dans l'ouvrage de Christophe Janssen « *À la rencontre du monde avec Winnicott* » (2007) est exposé que « *Winnicott avait alors décrit certains aspects du holding dans les soins maternels. Il en avait dit que celui-ci tenait compte de la sensibilité de la peau de l'enfant (toucher, température) mais également de sa sensibilité auditive, visuelle, ainsi que de sa sensibilité à la chute (effet de la pesanteur). Ainsi, le holding comprenait toute la routine des soins jour et nuit, s'adaptant aux changements infimes à la fois physiques et psychologiques dus à la croissance et au développement* », « *Dans holding, il y a surtout le fait qu'on tienne physiquement l'enfant* » (Christophe Janssen.2016). Ainsi le psychanalyste nous fait comprendre que si une mère ne tient pas correctement son enfant dans ses bras, celui-ci ressent angoisse et insécurité. D. Winnicott définit le handling comme une continuité du holding, « *Handling désigne non seulement les soins manuels prodigués par la mère ou ses substituts quand elles font la toilette du nourrisson, le changent, l'habillent, mais également les caresses et les autres contacts affectifs cutanés* ». « *Processus inné mais qui ne s'actualise que dans un*

environnement le facilitant », « *Prendre soin d'un bébé, c'est prendre soin de son environnement, et réciproquement* » (Christophe Janssen.2016). Si nous faisons un parallèle avec la situation et la vision du soin de D. Winnicott, nous pouvons soulever le fait que l'environnement attribué aux psychiatisés est sécurisé et non sécurisant. Des patients pour qui, la plupart d'entre eux, présentent une carence affective liée à leur enfance et qui ont besoin d'être enveloppés puis rassurés pour accepter le processus de soin psychiatrique.

4.1.2 Les soins psychiatriques

Dans un premier temps, il me semble important de définir la psychiatrie. Pour l'association des médecins psychiatres du Québec sur le site www.ampq.org « *La psychiatrie est une **spécialité médicale** au même titre que la cardiologie ou la chirurgie. Elle se consacre au diagnostic, à la prévention et aux traitements des maladies mentales. Quelques-unes des maladies mentales les plus fréquentes sont la dépression majeure, les troubles anxieux, le trouble déficitaire de l'attention et la schizophrénie. La psychiatrie utilise une approche **bio-psycho-sociale**, c'est-à-dire, qui combine une compréhension de la biologie du cerveau, de la psychologie de l'individu et des effets de sa situation sociale* » (médecins psychiatres du Québec sur le site www.ampq.org). La biologie est en lien avec les différentes fonctionnalités du cerveau qu'elles soient émotionnelles ou biochimiques, « *Toute émotion, toute pensée et tout comportement commence dans le cerveau. Or, le cerveau est un organe du corps humain. Il est affecté par les fluctuations hormonales et biochimiques, une lacune de nutriments, d'hydratation ou de sommeil, la présence de drogues ou d'alcool, et même par certaines infections et tumeurs* ». Ils définissent la psychologie comme « *Un ensemble des perceptions, des pensées, des émotions et des réactions de l'individu. Sa façon de percevoir et d'analyser une situation influencera comment celui-ci se sentira et comment il interagira avec son entourage. Certaines façons de penser pourront engendrer des émotions agréables et des interactions harmonieuses, d'autre moins* » (médecins psychiatres du Québec sur le site www.ampq.org). Puis leur vision de la situation sociale se traduit par « *Le bien-être ou la souffrance d'un individu peut être très affecté par ce qu'il vit au quotidien. Est-il seul ou entouré de famille et amis ? A-t-il un logement sécuritaire et assez d'argent pour subvenir à ses besoins ? A-t-il beaucoup de responsabilités ? Vit-il des changements importants comme un nouvel emploi, un mariage ou un divorce, un deuil, un déménagement ?* » (médecins psychiatres du Québec sur le site www.ampq.org). La

psychiatrie regroupe un ensemble de facteurs qui peuvent être atteints ou déséquilibrés par une histoire ou un changement de vie difficile, un traumatisme et bien d'autres. Ces bouleversements de la vie peuvent toucher n'importe qui à n'importe quel moment de l'existence.

Pour comprendre le soin psychiatrique, il nous semble important de développer son histoire. Jacques Hochmann dans son ouvrage *« Soigner en milieu psychiatrique. Une perspective historique »*, (2021), expose l'évolution des soins psychiatriques au fil des siècles. Nous allons nous appuyer sur ses écrits pour comprendre la façon dont la psychiatrie a été apprivoisée et utilisée. Vers 1800 au cours de la révolution la psychiatrie s'installe comme une spécialité médicale en rassemblant *« Les fous »* privé de leur liberté dans des lieux se disant soignant, *« les asiles »*. *« Ces aliénés »* doivent redevenir des êtres rationnels *« Pinel et Esquirol, appellent « traitement moral », même s'il est alors très peu démocratique dans son fonctionnement et entièrement soumis à l'autorité paternelle du médecin-chef »* (Jacques Hochmann. 2021). Se met alors en place une lutte contre le délire et la folie en utilisant des pratiques maltraitantes, *« comme l'usage ou plutôt la menace de la douche froide que promeut un des élèves d'Esquirol (François Leuret), pour déclencher ce qu'il appelle un spasme psychologique »*, *« Il veut déraciner l'erreur du cœur de l'homme comme les révolutionnaires ont voulu la déraciner du cœur de la société »* (Jacques Hochmann. 2021). Cette approche du soin est vu par *« l'ordre psychiatrique »* comme un conditionnement qui a fait débat entre deux protagonistes. À la suite de ce débat la loi de 1838 voit le jour, *« c'est une loi de protection et d'organisation des soins, conçue dans un esprit philanthropique, mais c'est aussi une loi de police qui va servir à justifier le retour à une désubjectivation de la folie »* (Jacques Hochmann. 2021).

En 1822, un jeune médecin Antoine Laurent Bayle va rechercher une cause anatomique de la folie. Il examine des corps en découpant en tranches le cerveau de ses patients. Il espère y trouver des lésions pour prouver sa théorie. D'autres psychiatres mettent en avant l'irritation du système nerveux. Avec le retour des idées religieuses sous le second empire, l'homme fou est vu comme un péché originel, il est perçu comme *« porteur d'une tare qu'il transmet à ses descendants, parce qu'il a trop abusé de l'alcool ou de nourritures frelatées, qu'il a été soumis aux toxiques industriels et aux miasmes qui s'accumulent dans les logements mal aérés où s'entasse le prolétariat dans une promiscuité source de mauvais exemple et de corruption. C'est ce qui va s'appeler la « théorie de la dégénérescence » (Morel, 1857) »*. En parallèle, les

recherches scientifiques sur les causes anatomiques peinent à prouver leurs théories. Les asiles ne désemplissent pas, bien au contraire, « *multiplication des internements qui devient au mieux une garderie au pire un espace de détention de de contrainte* ». La politique va prendre part de la psychiatrie puisqu'elle exige que les psychiatres s'occupent davantage de la société et de l'environnement que des patients. Une société qui se veut gouverner par dieu et l'église en rétablissant les valeurs traditionnelles « *pour près d'un siècle, la théorie psychiatrique dominante, au moins en Europe, la théorie de la dégénérescence est elle aussi une théorie politique* » (Jacques Hochmann.2021). La folie vue par Pinel, Esquirol ou Loubet va à son tour disparaître. La psychiatrie va laisser place aux traitements physiques, par des racines, de plus « *on ne parle plus au malade et on n'écoute plus ce qu'il a à dire, la multiplication des saignées et des purgations renvoie à la figuration du mal comme un corps étranger quasi minéral qu'il faut neutraliser et expulser et non plus envisager comme la manière d'être d'un sujet* » (Jacques Hochmann.2021). Certains Polémistes dénoncent ses maltraitances dont sont victimes les patients mais un combat en vain, « *les psychiatres ne sont plus requis pour soigner les fous dans un espace dédié aux soins, mais comme gardiens de l'ordre public bourgeois (Hochmann, 2018)* ».

Nous pouvons mettre en lien la situation vécue, lorsque nous ressentons que les infirmiers sont des « *agents de sécurité* » en blouse blanche contraint d'appliquer des protocoles instituer par une certaine politique du soin. Pour continuer l'histoire de la psychiatrie en s'appuyant sur l'ouvrage de Jacques Hochmann, nous pouvons relever que des changements ont vu le jour à la fin du XIX^e siècle. En dehors des asiles d'aliénés, de nouveaux spécialistes vont dans un premier temps se saisir de la théorie de la dégénérescence qu'ils vont appeler « *stigmates* ». « *Parmi ces stigmates, ils relèvent, d'une part, ce qu'ils considèrent comme des troubles mentaux encore mineurs : l'hystérie, les obsessions, les dérèglements de la conduite, en particulier sexuelle* » (Jacques Hochmann.2021). En parallèle, les études anatomiques évoluent en mettant en évidence les lésions causales pour la paralysie, les troubles sensitifs ou sensoriels. Ainsi, en dehors de la psychiatrie naît la neuropsychiatrie. Jean-Martin Charcot devient le grand maître de cette nouvelle spécialité. Un jeune médecin Sigmund Freud le rejoindra dans ces recherches et s'opposera à la théorie de la dégénérescence (en dehors des cas les plus graves) en mettant en lumière une controverse, celle de l'histoire de l'individu dans son développement sexuel. « *Disons simplement qu'il représente l'extrême de la liberté, celle d'un sujet reconnu pleinement comme sujet de son discours, jusque dans ses racines les plus profondes, les plus*

inconscientes c'est-à-dire les moins sensibles au conformisme social, jusque dans ses conflits les plus intimes, dans son incohérence et son échappement à l'ordre qu'impose nécessairement un projet de vie » (Jacques Hochmann.2021). Ce qui va progressivement laisser place à « *la réalité psychique* ».

Un nouveau courant philosophique s'ouvre en laissant place à la phénoménologie, « *Il n'empêche que l'attention portée à l'intention, au sens d'un acte ou d'une parole, et donc d'un symptôme qui s'exprime par des actes ou des mots, est d'origine phénoménologique* » (Jacques Hochmann.2021). Le soin va à nouveau trouver sa place dans le monde de la psychiatrie englobant et insérant le psychiatrisé au centre de l'humanité. Le suisse Eugen Bleuler qui fut correspondant de Freud et inventeur des mots « *schizophrénie et autisme* », met en lien les symptômes de la maladie mentale à l'histoire, au vécu d'un individu. En parallèle, les Etats-Unis ouvrent une nouvelle ère de la psychiatrie, « *la notion de réaction bio-psycho-sociale* ». Il lie le trouble mental à une réaction causée par les conditions de vie, ce qui permet de développer une thérapie autour du milieu de vie du patient et de ses relations interpersonnelles. En France, dans les années 1930, la psychiatrie commence à évoluer et se diversifier lentement en lien avec une nouvelle avancée politique « *le Front populaire* », « *Edouard Toulouse, ouvre le premier service libre d'hospitalisation psychiatrique* » en s'appuyant sur le modèle américain. Sous l'occupation, la psychiatrie française va déployer de profonds changements. Paul Bavet, psychiatre de formation catholique et François Tosquelles psychiatre catalan vont s'inspirer d'un auteur allemand, Hermann Simon « *qui a décrit le milieu psychiatrique d'alors comme un milieu pathologique et pathogène* ».

Pour lutter contre l'atonie des asiles, ils vont instaurer diverses activités appelé « *ergothérapie* » et mettre en lien la relation soignant-soigné, « *C'est alors que Tosquelles découvre que soigner le milieu soigne aussi le malade et que le milieu lui-même peut devenir thérapeutique* », « *La psychothérapie institutionnelle est née* » (Jacques Hochmann.2021). Ainsi il est reconnu qu'il est impossible d'aider des aliénés à retrouver une liberté mentale centrée sur la création, s'ils sont privés de toute liberté puis enchaînés comme des prisonniers à une hiérarchie et une institution. De cette façon, est mis en lumière que « *La psychothérapie institutionnelle vise idéalement à aider l'utilisateur à réinstaurer son expérience vécue, à retrouver à la fois une cohérence et une fluidité de la pensée, à se reconstituer en sujet libre capable de penser son expérience* » (Jacques Hochmann.2021). Trois termes sont mis en avant pour définir un milieu psychiatrique soignant. De ce fait est nommé « *la différenciation* », ne pas homogénéiser les

lieux mais au contraire « *dans un milieu thérapeutique, des différences de potentiel permettent qu'un courant s'établisse d'un lieu à un autre, que le lieu de vie se distingue du lieu de travail et du lieu de loisir* » (Jacques Hochmann.2021). En second est cité « *articuler* », c'est la place de la parole entre les soignants et les patients, une parole donneuse de sens qui permet de fluidifier et de coordonner les différents lieux d'activités. En troisième mot nous retrouvons le « *récit* », fondamental pour expliciter son expérience de vie, ses tensions internes et ses ressentis. Sans « *récit* » il est difficile d'intégrer un échange soignant permettant de trouver une signification à ce que vit le patient. Hochmann ajoute un quatrième mot celui du « *plaisir* », qu'il définit par « *auto-érotisme mental, le plaisir d'imager, de penser, de métaphoriser, voisin dans sa structure de ce que Freud appelait « les plaisirs préliminaires » qu'il retrouvait dans le mot d'esprit et dans la création littéraire* » (Jacques Hochmann.2021), pour Hochmann (2006) un milieu soignant ne peut exister sans la notion de plaisir et d'épanouissement. La psychothérapie institutionnelle autour de l'activité et de la liberté prend place et se diversifie. Se construit peu à peu des cliniques privées, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, des appartements thérapeutiques, des soins de proximité, la réinsertion sociale... « *Donnant à la psychiatrie une orientation communautaire* ». Malheureusement aujourd'hui un certain retour en arrière prend marche entraînée par une politique dirigée vers l'économie et une orientation neuroscientifique, « *la psychiatrie d'aujourd'hui sous la pression des pouvoirs publics en quête d'économies, des laboratoires pharmaceutiques en quête de débouchés pour leurs molécules, des neuroscientifiques en quête de crédits, est en train de perdre l'humanisme qui faisait sa spécificité (Andreasen, 2001)* ».

A ce jour, selon la vision de Hochmann, la psychothérapie institutionnelle qui se centrait sur la parole, l'échange entre soignant-soigné puis les activités, se réoriente vers une psychothérapie médicamenteuse laissant place à la neurobiologie. Cette nouvelle ère néglige les histoires de vie des patients, leur environnement social ainsi que leur relation interpersonnelle qui sont des facteurs clés de leur souffrance psychique, « *laissées à l'abandon par des psychiatres se souciant plus d'assurer leur respectabilité scientifique que d'animer une équipe authentiquement soignante, les institutions se dégradent* » (Jacques Hochmann.2021). Les contre-attitudes dégénèrent une fois de plus, laissant à nouveau la place à la folie ce qui est préoccupant « *la montée des hospitalisations sous contrainte, l'augmentation de l'utilisation des moyens de contention et des chambres d'isolement, l'instabilité du personnel traduisent*

une crise profonde ». Jacques Hochmann dans son ouvrage « *Soigner en milieu psychiatrique. Une perspective historique* » (Jacques Hochmann.2021)

L'expérience explicitée dans la situation vécue auprès de M. R révèle certainement une utilisation excessive de la chambre d'isolement puis des contentions physiques et chimiques, appliquées au minimum deux semaines sans trêve.

Vers une vision plus globale du soin psychiatrique, on retrouve la psychologue Jeanne Andraud qui décrit le soin psychique dans son article dénommé « *le soin* », comme phénomène qui s'articule autour de l'accompagnement, de l'écoute, de la compréhension et de la bienveillance. « *En institution, c'est porter un regard particulier sur le sujet qui le contient et le rassure* » (Jeanne Andraud. 2008). Le soin psychique, c'est accueillir le patient dans un temps et un espace où il pourra s'exprimer et se réaliser en tant qu'être singulier. Un apprentissage qui va permettre au patient de s'ouvrir progressivement au monde extérieur et aux relations sociales, « *le soin psychique répond à une demande d'écoute et de travail psychique dans un cadre, espace-temps régulier moins impliqué dans le quotidien et qui permet de se centrer sur la dynamique du sujet* » (Jeanne Andraud. 2008).

Pour le psychanalyste et pédopsychiatre Pierre Delon dans son article intitulé « *psychothérapie institutionnelle et psychiatrie de secteur* » (2021), aujourd'hui la psychiatrie est une médecine à deux vitesses. Les responsables politiques mettent aujourd'hui l'accent « *sur les urgences et la crise comme paradigme d'une médecine moderne et dynamique, fondée sur les preuves scientifiques* », ainsi peu à peu le soin de sectorisation, qui permettait d'offrir à tous les citoyens des soins de proximité avec un suivi rigoureux, pour optimiser la guérison, commence à s'essouffler.

4.1.3 Les soins psychiatriques sous contraintes

Il nous semble important pour commencer d'explicitier le terme « *contrainte* ».

Selon l'internaute.fr, le mot contrainte dégage 3 sens distincts, le premier est une « *Pression exercée sur quelqu'un pour obtenir de lui quelque chose* », le second une « *Exigence, obligation, inconvénient liés à un usage, à une nécessité* » et le troisième « *Retenue, pudeur* ».

Pour le cnrtl.fr, le mot « contrainte » a également plusieurs significations, nous retrouvons « *Serrer, presser, mettre à l'étroit* » et « *Obliger, forcer quelqu'un à agir contre sa volonté* ».

Puis pour le Larousse « *contrainte* » c'est une « *Action de contraindre, de forcer quelqu'un à agir contre sa volonté ; pression morale ou physique, violence exercée sur lui : Céder sous la contrainte* », c'est également une « *Obligation créée par les règles en usage dans un milieu, par les lois propres à un domaine, par une nécessité, etc.* » et pour finir c'est un « *État de gêne de quelqu'un à qui on impose ou qui s'impose une attitude contraire à son naturel, à son penchant* ».

Ce que l'on retrouve des 3 sources différentes c'est que la contrainte est une action qui force autrui à faire quelque chose dont il n'a pas envie.

Selon la haute-corse.gouv.fr « *Les soins psychiatriques sous contrainte concernent les patients dont le consentement est altéré par des troubles mentaux et dont l'état nécessite des soins et une surveillance médicale constante. Ils sont étroitement encadrés par la loi. Il existe deux procédures d'admission en soins psychiatriques sans consentement : l'une sur décision du représentant de l'État, et l'autre sur décision du directeur de l'établissement psychiatrique, à la suite d'une demande d'un tiers ou en cas de péril imminent* ».

Nous allons détailler les soins sous contraintes, leurs fonctionnements et les lois qui s'y réfèrent. Il est important de comprendre le but et l'enjeu de ces soins bien spécifiques.

Les auteurs Magali Codefy (Irdes), Coralie Gandré (Irdes, Hôpital universitaire Robert-Debré), avec la collaboration de Stéphanie Rallo (ARS Paca)² de l'article intitulé « *Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre* » (M. Codefy, C. Gandré. 2022) exposent l'objectif et le recours des soins sous contraintes. Elles appuient le fait que cette forme de soin est pratiquée seulement dans le domaine de la psychiatrie. Pour en avoir recours, le patient doit présenter une altération psychique qui ne lui permet pas de prendre les décisions adéquates et adaptées concernant sa santé. Un état où le psychisme de la personne ne peut consentir aux soins proposés. De ce fait, selon la situation, l'hospitalisation peut être demandée par un représentant de l'état, un tiers ou un directeur d'établissement de santé après obtention d'un certificat médical. Dans des situations exceptionnelles où aucun tiers ne s'engage à coopérer pour une hospitalisation sous contrainte pour un proche et que les médecins exigent celle-ci nécessaire, ces derniers peuvent mettre en place la contrainte sans tiers. Ce sont les « *Soins psychiatriques en cas de péril*

imminent (SPI) », ainsi 2 certificats sont demandés, un, établit par un médecin de l'établissement et le second par un médecin extérieur à la structure.

Toujours en s'appuyant sur les auteures de ce même article, nous allons mettre en lumière les autres modes d'hospitalisations sous contraintes afin de mieux les appréhender. Nous retrouvons « *les soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SDT)* », toute personne proche du patient et qui le justifie peut agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exception du personnel soignant. Ainsi une demande écrite est effectuée par la personne tiers appuyé d'un certificat médical. Il existe également « *les soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE)* », mit en place lorsqu'une personne représente un danger pour l'ordre public. Cette procédure ne requiert pas de tiers et se porte seulement sur un certificat médical d'un médecin exerçant hors de la structure d'accueil. La mesure d'admission se prononce par arrêté préfectoral, « *les SDRE incluent deux modalités spécifiques supplémentaires « Les soins psychiatriques à destination des personnes déclarées pénalement irresponsables (article L13213-7 du code de la santé publique) assortis d'un suivi renforcé, et « les soins psychiatriques à destination des personnes détenues (articles L3214-1) du code de la santé publique » (M. Codefy, C. Gandré. 2022). Toutes ces directives imposées et sous haute surveillance ont pour but de rétablir le bien-être mental du psychiatisé qui est en crise. Ces mesures doivent rester exceptionnelles « *comme les recommandations internationales de bonnes pratiques en santé mentale le soulignent de façon consensuelle et répétée* » (OMS, 2012, 2021). Les soins sous contraintes s'appliquent également en ambulatoire.*

Les patients hospitalisés sans consentement sont avisés de leurs droits, des voies de recours et informés des décisions qui les incombent. La contrainte est en période d'essai pendant 72 heures sous forme de certificat médical renouvelé toutes les 24 heures. Une fois les 72 heures écoulées si le patient nécessite une continuité des soins imposés, il poursuivra son hospitalisation jusqu'à l'intervention du juge des libertés et de la détention qui prendra part du dossier dans les 12 jours pour maintenir ou lever la mesure. Il est observé que le recours aux soins sans consentement est en forte augmentation depuis 2012 suite à la légifération de la loi du 5 juillet 2011.

L'auteur Bernard Durand dénonce dans son article « *Un quinquennat de santé (2007-2012), Soins psychiatriques : le retour de la contrainte et de la stigmatisation* » les regards néfastes de la loi du 5 juillet 2011, une loi fortement désapprouvée, discutée par les professionnels du monde psychiatrique et les familles qui se sont battus pendant des générations « *pour redonner*

leur dignité aux personnes dont le psychisme est altéré » (Bernard Durand. 2011). Après une bataille depuis des générations contre les pratiques asilaires, n'insisterons nous pas à un bond en arrière en lien avec les pratiques d'enfermement ? Antérieurement, la loi du 27 juin 1990 « *relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation* » » (Bernard Durand. 2011) va moderniser la loi du 30 juin 1838. La loi de 1838, consistait à la mise en place d'établissements dédiés aux aliénés dans chaque département afin de les interner sous différentes formes, comme le « *placement d'office* » sollicité par l'autorité préfectorale ou le « *placement volontaire* » demandé par un proche. Un compromis entre la reconnaissance que la maladie mentale nécessite d'être soignée et le besoin de maintenir l'ordre social. L'auteur révèle de nombreuses attaques à l'encontre de cette nouvelle norme qui ne détaillera pas mais qu'il résumera par « *la loi de 1838 n'a pas pour base l'idée de soigner et de guérir des hommes atteints d'une maladie mentale, mais la crainte que ces hommes inspirent à la société. C'est une loi de débarras* » (Bernard Durand. 2011). Mais celle-ci connaîtra malgré tout une longévité puis un équilibre entre l'importance des soins pour les psychiatisés, la sécurité de l'ordre social et le respect des libertés individuelles. Ainsi c'est seulement en 1990 qu'elle connaîtra un certain remaniement tout en conservant son ossature. Les hospitalisations deviennent majoritairement libres tout en conservant l'équilibre entre le judiciaire, le social et le médical, c'est-à-dire « *qu'elle soit d'office ou à la demande d'un tiers, la loi introduit la notion de sortie d'essai qui permet la poursuite des soins au-delà de l'hospitalisation et favorise la mise en œuvre de démarches de réadaptation* » (Bernard Durand. 2011). Durant les discussions parlementaires, les psychiatres suggèrent une période d'observation de 72 heures avant de statuer pour une hospitalisation d'office. De plus, « *la loi met également l'accent sur les droits du malade hospitalisés sans leur consentement et l'encadrement de la restriction des libertés individuelles* » (Bernard Durand. 2011) contrôlé par le biais de commissions départementales. Le renforcement du droit du patient par suite du rapport de Strohl sera retrouvé dans la loi du 4 mars 2002. De cette manière, la loi de 1990 consolide les droits du malade tout en maintenant les soins et l'hospitalisation. L'évaluation de cette loi révèle au travers du rapport de Strohl déposé en septembre 1997 une importante disparité des pratiques selon les équipes psychiatriques qui a pour conséquence une inégalité d'accès aux soins selon les lieux de résidence. Ce rapport met également en lumière une discordance de prise en charge pour les mêmes troubles mentaux, certains ont des soins en ambulatoire et d'autres sont hospitalisés d'office. Il propose des mesures pour que les

hospitalisations sans consentement soient le moins traumatisant possible « *comme l'instauration d'une période d'orientation et d'observation de soixante-douze heures antérieures à la décision, de telle sorte que l'on puisse éviter au maximum les procédures de contrainte* » » (Bernard Durand. 2011). Le rapport évoque également que les sorties d'essai sont souvent utilisées pour faire pression sur les patients pour qu'ils respectent les soins imposés afin d'éviter des hospitalisations récurrentes. Ainsi « *pour la première fois, l'opportunité de déconnecter traitement obligatoire et hospitalisation est évoquée* » puis ce rapport appuie sur le fait qu'il ne faut pas faire d'amalgame entre soins et punition, « *cette forme de substitution à l'hospitalisation doit être une forme de soins comme une autre et cela seulement – ce qu'oubliera la loi récente du 5 juillet 2011* ». Tout commence en 2003 où loin d'un nouveau paradigme, le ministère de l'intérieur annonce l'attention du ministre Nicolas Sarkozy « *de faire prévaloir les enjeux de sécurité publique sur les exigences des soins* ». Une enquête sera menée auprès des services qui prennent en charge des patients souffrant de troubles mentaux pouvant altérer la sécurité d'autrui et l'ordre public. « *Le rapport déposé en mai 2004, préconise le renforcement des pouvoirs de l'autorité préfectorale face à l'évolution qu'a connue la psychiatrie et un meilleur suivi des malades mentaux susceptibles de présenter un danger pour l'ordre public* ». En décembre 2004 le pouvoir politique va se saisir d'un fait divers dramatique pour exploiter la peur, une tragédie révélant le meurtre de deux soignantes à l'hôpital de Pau par un patient atteint de schizophrénie paranoïde. Sera contesté l'avis de certains experts qui considèrent que le meurtrier relève de l'article 122-1 du code pénal qui dit que « *n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* » (Bernard Durand. 2011). Ainsi le non-lieu prononcé par la justice en novembre 2007 ne va pas laisser de glace le président Nicolas Sarkozy qui va appuyer cette décision comme une injustice ainsi qu'une cruauté supplémentaire pour les victimes et leurs proches. En parallèle, en 2006 Nicolas Sarkozy qui est ministre de l'intérieur va proposer une loi dite « *de prévention de la délinquance (loi du 5 mars 2007)* » en intégrant la réforme de la loi de 1990, un amalgame entre troubles mentaux et délinquance vont être dénoncé. Le ministre évoque la responsabilité des psychiatres puis de leurs équipes soignantes de ce type de drame par une prise en charge et un suivi à l'extérieur insuffisants ou inadaptés. Il appuie le droit des victimes « *la victime n'est pas simplement le malade : c'est aussi la victime innocente qui croise la route d'un malade ! La société doit lui rendre des comptes, affirme-t-il devant les députés* » » (Bernard Durand. 2011).

Par la suite le gouvernement essaie de mettre en place des articles dans le projet de loi du 5 mars 2007 « *qui conduisent à traiter les malades comme des personnes potentiellement dangereuses et délinquantes* » (Bernard Durand. 2011) incluant la création d'un fichier national des hospitalisations d'office, sous l'opposition puis la pression des psychiatres, des familles et des usagers, ces articles seront retirés.

En 2008, une nouvelle tragédie fait surface, un jeune passant se fait poignarder par un psychiatrisé en fugue de l'établissement de Saint-Egrève à Grenoble. Le chef de l'état bouleversé sanctionne le directeur de l'hôpital et se saisit de la situation « *pour annoncer une réforme de l'hospitalisation d'office et la constitution d'un fichier national des malades hospitalisés d'office* ». Il met une fois de plus en avant le laxisme du monde de la psychiatrie face aux patients dangereux. Il utilise ainsi les faits divers récents et dramatiques pour ne pas laisser place à l'opposition de son projet de réforme. Un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques est annoncé avec « *la mise en place d'un dispositif de géolocalisation pour les patients, l'installation d'une unité fermée par établissement, la création de deux cents chambres d'isolement et l'ouverture de quatre unités nouvelles pour malades difficiles* » (Bernard Durand. 2011).

Un aspect carcéral des soins psychiatriques voit le jour, le sécuritaire arrive au premier plan et les soins au second. Fin 2009 une enveloppe de 70 millions d'euros est signée pour un plan d'amélioration de la sécurité « *il faut réduire le nombre d'accès à l'établissement renforcer les barrières d'entrée, développer la vidéosurveillance et mieux contrôler les allées et venues. Il est également demandé d'organiser une unité fermée ou des espaces fermés et de faire des propositions pour la création de chambres d'isolement* » (Bernard Durand. 2011). Les murs abattus depuis longtemps se reconstruisent à nouveau. Ainsi l'image que tous les schizophrènes sont dangereux est sous les projecteurs, loin de représenter cette image néfaste que l'on veut leur faire porter, ils deviennent victimes de la nouvelle réforme de soins sous contrainte. « *Ce qui se joue, c'est la recherche obsessionnelle de l'impossible risque zéro avec le passage du sécurisé au sécuritaire, alors même que les soignants sont de moins en moins nombreux, de plus en plus jeunes et féminisés et insuffisamment formés. Et de fait, avant même cette impulsion pour multiplier les chambres d'isolement, on a constaté un accroissement des pratiques de contention physique qui avaient quasiment disparu* ». De ce fait une dimension sécuritaire est politiquement exploitée, un nouveau projet de loi déposé en mai 2010 est « *centrée exclusivement sur les traitements sous contraintes* » (Bernard Durand. 2011). L'accès aux soins

surtout dans les situations d'urgences est facilités en mettant en place l'hospitalisation sous contrainte possible sans tiers, en cas de péril imminent avec un seul certificat délivré par le médecin et l'accord du directeur de l'établissement d'accueil. Une période d'observation de 72 heures ressentie comme « *une garde à vue psychiatrique* » Bernard Durand « *Un quinquennat de santé* » (2007-2012), est mis en place avant d'acter la mesure, cela implique la rédaction de 3 certificats, un par 24 heures. Les prérogatives des préfets sont renforcées sur les malades qui ont des antécédents en UMD ou qui ont fait l'objet d'une inculpation au titre de l'article 122-1 du code pénal. De ce fait, le préfet peut demander un collège de trois soignants dont un cadre de santé pour avis envers une mesure de contrainte qui souhaite être levée. Encore une fois est dénoncé un amalgame entre dangerosité et folie, selon Bernard Durand « *un modèle de contrôle social accru des patients souffrant de troubles psychiques* ». Il est noté que les levées d'hospitalisation d'office et les demandes de sorties d'essai demandés par les soignants sont de plus en plus refusées par les préfets qui se veulent précautionneux. Ainsi beaucoup de patients restent entre les murs de l'hôpital sans justification médicale. Jean-Marie Delarue, contrôleur général des lieux de privation de liberté affirme dans son rapport de 2010 « *à un véritable dévoiement du système prévue et ces restrictions n'ont pas seulement pour effet d'interrompre une chaîne raisonnée de soins. Elles entraînent aussi le maintien sous régime de privation de liberté de malades dont le médecin traitant avait estimé qu'il pouvait prendre fin* » (Bernard Durand. 2011). Une proposition va accélérer la mise en place du projet de loi qui va voir le jour le 5 juillet 2011, celle d'insérer le juge des libertés et de la détention pour contrôler au quinzième jour de l'hospitalisation, la demande de soins sous contrainte qui sera réviser 6 mois plus tard si l'hospitalisation persiste. De cette façon, des créations de postes de magistrats et de greffiers sont prévus. Une procédure délicate qui met le médecin dans une position inconfortable lorsqu'il doit proposer des soins en ambulatoire. En effet, ce dernier doit indiquer au patient que s'il ne respecte pas le programme proposé, il devra le signaler au directeur de l'établissement qui pourra prévenir le préfet qui décidera d'une réhospitalisation... Une pratique qui peut perturber l'alliance thérapeutique, une alliance indispensable pour qu'un patient puisse avoir confiance pour adhérer à ses soins et non les fuir. L'auteur appuie le fait que cette loi véhicule l'image du « *psychiatrisé fou dangereux* » et que cela va à l'encontre de « *la reconnaissance de la citoyenneté des patients psychiatriques. Cette loi telle qu'elle a été pensée se situe plutôt du côté du « surveiller et punir » que du « prévenir et soigner* » (Bernard Durand. 2011). Il est relevé que la France est le pays d'Europe qui a le plus grand nombre

d'hospitalisation sous contrainte, cela est expliqué par la continuité des soins forcés en ambulatoire ainsi que l'accès facilité des soins psychiatriques en péril imminent qui déchargent les tiers.

Maintenant nous pouvons nous poser la question de ce que pense les patients qui vivent ces contraintes implantées et installées dans leur programme de soins.

« 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 ! », parole d'un patient dans l'article écrit par Gaëlle Riou, ergothérapeute, ainsi que France Le Roux, infirmière, dénommé *« l'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin »*. Les auteures exposent le fait que l'hospitalisation forcée est souvent mal vécue par les psychiatisés mais également par les infirmiers qui portent le rôle des méchants qui appliquent studieusement ce que demande le médecin. Dans un tel contexte, il est difficile de mettre en place une relation de confiance nécessaire pour que le patient adhère aux soins. *« Entre atteinte à la liberté et aux droits des patients d'un côté, et devoir de protection et de soins de l'autre, la question des mesures restrictives au cours d'une hospitalisation apparaît d'emblée complexe et sensible, de part et d'autre »* (Gaëlle Riou, France Le Roux.2017). Nous comprenons que la position des soignants est difficile et délicate. Ces soignantes souhaitent mettre le patient au cœur de ses soins pour qu'il puisse se réaliser et prendre confiance en lui. Tout passe par l'autonomie et la capacité à prendre des décisions dans ses occupations quotidiennes puis sociales. Il a été prouvé selon un rapport de l'ANAES, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, *« Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé »*, audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie, Paris, anaes, (1998) que la privation occupationnelle entraînerait un recours plus fréquent aux contentions et à l'isolement causé par un emploi du temps non structuré et sans activités. Cela entraîne chez les malades une désorganisation psychique, ainsi *« les recherches menées dans le cadre des sciences de l'occupation ont permis d'établir des liens entre l'engagement dans des activités et la santé ou le bien-être »* » (Gaëlle Riou, France Le Roux.2017). A contrario, il est mis en avant que les activités d'ergothérapies au sein de lieux d'échanges permettent au patient d'exprimer ses ressentis, ses émotions, ses conflits internes ou externes, de cet façon ces ateliers *« peuvent permettre à la personne de déposer sa colère et ses angoisses, dans un cadre psychologiquement*

contenant » (Gaëlle Riou, France Le Roux.2017). Certaines études démontrent que la privation occupationnelle chez les prisonniers est source de dépression, d'agressivité et de désorientation. Ainsi selon Gaëlle Riou, ergothérapeute, ainsi que France Le Roux, infirmière, dans leur article « *l'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin* » les psychiatisés ne sont pas définies par les soignants comme des prisonniers mais certains peuvent ressentir leur hospitalisation comme un emprisonnement surtout s'ils sont privés « *d'occupation significatives telles que sortir se promener librement dans le parc, choisir d'avoir des interactions avec d'autres personnes ou encore s'engager dans des activités qui ont du sens pour eux* » (Gaëlle Riou, France Le Roux.2017). Ainsi les soins qui s'effectuent sans rapport de force avec une attention particulière en lien avec les ressentis du patient permettent de contribuer à l'alliance des soins et la réduction du sentiment de persécution. De cette manière « *l'atelier d'ergothérapie se présente comme un espace d'expression, un espace de jeu potentiel ou l'acte peut prendre sens* », « *les séances apportent un cadre structurant dans le déroulement d'un temps souvent perçu comme dilaté et sans fin dans les journées à l'hôpital* » (Gaëlle Riou, France Le Roux.2017). Ces ateliers permettent aux personnes de pouvoir prendre des initiatives malgré un lieu fermé. A l'inverse, s'il n'y a pas de construction de vie au sein du quotidien du patient rythmé par un emploi du temps, celui-ci perd ses repères ce qui peut entraîner des comportements inadaptés. « *Le recours à des mesures restrictives au cours d'une hospitalisation est une problématique sensible, potentiellement vécue comme violente émotionnellement, aussi bien pour les patients que pour les soignants. Ces restrictions se veulent bien entendu thérapeutiques mais il n'est pas toujours aisé de le faire comprendre à la personne à qui l'on demande avant tout d'être « patient »* ». « *La complémentarité des approches infirmière et ergothérapeutique permet de proposer un cadre thérapeutique contenant et une image plus positive du soin* » (Gaëlle Riou, France Le Roux.2017).

4.1.4 L'influence institutionnelle sur le soin : « le Biopouvoir »

Il est indiqué sur le site geoconfluences.ens-lyon.fr que le biopouvoir, c'est « *l'ensemble des mécanismes par lesquels ce qui, dans l'espèce humaine, constitue ses traits biologiques fondamentaux va pouvoir entrer à l'intérieur [...] d'une stratégie générale de pouvoir, autrement dit comment la société, les sociétés occidentales modernes [...] ont repris en compte le fait biologique fondamental que l'être humain constitue une espèce humaine* » Michel

Foucault, (cours Sécurité, territoire, population, p. 3). Ainsi il est explicité sur le site geoconfluences.ens-lyon.fr que « *La notion de biopouvoir et celle proche de biopolitique, foucauldienne toutes les deux (Foucault, 2004), désignent une façon d'exercer le pouvoir sur les individus en tant qu'ils sont des êtres vivants. Si le biopouvoir s'exerce sur l'individu, la biopolitique s'étend à toute la population. Michel Foucault développe la notion à partir de travaux et de réflexions successifs sur différents dispositifs : les espaces asilaires, les espaces carcéraux ou encore les politiques de lutte contre la peste* ».

Saïd Chebili dans son article dénommé « *Corps et politique : Foucault et Agamben* », (publié en 2009, info psy) analyse le concept du biopouvoir de Michel Foucault, un concept qui lie le corps, la vie au pouvoir, ainsi il décrit que « *le pouvoir investit les corps des sujets. Changement radical riche de perspectives proches de nos interrogations en psychiatrie. Trois étapes ont rythmé la réflexion de Foucault sur le corps et la politique : l'analyse du pouvoir souverain, de la discipline et enfin du bio-pouvoir* » (Saïd Chebili.2009). Tout d'abord Foucault essaie de comprendre comment la violence exercée sur les corps peut-elle mener au « *pouvoir* ». Son travail a pour but de dévoiler la façon dont le pouvoir est utilisé sur l'être humain, notamment sur le corps tout en y associant un sens logique, cohérent avec des arguments valides. « *Cette rationalisation sur la gestion de l'individu* » permet aux institutions de contrôler la conduite des gens. « *Le corps est la cible par excellence du pouvoir souverain, des techniques disciplinaires et du bio-pouvoir. Il définit une première forme de pouvoir, la plus classique, le pouvoir souverain* » (Saïd Chebili.2009). Ainsi, selon Saïd Chebili, dans le droit romain, de façon très coercitive, le souverain exerçait pour sa propre survie son droit de vie ou de mort sur les individus lorsqu'il se sentait en danger. Aujourd'hui il n'est plus question de choisir le droit de vie ou de mort pour autrui mais de soumettre l'individu à une certaine discipline pour sa survie « *le pouvoir en dernier ressort, c'est la répression ; la répression c'est l'imposition de la loi et la loi exige qu'on s'y soumette* » (Saïd Chebili.2009). Ce dernier va évoluer progressivement vers la discipline et le bio-pouvoir qui se retrouvent complémentaires. La discipline se compose de règles communes à suivre et à respecter par autrui, ainsi celui qui dirige le peuple peut tirer les rennes des bonnes conduites à tenir autour de normes à respecter, ce qui le mènera vers ce qu'il désire le plus, le pouvoir du rendement, « *rien n'échappe à ce pouvoir perfectionné. Sa démarche ignore le hasard pour obéir à des objectifs précis : « Comment surveiller quelqu'un, comment contrôler sa conduite, son comportement, ses aptitudes, comment intensifier sa performance, multiplier ses capacités, comment le mettre à*

la place où il sera le plus utile. » Cette forme de pouvoir hante notre société, en tant que pouvoir qui, au contraire de ce que décrivait Foucault dans l'Histoire de la folie à l'âge classique, n'exclut plus, mais inclut. Ainsi, il s'immisce dans tous les segments de la vie quotidienne et ne néglige aucun aspect du corps » (Saïd Chebili.2009). On peut par exemple parler d'ADN utilisé par la police judiciaire ou pour retrouver un lien parenté, nous pouvons également mettre en lumière la recherche biologique qui, grâce à son avancée peut sauver des vies en échange de bénéfices « l'objectif essentiel revient à tenir le corps dans les rets du dressage dont l'efficace ne sera pas contestée ». Foucault « met en garde contre une conception simpliste qui cantonnerait à la prison le champ d'action des disciplines. Bien au contraire, il s'étend à l'hôpital et à l'école. La psychologie intervient à ce niveau. En effet, dans son extension institutionnelle, la psychiatrie – la plupart du temps stigmatisée – instrumentalise la psychologie, pour avancer, masquée derrière elle et investir de nouveaux domaines du savoir par la création de nouvelles sciences. Jamais définitif, le pouvoir du corps se perfectionne sans cesse » (Saïd Chebili.2009). Ainsi, selon Saïd Chebili au travers de Michel Foucault dans son article « Corps et politique : Foucault et Agamben », (publié en 2009, info psy), la discipline est le contrôle, le pouvoir des corps individuels ouvrant progressivement la voie vers le bio-pouvoir, qui, « quant à lui, s'étend au-delà du corps et plus spécifiquement vers la vie qu'il s'agit maintenant de prendre en compte, champ de la bio-politique de la population. Le bio-pouvoir s'exerce donc conjointement sur l'individu et sur la population. Le bio-pouvoir s'adresse à l'homme comme espèce, à la multiplicité des hommes, non pas considérés comme des corps, mais à l'instar d'une masse globale soumise à des processus comme la vie, la maladie et la mort » (Saïd Chebili.2009). La différence avec la discipline est que le bio-pouvoir ne prend plus en compte, que le corps individuel, mais un ensemble d'individus comme un groupe, une population dirigée par une biopolitique. « Le pouvoir de souveraineté, dont le rôle consistait à faire mourir, se transforme en un pouvoir sur la population, « sur l'homme en tant qu'être vivant, un pouvoir continu, savant, qui est le pouvoir de « faire vivre » (Saïd Chebili.2009).

Dans le même article, pour Agamben la biopolitique « désormais, la limite entre l'homme et l'animal est abolie au détriment du premier, considéré comme un animal dans le règne du pouvoir souverain. Celui-ci « transforme un corps essentiellement politique en un corps essentiellement biologique », dont il s'agit de contrôler et de réguler la natalité et la mortalité » (Saïd Chebili.2009). Une vision de la biologie utilisée à des fins politiques pour contrôler,

manipuler les corps d'une population, ainsi celle-ci devient malléable car inconsciemment elle se sent redevable de survivre. « *La biopolitique agit par un double processus. Elle fonctionne comme une machine désubjectivante qui désubjectivise les individus et rend troubles les identités. Mais elle agit aussi comme une machine subjectivante qui crée des identités nouvelles totalement assujetties à l'Etat* ». « *Ce mécanisme peut se poursuivre à l'infini : l'Etat désubjectivise les individus qui le mettent en danger – les marginaux et les déviants – et dans le même mouvement les resubjectivise sous forme de catégories qui lui sont assujetties – les malades mentaux, les délinquants* » (Saïd Chebili.2009). L'auteur fait un parallèle avec les hôpitaux psychiatriques qui est, pour lui, un lieu de déshumanisation « *où la frontière humain-inhumain est largement remise en question* ». Une perte d'identité pour les psychiatisés qui ne se fonderont jamais dans la masse et dans les attentes de l'Etat. Leurs singularités ne rentrent pas dans le rang qu'exige la souveraineté. « *La psychiatrie plonge, bien malgré elle, au cœur de ce problème. Nous en voulons pour preuve la loi de rétention du 31 janvier 2008. Celle-ci prévoit l'enfermement des criminels dangereux récidivistes dans des centres médico-socio-judiciaires. Ces structures, mal définies par le législateur, incarnent avec une netteté saisissante le pouvoir souverain dans toute sa violence* » (Saïd Chebili.2009). Ainsi le pouvoir sur la vie « *bio-pouvoir* » est une discipline des corps qui permet de contenir et diriger l'homme sur ces actes. Si celui-ci ne rentre pas dans le rang établi en lien avec sa singularité, d'autres règles vont être mises en place pour le contenir. On peut également y associer un enjeu financier qui a pour but, la rentabilité et l'économie. Ainsi le bio-pouvoir et la biopolitique peuvent avoir un impact sur les institutions en lien avec les soins psychiatriques. « *A l'heure où la biopolitique parachève son emprise sur nos existences, la situation que connaît la psychiatrie nous apparaît être un cas paradigmatique : alors qu'elle prétend se désinstitutionnaliser, la psychiatrie – qu'il s'agisse de son institution et son en-dehors – n'a probablement jamais autant été à l'avant-garde de la biopolitique* » (Saïd Chebili.2009), voici les mots de du journaliste Zibodandez dans son article « *La vie contre la psychiatrie* » (29 octobre 2022) paru sur le site communaux.cc. Il expose une contradiction menée par les institutions psychiatriques mais qui va à la fois de pair, celle de vouloir abattre les murs pour laisser place à l'autonomisation et la réhabilitation tout en y ajoutant un caractère coercitif. « *La principale direction que prend la psychiatrie contemporaine repose sur un triptyque glaçant : « soin, empowerment, réinsertion », où se mêlent, entre autres, « remédiation cognitive », « coaching de soutien à l'emploi », « prise en charge familiale » ou encore « entraînement aux habiletés sociales ».* Tous les

domaines de la vie deviennent explicitement l'objet du soin psychiatrique ». Ainsi « De la même façon que Pinel en « libérant le fou » le soumettait en fait au pouvoir médical, cette nouvelle psychiatrie, en « libérant les fous » de l'enfermement à l'hôpital, les soumet à l'exigence d'une intégration à la société, intégration sans laquelle il sera toujours considéré comme « malade » : à présent, soigner ne consiste plus simplement à faire disparaître les symptômes mais à « intégrer » le patient » (Zibodandez, 2022). L'institution psychiatrique d'aujourd'hui en lien avec la biopolitique véhicule une image inclusive en mettant en place des normes qui se confinent par la voie du travail et de « la bonne conduite sociale ». Mais en parallèle on retrouve « une psychiatrie répressive et sécuritaire qui gère les troubles à l'ordre public des déviants et les enferme. C'est ainsi que cette pseudo-désinstitutionnalisation ne met en aucun cas un terme à l'enfermement mais permet précisément d'étendre à toute la société les dispositifs de contrôle que la psychiatrie renfermait jusqu'alors. Les « alternatives » à la psychiatrie suivent la même logique que les « alternatives » à la prison : l'enfermement est partout. Le maillage de la société se resserre, tout doit être sous contrôle et aucun en-dehors ni aucun événement ne sera toléré ; et ce, au nom du complet bien-être » (Zibodandez, 2022). Le pouvoir de la vie utilise les institutions comme des pions, ce qui permet à la biopolitique de façonner les individus pour des fins économiques. « Et pourtant, d'un autre côté, cette biopolitique nous apparaît bien plus fragile car limitée à un domaine trop superficiel de la vie. Elle est hors sol. C'est ainsi que même aux endroits les plus coercitifs de l'institution psychiatrique il y a encore des rencontres, des moments d'ouverture, des complicités. Les « soignants » et les « soignés » ne sont pas dupes. La vie s'exprime et semble ne pas se laisser gouverner si facilement » (Zibodandez, 2022).

De plus, comme l'exprime de façon très claire Michel Foucault dans l'audio « *sécurité, pouvoir, territoire* » lors d'un cours donné dans un collège en 1978, si le souverain ainsi dire « le biopouvoir » veut agir sur l'humain pour exercer son contrôle, il doit agir sur son environnement. « *Que les souverains par les lois sages ! par des établissements utiles ! par la gêne qu'apporte les impôts ! par la faculté résultante de leur suppression ! enfin par leur exemple, régissent l'existence physique et moral de leur sujet ! Peut-être un jour pourra-t-on tirer parti de ces moyens, pour donner aux mœurs et à l'esprit de la nation une lance à volonté ! On retrouve là ! le problème du souverain mais cet fois le souverain ce n'est pas celui qui exerce son pouvoir sur territoire ! Le souverain c'est quelque chose qui a, à faire à une nature ou plutôt à l'interférence à l'intrication perpétuelle d'un milieu géographique ! climatique !*

physique ! avec l'espèce humaine dans la mesure où il y a un corps ! une âme ! dans la mesure où il y a une existence physique ou morale ! Le souverain ce sera celui qui aura exercé son pouvoir en ce point d'articulation ! là où le milieu devient déterminant de la nature ! c'est là, que le souverain va intervenir et s'il veut changer l'espèce humaine ! c'est bien en agissant sur le milieu ! Axe fondamental sur les mécanismes de sécurité ! l'apparition projet technique politique ! qui satisfait le milieu ! » (M. Foucault, sécurité, pouvoir, territoire, 1978).

4.2 Les unités d'accueil de crise fermées

4.2.1 Qu'est-ce que la crise ?

Selon le site dictionnaire-test.orthodidacte.com, l'étymologie du mot « *crise* » vient du grec, en passant par le latin. Le mot grec *krisis* avait de nombreux sens. Les quatre principaux étaient : « *action de distinguer* », « *action de choisir* », « *action de séparer* » et « *action de décider* ». Du quatrième sens découle un sens médical : « *phase décisive d'une maladie* ». Aux premiers siècles de notre ère, le latin emprunte ce mot au grec uniquement avec son sens médical : *crisis*, en latin, c'est une phase grave d'une maladie. C'est seulement au XIV^e siècle que le mot arrive en français, d'abord sous la forme *crisim*, toujours dans son sens médical. À partir du XVII^e siècle, le sens du mot *crise* s'étend en dehors de la médecine pour parler de la phase critique de n'importe quelle chose.

Selon l'académie française.fr « *Le nom crise est emprunté, par l'intermédiaire du latin crisis, du grec krisis, qui a d'abord le sens d'action ou de faculté de choisir (d'où sont tirés les autres sens d'élection, de décision judiciaire et de dénouement) et celui d'accident d'ordre médical, brusque et inattendu. En français, c'est essentiellement ce dernier sens qui est conservé, ainsi que ses emplois figurés, pour désigner un évènement soudain qui vient, comme l'altération brusque de la santé, troubler et bouleverser une situation jusqu'alors paisible. On parlera ainsi, à juste titre, de la crise financière de 1929 ou de la crise pétrolière de 1973, que l'on appelle également choc pétrolier, ce qui souligne bien son caractère ponctuel. On évitera donc d'employer crise pour parler de phénomènes durables et l'on s'efforcera de le réserver à des évènements précis et limités dans le temps* ». Ainsi dire la crise est définie comme un évènement brusque et imprévisible sans chronicité. Un coup de tonnerre au milieu d'un paysage qui semblait calme et paisible.

cnrtl.fr définit « la crise » comme un « ensemble des phénomènes pathologiques se manifestant de façon brusque et intense, mais pendant une période limitée, et laissant prévoir un changement généralement décisif, en bien ou en mal, dans l'évolution d'une maladie. « Il semble que cette paralysie soit la crise de cette maladie (Geoffroy, Méd. prat., 1800, p. 185) ».

4.2.2 Qu'est-ce que la crise psychique et psychiatrique ?

Selon le Dr. Tamara Oddoux, « Une crise psychique peut toucher n'importe qui et se manifester de façon soudaine et inattendue. Elle entraîne souvent un sentiment de détresse profonde, déséquilibre émotionnel, et parfois une perte de repères ». Cette forme de crise est ainsi donc, une réaction psychique non maîtrisable qui peut être déclenché à tout moment par un évènement ou par l'environnement de l'individu. Sa durée diffère, elle peut être de quelques heures à quelques jours.

Les hôpitaux universitaires de Genève énoncent sur leur site hug.ch « Trouble psychique : quand faut-il consulter en psychiatrie adulte ? » que la crise en psychiatrie est un état de détresse profonde qui peut mener le sujet aux velléités de passage à l'acte auto-agressif, « la crise peut se définir comme un état psychique préoccupant. Le patient se trouve dans une détresse psychique importante et d'apparition récente, avec des symptômes tels que dépression, anxiété et/ou idées suicidaires qui se répercutent sur son fonctionnement quotidien ».

En psychiatrie, selon la plateforme Bruxelloise pour la santé mentale sur le site platformbxl.brussels « Une crise est un épisode de la maladie psychotique caractérisé par des symptômes aigus tels que des hallucinations, des idées délirantes, des troubles de l'humeur et/ou du comportement. La crise peut apparaître à n'importe quel moment chez une personne sans antécédents psychiatriques lors de l'émergence d'une maladie mentale. Elle peut également survenir chez les patients stabilisés qui se sont retrouvés face à une situation stressante, douloureuse ou qui ont modifié voire arrêté leur traitement sans avis médical ». Cet état de crise peut aboutir vers une urgence psychiatrique si l'individu devient un danger pour lui-même ou pour autrui, comme la tentative de suicide ou une agression physique envers les autres. « Il s'agit d'un état de souffrance psychique tel, que le patient refuse les soins et en arrive à adopter un comportement qui constitue un danger pour lui (automutilation, tentative de suicide...) ou pour son entourage (menaces de morts, violences...). Dans ce cas, il n'est pas

possible d'attendre une consultation médicale car le patient doit être pris en charge le plus rapidement possible pour sa sécurité et celle des autres ». Cet état d'urgence peut aboutir vers une hospitalisation sous contrainte.

4.2.3 Les unités d'accueil de crise fermées

Les unités d'accueil fermées font l'objet d'hospitalisation sous contraintes, comme explicité dans la partie « *4.1.3 les soins psychiatriques sous contraintes* ».

Gaëlle Riou, ergothérapeute, ainsi que France Le Roux, infirmière, détails dans l'article « *l'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin* » (VST n° 135 – 2017) le rôle de l'unité fermée qui « *accueille des patients à risque de fugue qui seraient susceptibles de se mettre en danger à l'extérieur, mais aussi des personnes consentantes aux soins dont les symptômes trop aigus nécessitent un cadre plus contenant que celui de l'unité ouverte* » (Gaëlle Riou, France Le Roux. 2017). Ainsi nous comprenons que ces unités permettent de contenir le patient en état de crise avec ou sans consentement sur les soins proposés. Le médecin peut être amené à prescrire des mesures restrictives si l'état du patient le nécessite comme « *sorties limitées, retrait du téléphone, interdiction de visites, temps en chambre, etc...* ». « *Par exemple, pour les personnes qui sont hospitalisées en phase maniaque, la stratégie thérapeutique est d'établir un cadre très restrictif au départ pour apaiser et réduire les stimulations, et de l'assouplir progressivement en fonction de l'évolution des symptômes* » (Gaëlle Riou, France Le Roux. 2017).

Selon la note informative « *Ouvrir ou pas la porte ? Avantages et désavantages de la porte fermée à clé de l'unité psychiatrique* » (janvier 2015) préparée par Ionela L. et Gheorghiu, M. Sc., Coordonnatrice UETMISM et publiée sur le site ciusss-estmtl.gouv.qc.ca, la question sur les portes fermées se pose. « *Des unités de soins intensifs (PICUs – psychiatric intensive care units) avec les portes d'entrée fermées à clé ont été créées pour les patients difficiles à contrôler dans les unités ouvertes (Van der Merwe 2009). À ce jour, beaucoup d'unités psychiatriques modernes ferment à clé leur porte d'entrée en tout temps (Bowers 2010)* ». Une recherche documentaire auprès des patients et du personnel soignant pour comprendre les côtés bénéfiques et/ou néfastes de ce type d'hospitalisation, « *les participants aux études sont des patients souffrant de problèmes de santé mentale, des membres du personnel de soins et des*

visiteurs » (Ionela L. et Gheorghiu, M. 2015). Ce qui ressort en premier lieu sur les avantages des lieux fermés, c'est le sentiment de sécurité ressenti par les psychiatisés et les soignants car les portes fermées « offre également une protection contre les visiteurs inopportuns, les voleurs et le trafic d'alcool et de substances illicites » (Ionela L. et Gheorghiu, M. 2015). De plus, c'est une barrière aux fugues qui pourrait mettre en danger le patient en lien avec une velléité de passage à l'acte auto ou hétéro-agressive. A contrario, les soignants constatent que les sentiments ou les émotions ressentis par le patient face à une porte fermée sont néfastes, comme « des sentiments de dépression, de la frustration, de l'irritabilité, de l'anxiété, du stress, de la contrainte, un manque d'estime de soi et le manque d'espoir » (Ionela L. et Gheorghiu, M. 2015). De façon contradictoire, même si les psychiatisés ressentent une certaine sécurité dans ces lieux fermés en lien avec le monde extérieur, cela ne les empêche pas de ressentir une certaine frustration et de s'opposer aux soins qui leur sont contraints. Une opposition qui peut se manifester par de la colère, des plaintes envers le personnel soignant ou bien de l'agressivité. « Une porte fermée à clé crée une atmosphère semblable à celle d'une prison et peut augmenter le sentiment de stigmatisation des patients. Le contrôle et la surveillance des patients par le personnel révèle une inégalité entre ces deux groupes : les premiers se sentent observés, privés de liberté et insécures. La porte fermée à clé crée une « dépendance du personnel » pour ouvrir ou fermer la porte à clé, ce qui occasionne du travail supplémentaire pour les infirmières et les autres membres du personnel soignant. De plus, le personnel subit de la pression et une responsabilité morale en lien avec les autorisations de sortir de l'unité accordées aux patients » (Ionela L. et Gheorghiu, M. 2015). Mais ouvrir les portes engendrait de l'anxiété et une surveillance accrue chez les soignants, par peur que le patient fugue et se mette en danger. De plus, surveiller une porte d'entrée ouverte peut engendrer une charge de travail supplémentaire et importante pour le personnel de santé. De ce point de vue les portes fermées offrent une facilité sur la gestion des soins et la surveillance imposée par les institutions. Des solutions existent pour palier à toutes ces problématiques, comme le bracelet électronique qui « pourrait faciliter la surveillance des patients et diminuer les perceptions négatives envers la porte fermée (Muir-Cochrane, et al. 2012). Cependant, l'utilisation de ces technologies pourrait soulever des problématiques d'ordre éthique qui devraient être adressés d'une façon plus approfondie ». Le débat sur ces unités reste très complexe, « finalement, il faut retenir que le statut de la porte de l'unité de soins psychiatriques n'est pas le seul élément pour assurer la sécurité dans l'unité ». L'aménagement physique est seulement un des éléments qui influence

l'atmosphère et la sécurité de l'unité de soins, ainsi que le temps de présence du personnel auprès des patients. D'autres éléments, comme l'organisation du travail, le protocole de soins, les pratiques cliniques, etc. jouent aussi des rôles très importants sur l'atmosphère et la sécurité des unités de soins psychiatriques » (Ionela L. et Gheorghiu, M. 2015). Une problématique qui reste toujours sans issue en lien avec des avis divergents. Il est difficile de sécuriser le patient tout en respectant ses droits et d'en connaître la limite.

Dans son ouvrage *« A la folie »* (Flammarion, 2021), Joy sorman dévoile la vie enfermée de différents psychiatisés et de leurs soignants qui décrit en premier lieu, l'univers d'une unité crise fermée. L'écrivaine est en immersion tous les mercredis durant 1 an dans ce type d'unité d'un hôpital psychiatrique pour observer et accueillir les paroles de patients et soignants. Ainsi elle expose son regard extérieur face à des situations parfois délicate. Pour commencer, elle en décrit son environnement, *« après avoir longé un imposant mur d'enceinte, sonné à nouveau, le pas à peine ralenti, j'étais donc à l'intérieur, toutes les portes s'étant automatiquement et bruyamment déverrouiller devant moi »*. *« Cube anonyme de béton blanc, percé de doubles fenêtres qui s'entrouvrent seulement, entouré d'un jardinet clôturé – on sonne à l'interphone, une lourde porte métallique s'ouvre alors sur un couloir d'hôpital »* (Joy sorman. 2021). L'écrivaine dit ressentir comme de l'anxiété lorsqu'elle passe le pas de la porte pour entrer dans le service *« Des portes, des couloirs ; j'aurai bientôt la conviction de circuler dans un espace strictement délimité et organisé par ces deux éléments, qui signalent toujours l'institution, et activent une certaine anxiété. Pénétrer dans le pavillon 4B ranime confusément des images d'autres portes débouchant sur d'autres couloirs – prisons, internats, administrations en tous genres »*. *« A peine arrivée, la tendresse du printemps me quitte laissant place à un sentiment, encore vague à cet instant, une intuition, de claustration, de promiscuité »* (Joy sorman. 2021). Elle est frappée par une odeur de macération, d'enfermement accompagné d'une chaleur étouffante. Des mots qui se suivent et qui renforce notre questionnement sur l'environnement de certaine unité fermée.

4.3 Les pratiques privatives de liberté

4.3.1 Comment définit-on la privation de liberté ?

Nous allons dans un premier temps définir le mot liberté pour en comprendre par la suite son contraire. Selon wiktionary.org, l'étymologie du mot liberté vient « du latin *libertas* (« état de l'homme libre »), dérivé de *liber* (« homme libre ») ». Ainsi il est défini comme « *Pouvoir inaliénable de l'individu, droit qu'il a de disposer de sa personne ; capacité des individus et des organisations qu'ils forment à agir sans restrictions autres que celles imposées par la loi* ».

Selon le site eeas.europa.eu « *La liberté est un droit imprescriptible d'aller et venir librement qui donne la possibilité à une personne de pouvoir agir selon sa propre volonté, dans le cadre d'un système politique ou social, dans la mesure où l'on ne porte pas atteinte aux droits des autres et à la sécurité publique. Les formes de liberté revêtent (I) la liberté naturelle ou en vertu du droit naturel ; (II) la liberté civile en respectant les lois ; (III) la liberté politique, celle de pouvoir exercer une activité politique, adhérer à un parti, militer, élire des représentants...; (IV) la liberté de chacun d'agir librement sans encourir de mesures arbitraires (emprisonnement, astreinte à résidence, interdiction de se déplacer, etc.)* ».

Nous allons mettre en lumière, le sens du mot « privation ». Selon le site de dictionnaire-academie.fr, la privation est l'« *action de ne pas accorder ou de retirer à quelqu'un une chose dont il pourrait jouir, ou de se la refuser à soi-même* ».

En ce sens nous comprenons que la privation de liberté est l'action de priver un individu, un être, d'un droit d'aller et venir librement ainsi que d'agir selon sa propre volonté.

Selon le site weka.fr « *La législation française encadre strictement la privation de liberté en psychiatrie, réservant l'isolement et la contention aux cas de danger imminent pour le patient ou autrui. Ces mesures, décidées uniquement par un psychiatre, doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées. Un registre numérique trace chaque décision, garantissant la transparence et le respect des droits des patients. Les établissements doivent informer le juge des libertés et de la détention pour tout renouvellement de ces mesures* ». Ainsi « *Jusqu'à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, aucun texte dans notre législation sanitaire n'autorisait la « privation totale » de liberté d'aller et venir d'un patient pris en charge, ni n'encadrait la contention et l'isolement du patient. Désormais, l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé*

publique crée un cadre légal très précis pour cette situation exceptionnelle d'entrave à la liberté que sont les mesures de contention et d'isolement en psychiatrie sous contrainte. En effet, la liberté d'aller et venir étant une liberté fondamentale constitutionnellement reconnue, seule la loi garante de cette liberté peut prévoir des cas strictement encadrés de sa privation. Cependant, cette privation de liberté n'est prévue que pour les patients pris en charge en psychiatrie sous contrainte, à certaines conditions » (weka). Le site legifrance.gouv.fr explicite la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, ainsi selon l'« Art. L. 3222-5-1.-L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. « Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires. « L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. » (weka). Ainsi cette loi permet, lorsque ces méthodes sont employées dans le cadre d'un soin, d'être encadrer afin d'éviter les dérives et les abus.

Dans l'ouvrage du psychiatre Mathieu Bellashen « *Abolir la contention* » (Montreuil : Éditions Libertalia, 2023), les privations de liberté ne doivent pas se faire à la légère et a l'impression que dans certains services c'est devenu « la norme ». Pour l'auteur « *L'enfermement dans un service de psychiatrie, l'isolement dans une chambre et, a fortiori, la contention sur un lit sont des privations de liberté. Dans le droit français, la liberté d'aller et venir est une liberté fondamentale* » (M. Bellashen. 2023. p.17).

Selon le site cgplp.fr « *Suite à la ratification du protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines et traitement cruels, inhumains et dégradants*

adopté par l'assemblée générale des Nations-Unis le 18 décembre 2002, le législateur français a institué, par la loi n°2007- 1545 du 30 octobre 2007, un Contrôleur général des lieux de privation de liberté et lui a conféré le statut d'autorité administrative indépendante ». Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté est une autorité indépendante qui examine les lieux de privation de liberté comme les UMD, les unités fermées, la prison ainsi dire tous les lieux où les individus sont privés de leur jouissance de décider, d'aller et venir comme ils le souhaitent. De ce fait cette autorité « *veille à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine* ». Le ²CGLPL contrôle également « *le droit au respect de la vie privée et familiale* ». Actuellement cette identité compte 33 personnes y travaillant de façon permanente et 25 intervenants extérieurs. La directrice est Dominique Simonnot depuis 2020.

4.3.2 Quels sont les différentes privations de liberté en psychiatrie ?

4.3.2.1 L'enfermement

L'enfermement selon le site dictionnaire-academie.fr est l'« *action d'enfermer ; le fait d'être enfermé, clausturation* ».

Ainsi le Dr David Masson, responsable du département de réhabilitation psychosociale du centre psychothérapeutique de Nancy, exprime sur le site lefigaro.fr que l'enfermement doit-être utilisé en derniers recours si, au préalable, les méthodes alternatives ont échoué. Il vise à protéger le patient d'une éventuelle auto ou hétéro agressivité ou d'une dégradation de son état de santé. « *En d'autres termes, l'enfermement est une mesure de protection qui vise à assurer la sécurité et le bien-être de la personne en situation de crise psychiatrique, en lui permettant de bénéficier de soins adaptés et d'une surveillance constante, dans un environnement sécurisé et contrôlé* » (David Masson. Le figaro).

Nous relevons que Mathieu Bellahsen, dans son ouvrage « *Abolir la contention* » (Sangle sécuritaire, l'emmurement de la psychiatrie, p.66 à 68), évoque une reconstruction des murs de la psychiatrie intégrant des portes fermées depuis ces dernières années, alors que celle-ci s'était enfin imposée avec des portes ouvertes. Il fait un parallèle avec la chute du mur de Berlin et exprime que depuis la démolition de celui-ci en 1989, les bâtiments en psychiatrie se sont

remurés et sont passés de 6 en 1989 à 68 en 2018. « *Au-delà des justifications politiques de leurs constructions, les murs matérialisent un imaginaire sécuritaire qui traverse l'ensemble des sociétés. La pression de la peur, de l'insécurité et du risque impose au niveau global des techniques sécuritaire* » (Bellashen M., 2023, p.66 – 67). Il dévoile également que les murs en psychiatrie est revenu en force depuis les années 2000, ce qui impacte la relationnelle entre le soignant et le patient, alors que la communication est de loin, le soin plus important dans la prise en charge du patient. « *Ce tournant sécuritaire, matérialisé dans les dispositifs de contrôle, s'est accompagné d'une transformation des pratiques de soins où la gestion des risques, la peur des procès et la suspicion à l'endroit des personnes en soin a pris le pas sur la création de relations thérapeutiques réelles* » (Bellashen M., 2023, p.66 – 67). Les pratiques vont de ce fait créer une ambiance, un univers sécuritaire, ce qui engendre des tensions chez le patient et cette tension engendre un système sécuritaire. Cela va instituer le mode de la pratique soignante vers un univers carcéral. Cette ambiance a repris forme lorsque Nicolas Sarkozy par suite du fait divers « Antony » qui s'est produit à Grenoble en 2008 a permis par la suite au ministre d'intérieur l'image du « *Schizophrène dangereux* » pour « *appeler à plus de vidéosurveillance, de chambre d'isolement, d'unités fermes et hautement sécurisées.* » L'auteur explique également que ce système sécuritaire va conduire les établissements de santé à recruter des vigiles, du matériel de vidéosurveillance, du matériel en cas de lutte et d'agression. Ainsi les vigiles « *se transforment en équipe de sécurité pour intervenir « en renfort » avec les soignants auprès de certaines hospitalisées considérées comme agressives* ». L'auteur indique que dans certains cas, les gendarmes peuvent participer physiquement à la mise en isolement des psychiatisés, alors qu'ils n'ont pas la formation nécessaire. Et que deux fois par an, la douane intervient dans les services fermés à la recherche de toxiques. « *Cette tendance sécuritaire se développe et semble parfois se substituer à certaines démarches de soins, à l'image des recherches de toxiques alors que l'offre médicale d'addictologie est en déshérence* » (Bellashen M., 2023, p.70).

Du côté des psychiatisés, se dégagent un ressenti d'incompréhension et d'injustice du monde qui les entoure. Dans leur article « *Si c'est contraint, c'est pas du soin* », « *psychiatisés contre les traitements forcés* », paru sur le site zinzine.net (1 mars 2019) par Zinin Zine est un blog créé par des psychiatisés afin de diffuser des « *Outils de Réflexions et d'Actions face à la Psychiatrie* », ainsi les psychiatisés ont l'impression qu'on les enferme pour « *déviance sociale et petits troubles à l'ordre public* », ils ont l'impression d'être pointé du doigt par leur

fonctionnement qui est différent de la norme sociale créant ainsi, un malaise communautaire et politique. « *Parce qu'on ne parvient pas à respecter certains codes sociaux, on est bizarre, on nuit à la « bonne réputation » des gens, on fait du bruit, des scandales, ou de légers dégâts matériels* » (Zinzin Zine, 2019). Ils expriment leur enfermement souvent comme une injustice, surtout quand celui-ci est à titre préventif. « *Nous subissons aussi généralement des enfermements préventifs, justifiés par une menace potentielle (nourrie par l'imaginaire psychophobe) et non en raison d'actes de violences réellement commis, ce qui est doublement injuste. Les gens s'aperçoivent qu'ils n'arrivent plus à comprendre ce qu'on dit ou fait et les fantasmes autour « du fou dangereux » font le reste* » (Zinzin Zine, 2019).

Ainsi nous remarquons que les avis divergent sur le principe de pratiquer des soins psychiatriques entre 4 murs. Nous allons par la suite détailler tous les types de privations de liberté utilisées en psychiatrie puis évaluer en liens avec des écrits, ce qui en ressort comme bénéfiques et néfastes.

4.3.2.2 L'isolement

L'isolement est défini par le site cnrtl.fr comme « état d'une personne sans soutien, sans appui ou réduite à la solitude » (Mirabeau, *Lettres*, t. 2, p. 4 et 38, 1778) ainsi que « *action d'isoler un malade* » (Dict. abrégé des sc. méd. t. 10, p. 223, 1824).

Selon la HAS sur le site has-sante.fr, l'isolement en psychiatrie, a pour but de protéger le patient lors d'une phase critique de son état de santé. Cela lui permet d'être dans un espace qui lui est dédié et adapté, où il peut circuler librement tout en étant à l'écart des autres. « *L'isolement est une mesure limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation de l'isolement représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance, etc. réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité* »(HAS). Celui-ci est limitée à 12h, il peut être renouvelé 12h si l'état du patient le nécessite. Si une prolongation est recommandée, la fiche

de prescription doit-être renouvelée toutes les 24h. L'isolement a plus de 48h doit rester à caractère exceptionnel. Pour assurer la sécurité du patient, les visites médicales doivent être au nombre de 2 par 24h. Il est important de communiquer avec le patient pour expliciter le but et les bienfaits recherchés de cet isolement, puis le sujet de sa mise en place. L'isolement doit rester soignant et sécurisant.

Dans l'article « *Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre* » écrit par Magali Coldefy, Coralie Gandré et avec la collaboration de Stéphanie Rollo (questions d'économie de la santé, n°269, juin 2022) est explicité que « *l'isolement consiste à placer la personne à visée de protection dans un espace fermé et séparé des autres patients lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique* » (Magali Coldefy, Coralie Gandré. 2022). Les auteures dévoilent que l'isolement est en forte augmentation depuis 2012, soit une augmentation de 19% entre 2012 et 2021 pour les patients en cours d'une hospitalisation à temps plein, dont 48% des patients hospitalisés sans leur consentement. On relève un accroissement important en 2020 en lien avec le confinement de la pandémie du Covid-19. Plusieurs hypothèses sont soulignées, celle du manque d'effectif pour arrêt maladie et garde d'enfants, ce qui a engendré des difficultés de prises en charge déclenchant une augmentation des états de crise des patients. Ainsi qu'un accès limité aux soins causé par le confinement impactant psychologiquement les personnes atteintes de troubles psychiques. Par la suite, après 2021 une diminution de ces pratiques a été relevé, « *La sensibilisation des professionnels aux questions des pratiques privatives de liberté en psychiatrie, de même que le développement des modèles de soins orientés vers plus de participation des personnes concernées, pourraient se traduire à terme par une réduction du recours à ces pratiques* » (Magali Coldefy, Coralie Gandré. 2022).

Dominique Friard, infirmier de secteur psychiatrique, met en lumière dans sa conférence intitulée « *Isoler et/ou attacher : quelles conséquences sur le parcours de vie ?* », vidéo diffusé sur youtube (12 février 2018), « *A partir de 1839 en Grande Bretagne, l'asile de Hanwell sur l'impulsion de John Connolly supprima les contentions... ! Le « no restraint » et « l'open door » ont donné le mouvement et fini par conquérir toute l'Europe ! sauf la France ! Seul Marandon De Montyel le mit en application dans les années 1895 ! alors que les taux de guérison des méthodes classiques atteignaient péniblement 5 à 7% des hospitalisés en France ! ils montaient à 25% à Hanwell... ! sous la direction de Connolly... ! S'il est difficile de comparer des chiffres ! qui ne décrivent pas tout à fait la même réalité ! on peut noter que les*

suicides étaient exceptionnels à Hanwell et que les conditions de vie y étaient bien meilleures qu'en France ! Albert Londres le grand journaliste fait le même constat dans son enquête sur les fous en 1925 ! les patients internés dans le service de Maurice Dide à Toulouse, bénéficient d'une plus grande liberté... ! pouvant exercer leur profession ! à l'hôpital même ! ils se réinsèrent beaucoup plus facilement ! un peu plus tard après-guerre Philippe Paumelle démonte ce qu'il nomme « le mythe de l'agitation » ! et écrit dans sa thèse comment en levant les contentions et en restreignant les isolements on modifie l'ambiance des lieux de soins et on favorise le rétablissement des patients ! Tosquelles ! Bonnafé ! Oury et beaucoup beaucoup d'autres ! notamment des infirmiers ! montraient que la violence n'est pas essentiellement le fait des patients ! mais la conséquence de dysfonctionnement institutionnel ! Pour supprimer les quartiers d'agités et les contentions ! il faut soigner l'institution ! La psychothérapie institutionnelle qui n'est en d'autres que ce constat ! impulse d'autres types de relation avec les patients et éradique la contention ! des patients jusque-là détachés, deviennent secrétaire du club, écrivent dans le journal de l'institution, travaillent à se réinsérer ! avant qu'apparaissent le mot réhabilitation ! Pathologie de la liberté, la folie se soigne par la liberté ! » (D. Friard. 2018)

4.3.2.3 Les contentions

Dominique Friard dans sa conférence « *Isoler et/ou attacher : quelles conséquences sur le parcours de vie ?* » définit avec précision le mot contention. « *Le mot contention apparait en 1771, le grand robert de langue française nous apprend qu'il vient du latin chirurgical « contentio » et de « contentus » participe passé du verbe contenir... ! il décrit l'action de maintenir dans une position adéquate un organe artificiellement déplacé, les fragments osseux d'une fracture, etc. ! son sens premier est donc orthopédique ! comment passe-t-on de ce sens chirurgical réel à un sens méthaphorique sinon fantasmatique ! on retrouve deux sens dont l'un est spécifiquement psychiatrique ! immobilisation d'un malade mentale agité ou furieux aux moyens de dispositifs appropriés ! camisole, ceinture etc. ! la définition est illustré d'un exemple ! Philippe Pinel fut l'un des premiers aliénistes à renoncer aux principes de la contention des agités ! entièrement abandonné depuis la découverte des neuroleptiques ! la définition précise que le mot s'utilise par extension à la contention autre que des malades mentaux ! on site alors ! menottes, poussettes, entraves etc. ! la définition est technique ! il*

s'agit de l'immobilisation d'un animal que l'on fer ou que l'on soigne ! nous sommes face au mot « contention » à un mot générique ! il est la mesure de toutes les immobilisations contraintes ! du malades mentales vers les galériens et autres prisonniers et puis les animaux ! se pose alors la question : Comment attacher un autre être vivant sans le considérer comme un animal ? » (D. Friard, 2018). Nous comprenons que la limite entre le soin et la maltraitance est fine, d'où l'importance d'avoir des professionnelles de santé bien formés et informés. « Un personnel bien instruit en fait usage qu'exceptionnellement ! » Les soignants ont un rôle difficile dans le sens où ils ne sont pas toujours en adéquation sur ces pratiques contentieuses. Mais parfois celles-ci sont considérées nécessaires lorsque toutes les méthodes thérapeutiques ont échoué et que le patient se met en danger ou met en danger les autres.

La HAS dans son article « isolement & contention – Pratiques de dernier recours » publié sur le site has-sante.fr (20 mars 2017) annonce l'existence de plusieurs types de contention, notamment la mécanique et la physique. Dans le cadre qu'elle énonce, la HAS n'évoquera que la contention mécanique qui est utilisé dans les services de psychiatrie en lien avec les recommandations de bonnes pratiques. Ainsi « *La contention mécanique est définie par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou restreignant les capacités de mouvements volontaires de tout ou partie du corps du patient* » (HAS). L'article évoque l'utilisation de la contention comme une atteinte importante à la liberté de l'individu et que celle-ci doit-être utilisée à titre exceptionnel avec un temps limité. Cette pratique doit inclure une mise en sécurité du patient, une surveillance accrue et le respect de la dignité de celui-ci. Voici les recommandations de la HAS sur les bonnes pratiques, « *La recommandation vise à déterminer la place de ces pratiques dans les services de psychiatrie générale. Il s'agit d'aider les professionnels amenés à y recourir, à harmoniser leurs pratiques, en répondant aux exigences cliniques, éthiques, légales et organisationnelles. La finalité étant la sécurité et l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients* » (HAS). L'utilisation de la contention doit-être de dernier recours, c'est-à-dire si toutes les autres méthodes alternatives moins restrictives n'ont pas fonctionné et que la clinique du patient le justifie, « *Elles sont mises en œuvre pour répondre ou anticiper une violence impossible à maîtriser lorsque la situation peut engendrer un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui. Elles sont utilisées pour une durée limitée, et de manière adaptée et proportionnée au risque, après une évaluation du patient* » (HAS). Cette démarche est dictée par un psychiatre avec à l'appui une prescription médicale après consultation auprès de l'équipe pluriprofessionnelle. Elle est effectuée dans le

cadre d'un soin uniquement, accompagnée d'une surveillance intensive. Cependant certaines contre-indications sont à prendre en compte, notamment s'« *il existe des craintes concernant l'état somatique du patient ou une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peuvent être graves (affection organique non stabilisée, insuffisance cardiaque, état infectieux, trouble de la thermorégulation, trouble métabolique, atteinte orthopédique, atteinte neurologique, etc.)* » (HAS). Il est important d'explication au patient la raison de cette mesure, sa durée, comment la levée et les surveillances qui l'accompagne. « *Lorsque ces mesures sont appliquées, une fiche spécifique de prescription du suivi de la décision est insérée dans le dossier du patient. L'état clinique somatique du patient est systématiquement évalué. Une vigilance particulière sera apportée pour repérer d'éventuels signes de défaillance cardiaque ou respiratoire. Tout incident sera tracé dans le dossier du patient* » (HAS).

Sur le site de la HAS nous retrouvons également le cadre légal comme « *L'isolement et la contention sont des restrictions aux libertés individuelles. L'article L.3211-3 du code de la santé publique encadre de manière générale la prise en charge des personnes hospitalisées en soins psychiatriques. Il précise que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être « adaptées, nécessaires et proportionnées » à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis. « En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée* » (HAS).

« *L'article L. 3222-5-1 du même code, créé par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, donne un cadre juridique spécifique aux recours à l'isolement et à la contention. Définies comme des « pratiques de dernier recours », elles sont uniquement destinées à « prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée* » (HAS).

Selon l'article Article L3222-5-1 explicité sur le site legifrance.gouv.fr « *La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans les conditions et selon les modalités prévues au même premier alinéa, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures, et fait l'objet de deux évaluations par douze heures. A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues au I, les mesures d'isolement et de contention, dans le respect des conditions prévues au même I. Le directeur de l'établissement informe sans délai le tribunal judiciaire du renouvellement de ces mesures. Le magistrat du*

siège du tribunal judiciaire peut se saisir d'office pour y mettre fin. Le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical ». « Ces mesures sont recensées dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement. L'établissement de santé tient un registre garantissant leur traçabilité. Il mentionne « le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée ». Il est « présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires » (HAS).

Dans l'ouvrage écrit par A. Leboucher et C. Fleury qui se nomme « Les méthodes de contention en psychiatrie : état de l'art » (juillet 2021) publié sur le site sante.gouv.fr, il est explicité que la contention a des effets thérapeutiques si celle-ci est utilisée dans le seul but d'apporter de la contenance au patient qui en ressent le besoin ou a but de canaliser les angoisses, le morcellement ou même les pulsions hétéros-agressives. En lien elle doit instituer de la communication et de l'écoute afin d'apporter des réponses au bon fonctionnement de ce soin. Ainsi « *Les unités protégées ont un objectif thérapeutique, celui de l'espace contenant sécuritaire qui favorise la réduction des angoisses « comme si la contenance de l'espace favorisait l'écoute du personnel soignant et de fait une contenance psychique » (Conti, 2019). La contention physique active est estimée opérante et thérapeutique (Colucci, 2011) lorsqu'elle est réalisée sans violence et suivant une indication justifiée (Desveaux, 2018). Elle est jugée rassurante car elle soutient les éprouvés internes (holding), rassemble et contient l'individu avec des vécus de morcellement, permettant un sentiment de cohésion interne. Elle fait physiquement ressentir une limite corporelle, protège de soi et du monde extérieur et permet de sentir son corps. Il est parfois question d'une décharge pulsionnelle motrice et émotionnelle permise par la contention physique active, qui enveloppe les débordements pulsionnels internes et permet d'épuiser la violence ou l'agitation (basket hold) » (A. Leboucher et C. Fleury.2021).*

Il est également démontré dans cet article que la formation des professionnelles est un élément clé afin de désamorcer des situations de crise ou difficile ce qui permet parfois d'éviter la contention. « *En Islande, les professionnels suivent des formations à la désescalade de la*

violence, qui consistent en techniques d'apaisement des personnes et de désescalade des situations difficiles par le biais du langage 75 Conolly. *On the Construction and Government of Lunatic Asylums and Hospitals for the Insane*, 1847. 76 Morel, *Le no-restraint, ou de l'Abolition des moyens coercitifs dans le traitement de la folie*, 1860 corporel et le fait de parler calmement aux personnes et en techniques de maintien au sol fréquemment interrompues. Des équipes de défense ou de réponse à la violence spécialement formées sont également mobilisées (Matthiasson, 2017 ; Snorrason & Biering, 2018). L'isolement existe en unité de soins psychiatriques intensifs sous forme de contentions environnementales et de salles de désescalade, ainsi que la contention chimique » (A. Leboucher et C. Fleury.2021).

En parallèle, nous allons mettre en lumière la vision de certains psychiatrisés sur la contention mécanique. Nous retrouvons, dans l'ouvrage « *Abolir la contention* » de Mathieu Bellashen (Editions Libertalia, 2023), plusieurs patients qui expriment leurs ressentis sur la contention qu'ils ont vécu « *La contention, la première fois que cela m'est arrivé, c'était à l'automne 2019. J'étais attachée par les chevilles et les poignets au lit. C'était extrêmement difficile pour moi de vivre ça. Cela a duré toute la nuit, et je ne pensais pas que ce serait si long. Je ne pouvais même pas sécher mes larmes qui coulaient sur mon visage. Je hurlais pour qu'on vienne me détacher. Lors du traumatisme (viol), j'ai senti que je ne pouvais plus contrôler mon corps... Être contentionnée pour moi à été une façon de revivre ce traumatisme violent : ne pas pouvoir bouger, et cette grande souffrance...* » (M. Bellashen. 2023. p.5) On comprend que la contention lui a rappelé son viol par le fait de ne plus être maître de son corps.

Voici un autre témoignage : « *Quand je ne suis pas bien, je délire et j'hallucine. Je crois devenir l'ange de la mort. Je sens des ailes pousser dans mon dos et mon visage se transformer. La plupart du temps, je gère ces épisodes en allant courir (s'il y a du vent ou de la pluie, c'est mieux) pour davantage sentir les limites de mon corps. Les trois fois où j'ai été attaché, j'avais demandé à pouvoir faire une sortie accompagnée dans le parc (de l'hôpital). Comme ça m'avait été refusé, je courais d'un bout à l'autre du couloir de ma chambre. C'était vraiment pour me calmer et je n'étais absolument pas dangereux ni pour les autres patients ni pour les soignants. Mais ils sont arrivés en groupe, m'ont plaqué au sol et m'ont emmené en chambre d'isolement avant de m'attacher. La première fois, ils m'ont dit que c'était juste pour la nuit (mais c'était avant le diner), la deuxième fois je ne me souviens plus, et la troisième ils m'ont dit que c'était pour au moins quarante-huit heures. Les trois fois ont été horrible à vivre – j'ai cru mourir plusieurs fois* » (M. Bellashen. 2023. p.6).

« Je tiens à vous faire part du vécu d'un ami, aujourd'hui décédé. Cet ami s'est présenté de lui-même aux urgences psychiatriques pour y demander de l'aide, il a été hospitalisé et est décédé à l'hôpital quelques jours plus tard, à l'âge de 25 ans, en raison d'une contention sans administration d'anticoagulant, ce qui a induit une thrombose veineuse et a conduit à son décès » (M. Bellashen. 2023. p.9).

Ainsi la contention mécanique n'est pas une pratique anodine, elle peut engendrer des traumatismes voire la mort. C'est pour cela qu'elle doit être utilisée dans les cas extrêmes et de dernier recours. Certains l'exprime comme de l'humiliation, de l'impuissance face à l'autorité médicale ou l'impression d'être traité comme un criminel fou dangereux. D'autres la réclame quand ils se sentent en danger ou morcelés. Ils l'expriment comme un moyen de se recentrer, de se rassembler afin d'apaiser leurs tensions.

Dans les pratiques de contention, nous retrouvons également en psychiatrie la contention physique et chimique. Selon l'article publié sur le site infirmiers.com intitulé *« la contention, ce qu'il faut savoir pour la pratiquer à bon escient »* (25 avril 2025), la contention physique se définit par un maintien au sol, par exemple, du patient par des soignants par des moyens physiques. Quant à la contention chimique, elle *« regroupe l'ensemble des traitements chimiques qui peuvent être délivrés à une personne pour contrôler son comportement (neuroleptiques, sédatifs...) »* (infirmiers. 2025).

Selon une fiche publiée sur Cairn.info intitulé *« Contention chimique et traitements en psychiatrie »* (2022, p.93-96) est décrit que *« la contention chimique consiste en l'administration d'un traitement psychotrope visant à résorber ou inhiber la crise. Elle peut être utilisée dans le cadre de l'urgence, ou sur du long terme, par le biais notamment de traitement par injections retard. Les traitements utilisés en psychiatrie sont des traitements dits psychotropes, c'est-à-dire qui agissent sur les mécanismes neurobiologiques du cerveau afin d'améliorer les troubles ou dysfonctionnements de l'activité psychique »*. Ces traitements ont pour but, par exemple, de canaliser une agitation psychomotrice qui pourrait nuire à l'état du patient ou à son entourage. Ces médicaments permettent d'atténuer les vellétés de passage à l'acte hétéros ou autos-agressifs, d'apaiser les angoisses du patient et d'instaurer une fois la crise contrôlé le travail relationnel entre celui-ci et l'équipe soignante. Si l'utilisation de ces traitements sont mis en place, le soigné doit être informé sur la nature du médicament avec les éventuels effets secondaires en lien ainsi que le but de son utilisation. De ce fait, son usage doit

être accompagnée de surveillance accrue. Son emploi est courant en psychiatrie, cela permet d'apaiser les tensions afin d'ouvrir la communication soignant-soigné, qui est le point central du soin et de l'alliance thérapeutique.

4.3.2.4 Les pratiques alternatives

Selon le site cnrtl.fr le mot pratique signifie « Fait d'exercer une activité particulière, de mettre en œuvre les règles, les principes d'un art ou d'une technique. ».

Selon le dictionnaire lerobert sur lerobert.com c'est en sens premier « *activités volontaires visant des résultats concrets (opposé à théorie). Dans la pratique, dans la vie, en réalité* ». En son second sens une « *manière concrète d'exercer une activité (opposé à règle, principe). La pratique d'un sport, d'une langue étrangère, d'un art. Être condamné pour pratique illégale de la médecine. → exercice. En pratique : en fait, dans l'exécution. Mettre en pratique : appliquer, exécuter* ».

Le mot « *alternatif* » selon le site cnrtl.fr est décrit ainsi, « *qui vient tour à tour, qui se répète à intervalles plus ou moins réguliers* » ou bien « *qui énonce deux choses dont une seule est vraie* ». Son étymologie est « *du latin alternatum, lui-même dérive de alter qui signifie l'autre* ». Ainsi nous pouvons en déduire que la pratique alternative est une manière d'exercer une activité dans le but de trouver une solution de remplacement.

La HAS met en avant sur son site has-sante.fr que « *la prévention des moments de violence reste de loin la meilleure réponse* ». Elle met l'accent sur le fait que la formation des professionnels de santé sur la désescalade est primordiale, qu'une équipe soignante formée et entraînée maîtrise de façon plus adaptée les crises du patient. La HAS recommande l'aménagement d'espace d'apaisement, portes ouvertes en alternative de la chambre d'isolement. Un endroit approprié pour apaiser les tensions et les angoisses du patient tout en lui laissant le choix de quitter la pièce s'il en ressent le besoin. « *Cet espace peut contenir des matelas et des fauteuils, du matériel pour écouter de la musique, des livres et être éclairé avec des lumières douces...* » (HAS).

Dans l'article écrit par les psychiatrisés « *Si c'est contraint, c'est pas du soin* », « *psychiatrisés contre les traitements forcés* », paru sur le site zinzine.net (1 mars 2019) par Zinzin Zine,

quelques pratiques alternatives sont abordées. Ils abordent en premier lieu que l'aide apportée doit être en fonction de leurs besoins et « *non celles du maintien de l'ordre économique et social* ». Ils proposent une mise en place de directives anticipées, rédigées par l'individu lorsque celui-ci est en état d'hors crise. Ainsi la personne peut exprimer ce dont elle souhaite et ce qui peut être mis en place si son état psychique se dégrade, altérant « *les capacités de discernement, de communication ou d'action. Cela donne les moyens de nous soutenir pendant une crise tout en respectant notre consentement* » (Zinzin Zine. 2019). Dans cet article, les psychiatrisés évoquent différentes formes d'entraide auto-organisées qui sont en accès libre, gratuit et de proximité comme « *des refuges de toute petite taille, chaleureux et sécurisants, où rester le temps que ça aille mieux. Des cafés crise. Des numéros d'appel d'urgence. Des groupes d'entraide autour de vécus spécifiques (entente de voix, états modifiés de conscience, suicide etc, mais aussi violences de classe, patriarcales, racistes etc.). Des maisons de passages en journée et soirée, avec un soutien démedicalisé et mutuel : pour recevoir et proposer du soutien et y trouver diverses pratiques de soins, infos, co-écoute, travaux pratiques, divers groupes de parole, etc.* » (Zinzin Zine. 2019). Ils mentionnent également des interventions à domicile composées de personnes formées afin de désactiver la crise en appliquant des méthodes vers des principes de désescalade comme une communication ouverte ou la mise en place d'un traitement. Les psychiatrisés mettent en lumière que des habitations collectives auto-organisées peuvent permettre de briser la solitude, l'isolement tout en activant de l'entraide ainsi que des « *Coopératives de travail autogérées par des (ex)psychiatrisés, pour combattre notre exclusion sociale* ». Les alternatives sont nombreuses et les personnes atteintes de maladie mentale sont riches en solutions.

La HAS a émis une carte mentale sur la prise en charge du patient hospitalisé en soins sans consentement ayant un trouble du comportement (carte mentale en annexe p. XX).

Mathieu Bellahsen, dans son ouvrage « *Abolir la contention* », chapitre « *Auto-défense* » (p.116), évoque que l'AGGID a publié en 2006, un article visant à réduire voire supprimer les mesures de contrôle autour de réflexions et recommandations. Après quelques recherches, nous allons donc, mettre en évidence les recommandations de l'AGGID qui est une association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec, qui, dans son article dénommé « Ensemble, pour s'en sortir et s'en défaire » mène un combat auprès du ministère pour un changement réel des pratiques dans les unités fermées en psychiatrie, c'est-à-dire mettre en place des pratiques alternatives aux mesures de contrôle. Pour commencer, l'association

évoque qu'il faut un changement de la culture institutionnelle, « *soit l'arrimage des milieux public, privée et communautaire pour des pratiques plus respectueuses des droits des personnes* », car l'utilisation des mesures privatives de liberté dépendent également des services, des protocoles ou de la politique des établissements de santé. Pour que ce virage se fasse, il faut une réelle prise de conscience sur les pratiques actuelles qui peuvent devenir des mesures de contrôle si elles ne sont pas utilisées à bon escient et de façon exceptionnelle. Ainsi une nouvelle culture du soin doit s'ouvrir vers des méthodes alternatives. Après un combat longuement mené auprès du ministère de la santé et des services sociaux faisant appel à de nombreux colloques internationaux, une évolution lente et positive voit le jour. Par la suite aide-mémoire établi par Odette Roy, infirmière puis une adjointe à la direction des soins infirmiers à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont au Québec dévoilent « *des mesures de remplacement de la contention et de l'isolement* » (2008), publié par le gouvernement du Québec. Ce document délivre une carte mentale sur le « *processus de prise de décision* » en lien avec les états et les comportements des patients (tableau en annexe p. CXXIV). Il est précisé dans cet aide-mémoire qu'il faut observer les signes précurseurs en lien avec la dimension comportementale, physique, cognitive et émotionnelle du patient. Selon les signes une intervention « centrée sur la personne » est conseillée. Les pratiques proposées sont par exemple, des « *activités physiques comme la marche et la respiration, activités cognitives : écrire sur ses sentiments, lire, compter lentement jusqu'à 50* ». On retrouve également les « *activités sociales tel que parler avec un ami, un intervenant, ou téléphoner* », ainsi que les « *activités environnementales vers l'écoute de la musique, les stimulations (lumière, bruits), sortir à l'extérieur* ». Puis les « *activités spirituelles comme faire de la méditation, prier...* » (Odette Roy. 2008). Les auteures conseillent un nombre d'intervenants soignants limités autour du patient en situation de crise et un lien thérapeutique de qualité. Pour la désescalade de l'agressivité de l'individu, ils suggèrent une approche douce et un respect de l'espace vital de celui-ci. On retrouve également des conseils sur l'attitude à adopter comme « *être calme, utiliser un langage et un ton de voix respectueux. Poser des questions ouvertes qui permettent à la personne de verbaliser ce qu'elle ressent. Utiliser la distraction, développer et maintenir un climat respectueux et paisible* » (Odette Roy. 2008).

Le psychiatre Mathieu Bellashen expose dans son ouvrage, une association américaine qui défend les pratiques alternatives pour supprimer les méthodes privatives de liberté. Elle publie en 2014 sur son site « *Mad in America* », un article intitulé « l'hôpital psychiatrique réalise une

réduction de près de 100% de l'utilisation des contraintes mécaniques ». L'auteur Rob Wipond met l'accent sur un établissement psychiatrique en Caroline du Nord qui a réduit l'utilisation des contentions de 98 à 100% dans ses deux principales unités de soins en trois ans. *« Le succès de cette initiative a démontré que la réduction et même l'élimination de la contention mécanique peuvent être réalisées dans un hôpital psychiatrique d'Etat dans les unités de soins aigus et de réadaptation sans augmenter les agressions et les blessures des consommateurs ou du personnel »* (Rob Wipond). Le psychiatre dévoile que la France détient des établissements d'exception où l'isolement et la contention sont bannis, comme l'hôpital de Valvert près de Marseille et Laragne à Gap. Ces deux lieux à taille humaine, compte environ cinquante lits et fonctionnent très bien sans contention ni chambre d'isolement, le corps psychiatrique a toujours refusé l'utilisation de ces pratiques puis la construction de chambre d'isolement. *« Pourtant, avec l'actuelle réforme des autorisations en psychiatrie, cette culture d'établissement est attaquée. S'il n'y a pas de chambre d'isolement, selon les tutelles il ne pourrait y avoir d'autorisation d'exercice pour l'accueil des personnes hospitalisées sous contrainte »* (M. Bellashen. 2023). Un autre lieu est évoqué par le psychiatre, celui de Bourg-en-Bresse, qui a fait l'objet d'un contrôle du CGLPL en lien avec des pratiques employées abusives et non respectueuses. Après avoir été rappelé à l'ordre par le CGLPL, cet établissement psychiatrique s'est remis en question et a changé toutes ses pratiques en deux ans. Ainsi la pratique de la contention et de l'isolement sont utilisées qu'en dernier recours puis de courte durée, les chambres d'isolement sont repensées et transformées en chambre d'apaisement avec de la musique, des lumières adaptées et de la couleur. Des soins de kinésithérapie sont proposés en chambre d'isolement, la lumière et la fermeture des volets est accessible aux patients. Le patient en chambre d'isolement qui sort la journée est habillé et non en pyjama. *« La liberté d'aller et venir est désormais une règle respectée : la fermeture de trois des treize unités est justifiée par les particularités de leurs patients ; dans l'une d'elle, la fermeture est modulée par l'octroi de badges permettant aux patients aptes de sortir »* (M. Bellashen. 2023). Les patients ont accès sans restriction à des ordinateurs, internet, téléphone, les horaires des visites ont été revu et assoupli pour maintenir les liens familiaux. Les patients peuvent fermer à clé leur chambre, seuls les soignants ont le double et peuvent y accéder en cas de nécessité. De plus des *« offres d'activité occupationnelles et thérapeutiques sont riches et variées puis en libre accès »*. Les préventions de crises sont particulièrement développées *« équipes mobiles de secteur, cellule téléphonique d'orientation, disponibilité des centres médico-psychologiques ; d'autre part, le*

travail de préparation à la sortie : dispositif de réhabilitation, foyer thérapeutique sur le site, appartements de transition, projet de maison d'accueil spécialisée ; enfin, l'intégration des usagers de de leurs représentants dans la vie de l'établissement » (M. Bellashen. 2023). Beaucoup d'autres changements et évolutions sont mentionnés, cela démontre que tout établissement de santé peut faire évoluer les pratiques ainsi que les prises en charge en offrant aux patient un environnement accueillant, chaleureux avec des activités occupationnelles. Ce type d'univers permet de faire baisser l'anxiété et les angoisses des patients faisant ainsi diminuer, le risque de crise. Mathieu Bellashen expose dans son chapitre « *David et l'enveloppement* » (M. Bellashen. 2023. p.130-132), une alternative à la contention qu'il a pratiquée lorsque le patient était en très grande crise et que celui-ci n'arrivait plus à contrôler ses pulsions. Ainsi dire, placé en chambre d'isolement, le psychiatrisé tente d'étrangler l'infirmière qui lui apporte son repas. Le psychiatre intervient et propose à celui-ci un enveloppement avec des draps en lui expliquant doucement chaque étape, « *maintenant nous allons vous envelopper, David, pour que vous puissiez vous sentir plus confortable. L'ensemble ne prend pas plus de trente secondes. David accepterait-il que je lui masse la tête ? Que mes collègues exercent des pressions douces sur son corps ? Il hoche la tête en signe d'approbation. Le contact avec nous se maintient. Son corps est encore tendu. Mes collègues appuient délicatement sur ses bras et ses jambes tandis que je berce David de paroles sur ses sensations. Reprendre corps et reprendre langue. Rapidement, il se détend, son visage s'ouvre* » (M. Bellashen. 2023. P.130-132). Une approche du psychiatre qui a permis d'éviter au patient la contention et de réactiver la communication, l'alliance et le relationnel soignant-soigné

4.4 Synthèse du cadre de référence

À travers ce travail, nous nous sommes interrogés sur l'utilisation des pratiques privatives de liberté dans les unités de crise fermées en psychiatrie. Ces pratiques utilisées comme des soins c'est à dire l'isolement, la contention, l'enfermement, les effets personnels sous clés, sont omniprésents dans le quotidien des patients hospitalisés sous contrainte. Des soins appliqués dans un environnement contenant et sécuritaire. Ce qui bouscule profondément notre vision du soin. Au travers de ce cadre nous souhaitons comprendre en toute humilité, les avantages et les

inconvenients de ces méthodes soignantes qui découlent vers un univers cadrant. En parallèle, nous désirons découvrir s'il existe des méthodes alternatives aux pratiques privatives de liberté.

Nous avons, dans un premier temps abordé le soin de façon holistique pour en comprendre le sens. Pour nous, soigner, ce n'est pas seulement appliquer des traitements, C'est surtout la création d'une alliance et de la confiance autour d'un espace où le patient peut être entendu, respecté et se réaliser en tant qu'individu. W. Hesbeen parle du soin comme d'une attention portée à l'humain, dans sa globalité et sa vulnérabilité. Il distingue les soins nécessaires, du « *prendre soin* » primordial qui permet de prendre en compte les émotions ainsi que l'histoire du patient. Dans les unités fermées, nous avons ressenti que cette part du soin est souvent mise à mal par les protocoles et les règles institutionnelles. Pourtant, elles sont essentielles pour construire une alliance thérapeutique et une relation de confiance. D. Winnicott, évoque les notions de « holding » et de « handling », en s'appuyant sur la relation mère-enfant. Il rappelle combien l'environnement influence le développement psychique d'un individu. La contenance et la réassurance aide celui-ci à se construire. En psychiatrie, ces bases sont nécessaires puisque les patients ont besoin d'un environnement contenant. Parfois, les unités fermées peuvent être vécu par l'individu comme un environnement trop sécuritaire ce qui peut dégager un univers oppressant et rigide. Ce besoin de sécurité intérieure peut découler vers une réponse sécuritaire extérieure parfois trop strict. De ce fait, nous nous questionnons sur la fonction réelle des dispositifs mis en place. Ainsi nous pouvons mettre en lien la loi du 5 juillet 2011 qui a ouvert les soins psychiatriques vers un nouveau paradigme. Sous couvert de sécurité en lien avec des faits divers dramatiques, cette loi renforce les contraintes comme l'hospitalisation sans consentement, la surveillance accrue des patients et les pratiques privatives de liberté. Pourtant, la loi de 1990, plus respectueuse des droits, avait ouvert la voie à une psychiatrie plus humaine. De plus, nous pouvons mettre en lumière que le cadre institutionnel joue aussi un rôle clé. En s'appuyant sur les articles de Michel Foucault, nous avons découvert le « *biopouvoir* », qu'il définit comme une forme de contrôle social à travers les corps. Ainsi, pour que le biopouvoir puisse exercer son contrôle sur les individus, il doit agir sur son environnement.

Les soignants se retrouvent parfois entre deux mondes, celui de vouloir créer de l'alliance en respectant l'autonomie du patient et l'obligation d'appliquer des protocoles parfois contre leurs valeurs soignantes. Le rôle du gendarme en blouse blanche devient parfois une réalité non souhaitée et le lien avec le patient peut s'en trouver fragilisé. L'alliance thérapeutique, pourtant

essentielle pour le bon déroulement du soin, est parfois difficile à mettre en place lorsque la contrainte limite l'autonomie du patient.

Au travers de ces règles médicales légales et institutionnelles, les soignants essaient de mettre en place des alternatives pour que ce lien puisse se créer. Comme le décrit la HAS, dans un premier temps, il est important que le personnel soignant soit suffisamment formé et entraîné sur la désescalade pour anticiper ou contenir les crises aiguës. Dans un second temps, elle préconise des chambres d'apaisement en libre accès, en alternatif des chambres d'isolement. Les activités occupationnelles ont également toute leur place car elles permettent au patient de se réaliser, d'apaiser les tensions, de reprendre confiance puis d'ouvrir un lien de confiance avec le soignant.

En conclusion, le cadre théorique fait ressortir deux éléments essentiels, celle du soin, fondée sur la bienveillance, l'écoute, le respect d'autrui puis celle de la sécurité et de la contenance qui imposent des contraintes autour du soin. Les pratiques privatives de liberté peuvent être un passage nécessaire dans certains cas de crise aiguë, mais elles ne doivent pas devenir un mode de fonctionnement systématique. Entre règles médicales légales, institutionnelles, protocoles et valeurs soignantes, les limites sont difficiles à dessiner et l'équilibre reste fragile.

5 Enquête exploratoire

L'enquête exploratoire est un outil qui permet, grâce à des méthodes de recherche, de comprendre un sujet ou une problématique en mettant en place une enquête approfondie. Elle va nous permettre d'explorer notre sujet afin de mieux cerner notre questionnement en collectant des données au travers d'entretiens. Ainsi, nous avons mis en place un questionnaire semi-directif comprenant 12 questions qui nous permettra d'interviewer des infirmiers travaillant dans différents services comme les UMD ou bien les unités de crise fermées. Pour mener à bien cette enquête nous avons demandé auprès de la direction de l'hôpital concerné une autorisation écrite évoquant l'objet de la recherche qui est : « *En quoi les pratiques privatives de liberté, dans les unités de crise fermées en psychiatrie, sont-elles un soin ?* ». Une fois l'autorisation accordée nous avons contacté les infirmiers choisis pour convenir d'un rendez-vous afin de mener l'entretien.

5.1 Outil utilisé

Pour notre enquête exploratoire nous allons mettre en place des entretiens semi-directifs et individuels. Cela nous permettra d'avoir des points de vue approfondis, sans influence d'autrui. Nous établirons une série de questions guides ouvertes qui aborderont les concepts principaux composés de sous-thèmes. Les thèmes abordés seront la gestion de la crise autour des pratiques privatives de liberté qui peut engendrer un environnement carcéral et comment le soin prend place au milieu de ces privations de liberté. Nous souhaitons que les entretiens se passent dans un lieu isolé. Avec l'accord des personnes interviewées. Nous souhaiterions enregistrer l'échange avec l'accord du professionnel interrogé afin de pouvoir l'étudier et le retranscrire en annexe dans le mémoire.

5.2 Population choisie

Nous souhaitons établir l'enquête en interrogeant différents professionnels de santé au sein d'une unité crise fermée, des UMD et d'un institut de formation. Nous aimerions interviewer un IDE qui travaille actuellement en unité crise fermée puis un autre au sein des UMD. Si nous obtenons l'accord de mon directeur de mémoire, nous aimerions échanger avec une formatrice au sein de l'IFSI qui a travaillé en tant que cadre dans un service d'hospitalisation sous contrainte. Ainsi nous pourrions élargir les visions puis les objectifs du soin dans l'aigu tout en y associant les pratiques utilisées et l'environnement.

5.3 Lieu d'investigation

Ces enquêtes se dérouleront à 3 endroits différents, le premier entretien se produira aux UMD, le deuxième et troisième dans un service d'unité de crise fermée et le quatrième se présentera au sein d'un IFSI puisque nous interrogerons une formatrice qui a travaillé en tant que Cadre dans un service d'hospitalisation sous contrainte. Pour mes entretiens au sein de l'unité crise fermée et l'UMD, ce sont des lieux qui appliquent des hospitalisations sous contraintes ainsi dire, des soins autour des privations de libertés comme les portes fermées, l'isolement, les

contentions etc. De ce fait, nous avons envoyé une demande d'autorisation d'enquête auprès de l'hôpital concerné qui nous a fait un retour positif (autorisation en annexe).

5.4 Guide de l'outil

Pour mener à bien mon enquête, nous avons mis en place des questions en lien avec le cadre de référence puis des questions d'ordre générales pour compléter au mieux notre recherche. Pour rappel la question de départ est : « *En quoi les pratiques privatives de liberté, en accueil crise fermé, sont-elles un soin ?* » (Tableau en annexe)

Ainsi l'entretien commence par des questions d'ordre général :

- Pourriez-vous vous présenter et expliquer votre parcours professionnel ?
- Quels sont les raisons qui vous ont motivé à travailler au sein d'une unité d'accueil crise fermée ?
- Pourriez-vous me présenter votre service, l'organisation, le règlement concernant la vie communautaire ainsi que me décrire les locaux ?

Pour le concept en lien avec le soin :

Nous aimerions étudier le soin dans sa globalité, en psychiatrie puis sous contrainte afin de comprendre les différentes prises en charge qui s'y réfère et comment le patient y trouve son autonomie. Les questions posées sont :

- Comment travaille-t-on avec un patient sous contrainte qui n'est pas demandeur de soins le plus souvent ?
- Comment respecte-t-on son autonomie et comment construit-t-on une relation de confiance avec lui ?

Pour le concept en lien avec les unités crise fermées :

Nous souhaitons définir les unités crise fermées ainsi que leurs spécificités. Définir la crise et les différentes méthodes misent en place pour la gérer. Puis étudier les avantages et les inconvénients d'un service de soin où les portes sont fermées. Les questions posées sont :

- Qu'est-ce qu'une unité crise fermée, quel est sa spécificité ? (Ou UMD)
- Quels types de patients est pris en charge au sein de votre service ?

- Pourquoi est-il nécessaire (d'enfermer ou fermer les portes ?) pour soigner un patient en crise ?

Pour le concept en lien avec les pratiques privatives de liberté :

Nous cherchons à étudier les différentes pratiques privatives de liberté en psychiatrie, si celles-ci sont thérapeutiques, ce que ressent le patient face à ce type de soins et s'il existe des méthodes alternatives. Les questions posées sont :

- Que pensez-vous des mesures coercitives et privatives de liberté ?

- La décision de mise en chambre d'isolement est très fortement réglementée. Pouvez-vous me raconter une expérience de mise en chambre d'isolement, de sa motivation jusqu'à la sortie gérée du patient en passant par le séjour en chambre ? Comment l'avez-vous vécu ? Pouvez-vous me dire quelles étaient les indications thérapeutiques ?

- Pensez-vous qu'il existe une autre façon de faire ? existe-t-il des pratiques alternatives ? Merci d'argumenter votre réponse par des exemples cliniques ou théoriques

Pour finir, question d'ordre général pour clôturer l'entretien :

- Avez-vous des éléments à rajouter que nous n'aurions pas mentionné ?

5.5 Analyse

5.5.1 Synthèses des entretiens

Nous avons changé les prénoms des infirmiers afin de préserver leur anonymat.

Entretien n°1 : durée 56 min

Ben est diplômé depuis 2017 et a travaillé dans une structure intra hospitalier qui accueillait des patients autistes déficitaires avec des gros troubles du comportement. Aujourd'hui il travaille dans une unité pour malades difficiles.

Ben a découvert les UMD lors d'une présentation au sein de son IFSI, celui-ci a été séduit par ce type de prise en charge. Après avoir travaillé auprès des autistes durant 4 ans, il décide d'intégrer les UMD en 2021. Il décrit les UMD comme un lieu très fermé et sécurisé, c'est-à-dire portes d'entrée fermées à clés, des douves entourées de murs de 4 mètres de hauteur, une chambre d'isolement, les patients sont seuls dans leur chambre et se composent d'une salle de

bain puis d'un bureau. Tout est sous contrôle afin de préserver la sécurité des patients et des soignants. A l'entrée, les affaires personnels du patient sont fouillées et mises sous clés. Rien ne rentre, rien ne sort. Le mobilier est scellé au sol. L'extérieur est bien aménagé, il offre aux patients un endroit verdoyant et agréable. Le service met en place diverses activités comme l'ergothérapie, loisirs créatifs, remise à niveau scolaire, salle de sport, piscine etc.

Pour Ben il est important de créer de l'alliance et de la confiance pour soigner un patient sous contrainte. Pour lui, cette démarche thérapeutique est longue et fastidieuse étant donné que les patients qu'ils ont en charge, ont pour la plupart, côtoyé le milieu carcéral. Selon Ben, en prison, les libertés sont plus larges puisqu'ils peuvent manger ce qu'ils veulent à n'importe quel moment de la journée et fumer du shit, vu sous cet angle, la prise en soin est plus difficile à mettre en place aux UMD. Ce sont des patients qui sont, souvent chimio-résistants, avec de multiples passages à l'acte sur les équipes soignantes ou bien des actes médicaux légers graves ou des prises en charge qui arrivent à bout. Les pathologies rencontrées sont principalement des patients psychotiques, quelques états limites, beaucoup de schizophrénie ainsi que des structures psychopathiques.

Quant à l'autonomie des patients, elle est minime, pour Ben les soignants décident de tout, heure des repas, des activités, du couché etc. Mais cette autonomie peut se situer durant les temps libres ainsi que les activités, où ils peuvent progressivement, reprendre confiance en eux et créer une alliance avec les soignants.

Les UMD n'est pas sectorisée ! c'est un service de stabilisation de longue durée, au minimum 6 mois. C'est la CSM qui est une commission composée de 6 psychiatres qui décide de maintenir ou non l'hospitalisation. La plupart des patients viennent d'accueil crise fermée où le travail d'entretien infirmier, les traitements seront poursuivis ainsi que les prises en charge sociales tout en appliquant un cadre un peu plus fermé que les accueils crise fermées.

Pour Ben, il est nécessaire de fermer les portes des UMD pour le côté contenant. Pour lui, les pratiques privatives de liberté sont un soin tant qu'on leur donne du sens. L'infirmier doit exposer les bienfaits et l'intérêt des pratiques à son patient comme l'isolement par exemple, considéré comme un moment de retrait et d'apaisement. Le but de l'infirmier aux UMD est d'appliquer des soins et non être « maton » selon son expression.

Quant aux contentions, pour lui elles ont complètement leur place dans les velléités de passage à l'acte auto et hétéro-agressive. Par expérience, il considère qu'il est important d'anticiper les

éventuels passages à l'acte afin d'éviter tout incident sur les soignants ou patients. Pour cet infirmier, les mesures privatives de liberté ont leur place dans le soin, sont utiles et font sens aux patients. Leurs alternatives passent par l'anticipation en lien avec l'observation clinique du patient, afin de l'isoler puis de le canaliser avant l'agitation.

Nous pouvons en conclure qu'aux UMD et au vu du type de patients pris en charge, les pratiques privatives de liberté sont nécessaires tant qu'elles sont utilisées dans le cadre d'un soin afin de préserver les soignants puis les patients aux éventuels débordements et agitation qui pourrait engendrer de la violence. Ce type de soin doit faire sens et être utilisé avec parcimonie.

Entretien n°2 : durée 55 min

Léa est une infirmière qui travaille en psychiatrie depuis sept ans. Elle a fait quatre ans de psychiatrie carcérale puis par la suite de la crise fermée adulte. Ce qui l'attire, ce sont les types de pathologies prises en charge au sein de ces services. L'unité crise fermée où travaille actuellement Léa accueille des patients hospitalisés sous contrainte, c'est-à-dire que leur état psychique ne leur permet pas de donner leur consentement aux soins nécessaires. On retrouve au sein de son service des patients avec des névroses ou psychoses avec des troubles en phase aiguë de décompensation comme des crises suicidaires, des troubles bipolaires, de la schizophrénie, des burn-out, ainsi que tout type de pathologies en phase aiguë. Elle met en évidence que certains patients sont accueillis pour des raisons sociales comme des SDF qui se réfugient sous couvert d'une psychopathologie simulée, ou bien des maladies dégénératives comme l'Alzheimer car aucune institution ne peut les accueillir.

Dans les unités crise fermées, les patients ne peuvent pas avoir accès à l'extérieur de l'unité, sans une intervention soignante. La porte est fermée, à clé soignante, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas aller et venir au sein de l'hôpital comme ils le souhaitent. Ils sont bridés dans leur liberté d'aller et venir. Ils ne peuvent pas sortir du bâtiment, mais dans l'unité tout est ouvert avec une cour en accès. Elle décrit son unité comme vétuste ainsi que non sécuritaire, des locaux anciens et non adaptés aux types de prise en charge, comme de longs couloirs non visibles des postes infirmiers, des douches non fonctionnelles, des chambres doubles qui ne peuvent pas se fermer à clé ce qui engendre des vols et de la tension entre les patients. Des chambres d'isolement trop petites avec du matériel inadapté, c'est-à-dire qu'en cas d'altercations, les soignants se retrouvent en difficultés dans une pièce très exiguë à devoir potentiellement

intercepter un patient ou le contenir. Les activités ont été récemment mise en place, elles se déroulent seulement le week-end et certaines sont sur prescription médicale.

Pour Léa lorsqu'un patient est hospitalisé sans consentement il est important de créer de la confiance et de l'alliance une fois la crise canalisée. Un patient en crise aiguë avec une anosognosie franche n'est pas en état de communiquer. Pour cette infirmière, il est primordial dans un premier temps, de gérer l'état de décompensation qui passe par les entretiens psychiatriques, infirmiers et les thérapeutiques. La franchise est la clé pour gagner la confiance du patient et créer une alliance thérapeutique ainsi que l'écoute et la bienveillance. Cela passe par expliciter au patient les causes de son hospitalisation, sa pathologie, les thérapeutiques qui sont appliquées, le cadre et les règles du service. Léa estime qu'il faut être transparent avec le patient et qu'il faut savoir accueillir sa colère. Il est également important de détacher la famille de toute responsabilité auprès du patient, surtout lorsque celui-ci est hospitalisé en SDT. La famille doit jouer un rôle majeur dans les soins, elle doit être vu par le psychiatisé comme une ressource et un pilier.

Pour Léa, il est important d'observer les signes annonciateurs de crise afin de mettre en place des alternatives pour éviter la mise en place de pratiques privatives de liberté. Tout est dans l'observation et la clinique. Pour cette infirmière, il n'est pas forcément nécessaire de fermer les portes pour soigner un patient sous contrainte, mais a contrario, elle a conscience que le risque de fugue est présent et que les portes fermées permettent de contenir. Elle met en lumière certaines unités en France qui laissent les portes ouvertes pour des patients hospitalisés en SDRE, SDT, SPI... et que cela se passe très bien, les fugues ne sont pas plus nombreuses. Pour elle, les mesures privatives de liberté doivent être utilisées vraiment en dernier recours et si toutes les autres voies ont été préalablement épuisées. Elle met un point d'honneur, sur le fait qu'on ne doit jamais isoler ou contentionner un patient suicidaire. Pour Léa, les pratiques alternatives ont complètement leur place pour tous les patients. *« Ça peut être ! un entretien infirmier... ! une prise de traitement si besoin... ! aller fumer une clope avec lui... ! lui proposer un jeu de société... ! l'emmener marcher dans le parc... ! En fait ! ça va vraiment dépendre de la crise, comment elle est caractérisée... ! Est-ce que c'est que...le patient il est complètement euh...morcelé ! Du coup, faudrait peut-être faire du packing, un enveloppement ! Est-ce que c'est qu'il patient... il est... je sais pas moi ! il est euh... très exalté ! (souple) il est euh... en phase maniaque ! etc. ! et du coup ! là ! il a besoin de contenance ! donc on va limiter les stimuli ! Donc ça peut passer par des consignes restrictives ! par exemple euh... plus de*

visites ! plus d'appels ! parce que le patient est sur stimulé ! ou on retire le téléphone la nuit ! pour qu'il puisse dormir ! euh... et après ! si y'a un état d'agitation... euh... a l'instant t avec un passage à l'acte ! auto ou hétéro agressif ! alors auto ! je vais enlever pour les crises suicidaires... ! je vais vraiment parler des passages à l'acte euh... auto-agressifs ! Par exemple, un patient qui a des injonctions qui lui disent... je sais pas ! de se manger les mains ou autre, ou euh... un patient qui nous tabasse ! euh... littéralement ! là ! on peut... on peut faire appel à la chambre d'isolement ! » (l. 403-417). Pour cette infirmière, leurs utilisations sont liées à une volonté politique d'établissement. Elle estime que dans l'hôpital où elle exerce que les alternatives ne sont pas suffisamment pratiquées et que le recours à l'isolement et la contention sont trop nombreux. « l'institution de (heum ! avec sourire) fait que... on a très souvent recours à l'isolement ! et c'est souvent le premier truc qu'on pense ! alors que ça devrait être le dernier ! » (l.439-439) Pour elle cela passe aussi par la formation des soignants et leur envie de faire autrement.

Nous comprenons que cette infirmière proclame les pratiques alternatives et utilisent les mesures privatives de liberté vraiment qu'en dernier recours dans le but de préserver le patient et l'entourage du service. Cela rentre dans le cadre d'un soin pour des patients qui ont besoin de contenance en lien avec leur pathologie, ce qui n'est pas le cas pour tous les patients. Pour Léa, les soins sous contraintes passent avant tout par la transparence, la bienveillance et la communication. Il est important d'être constamment dans la surveillance des signes cliniques afin de contourner des pratiques qui peuvent être évitées en lien avec de l'observance et de l'anticipation. Pour elle, la mise en place de mesures alternatives passe par la volonté de l'institution et par la formation des soignants. Elle est pour une psychiatrie libre et transparente.

Entretien n°3 : durée 1h15 min

Greg est diplômé depuis 2014 et a toujours travaillé en psychiatrie dans différents services comme les UMD, l'addicto, les soins intensifs et aujourd'hui les unités crise fermées. Au départ, il ne pensait pas forcément travailler au sein de ces services mais il explicite que le milieu l'a accaparé parce qu'il était un homme. Aujourd'hui il a une appétence pour ce type de patient dont les pathologies méritent de l'analyse clinique permanente, des diagnostics, de trouver le bon traitement, de voir l'évolution et de faire un suivi en extra-hospitalier. Les pathologies rencontrées sont de type psychotique comme la schizophrénie, qu'elle soit paranoïde ou

héboïdophrène. Pour Greg ce sont des patients victimes de la société car ils sont vus comme « fou dangereux », alors que ce sont juste des personnes avec des problèmes sociaux important. Cet amalgame est souvent véhiculé par les médias, Greg exprime qui les côtoie quotidiennement et qu'il ne s'est jamais fait agresser. Il serait important de faire changer le regard sur ces patients en souffrance. Il décrit ce travail comme valorisant « *Le patient ! il arrive délirant ! qu'il ressort ! et qui nous remercie !* » Ah... ! j'me sens mieux », euh... « *c'était nécessaire ! vous m'avez enfermé !* » donc y'a toujours le champ lexical de la... la prison ! « *J'étais en cellule dans la prison... ! mais ça m'a fait du bien ! et j'me sens bien ! et je comprends maintenant pourquoi !* » Et je trouve que c'est extrêmement important de... voilà ! de... prendre le temps et traiter les maux par des mots ! (l.78-89).

L'unité fermée où travail Greg accueil 15 patients et peut aller jusqu'à 18. Elle se compose de psychiatres, d'un médecin généraliste, d'assistantes sociales, d'infirmiers, d'ASH, d'aides-soignants, de psychologues. Ce sont des hospitalisations sous contrainte, principalement SDRE, péril imminent, SDTU qui doivent rester de courte durée, dont l'objectif est de traiter la crise. Ce type d'hospitalisation est contrôlé par juge des libertés et de la détention afin d'éviter d'éventuels abus. Greg décrit le service comme vétuste et vieillot, les chambres ne sont pas individuelles, les douches et les toilettes sont sur le palier. Pour cet infirmier, les locaux ne permettent pas un « bon accueil » et la configuration lui pose un problème, qui, selon lui, met un frein dans les prises en charge. Deux chambres d'isolement se situent également au sein de l'unité. Le patient doit respecter les temps institutionnels du service qui sont rythmés par les entretiens, la prise des traitements, les repas et le coucher. La porte d'entrée est fermée à clé, la cour est grillagée, des barreaux aux fenêtres, seuls les soignants ont les clés et badge pour sortir du service. Cela permet d'éviter les fugues, les tentatives de suicide ainsi que de faire rentrer des toxiques ou autres dans l'enceinte de l'établissement. Quand leur état leur permet, le patient peut sortir de l'unité sur prescription médicale, cela peut-être une heure comme un week-end. Les activités sportives sont le lundi matin comme le ping-pong et le jeudi de l'escalade sur prescription médicale.

Dans la prise en charge sous contrainte, l'infirmier voit des avantages et inconvénients aux portes fermées. L'avantage est que certains patients ont besoin de contenance et que cela évite l'entrée de toxiques au sein des services. L'inconvénient est que cela peut générer de l'angoisse et du stress supplémentaire pour les psychiatisés. Greg a travaillé dans des unités crises fermées avec les portes ouvertes qui accueillait des patients SDTU, en péril imminent. Il trouvait que le

service était moins anxiogène et que les fugues n'étaient pas plus nombreuses. Les patients étaient beaucoup plus solidaire entre eux, ils étaient moins accaparés par les portes fermées et pouvaient se concentrer sur leur guérison tout en se tournant vers les autres.

Pour Greg, il est important de créer de l'alliance thérapeutique et de la confiance pour soigner un patient sous contrainte. Il faut prendre le temps et lorsque la crise est présente laisser agir dans un premier temps le traitement. Par la suite, quand le patient a la capacité d'écouter reprendre les événements avec lui et expliquer le déroulement de la prise en charge. Pour l'infirmier la place de la famille est indispensable, il est important d'expliquer au patient que celle-ci n'est pas responsable de son hospitalisation, que c'est le médecin qui prend la décision d'hospitalisation sous contrainte. Ainsi dire décharger la famille pour qu'elle devienne une ressource pour le psychiatisé.

La relation de confiance soignant-soigné se construit selon Greg par le biais des entretiens et des éléments du quotidien. Il est fondamental de créer du lien avec le patient en s'intéressant à sa vie extérieure aux murs, autour de son travail, de sa famille, de ses enfants, de ses passions etc. Il est nécessaire de pouvoir accueillir les difficultés qu'il rencontre, ses angoisses, ses mécontentements, sa perte de liberté, tout en gardant une écoute active et de l'empathie. Il est également essentiel de valoriser le patient afin qu'il retrouve une estime de soi. C'est toutes ces petites actions qui vont permettre de créer de l'alliance thérapeutique et de redonner progressivement de l'autonomie au soigné.

Pour l'infirmier les pratiques privatives de liberté comme la chambre d'isolement ou la contention sont nécessaires dans certaines situations et sont considérées comme un soin si elles sont utilisées à bon escient. Il met juste un bémol sur le fait qu'il ne faut pas utiliser ces pratiques sur les patients suicidaires. Greg explicite l'importance de communiquer avec le patient afin de trouver des issues et de comprendre ce qui a mené celui-ci en chambre d'isolement ou à la contention. La remise en question du soignant autour de réunions cliniques lorsqu'une privation de liberté est mise en place est nécessaire afin de trouver des alternatives si possibles. Il trouve également que l'utilisation de la contention diminue depuis peu de temps. Pour lui, l'enveloppement avec des draps lourd peut être une alternative. Il met en lumière que l'hôpital où il travaillait auparavant n'utilisait ni contention, ni chambre d'isolement et que cela fonctionnait très bien. Les méthodes alternatives utilisées par son ancien service sont les « *si besoin* », la médiation par la parole, le packing, « *ça peut être par exemple, « Va marcher dans*

la cour, fume une cigarette et reviens ! et vois si ça va mieux ! euh... défoules toi ! Mais si t'as besoin d'courir, cours ! Des fois... ! (tape la main sur la table) prendre le patient l'amener dans la cour ! dire... ! « Maintenant tu hurles... aussi ! décharge ! » Alors, des fois, j'me demande comment faire... ! ça peut arriver ! (rires) tu tu tu... « ouais décharge ! essaye de trouver un moyen pour décharger ! ». (l.725-756)

Pour conclure Greg estime que les hospitalisations sous contraintes sont bénéfiques pour les patients décompensés et en crise. Cette prise en charge nécessaire demande du temps pour que le patient puisse ressortir avec les facultés nécessaires pour reprendre le cours de sa vie tout en gérant sa maladie. Les pratiques privatives de liberté sont considérées pour l'infirmier comme un soin si elles sont utilisées à bon escient mais il est à la fois conscient que des mesures alternatives sont toutes aussi bénéfiques et méritent leur place dans le soin.

Entretien n°4 : durée 55 min

Célia est actuellement formatrice au sein d'un IFSI. Elle a pratiqué de nombreuses années au sein de différents services psychiatriques et notamment au sein de services en unités crise fermées. Ce qui l'attire est le type de prise en soin pour des patients en crise ainsi que l'aspect clinique et tout le médico-légal. Elle trouve que le travail en duo avec le médecin est très intéressant ainsi que l'accompagnement auprès du patient et des familles. En tant que cadre, elle devait aider les équipes à travailler au mieux auprès de patient difficile et en crise avec une prise en charge pérenne ainsi que sécuritaire. Pour elle, un cadre doit être garant de l'organisation des soins.

Son ancien service d'unité crise fermée était composée d'une porte d'entrée fermée à clé, seuls les soignants pouvaient entrer et sortir librement. Pour elle s'était un lieu sécuritaire voire une ambiance de prison. La liberté de circulation des patients se faisait qu'à l'intérieur du service, c'est-à-dire la cour grillagée, les chambres et le couloir. Il y avait des protocoles spécifiques pour l'entrée, la sortie et la surveillance. L'unité contenait une, voire deux chambres sécurisées puis deux chambres d'isolement. Au sein du service, il y avait des « activités occupationnelles », c'est-à-dire que sous couvert d'activités comme le ping-pong, le jeu de boules, le jeu de cartes etc., les soignants vont observer le comportement du patient pour évaluer l'état clinique de celui-ci. Elle évoque également que les activités en unité crise fermée sont souvent critiquées, car pour l'institution elles n'ont pas leur place dans ce type de service.

Les patients sont hospitalisés sous contrainte, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas la liberté d'entrée et sortir. Un service qui prend en charge des patients en crise aiguë avec tout type de pathologie présentant des troubles cliniques, une hospitalisation qui doit être de courte durée, sans excéder 10 jours afin de trouver une thérapeutique adaptée. *« Alors, ça peut être des entrées de... de jeunes patients... ! avec euh... des entrées en bouffée délirante dans la schizophrénie ! Ça peut être, voilà ! des diagnostics... ! ça peut être des séjours de rupture... ! des patients qui sont, par exemple, en IME ! ils ont fait des gestes hétéro-agressifs, et... ils viennent là ! Ça peut être euh... un patient qui a fait euh... des troubles du comportement et qui ! effectivement, après avoir bu de l'alcool ! a fait un scandale sur la voie publique ! et... le préfet a fait un arrêté de SDRE ! c'est pas la pathologie ! c'est le trouble clinique aigu qui, au regard de la... bah de la gravité des signes cliniques qu'a présenté le patient ! »* (1.409-419). Certains prisonniers ainsi que des autistes peuvent intégrer l'unité accueil crise fermée, quand ils présentent des troubles psychiatriques ou du comportement, un lieu malheureusement pas adapté pour ce type de patient. Célia fait le constat que la plupart des patients ont un problème social et/ou familial important, ce qui engendre une rechute après lors sortie en lien avec une rupture de traitement, par exemple.

L'hospitalisation sous contrainte est contrôlée par un Juge des libertés et de la détention dans les 14 jours, afin de valider ou non le certificat médical établi par le psychiatre, cela a été mis en place après la loi de 2011 pour éviter les hospitalisations abusives. Le patient qui a des droits est représenté par un avocat et peut se faire entendre. Il est important d'expliquer au patient que c'est une procédure de protection et qu'il n'est pas jugé par son comportement en lien avec sa crise.

Pour Célia, il est fondamental d'être authentique puis de créer de l'alliance, de la confiance mutuelle avec les patients, cette confiance se crée autour des entretiens informels, formels et des activités, une fois la crise du patient canalisée. Elle évoque que la place de la famille est très importante et que celle-ci est un soutien dans la prise en soin. L'authenticité passe par le fait d'être transparent avec le patient et de lui expliquer toutes les thérapeutiques qui vont être mis en place ainsi que le but recherché. Pour cette formatrice, l'autonomie du patient au sein de l'unité va passer par les petits gestes du quotidien, les autorisations de sorties, qui vont être dans un premier temps d'une heure et si tout se passe bien, jusqu'à des week-ends entiers.

Pour cette formatrice, il n'est pas nécessaire de fermer les portes pour soigner sous contrainte mais le cadre légal l'impose, médico légalement les soignants ont l'obligation d'appliquer les lois. Un patient doit rester derrière les portes fermées pour être soigné. Si jamais celui-ci fugue avec une velléité de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, ce sont les soignants qui en sont responsable. « *C'est le cadre médico-légal ! C'est-à-dire que s'il sort... il est considéré comme quelqu'un en fugue ! Donc faut déclencher la gendarmerie ! La recherche ! Donc c'est vraiment institutionnel ! C'est-à-dire... il faut que ce soit fermé !* » (l. 487-489). En revanche, à l'intérieur de l'unité, c'est le règlement intérieur de l'institution qui décide des règles à respecter par les soignants puis les patients, tout en sachant que le patient, à part la porte d'entrée ainsi que la chambre d'isolement est libre d'aller et venir comme bon lui semble.

Célia affirme que ce n'est pas forcément la privation de liberté qui fonctionne au cœur des soins, mais plutôt l'alliance thérapeutique et la confiance qui permettra au patient, une fois à l'extérieur, de poursuivre ses soins au CMP. « *Mais ce côté sécuritaire, et d'enfermement... ! c'est plus facile d'enfermer... ! et d'être sûr que personne ne va fuguer... ! que d'avoir un infirmier, peut-être, derrière un patient... ! en disant : « attention ! il faut un peu plus le surveiller ! parce qu'il risque de fuguer !* » (l. 742-745).

Pour Célia la privation de liberté n'est pas nécessaire s'il y a suffisamment de personnel soignant pour surveiller les signes cliniques et anticiper les crises aiguës. Infirmière depuis 25 ans, elle fait un parallélisme sur les prises en charge avant que la loi de 2011 ne soit appliquée. C'est-à-dire que les pratiques alternatives fonctionnaient très bien, les hospitalisations sous contrainte ont toujours existé, mais les soignants sortaient souvent les patients pour des activités extérieurs comme le parapente ou bien de l'escalade, mais aujourd'hui ce n'est plus possible car pour elle les soignants iraient en prison pour non-respect de la loi. Elle met en lumière le changement de management des hôpitaux qui sont, depuis la loi HPST de 2009, gérés comme des entreprises. Le soin est au cœur de la productivité et de la rentabilité, ce qui est impossible, d'où le manque de personnel en vu de faire des économies. Ainsi, ce manque de soignants va engendrer des pratiques privatives de liberté comme l'enfermement, l'isolement, les contentions qui ne sont pas forcément nécessaires.

De plus, elle met en évidence que certains faits divers ont apporté l'aspect sécuritaire des hôpitaux psychiatriques et que les soignants deviennent presque des gardiens de prison « *On le voit bien, quand on accueille les prisonniers... ! C'est des infirmiers seuls qui vont les*

chercher ! quand même ! Ça veut dire que l'infirmier, sous couvert... ! parce qu'il travaille en psychiatrie... ! ça peut devenir quelqu'un de la pénitentiaire ! » (l. 556-563). Pour Célia c'est la politique qui nous a mené à ces dérives. Elle prend en exemple, la période du COVID où les privations de liberté ont été importantes et parfois injustifiées sous couvert du risque de contamination.

Nous comprenons que Célia qui a connu les soins psychiatriques avant l'arrivée de la loi de 2011, mise en place par Nicolas Sarkozy, a vu la psychiatrie prendre un nouveau tournant. Ce vent nouveau sous couvert de la sécurité pour tous en lien à des faits divers dramatiques a certainement progressivement laissé place à des pratiques plus privatives de liberté. Mais les soignants ne sont pas dupes et souhaitent utiliser plus de mesures alternatives au cœur de leurs soins.

5.5.2 Analyse des questions

Question 1 : Pourriez-vous vous présenter et expliquer votre parcours professionnel ?

Ben est diplômé depuis 7 ans et a travaillé auprès d'autistes avant d'intégrer les UMD.

Léa est infirmière depuis 7 ans, elle a fait de la psychiatrie carcérale pendant 4 ans puis elle est en unité crise fermée depuis 3 ans.

Greg ancien ASH a fini ses études d'infirmier en 2014 puis à intégrer différents services, dont les UMD, les soins intensifs, l'addicto avant d'atterrir en unité crise fermée.

Célia est actuellement formatrice au sein d'un IFSI, elle a pratiqué en tant qu'infirmière pendant 25 ans dans différents services, notamment en accueil crise fermée en qualité de cadre.

Il nous semble pertinent de connaître le parcours professionnel ainsi que l'expérience des infirmiers qui travaillent dans des unités fermées. En lien au cadre de référence, l'expérience et la formation des professionnels sont des éléments clés dans les prises en charge sous contrainte. Ainsi, nous pensons qu'il est important de savoir appréhender et gérer les situations de crise aiguë.

Question 2 : Quelles ont été les raisons qui vous ont motivée à travailler au sein de cette unité ?

Ben a découvert les UMD lors d'une présentation au sein de son IFSI, il a été rapidement séduit par l'univers et les prises en charge des patients.

Pour Léa, l'envie de faire de la psychiatrie carcérale a toujours été présente, lorsqu'elle est partie de son ancien service, elle a souhaité prendre en charge des patients en unité crise fermée, car selon ses dires, c'est ce qui se rapproche le plus des patients détenus.

Greg a une appétence pour ce type de population en lien avec des pathologies à diagnostiquer, des analyses cliniques, les évolutions après la mise en place des thérapeutiques ainsi que le suivi extra hospitalier. Il trouve valorisant de voir le patient sortir de l'unité avec un état psychique stable « Ah... ! j'me sens mieux », euh... « c'était nécessaire ! vous m'avez enfermé ! » donc y'a toujours le champ lexical de la... la prison ! « J'étais en cellule dans la prison... ! mais ça m'a fait du bien ! et j'me sens bien ! et je comprends maintenant pourquoi ! » Et je trouve que c'est extrêmement important de... voilà ! de... prendre le temps et traiter les maux par des mots ! (l.78-89)

Célia apprécie les prises en soins des patients en crise aiguë ainsi que l'aspect clinique puis tout le côté médico-légal en lien avec l'accompagnement, que ce soit auprès des patients ou de leur famille. Le travail en duo avec le médecin autour de la recherche du diagnostic la séduit. Son rôle de cadre lui permettait d'aider les équipes à travailler de façon pérenne et sécuritaire auprès de patients difficiles.

Les infirmiers qui travaillent au sein des unités d'accueil crise fermée ont une attirance pour ce type de population sous contrainte qui demande une prise en charge sécuritaire. L'aspect clinique, les diagnostics et la gestion de la crise aiguë sont au cœur du soin. C'est-à-dire, des soins adaptés avec une surveillance constante dans un milieu sécurisé. Ce qui séduit ces infirmiers c'est de pouvoir aider ces patients à stabiliser leur maladie, afin qu'ils reprennent le cours de leur vie à l'extérieur des murs, dans de meilleures conditions, qu'elles soient sociales ou bien familiales.

Question 3 : Pourriez-vous me présenter votre service, l'organisation, le règlement concernant la vie communautaire ainsi que me décrire les locaux ?

Ben décrit les UMD comme un lieu très sécurisé qui se compose de deux portes d'entrée avec ouverture séquentielle, rien ne rentre, tout est fouillé. L'unité est encerclée par des murs de 4m de haut ainsi que des douves. Tout le mobilier est scellé, fenestrons et prises sécurisés, armoires fermées à clé, objets personnels interdits ou sous contrôle. La vie quotidienne est très encadrée afin d'éviter tout acte auto ou hétéro agressif, cela va jusqu'au contrôle du nombre de couverts avant et après les repas. Des activités sont régulièrement proposées comme l'ergothérapie sur prescription médicale, du sport, de l'art, jardin thérapeutique, etc. Les chambres d'isolement sont peu différentes des chambres classiques, mais celle-ci qui sont individuelles, restent bien aménagées et respectent au mieux l'intimité du patient ce qui montre l'ampleur du cadre sécuritaire généralisé dans toute l'unité.

Léa et Greg sont en unité crise fermée dans le même service dont l'entrée, composé de deux portes séparées d'un sas, sont à clé soignante. Les fenêtres sont munies de barreaux et la cour est grillagée. La sécurité mise en place, selon Greg est pour éviter les fugues, les suicides et l'entrée de produits toxiques. Ils soulignent l'état vétuste et peu adapté des locaux comme les chambres qui sont non individuelles et qui ne ferment pas à clé, ce qui engendre des vols puis de la tension entre les patients. Les toilettes ainsi que les salles de bain se situent sur le palier et sont en nombre restreint. Pour Ben l'environnement n'est pas approprié pour bien accueillir de façon respectueuse les psychiatisés. Les locaux, les chambres d'isolement ainsi que le matériel qui s'y trouvent sont inadaptés ce qui offre une faible sécurité. Les temps institutionnels qui doivent être respecté sont structurés puis rythmés par les soins, les repas, les traitements. Les patients sont libres d'aller et venir à l'intérieur du service. Les activités ainsi que les sorties sont limitées puis encadrées. Les activités se déroulent principalement le week-end, les permissions de sortie se font sur prescription médicales et se limite à certains psychiatisés.

Célia décrit les locaux où elle travaillait comme sécuritaire dégageant une ambiance « *un peu de prison* ». Des locaux fermés à clé mais qui n'empêchait pas la liberté d'aller et venir des patients à l'intérieur du service, c'est-à-dire de la chambre à la cour grillagée. Les activités au sein de l'unité qu'elle décrit comme « activités occupationnelles » permettaient aux soignants

d'évaluer l'état clinique du patient. Le cadre organisationnel permettait de rythmer puis structurer les journées de la même manière que le service de Léa et Greg.

Ces entretiens mettent en lumière deux réalités, celle des UMD qui contient un cadre très strict avec une rigueur sécuritaire nécessaire pour le type de patient que les soignants accueillent. Puis une volonté d'encadrement en unité de crise fermée, parfois freinée par le manque de moyens et de personnels ainsi qu'une atmosphère qui vise la sécurité dans les soins. Les temps institutionnels permettent de cadrer puis rythmer les journées des patients, mais parfois le règlement intérieur qui structure la vie communautaire, peut impacter l'autonomie des psychiatisés. Tous ces éléments peuvent influencer les prises en charge ainsi que le soin.

Question 4 : Comment travaille-t-on avec un patient sous contrainte qui n'est pas demandeur de soins le plus souvent ?

Pour Ben, il est important de créer de l'alliance thérapeutique et de la confiance avec le patient, un travail long et fastidieux mais essentiel. Sachant que la plupart viennent du milieu carcéral et que la majorité souhaite retourner rapidement en prison en lien avec des libertés plus larges. Ainsi le défi pour ces soignants est de mettre en place des soins dans un univers restreint et sécuritaire tout en se différenciant des figures autoritaires.

Pour Léa, tout dépend du patient, de sa décompensation et de son anosognosie. Dans un premier temps, il faut que la crise aiguë soit canalisée pour entrer en communication avec lui, cela passe par les traitements médicamenteux, les entretiens psychiatriques puis infirmiers. Par la suite l'alliance ainsi que la confiance peuvent-être mises en place, cela passe par la transparence, la bienveillance et l'honnêteté. Les patients n'ont pas envie d'être là, en lien avec la contrainte et l'environnement peu propice. Mais il est primordial de leur expliciter les raisons de leur hospitalisation tout en leur donnant les clés pour se soigner. Il est également nécessaire de décharger la famille en vue qu'elle devienne ressource au cœur des soins.

Le vision de Greg sur la prise en charge d'un patient sous contrainte rejoint celle de Léa. Pour lui, il est important de créer de l'alliance thérapeutique une fois la crise aiguë canalisée par l'action des traitements. Par la suite le patient est suffisamment posé et apte à communiquer sur sa pathologie et la prise en soin qui en découle. Pour Greg, le travail se concentre sur la compréhension de l'élément déclencheur de la crise, l'insight, l'acceptation de la maladie, l'adhésion au traitement et l'élaboration d'un projet de soins. Il met en avant l'importance de

déculpabiliser la famille qui aurait pu être à l'origine de l'hospitalisation en expliquant au patient que c'est le médecin qui acte la contrainte de soin.

Quant à Célia, formatrice et ancienne cadre en unité crise fermée, rappelle que 90 % des patients hospitalisés sous contrainte n'adhèrent pas spontanément aux soins. Ainsi le rôle des soignants est de créer un lien, un climat de sécurité, et d'accompagner afin que le patient puisse être dans une démarche d'acceptation des soins. Cette adhésion des patients passe par l'authenticité des soignants, des entretiens informels autour d'activités occupationnelles, découlant ainsi vers de la confiance puis de l'alliance. Pour cette infirmière l'aide de la famille joue un rôle de soutien qui est primordial.

On observe que les infirmiers se rejoignent tous en ce qui concerne l'alliance thérapeutique. En unité crise fermée, le soin commence par la stabilisation d'un état de crise dans un environnement contraignant. C'est pour cela qu'il est important de construire de l'alliance autour de l'authenticité, de la bienveillance, de l'honnêteté et de la transparence. Dans ce cadre, la patience, l'adaptation et la posture empathique du soignant deviennent des outils fondamentaux pour parvenir à une forme d'adhésion du soin de la part du patient. L'objectif est que la contrainte soit perçue comme une chance d'apprendre à vivre avec sa maladie à l'extérieur des murs. Les activités permettent de créer du lien au travers d'entretiens informels. Le soin fait sens quand l'humanité est au centre de la prise en charge. L'homme a besoin de sécurité, de contenance pour évoluer mais également d'attention et d'affection. Donald Winnicott le démontre parfaitement lorsqu'il explicite sa vision du soin autour « *du handling et du holding* ». Pour lui, le soin doit évoluer dans un environnement propice où les contacts affectifs et l'attention sont présents, pour que l'individu ne ressente ni angoisse, ni insécurité. Nous pouvons également mettre en lien avec le cadre de référence que Jacques Hochmann « *Soigner en milieu psychiatrique. Une perspective historique* », (2021) pense que le trouble mental est lié à une réaction causée par les conditions de vie, ce qui permet de développer une thérapie autour du milieu de vie du patient et de ses relations interpersonnelles. C'est ce que l'on retrouve au travers des témoignages des soignants lorsqu'ils exposent que la famille joue un rôle primordial de soutien dans les soins du patient.

Question 5 : Comment respecte-t-on son autonomie et comment construit-on une relation de confiance avec lui ?

Ben, infirmier en UMD, reconnaît que l'autonomie du patient est très limitée dans ce type d'unité car ils sont décisionnaires de tout. Pourtant, il souligne l'importance de laisser au patient des petites marges de liberté en lien avec les activités, de choisir le moment d'aller et venir entre leur chambre et la cour pour fumer une cigarette. Pour résumer, selon lui, l'autonomie du patient entre les murs est minime, mais elle va passer par des petites choses du quotidien qui lui permettra de reprendre progressivement confiance en lui.

Pour Léa, le respect de l'autonomie passe par la transparence, la bienveillance puis être à l'écoute du patient et principalement de ses besoins. Même s'ils sont dans un environnement contraignant, il est important pour Léa qu'il y est une prise en soin qui respecte le rythme du psychiatriqué et de façon holistique. Elle démontre que, dans sa pratique, elle prend toujours le temps d'expliquer au patient sa pathologie et de l'informer de chaque étape de sa prise en charge. C'est pour elle une façon de maintenir la confiance de la personne et de poser les bases de l'alliance. Elle observe et anticipe les éventuelles crises en surveillant les signes qui peuvent démontrer que le patient n'est pas bien. Dans ces moments-là, elle demande au patient ce qu'elle peut faire pour lui, ce qui permet de mettre en place des méthodes alternatives et d'éviter la décompensation du soigné.

Greg partage une vision très concrète de la construction du lien. Il explique que les temps informels, comme des discussions sur les éléments du quotidien autour d'un café partagé, d'une clope dans la cour ou des activités, sont essentiels. Il souhaite que les patients ne voient pas les soignants comme des distributeurs de médicaments et cela passe par l'intérêt que l'on porte à celui-ci au travers de sa vie personnelle comme ses enfants, sa famille, son travail, ses passions. Pour lui respecter l'autonomie c'est valoriser celui-ci au travers de ce qu'il effectue au quotidien afin de lui redonner confiance. Ces toutes ces petites choses, toutes ces petites attention qui permettent de créer de l'alliance et de respecter l'autonomie du patient.

Célia, explique qu'il n'y a pas vraiment d'autonomie en unité crise fermée ou qu'elle limiter à un lieu qui est cadrant et sécurisant, tout dépend également des règlements intérieurs mis en place par les médecins et/ou l'institution. Elle souligne que, l'autonomie peut prendre place progressivement si l'état du patient le permet en lien avec des autorisations de sorties. Dans un

premier temps, l'accord de sortie est d'une heure, si tout ce passe bien, la prochaine autorisation sera de plusieurs heures pouvant aller jusqu'à un week-end.

Ce qui ressort de cette question, c'est que l'autonomie du patient sous contrainte est limitée mais pas inexistante. Cette autonomie se révèle au travers des éléments du quotidien, du droit d'aller et venir dans le service, au travers des soignants qui valorisent leur progrès et qui souhaitent construire un lien de confiance. Les activités jouent un rôle clé, puisqu'elles offrent un espace d'expression libre. Ce sont toutes ces étapes qui vont permettre aux soignés d'acquérir de plus en plus liberté et de voir progressivement la porte de la sortie s'approcher. *« L'atelier d'ergothérapie se présente comme un espace d'expression, un espace de jeu potentiel ou l'acte peut prendre sens »*, Gaëlle Riou, ergothérapeute et France Le Roux, infirmière.

Question 6 : Qu'est-ce qu'une unité crise fermée, quel est sa spécificité ? (Ou UMD)

Ben qui travaille en UMD, décrit cette unité comme une structure très fermée, extrêmement sécurisée, qui permet de stabiliser des patients sous contraintes présentant des troubles psychiatriques sévères, souvent chimio-résistants et ayant des antécédents médico-légaux lourds. Les UMD sont non sectorisés, ce qui signifie que les patients peuvent venir de toute la France. Envoyé par leur hôpital d'origine, les patients intègrent les UMD après un passage en observation dans un service d'accueil crise fermée. La durée moyenne d'hospitalisation est de six mois, renouvelable ou non après la CSM qui est une commission composée de 6 psychiatres extérieurs. Pour Ben, ce type d'unité permet de reprendre un travail thérapeutique et social approfondis. Ainsi cet environnement sécurisé, structuré, ainsi dire cadrant, est indispensable pour assurer la stabilité et permettre un travail de fond sur le long terme.

Pour Léa, les unités crise fermées accueillent des patients hospitalisés sous contrainte où leur liberté d'aller et venir est bridée puisque les portes d'entrées sont fermées à clé. La durée moyenne d'hospitalisation est de trois semaines, parfois les patients restent de quelques jours à plusieurs mois.

Pour Greg qui exerce dans le même service que Léa, décrit que les unités fermées permettent de gérer la crise aiguë grâce à son cadre contenant. Dans les 12 jours, le patient accompagné

d'un avocat est reçu par le juge des libertés et de la détention afin de vérifier que le certificat de contrainte établi par le médecin soit justifié et respecte la loi, cela permet d'éviter des hospitalisations abusives.

Célia rejoint Greg, pour elle, les unités fermées accueillent des patients sous contrainte en vue de canaliser la crise aiguë. L'hospitalisation ne doit pas excéder 10 jours selon la DSM, mais souvent les patients restent plus longtemps pour que les soignants puissent observer l'efficacité des thérapeutiques et voir s'ils sont adaptés. Elle met en lumière qu'un effectif suffisant d'infirmiers est primordial pour le bon déroulement des soins. Cette unité médico-légale est contrôlée par le juge des libertés et de la détention à la suite de la loi de 2011 qui a ouvert la porte vers des abus. Cette procédure préserve le patient, il est nécessaire de rassurer celui-ci sur le but de cette démarche qui vise à le protéger et non à le juger.

Les unités d'accueil crise fermées permettent de gérer la crise aiguë du patient dans un cadre contenant, c'est à dire fermé à clé. Un soins médico-légal contrôlé par un juge des libertés et de la détention depuis la loi de 2011. Une procédure qui vise à préserver le patient de toute hospitalisation abusive. Parfois vu, par celui-ci comme négatif par peur d'être jugé sur les conséquences de sa maladie, il est nécessaire de lui expliquer que c'est une démarche de protection. On comprend que la durée moyenne d'hospitalisation dépasse les recommandations, parfois il est nécessaire de garder un patient sous haute surveillance afin de surveiller les effets des thérapeutiques mis en place. Cela demande un nombre d'infirmiers suffisants pour anticiper les risques de rechute et pour éviter un enfermement puis un cadre sécuritaire trop strict. « *Des unités de soins intensifs avec les portes d'entrée fermées à clé ont été créées pour les patients difficiles à contrôler dans les unités ouvertes (Van der Merwe 2009). À ce jour, beaucoup d'unités psychiatriques modernes ferment à clé leur porte d'entrée en tout temps (Bowers 2010) ».*

Question 7 : Quels types de patients est pris en charge au sein de votre service ?

Ben explique que le service accueille des patients difficiles ainsi que des prisonniers qui sont souvent en échec thérapeutique, en lien avec des chimio résistances. Il s'agit de personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères, notamment des psychoses chroniques comme la schizophrénie, souvent associées à des troubles du comportement ou de la personnalité importants, des conduites violentes répétées. On retrouve également des patients avec des

passages à l'acte multiples, des actes médicaux légaux graves, ou bien des prises en charge qui arrive à bout, rendant leur prise en charge complexe dans des unités classiques.

Léa, décrit une population avec des psychopathologies extrêmement variées, qu'elles soient névrotiques ou psychotiques. Les patients hospitalisés sous contrainte au sein de son unité sont en phase aiguë de décompensation avec des troubles psychotiques, des épisodes maniaques, des tentatives de suicide, des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs. Elle soulève le fait que la plupart des psychiatrisés sont en grande difficulté sociale, des individus en situation précaires, qui parfois sans domicile, sont hospitalisés par défaut. Le service accueille aussi des personnes atteintes de démences lorsque d'autres structures ne peuvent les prendre en charge.

Greg partage cette diversité. Il parle de patients atteints principalement de schizophrénie, souvent en pleine décompensation, avec des troubles délirants ou des comportements violents. Des individus hospitalisés sous contrainte soit en SDRE, en péril imminent, en SDTU essentiellement. Il mentionne également des états limites, des troubles bipolaires en phase aiguë, des troubles graves de l'humeur, ou encore des patients qui sont en rupture de traitement. Greg met l'accent sur le fait que *« les gens ont souvent euh... un imaginaire très commun... c'est très fantasmé ce qui se passe dans les hôpitaux psychiatriques ! Les... Ils sont vus comme des grands fous ! ou très dangereux... ! euh... et au contraire ! quand on les côtoie... ! Ça fait... dix ! douze ! peut-être treize ans maintenant ! euh... que je les côtoie... ! C'est plutôt eux qui sont victimes de la société ! Ils ont des problèmes sociaux ! ils sont pas dangereux ! ils méritent aussi qu'on s'occupe d'eux ! C'est pas des gens qu'on aurait forcément enfermé derrière des murs et oublier... » (l.42-51)*. Il met en évidence que les psychiatrisés sont souvent stigmatisés en individus dangereux alors que ce sont juste des personnes malades avec un problème social qui mérite d'avoir comme tout le monde, une place dans la société. *« Donc je trouve que ça stigmatise vraiment le... euh... le patient ! Et... euh... je trouve que c'est important de pouvoir changer le point de vue aussi ! en disant : « bah non ! en fait ! ils ne sont pas dangereux ! » Moi, j'ai jamais été agressé en... depuis que je fais ce métier-là ! »*

Célia, explicite que les raisons d'hospitalisation sous contrainte ne reposent pas sur le type de pathologie mais sur les troubles cliniques ainsi qu'à l'incapacité à consentir aux soins. Elle évoque une grande diversité de profils, comme des jeunes adultes entrant dans la schizophrénie avec des bouffées délirantes aiguës, des ruptures de traitements, des actes auto ou hétéro agressif, des troubles du comportement, des abus d'alcool avec scandale sur la voie public ou

parfois des prisonniers. Célia évoque que certains patients comme les autistes sont pris en charge dans ces services fermés pour passage à l'acte hétéro agressif, alors que ce ne sont pas des services appropriés pour eux. Elle met en lumière que la spécificité de ces unités réside dans leur capacité à encadrer la crise le temps de mettre en place le traitement adapté.

Ce qui ressort de cette question, c'est que les unités crise fermée accueillent une population très variée, marquée par la gravité des troubles, la perte d'autonomie décisionnelle, et des contextes souvent sociaux complexes. *« Nous subissons aussi généralement des enfermements préventifs, justifiés par une menace potentielle (nourrie par l'imaginaire psychophobe) et non en raison d'actes de violences réellement commis, ce qui est doublement injuste. Les gens s'aperçoivent qu'ils n'arrivent plus à comprendre ce qu'on dit ou fait et les fantasmes autour « du fou dangereux » font le reste ». « Psychiatisés contre les traitements forcés », zinzizine.net.* Les soignants doivent s'adapter en permanence pour proposer des soins adaptés dans un cadre sécuritaire. Selon la haute-corse.gouv.fr *« Les soins psychiatriques sous contrainte concernent les patients dont le consentement est altéré par des troubles mentaux et dont l'état nécessite des soins et une surveillance médicale constante. Ils sont étroitement encadrés par la loi. Il existe deux procédures d'admission en soins psychiatriques sans consentement : l'une sur décision du représentant de l'État, et l'autre sur décision du directeur de l'établissement psychiatrique, à la suite d'une demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ».*

Question 8 : Pourquoi est-il nécessaire (d'enfermer ou fermer les portes) pour soigner un patient en crise ?

Ben, résume simplement l'enfermement à un besoin de contenance.

Quant à Léa, sa position est plus nuancée. Pour elle il n'est pas nécessaire de fermer les portes, mais elle exprime que si celles-ci sont ouvertes, le patient aura tendance à fuguer puisqu'il n'a pas envie d'être là, donc fermer l'unité peut être un moyen de garantir sa sécurité. *« La seule différence... entre les unités ouvertes et les unités fermées ! c'est que le risque de fugue... il est contenu... parce que les portes sont fermées ! c'est tout ! Est-ce qu'il y a un intérêt à ça ? parfois oui ! souvent non ! »* (l. 493-499). Léa met en avant qu'il existe des unités ouvertes qui prennent en charge des patients sous contrainte et qu'il n'y a pas plus de fugues.

Greg reconnaît que la porte fermée peut avoir un effet rassurant pour certains patients. Il évoque le cas d'une patiente qui a demandé à rester en unité fermée car elle s'y sentait plus en sécurité.

Pour lui, la fermeture des portes permet de mettre le patient à l'écart des produits ou des fréquentations toxiques. Il en déduit que la porte fermée peut être un outil de protection, de contenance pour des patients morcelés. Mais il met en parallèle son expérience au sein d'une unité ouvertes qui accueille des patients sous contrainte en SDRE, SDTU ou péril imminent et que cette prise en charge fonctionnait très bien. En conclusion, pour Greg, il est nécessaire d'avoir les portes ouvertes et les portes fermées selon le type de patient « j' pense qu'y a des services qui pourraient être ouverts et fermés à la fois, mais je pense qu'il faut toujours garder euh... ces structures fermées ! Pour moi, les UMD sont nécessaires ! par exemple ! » (1.884-886).

Célia rappelle que la fermeture des portes est avant tout une obligation médico-légale dans les unités sous contrainte et que cela n'est pas forcément nécessaire. Elle précise que les soignants n'ont pas le choix parce que la loi 2011 impose que les portes soient fermées pour garantir la sécurité du patient et préserver la responsabilité de l'établissement. A l'intérieur du service c'est le médecin, le cadre du service et l'institution qui décident du règlement intérieur sans oublier les droits du patient qui est d'aller et venir au sein de l'unité comme bon lui semble. Célia évoque également des contrats de soins quand l'état du patient le permet, c'est-à-dire des autorisations de sorties progressive sous forme de contrat de confiance.

En conclusion, la fermeture des portes dans les unités crise fermée est une exigence légale et sécuritaire en lien avec la loi mise en place par Sarkozy en 2011. Elle répond à un besoin de contenance physique et psychique en prévention des risques de fugues qui pourrait mettre le patient en danger en lien avec des vellétés de passage à l'acte auto ou hétéro agressif. Ainsi selon Bernard Durand « *Il met une fois de plus en avant le laxisme du monde de la psychiatrie face aux patients dangereux. Il utilise ainsi les faits divers récents et dramatiques pour ne pas laisser place à l'opposition de son projet de réforme. Un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques est annoncé avec « la mise en place d'un dispositif de géolocalisation pour les patients, l'installation d'une unité fermée par établissement, la création de deux cents chambres d'isolement et l'ouverture de quatre unités nouvelles pour malades difficiles ».* De plus, Mathieu Bellashen dans son ouvrage « Abolir la contention », explicite que « *ce tournant sécuritaire, matérialisé dans les dispositifs de contrôle, s'est accompagné d'une transformation des pratiques de soins où la gestion des risques, la peur des procès et la suspicion à l'endroit des personnes en soin a pris le pas sur la création de relations thérapeutiques réelles* » (p.66 à

68). Toutefois, les portes fermées ne doivent pas engendrer la nature du soin basé sur le relationnel, la confiance et l'autonomie du patient.

Question 9 : Que pensez-vous des mesures coercitives et privatives de liberté ?

Ben dévoile que tout peut faire « *soin* » si on y met du sens derrière. Il explique que les chambres d'isolement sont des temps de retrait nécessaire lorsqu'un patient est en tension et que les entraves lors d'une crise vise à protéger l'entourage d'un éventuel acte hétéro agressif. Pour lui, ce sont des outils thérapeutiques à utiliser avec parcimonie et que ces mesures doivent être expliquées au patient. Il met en lumière que parfois, il a la double casquette, celui du maton et de l'infirmier, c'est-à-dire qu'il se situe entre le soin et la sécurité.

Pour Léa, il n'est pas toujours nécessaire d'utiliser des mesures privatives de liberté et qu'il existe des pratiques alternatives qui fonctionnent très bien. Pour elle, il est primordial de ne jamais utiliser l'isolement ou la contention sur un patient suicidaire. Il est important lorsque certaines mesures sont utilisées, d'expliquer le but recherché au patient car leurs emplois peuvent être traumatisants. Elle admet que certaines privations de liberté sont nécessaires, comme par exemple, retirer le téléphone, l'ordinateur pour un patient en phase maniaque afin d'éviter tout stimuli ou bien interdire certaines visites pour éviter l'entrée de stupéfiants. Tous ces pratiques doivent être expliquées au patient pour que cela puisse être intégré comme un soin et une protection. Elle dénonce que l'hôpital où elle travaille utilise beaucoup les contentions et la chambre d'isolement en lien avec la politique de l'établissement. Pour elle, ces utilisations excessives peuvent être évitées par des pratiques alternatives et une formation approfondie de certains soignants.

Greg révèle qu'il avait fait son mémoire sur la contention pour en comprendre les avantages et les inconvénients. Pour lui, il peut y avoir des nécessités de son utilisation lorsqu'il y a des passages à l'acte hétéro agressif et comme Léa, il ne contienne pas les patients qui font des passages à l'acte auto agressif. Certains patients demandent la contention lorsqu'ils en ressentent le besoin, cela leur permet de se fixer des limites, Greg leur propose quand c'est possible, l'enveloppement en alternative. Pour lui la contention va être bénéfique pour certains psychiatisés comme le schizophrène, et pour d'autres, complètement inutile comme l'oligophrène ou le patient limité intellectuellement. Il met en lumière une unité, où il exerçait auparavant, qui n'utilisait pas les pratiques privatives de liberté, elles étaient remplacées par

des méthodes alternatives et cela fonctionnait très bien. Pour lui « *plus les gens ont été formés ! c'est ce qui ressortait de mon mémoire ! plus les gens étaient... formés sur l'isolement, contention ! plus les gens avaient de l'expérience ! mieux c'était vécu, parce qu'ils savaient euh... que c'était un soin ! une nécessité pour le patient ! pour l'amélioration qui pouvait en découler ! Tandis que quand on est jeune diplômé, si c'est mal expliqué au départ ! si les collègues c'est vraiment... un truc un peu... « C'est bon, c'est habituel ! » ben... pourquoi on fait ça, en fait ? » (l. 783-805). Il est important pour lui de se poser toutes ces questions et de se réunir entre professionnelles pour comprendre pourquoi elles ont été utilisées, dans quel but et si elles peuvent être évitées.*

Célia distingue plusieurs formes de contention, notamment la chimique et la mécanique. Elle explique que, dans un monde idéal, ces pratiques ne seraient pas nécessaires, mais que le manque de personnel et les conditions de travail rendent parfois leur usage inévitable. Elle rappelle que, dans le passé, les DATI n'existaient pas car la présence humaine était suffisante. Aujourd'hui, les effectifs réduits obligent parfois à recourir à des mesures privatives de liberté pour maintenir la sécurité. Pour elle, il y a une cause à effet entre le manque de personnel et la politique des hôpitaux depuis la loi HPST de 2009 où rentabilité et productivité doivent être au premier plan. De ce fait, si les hôpitaux fonctionnent comme des entreprises, les pratiques sont biaisées et ce biais passe par l'utilisation des pratiques privatives de liberté qui ne sont pas forcément nécessaires. Célia met un point d'honneur sur le fait que l'unité où elle avait travaillé sans chambre d'isolement puis contention, fonctionnait très bien. Elle évoque que depuis la mise en place de la loi de 2011 en lien avec des faits divers dramatiques, les pratiques se sont modifiées et l'aspect des hôpitaux sont devenus sécuritaire. Célia avoue que les chambres d'isolement sont nécessaires pour certains patients car ils peuvent mettre la vie des autres en danger mais il est évident pour elle, que les pratiques alternatives ont leur place pour éviter l'utilisation de l'isolement. « *Je sais qu'il y a certaines techniques qui, du coup ! ont été enlevées sous mauvais prétexte ! Pas parce qu'elles ne fonctionnaient pas, hein ! Mais parce qu'il fallait amener le côté sécuritaire ! Parce qu'on a décidé de... effectivement... manager ! en tout cas euh... diriger des hôpitaux comme des entreprises ! » (l.648-652) Célia fait un parallélisme avec la période du Covid où sous couvert de contamination, les privations de liberté ont été fortement présentes au sein de toute la population et certaines sont restées. « Donc, sous couvert, je vous dis ! des choses perverses ! « Il y a le risque de passage à l'acte ! Il y a le risque de ça... ! Il y avait l'aspect sécuritaire ! » Et là hop ! on referme ! Et on referme !*

Et on referme... ! » (l. (1.756-755). Pour Célia, il faut être extrêmement prudent avec ces pratiques privatives de liberté « parce qu'on va toujours trouver une excuse ! Et... toujours des bonnes ! bonnes raisons ! pas une excuse ! une raison ! On va toujours trouver à justifier... !

En conclusion, les mesures privatives de liberté sont perçues comme des outils de dernier recours par les soignants. Elles peuvent faire partie du soin à condition d'être justifiées, expliquées, utilisées avec parcimonie et intégrées dans une démarche de soin et de protection. Ce qui ressort c'est que pour certains patients, elles peuvent être nécessaires pour canaliser la crise et que la plupart du temps, elles peuvent être remplacé par des pratiques alternatives. Nous relevons en lien avec le cadre de référence p Llusieurs éléments déclencheurs à ce type de méthodes, qui étaient, beaucoup moins utilisées auparavant. Nous retrouvons la loi de 2011 qui a déployé un aspect sécuritaire dans les hôpitaux psychiatriques, les sous-effectifs dans les services en vue de faire des économies, le manque de formation de certains professionnels de santé sur la désescalade et l'utilisation appauvrit de méthodes alternatives. De plus, « *On relève un accroissement important en 2020 en lien avec le confinement de la pandémie du Covid-19. Plusieurs hypothèses sont soulignées, celle du manque d'effectif pour arrêt maladie et garde d'enfants, ce qui a engendré des difficultés de prises en charge déclenchant une augmentation des états de crise des patients. Ainsi qu'un accès limité aux soins causé par le confinement impactant psychologiquement les personnes atteintes de troubles psychiques* ». Magali Coldefy et Coralie Gandré « *Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre* » (juin 2022)

Question 10 : La décision de mise en chambre d'isolement est très fortement réglementée. Pouvez-vous me raconter une expérience de mise en chambre d'isolement, de sa motivation jusqu'à la sortie gérée du patient en passant par le séjour en chambre ? Comment l'avez-vous vécu ? Pouvez-vous me dire quelles étaient les indications thérapeutiques ?

Ben raconte l'histoire d'une jeune patiente particulièrement difficile avec le bras dans le plâtre qui est devenu agressive suite au refus des soignants qui ont refusé de lui laver les cheveux en dehors des horaires habituels. Une solution lui a été proposé pour qu'elle s'autonomise mais celle-ci l'a refusé. Ainsi frustrée, elle enlève son plâtre et le jette sur les soignants. La décision de l'isoler n'a pas été prise immédiatement, mais après plusieurs épisodes de violence, et de

contenance physique. Sur le moment, Greg ne pose pas les entraves, chose qu'il regrette puisque par la suite la patiente agresse sa collègue. Par la suite, contention et isolement ont été mis en place comme mesure de protection pour les autres. C'est le médecin qui doit prescrire ces mesures. Pour Ben ces mesures de soins ont été nécessaires pour préserver la patiente et son entourage.

Léa, quant à elle, partage une double expérience. Pour commencer, elle évoque une situation où la mise en isolement lui a semblé tout à fait justifiée en lien avec un patient délirant, dans un refus total de soin avec un trouble de la personnalité psychotique, en état de décompensation, hostile, persécuté avec aucune alliance et adhésion aux soins. Ce patient avec des actes hétéro agressif raquettait souvent les autres patients. Au moment de lui proposer un traitement, Léa explique que celui-ci a agressé sa collègue. Dans ce cas, l'isolement a été vécu comme nécessaire avec une surveillance accrue. Par la suite, il a récolté ses excréments pour les jeter sur les soignants, le patient était délirant et pensait être le diable, la contention a été mise en place afin de le contenir et d'arrêter l'escalade de la violence sachant que celui-ci est chimio résistant aux traitements. À l'inverse, Léa révèle un isolement qu'elle a vécu comme injustifié, un patient suicidaire qui avait établi un plan pour s'autolyser. Léa a mis en place une prise en charge autour d'un contrat de confiance avec lui pour le surveiller. Dans cette situation, elle a refusé la mise en isolement, Léa explicite qu'il ne faut jamais contentionner et mettre en isolement un patient suicidaire. Mais son collègue, jeune diplômé a insisté pour mettre ce patient en chambre d'isolement et en a convaincu le psychiatre.

Greg évoque un patient en très forte agitation psychomotrice avec un défaut d'observance de traitement et en conflit permanent avec les autres patients. Il explique que la décision de mise en chambre d'isolement a été prise pour apaiser l'unité, mais aussi pour protéger le patient lui-même. Il avait également des problèmes d'observance de traitements, et l'isolement permettait de mieux surveiller la prise médicamenteuse. Greg parle d'une contention géographique pour abaisser le délire qui, grâce à l'hypostimulation, permet de réduire l'exaltation du patient. Il décrit cet isolement comme une forme de soin à part entière, qui a permis de créer une rupture de l'agitation du patient puis d'instaurer une relation plus calme et contenante.

En conclusion, les mises en chambre d'isolement racontées par les soignants sont variées, mais un constat commun est mis en lumière, celui d'une mesure qui doit rester exceptionnelle et appuyée par des objectifs thérapeutiques précis. En lien avec le cadre de référence « *l'isolement*

consiste à placer la personne à visée de protection dans un espace fermé et séparé des autres patients lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique », Magali Coldefy, Coralie Gandré. L'isolement est vécu comme un outil de soin s'il est justifié, accompagné, expliqué, surveillé et limité dans le temps. Dans ce sens il permet d'apaiser la crise et d'ouvrir à nouveau l'alliance thérapeutique. Ainsi comme le recommande la HAS sur le site has-sante.fr « L'isolement est une mesure limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation de l'isolement représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance, etc. réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité ».

En conclusion, les mesures privatives de liberté sont des soins de derniers recours. Elles peuvent faire « soins » si celles-ci sont expliquées, justifiées dans le but de préserver le patient ou son entourage et utilisées avec parcimonie, en dernier recours puis limitées dans le temps. Leurs utilisations ne sont pas anodines, une surveillance accrue et le rétablissement d'une communication adaptée sont primordiales. Elles permettent de canaliser la crise afin de rétablir une communication au sein du soin. Ainsi « *l'isolement consiste à placer la personne à visée de protection dans un espace fermé et séparé des autres patients lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique* », Magali Coldefy, Coralie Gandré. Ainsi selon la HAS sur le site « *has-sante.fr* » l'isolement est limité à 12h, il peut être renouvelé 12h si l'état du patient le nécessite. Si une prolongation est recommandée, la fiche de prescription doit-être renouvelée toutes les 24h. L'isolement a plus de 48h doit rester à caractère exceptionnel. Pour assurer la sécurité du patient, les visites médicales doivent être au nombre de 2 par 24h. Il est important de communiquer avec le patient pour expliciter le but et les bienfaits recherchés de cet isolement, puis le sujet de sa mise en place. L'isolement doit rester soignant et sécurisant.

Question 11 : Pensez-vous qu'il existe une autre façon de faire ? existe-t-il des pratiques alternatives ? Merci d'argumenter votre réponse par des exemples cliniques ou théoriques.

Ben reconnaît qu'il existe certainement des alternatives aux pratiques privatives de liberté, mais que tout dépend du contexte. Pour lui, l'alternative par exemple, se présente par l'utilisation du retrait en chambre un temps, plutôt que de l'isolement ou un traitement pour apaiser. Cette approche consiste à proposer au patient de passer un moment seul dans sa chambre pour se recentrer. Il précise que ce retrait peut durer de quelques minutes à plusieurs heures, selon les besoins. Pour lui, les pratiques privatives de liberté ont leur place au sein des prises en charge si elles sont argumentées, comprises et intelligentes.

Léa met en avant l'importance de la formation des soignants pour permettre l'utilisation de pratiques alternatives. Elle révèle que l'utilisation des pratiques alternatives aux méthodes privatives de liberté sont en fonction de la volonté et de la politique de l'établissement. Elle évoque la possibilité de prévenir les passages à l'acte grâce à la désescalade verbale, la réduction des stimuli ou encore l'utilisation d'activités adaptées. Elle propose aussi des alternatives concrètes comme les jeux de société, les promenades accompagnées, les entretiens infirmiers, ou encore l'enveloppement thérapeutique « *packing* » pour les patients très morcelés. Pour elle, tout dépend du profil du patient et du moment de la crise. Elle insiste sur la nécessité d'observer et de reconnaître les signes avant-coureurs d'une crise pour mettre en application la désescalade. Elle cite également des unités ouvertes prenant en charge des patients sous contrainte, où les mesures de restriction sont réduites et que cela fonctionne très bien en lien avec des soignants mieux formés.

Greg met en avant plusieurs méthodes alternatives qui permettent d'éviter l'isolement ainsi que la contention, comme l'enveloppement pour les patients morcelés ou en grande agitation, la médiation par la parole, les traitements en « si besoin », de marcher, courir dans la cour, d'aller fumer une cigarette, de hurler pour décharger etc. Il explicite que les méthodes privatives de liberté doivent être vraiment appliquées en dernier recours. Greg révèle que les unités ouvertes et fermées à la fois pour les patients sous contraintes ont un fonctionnement qui portent leurs fruits. Cela est moins anxiogène pour les patients et l'alliance thérapeutique se crée plus facilement « *Parce qu'y a pas de... y a pas de dualité dans ce cas-là ! On n'est pas des matons... !* » (1.903)

Célia défend aussi le recours aux soins alternatifs. Elle évoque que certains médecins, dont un, avec lequel elle a travaillé un certain temps, refusait d'utiliser la contention et les chambres d'isolement comme soin, en remplacement ces praticiens mettaient en place des méthodes alternatives et cela fonctionnaient très bien. Elle met en lien que le manque d'effectif pousse vers l'utilisation de ces pratiques, pour elle moins il y a de soignants, moins il y a de surveillances cliniques qui permettent la désescalade. Les alternatives existent et sont nombreuses mais pour les appliquer il faut le temps et les équipe en nombre nécessaire. Célia rappelle qu'avant la loi de 2011, les soignants sans avis médical, sortait régulièrement avec les patients faire du shopping, du sport, des activités extérieures et qu'aujourd'hui ces soins restent exceptionnels en lien avec les sous-effectifs. « *Donc oui, y'a beaucoup plus d'alternatives qui ont été utilisées avant... ! qui ne le sont plus... ! qui pourraient être encore utilisées ! ou même d'autres ! mais... malheureusement, on vit pas dans un monde « des bisounours » ! ce serait utopique de dire que ça peut se faire ! Dans le contexte actuel, et la façon dont on voit la société en général... ! vous voyez bien, on est dans un courant... quand même... vous allez dire ! les premiers de cordée, les meilleurs, la productivité, la rentabilité... !* » (1.614-622). Avec les pratiques psychiatriques actuelles, pour Célia la médecine alternative permet de donner une bouffée d'oxygène. Pour elle, il y a d'autres choses qui peuvent être mise en place que « *de fermer derrière... de claquer la porte ! ou d'attacher la personne âgée, parce qu'elle risque de tomber, etc. !* » (1.705-709) Elle espère revenir aux pratiques antérieures mais pour cela c'est pas les soignants qu'ils faut remettre en cause mais tout le système.

En conclusion, les professionnels interrogés reconnaissent que des alternatives aux mesures privatives de liberté existent, qu'elles sont multiples, et qu'elles peuvent être efficaces si elles s'inscrivent dans une approche globale du soin. Ces alternatives reposent sur l'anticipation, le nombre de soignants nécessaire, la formation, et l'ajustement du cadre thérapeutique en fonction de la politique des hôpitaux. Selon les contextes, elles ne sont pas toujours faciles à mettre en œuvre, mais elles ouvrent la voie d'une psychiatrie plus humaine, plus souple, et plus respectueuse pour l'individu. « *La prévention des moments de violence reste de loin la meilleure réponse* ». La HAS « *has-sante.fr* » met en avant que la formation des professionnels sur la désescalade est une équipe entraînée et préparée maîtrisant les situations de crises. Elle recommande également l'aménagement d'espace d'apaisement, portes ouvertes en alternative de la chambre d'isolement. Un endroit approprié pour apaiser les tensions et les angoisses du patient tout en lui laissant le choix de quitter la pièce s'il en ressent le besoin. Les psychiatisés

sont les plus avisés pour mettre en avant leurs besoins. Dans l'article « *Si c'est contraint, c'est pas du soin* », ils évoquent un nuancier de médecine alternatives aux méthodes actuellement utilisées. On retrouve « *des refuges de toute petite taille, chaleureux et sécurisants, où rester le temps que ça aille mieux. Des cafés crise. Des numéros d'appel d'urgence. Des groupes d'entraide autour de vécus. Des maisons de passages en journée et soirée, avec un soutien démedicalisé et mutuel : pour recevoir et proposer du soutien et y trouver diverses pratiques de soins, infos, co-écoute, travaux pratiques, divers groupes de parole, etc.* ». Quant à Mathieu Bellashen dans son ouvrage « *Abolir la contention* », le psychiatre dévoile que la France détient des établissements d'exception où l'isolement et la contention sont bannis, comme l'hôpital de Valvert près de Marseille et La Ragne à Gap. Ces deux lieux à taille humaine, compte environ cinquante lits et fonctionnent très bien sans contention ni chambre d'isolement. Ainsi les méthodes alternatives ont fait leurs preuves dans certains services et établissements. Leurs mises en pratiques pourraient réduire l'anxiété des patients et instaurer une alliance thérapeutique plus aisée.

Question 12 : Avez-vous des éléments à rajouter que nous n'aurions pas mentionné ?

Ben n'ajoute pas d'éléments complémentaires, pour lui beaucoup de choses ont été déjà évoquées.

Léa a fait le tour du sujet et comme Ben elle n'a pas d'informations à ajouter.

Greg, quant à lui, saisit l'occasion pour développer son point de vue. Il insiste sur l'importance de la continuité du soin après l'hospitalisation. Il évoque l'alliance thérapeutique comme base essentielle du travail et un suivi régulier du patient auprès des CMP. Il insiste sur le fait que l'objectif est d'éviter une réhospitalisation, en donnant au patient toutes les clés en mains pour retrouver sa place dans la société. « *L'hospitalisation, c'est pas juste les murs ici, de la porte fermée. L'hospitalisation continue encore bien après, avec les collègues extra-hospitaliers qui font un super boulot euh... avec les patients !* » (1. 684-703). Pour lui le soin ne s'arrête pas à la porte de l'unité, mais doit se prolonger à l'extérieur. Il évoque que les formations sont importantes pour remettre du sens dans le soin. Pour Greg, il est nécessaire de faire changer le regard sur l'infirmier en psychiatrie qui ne sont pas « *des matons* ». Il évoque également que la fermeture des lits dans beaucoup d'hôpitaux empêche une prise en charge précoce qui pourrait éviter l'arrivée de « *la crise* ».

Quant à Célia, elle revient sur le fait que les hôpitaux sont gérés comme des entreprises et que cela risque de prendre une mauvaise tournure si on ne change pas notre fusil d'épaule. Elle révèle que beaucoup de soignants sont en « *burn-out* » non pas à cause de la charge de travail, mais parce qu'ils sont contraints d'agir à l'encontre de leurs valeurs, « *Les gens sont arrêtés parce qu'ils ont perdu le sens de leur travail ! C'est-à-dire qu'ils ont fait des choses qui étaient en dehors de leurs valeurs !* » (l. 694-703). Elle revient sur l'époque du COVID où elle a vu des choses « incroyables » où l'on empêchait les patients d'entrée dans les CMP pour éviter toute contamination, elle révèle que les soignants étaient « *hors la loi* » car ils ouvraient les portes pour ne pas les laisser dans la détresse. Pour Célia, il est temps de changer de paradigme dans le soin psychiatrique.

Cette question ouverte a permis aux professionnels de santé de s'exprimer à cœur ouvert et d'ajouter des éléments non mentionnés. Ainsi nous avons amené des informations complémentaires à notre enquête. Elle met en lumière le besoin de cohérence entre les pratiques, les valeurs et les moyens institutionnels. Elle rappelle que le soin sous contrainte doit « faire sens » aux soignants pour une prise en charge holistiquement respectueuse.

5.6 Synthèse de l'enquête exploratoire

En lien avec notre question de départ qui est « *En quoi les pratiques privatives de liberté, en accueil de crise fermé, sont-elles un soin ?* », nous relevons que les infirmiers interrogés explicitent que l'utilisation des pratiques privatives de liberté sont considérées comme un soin si elles sont utilisées à bon escient et en derniers recours. En parallèle, ils évoquent que celles-ci peuvent être contournées ou remplacées par des méthodes alternatives qui sont à l'heure actuelle sous exploité. Toutes ces pratiques qu'elles soient privatives de liberté ou alternatives permettent de canaliser la crise aiguë du patient afin d'instaurer par la suite l'alliance qui passe par la communication. Nous remarquons que certains soignants mettent en avant que le manque de formation des professionnels de santé et les sous-effectifs accentuent les privations de liberté. Tout est lié aux volontés politiques et institutionnelles. De plus, nous comprenons que la majorité des patients ont un contexte social précaire ce qui engendre une difficulté supplémentaire dans les prises en charge. Ainsi l'alliance thérapeutique est le fil rouge essentiel pour la prise en soin sous contrainte basé sur la relation de confiance.

5.7 Limites de l'enquête

Durant notre enquête nous avons rencontré une difficulté en lien avec la question « *Que pensez-vous des mesures coercitives et privatives de liberté* », pour commencer l'utilisation du mot coercitif n'était pas adéquat avec le sujet traité puis il peut engendrer une mauvaise interprétation de notre part sur les soins. De plus, nous avons ressenti cette question comme un sujet sensible et difficile à expliciter, car celle-ci peut toucher les valeurs de certains soignants et mettre en lumière une mauvaise interprétation des pratiques. Nous avons également ressenti que les infirmiers abordent le sujet sur les portes fermées dans les unités avec parcimonie car cela peut remettre en question les pratiques et les décisions institutionnelles.

En dernier point, nous aurions aimé mener une enquête auprès des psychiatisés pour recueillir leurs points de vue, étant donné que ce sont les premiers concernés par l'application des soins sous contraintes, ainsi nous aurions pu comparer leurs réponses à nos travaux de recherche.

Pour terminer, nos visions et nos valeurs sur le sujet ont pu influencer, sans le vouloir, la manière dont nous avons mené les entretiens auprès des infirmiers, le choix des réponses recueillies ainsi que l'analyse qui en a découlé.

6 Problématique

La question sur les soins sous contrainte en lien avec les pratiques privatives de liberté en unité crise fermé font émerger plusieurs problématiques majeures qu'elles soient d'ordre formationnelles, organisationnelles, sociales ou bien politiques.

Pour commencer, certains professionnels de santé ont une formation insuffisante face à la complexité des pathologies rencontrées et à la crise aiguë du patient où ils peuvent se sentir parfois démunis. La maîtrise de la désescalade et l'utilisation des méthodes alternatives sont primordiales pour prendre en charge une décompensation psychotique avant de mettre en place la chambre d'isolement et la contention. Ainsi, l'anticipation de la crise par l'observation clinique, la désescalade verbale, la médiation, la sophrologie, l'hypnose, l'enveloppement, l'entretien informel, les activités occupationnels comme le sport ou autres peuvent apaiser les angoisses ainsi que les tensions. En parallèle, nous avons conscience que pour certaines pathologies en décompensation la contenance par ces pratiques privatives de liberté reste

parfois le meilleur outil de soin quand elles sont utilisées en dernier recours. Nous relevons également que ces formations dépendent de la volonté institutionnelle et non du personnel soignant, et que celles-ci ne sont pas suffisamment proposées et mises en place. Ainsi une formation adaptée autour de méthodes alternatives centrée de façon holistique sur l'humain permettrait certainement de faire diminuer l'utilisation des pratiques privatives de liberté.

En lien à la politique des établissements, nous observons un nouveau paradigme du soin psychiatrique depuis la mise en place de la loi de 2011 par Nicolas Sarkozy. Cette loi est certainement l'élément déclencheur de l'amplification des pratiques privatives de liberté engendrant un environnement sécuritaire dans les unités d'accueil crise fermées. Des faits divers dramatiques utilisés pour mettre en place une sécurité amplifiée au sein des services qui hospitalisent sous contrainte. Un amalgame dont les médias s'emparent entre « *le psychiatrisé* » et le « *fou dangereux* » se crée.

Pour revenir à la volonté institutionnelle, nous remarquons au travers des entretiens que la politique des établissements est gouvernée par la rentabilité depuis la loi HPST de 2009. Ce qui engendre une seconde problématique qui est celle du sous-effectif dans les services. Le manque de personnel engendre une surcharge de travail, une fatigue émotionnelle et des décisions parfois prises dans l'urgence. Le relationnel est la clé dans le soin psychiatrique, prendre le temps avec le patient permet d'anticiper les éventuelles crises ainsi que le recours à l'isolement ou à la contention. Pour cela, il faut que les soignants soient au nombre suffisant, en cas de sous-effectif les pratiques privatives liberté peuvent devenir fonctionnel et non thérapeutique par sécurité et par faute de moyens humains. Les soignants peuvent être parfois démunis et agir contre leurs valeurs ce qui peut engendrer une perte « *de sens* » dans le soin. Cette perte « *de sens* » peut impacter émotionnellement les professionnels de santé. Les sous-effectifs dans les unités amplifient la charge de travail ce qui peut amener à l'épuisement professionnels, voire le « *burn-out* » des soignants. Ce « *burn-out* » entraîne des arrêts de travail et des équipes qui se réduisent au niveau effectif, ainsi dire une escalade problématique actuellement sans issue.

Une autre problématique voit le jour, celle du contexte social. La plupart des psychiatrisés sont isolés, ont un environnement toxique avec régulièrement une situation précaire et familiale difficile, ce qui complexifie le travail thérapeutique. Les patients sont hospitalisés pour des raisons cliniques mais certains pour des raisons sociales souvent sans issues. Ces failles sociales impactent la santé du patient et peuvent générer des décompensations découlant vers des

hospitalisations sous contraintes. Ainsi, nous pouvons mettre en lumière que cette problématique rejoint l'intérêt de l'anticipation des crises aiguës qui restent insuffisantes à l'extérieur des murs. Les entretiens et le cadre de référence met en évidence l'importance de développer les pratiques préventives. Cela passe par des entretiens réguliers à domicile, des espaces d'accueil autour d'un café ou d'une activité, des lieux d'apaisement où les patients peuvent se retrouver et échanger. Certaines alternatives décrites dans le cadre de référence ou lors des entretiens, révèlent des unités ouvertes avec un encadrement plus souple, ce qui permet de faire diminuer l'anxiété des patients et de créer une solidarité entre eux ainsi que de faciliter l'alliance thérapeutiques. Toutes ces méthodes permettent d'anticiper la survenue des décompensations psychiatriques ainsi que l'escalade vers une hospitalisation sous contrainte. Ces propositions, également suggérées par les patients eux-mêmes, dévoilent l'importance de la continuité des soins à l'extérieur des unités afin d'éviter des hospitalisations sous contraintes qui peuvent découler vers des pratiques privatives de liberté.

7 Question de recherche

A partir de nos éléments de recherches en lien avec les entretiens, le cadre théorique puis nos analyses autour de notre questionnement, nous pouvons rebondir sur la question suivante : *« En quoi les méthodes alternatives aux privations de liberté peuvent-elles être bénéfiques dans les soins sous contraintes ? »*

8 Conclusion

L'univers de la psychiatrie est une autre dimension du soin où l'écoute, le respect et la communication sont primordiaux. Aussi il nous a semblé important de nous interroger sur les conséquences d'un univers peut être trop sécuritaire où les pratiques privatives de liberté pourraient se banaliser et ne plus être suffisamment débattues. Au travers de ce mémoire nous avons compris que ces pratiques peuvent être bénéfiques et thérapeutiques pour certaines pathologies. Il est important de mettre « *du sens* » pour ce type de soin et de l'utiliser qu'en dernier recours. Nous avons découvert également les problématiques qui s'y cachaient derrière

et que les choses ne sont pas si évidentes à gérer dans le quotidien des soignants. Entre valeurs éthiques et limites dans le soin, la marge thérapeutique est faible. Ainsi, les méthodes alternatives nous ont prouvé tout au long de l'enquête qu'elles avaient largement leur place dans les soins psychiatriques sous contraintes. Mais nous avons conscience que leurs mises en place dépendent de la volonté des institutions et que des formations auprès des professionnels de santé doivent être approfondies. Dans un paradigme où bénéfiques et économies riment avec soins, nous nous apercevons que notre questionnement est un sujet sensible et difficile à gérer dans le quotidien des soignants puis des patients. Ainsi, une prise de conscience doit certainement faire surface au cœur des politiques pour qu'une nouvelle page se tourne vers une psychiatrie plus humaine.

9 Bibliographie

Vidéos :

Depardon, R. (Réalisateur). (2017). *12 jours* [Film documentaire]. Palmeraie et désert.

Foucault, M. (1978). *Sécurité, territoire, population* [Vidéo, Collège de France].
<https://www.youtube.com/watch?v=btD9laiitzU>

Friard, D. (n.d.). Isoler et/ou attacher : quelles conséquences sur le parcours de vie ? [Vidéo]. Santé Mentale. <https://www.youtube.com/watch?v=CImDJDdNJMQ>

Andraud, J. (2008). Le soin. *EMPAN*, (69), 161-162. <https://www.cairn.info/revue-empan-2008-1-page-161.htm>

Livres :

Bellahsen, M. (2023). *Abolir la contention*. Montreuil : Éditions Libertalia.

Sorman, J. (2021). *À la folie*. Paris : Éditions Flammarion.

Articles :

Association des médecins psychiatres du Québec. (2025). *Qu'est-ce que la psychiatrie ?*
<https://ampq.org/la-psychiatrie/quest-ce-que-la-psychiatrie>

Brugère, F. (2014). Qu'est-ce que prendre soin aujourd'hui ? Le care : éthique et politique. *Multitudes*, (1), 106-113. <https://www.cairn.info/revue-multitudes-2014-1-page-106.htm>

Coldefy, M. (2016). Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes. *Questions d'économie de la santé*, (n°2), 25-30. <https://www.cairn.info/revue-questions-d-economie-de-la-sante-2016-2-page-25.htm>

Coldefy, M., & Gandré, C., avec la collab. de Rallo, S. (2022). *Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre* (Questions d'économie de la santé, n°269). Irdes.

Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. (2019). *Rapport de visite*.
<https://www.cglpl.fr>

Erving, G. (1967). *Asiles*. Paris : Éditions de Minuit.

- Goffman, E. (1967). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- Hesbeen, W. (2012). Le soignant, les soins et le soin. In *Les soignants – L'écriture, la recherche, la formation. Œuvrer au partage du sens du soin*.
- Hochmann, J. (2021). Soigner en milieu psychiatrique. Une perspective historique. *Cliniques méditerranéennes*, (103), 37-52. <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2021-1-page-37.htm>
- Janssen, C. (n.d.). À la rencontre du monde avec Winnicott. *Cliniques méditerranéennes*, (98), 13-28. <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2018-1-page-13.htm>
- Joly, V. (2018). Donald Winnicott : Qu'est-ce que le holding ? <https://psy-enfant.fr/holding-donald-winnicott/>
- Lehmann, J.-P. (n.d.). La clinique analytique de Winnicott : Holding et Handling. *Cliniques méditerranéennes*, (98), 170-206. <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2018-1-page-170.htm>
- Programme de soins psychiatriques sans consentement. (n.d.). *Mise en œuvre : Outil d'amélioration des pratiques professionnelles*. https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974270/fr/isollement-contention-pratiques-de-dernier-recours
- Rémy-Largeau, I. (2011). Rencontre autour du « Prendre soin » : Philosophie du soin, care et soins infirmiers. *Soins*, (758), 48-50. <https://www.cairn.info/revue-soins-2011-3-page-48.htm>
- Riou, G., & Le Roux, F. (2017). L'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin. *Perspectives Psy*, 56(1), 66-72. <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2017-1-page-66.htm>
- Santé Info Droits Pratique. (2019). *Les soins psychiatriques sans consentement : droits des malades*. France Asso Santé.
- Svandra, P. (2008). Un regard sur le soin. *Recherche en soins infirmiers*, (95), 78-86. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-4-page-78.htm>
- Vasconcellos-Bernstein, D. (n.d.). Instaurer l'alliance thérapeutique. In *Les fiches de soins pour réussir en IFSI*, 25-28. <https://stm.cairn.info/toutes-les-fiches-de-soins-pour-reussir-en-ifsii-9782311661866-page-93?lang=fr>

Zinzin zine. (2019). *Si c'est contraint, c'est pas du soin. Des faits, des mythes et quelques alternatives*. Psychiatrisées contre les traitements forcés. <http://www.zinzinzine.net>

Zibodandez (29 octobre 2022). La vie contre la psychiatrie, <https://communaux.cc/a-propos-des-communaux/mentions-legales>

HAS. (20 mars 2017). *La prévention des moments de violence reste de loin la meilleure réponse*. has-sante.fr

Géoconfluences. Ressources de géographie pour les enseignants. <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/biopolitique-biopouvoir>

Ionela L. et Gheorghiu, M. Sc., Coordonnatrice UETMISM. (Janvier 2015). *Ouvrir ou pas la porte ? Avantages et désavantages de la porte fermée à clé de l'unité psychiatrique*. ciusssestmtl.gouv.qc.ca

A. Leboucher et C. (juillet 2022). *Les méthodes de contention en psychiatrie : état de l'art*. <https://www.sante.gouv.fr>

Cairn info. (2022, p.93-96). *Contention chimique et traitements en psychiatrie*. <https://stm.cairn.info/toutes-les-fiches-de-soins-pour-reussir-en-ifs-9782311661866-page-93?lang=fr&tab=premieres-lignes>

Autres sources :

Centres National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012). <https://www.cnrtl.fr>

L'internaute. Groupe Figaro. <https://www.linternaute.com>

Dictionnaire français Larousse. <https://www.larousse.fr>

Le Robert dico en ligne. <https://dictionnaire.lerobert.com>

Académie Française. <https://www.academie-francaise.fr>

Dictionnaire médical. (n.d.). Soins. <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/558-soin/>

Plateforme Bruxelloise pour la santé mentale. <https://platformbxl.brussels/fr>

Wiktionnaire. Le dictionnaire libre. <https://fr.wiktionary.org>

European Union External Action. <https://www.eeas.europa.eu>

Dictionnaire Médical. <https://www.dictionnaire-medical.fr/>

La langue française. <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire>

Legifrance. Le service public de la diffusion du droit. Code de la santé public. (Articles R1110-1 à R6441-2) [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr)

10 Table des annexes

Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretiens.....	I
Annexe II : Autorisation entretiens infirmiers.....	II
Annexe III : Grille d'entretiens.....	III

RESUME

Soigner l'intouchable, au cœur de l'enfermement !

Portes fermées à clés, barreaux aux fenêtres, cour grillagée en hauteur, chambre avec lit et petite table scellés au sol. Des individus déambulent en pyjamas bleus dans les couloirs, leurs affaires personnelles et denrées alimentaires sont enfermées dans des coffres, pas de téléphone portable autorisés, seul un appel par jour est accordé pour certains. Où suis-je ? Le soignant prend le rôle du « *gendarme* » en blouse blanche appliquant des protocoles de sécurité contre sa volonté. Ainsi « **En quoi les pratiques privatives de liberté, en accueil crise fermé, sont-elles un soin ?** » est la question de départ de ce mémoire. La phase exploratoire débute par la construction du cadre théorique qui s'appuie sur des auteurs en lien avec les thèmes abordés. Se poursuivant par la phase exploratoire centrée sur une méthode clinique et les entretiens que j'ai mené auprès d'infirmiers dans différents lieux comme les UMD et les unités crise fermées. Cette enquête a permis de découvrir les raisons qui se cachent derrière les privations de liberté en psychiatrie pouvant générer un univers sécuritaire et que des méthodes alternatives existent et ont leurs places.

Nombre de mots : 187 mots

Mots clés : Privation de liberté, unité crise fermée, soins psychiatriques, univers sécuritaire, méthodes alternatives

ABSTRACT

Cure the untouchable, in the heart of confinement !

Closed doors with keys, bars on the windows, high wire yard, bedroom with bed and small table sealed on the floor. Individuals wander in blue pajamas in the corridors, their personal belongings and food are locked in safes, no mobile phones allowed, only one call per day is granted for some of them. Where am I ? The caregiver takes on the role of the constable in a white coat applying security protocols against his will. Thus, « **In what way are custodial practices, in closed crisis reception, a care ?** » is the starting question of this thesis. The exploratory phase starts with the construction of a theoretical framework that is based on authors related to the themes discussed. Continuing through the exploratory phase centered on a clinical method and the interviews I conducted with nurses in different places such as the the unit for difficult psychiatric patients and the closed crisis units. This investigation has allowed us to discover the reasons behind deprivation of liberty in psychiatry that can generate a safe universe and that alternative methods exist and have their place.

number of words : 184 mots

Keywords : Deprivation of liberty, closed crisis unit, psychiatric care, safe universe, alternative methods

<i>Annexe IV.I : Entretien n°1 avec Ben aux UMD.....</i>	<i>V</i>
<i>Annexe IV.II : Entretien n°2 avec Léa en unité d'accueil de crise fermée.....</i>	<i>XXXIX</i>
<i>Annexe IV.III : Entretien n°3 avec Greg en unité d'accueil de crise fermée</i>	<i>LXV</i>
<i>Annexe IV.IV : Entretien n°4 avec Célia ancienne cadre d'accueil de crise fermée.....</i>	<i>XCVI</i>
Annexe V : Grille d'analyse des entretiens.....	CXXIII
Annexe VI : Carte mentale : Processus prise de décision.....	CXXIV
Annexe VI I : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude.....	CLXXXI

Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretiens


Groupement d'intérêt Public des
Établissements de Santé d'Avignon
& du Pays de Vaucluse


RÉGION
SUD
PROVENCE
ALPES
CÔTE D'AZUR

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M.ME. PAGNIER... Maria... à Madame la Directrice des Soins
Étudiant(e) en soins infirmiers Monsieur le Directeur des soins
Adresse : 506 B, chemin ST Joseph
84110 SÉURET

Téléphone : 07 83 59 69 30
Mail : mae.pag@gmail.com

Avignon, le 19/02/2025.....

Madame, Monsieur,

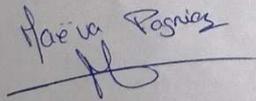
J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)
service(s) [redacted].....

auprès de la(des) population(s) : 2 IDE [redacted] 1 psychologue [redacted]
[redacted] 2 IDE aux UMD [redacted]
dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

des soins pratiqués dans les unités cuse femme, tout particulièrement les
pratiques privatives de l'obst, type hospitalisation sans contrainte, chambre isolement-
Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- ... Pourquoi vous vous présentez et expliquez votre parcours professionnel?
- ... Quels sont les raisons qui vous ont motivé à travailler au sein d'une unité cuse femme?
- ... Pourriez-vous me présenter votre service, l'organisation, le règlement concernant la
vie communautaire ainsi que me décrire la locaux?
- ... Comment travaillez-vous avec un patient sous contrainte qui n'est pas demandeur
de soins le plus souvent?
- ... Comment respectez-vous son autonomie et construisez une relation de confiance avec lui?
- ... Quel est ce qu'une unité d'accueil cuse femme (au UMD), quel est sa spécificité?
- ... Pourquoi est-il nécessaire d'en fermer ou fermer les portes pour soigner un patient
en cuse? → Ci-joint fichiers pour suite des questions.

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

Maria Pagnier


Établissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse
740 chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

Annexe II : Autorisation d'entretiens infirmiers

RE: Demande d'entretiens > Boîte de réception x

À mpagniez@erfpp84.fr, moi ▾

Bonjour Madame Pagniez,

Vous êtes autorisée à faire vos entretiens dans le cadre de votre mémoire au sein du Centre Hospitalier de [REDACTED]

Vous pouvez contacter :

- Madame [REDACTED], cadre de santé [REDACTED]
Si vous le souhaitez, elle autorise un appel ce week-end pour des entretiens le même jour
- Madame [REDACTED], cadre de santé [REDACTED]

Cordialement,

[REDACTED]

[REDACTED]
Cadre Supérieur de Santé
Direction des Soins

[REDACTED]

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à notre établissement.

Annexe III : Grille d'entretiens

« En quoi les pratiques privatives de liberté, en accueil de crise fermé, sont-elles un soin ? »

Thèmes	Ce que je veux savoir	Les questions posées
Généralités	<p>L'expérience et le parcours du soignant</p> <p>Les motivations des soignants pour exercer dans les unités fermées</p> <p>Organisation du service, règles de l'institution.</p>	<p>Pourriez-vous vous présenter et expliquer votre parcours professionnel ?</p> <p>Quels sont les raisons qui vous ont motivé à travailler au sein d'une unité d'accueil crise fermée ?</p> <p>Pourriez-vous me présenter votre service, l'organisation, le règlement concernant la vie communautaire ainsi que me décrire les locaux ?</p>
Le soin	<p>La nature et la vision du soin en psychiatrie.</p> <p>Quels sont les soins sous contraintes et sont-ils considérés comme thérapeutiques.</p>	<p>Comment travaille-t-on avec un patient sous contrainte qui n'est pas demandeur de soins le plus souvent ?</p> <p>Comment respecte-t-on son autonomie et comment construit-t-on une relation de confiance avec lui ?</p>
Les unités crise fermées	<p>L'hospitalisation sous contrainte est-elle seulement une gestion de la crise ou est-elle considérée comme un soin.</p>	<p>Qu'est-ce qu'une unité crise fermée, quel est sa spécificité ? (Ou UMD)</p> <p>Quels types de patients est pris en charge au sein de votre service ?</p> <p>Pourquoi est-il nécessaire (d'enfermer ou fermer les portes ?) pour soigner un patient en crise ?</p>
Les pratiques privatives de liberté	<p>Quels sont les pratiques privatives de liberté en psychiatrie.</p>	<p>Que pensez-vous des mesures coercitives et privatives de liberté ?</p>

	<p>Sont-elles thérapeutiques</p> <p>Les ressentis du soignant face aux mesures privatives de liberté</p>	<p>La décision de mise en chambre d'isolement est très fortement réglementée. Pouvez-vous me raconter une expérience de mise en chambre d'isolement, de sa motivation jusqu'à la sortie gérée du patient en passant par le séjour en chambre ? Comment l'avez-vous vécu ? Pouvez-vous me dire quelles étaient les indications thérapeutiques ? Idem pour la contention ?</p> <p>Pensez-vous qu'il existe une autre façon de faire ? existe-t-il des pratiques alternatives ? Merci d'argumenter votre réponse par des exemples cliniques ou théoriques.</p>
Pour finir	Clôturer l'entretien avec une question ouverte	Avez-vous des éléments à rajouter que nous n'aurions pas mentionné ?

Annexe IV : Retranscription des entretiens

Annexe IV.I : Entretien n°1 avec Ben aux UMD

- 1 **Moi** : Alors, pour commencer, en première question, heum... pourriez-vous vous présenter et
2 expliquer votre parcours professionnel ?
- 3 **Ben** : Oui, alors je m'appelle Ben (se gratte la tête), je suis diplômé de 2017 de l'ifsi de Bagnols-
4 sur-Cèze, euh... De suite, après mon diplôme, j'ai commencé à travailler sur l'hôpital de
5 De 2017 à 2021, j'ai travaillé dans une structure en intra hospitalier qui accueillait des patients
6 autistes déficitaires avec des gros troubles du comportement ! Euh... voilà ! donc de 2017 à
7 2021. Et de 2021 à aujourd'hui (se gratte la tête), du coup ! donc ! unité pour malades difficiles,
8 stabilisation à l'olivier !
- 9 **Moi** : D'accord ! et pourquoi ce choix de travailler aux UMD ?
- 10 **Ben** : Pourquoi ce choix... On avait eu une présentation à l'IFSI d'infirmiers ! euh... en UMD
11 euh...
- 12 Et moi ! j'avais dit ! ça, ça m'intéresse ! Ça, ça me plaît euh..., parce que c'était un peu
13 l'aventure ! quoi ! Et euh... du coup, voilà. Et euh... après, à la base, je voulais pas du tout
14 travailler en psychiatrie ! J'ai postulé à parce que euh... je savais qu'ils embauchaient !
- 15 **Moi** : Ouais...
- 16 **Paul** : J'avais vite besoin de travailler ! Et en fait euh..., je me suis rendu compte très
17 rapidement que j'irai jamais en soin G et que c'était ça qui me plaisait ! quoi ! Et si tu veux ! là
18 là structure, la première structure euh..., ou je...enfin le premier service où je travaillais ! déjà !
19 c'était quelque chose de plutôt fermé ! parce que du fait des pathologies des patients ! qu'ils
20 pouvaient faire des fugues et se mettre très facilement en danger ! on était obligés quand même
21 de... de cloisonner un peu l'accès de certains endroits ! (fait geste avec ses mains) Euh... voilà,
22 et après, j'avais postulé euh... en me disant, bon ! au moins ! ils connaîtront mon nom ! Mais
23 mon CV a dû leur plaire et euh... du coup ils m'ont embauché ! (sourit)
- 24 **Moi** : D'accord ! ouais dans ce que vous faisiez avant, en fait ! c'étaient des soins cadrans ?
- 25 **Ben** : C'est alors ! c'était complètement euh... on est sur leu... le le le l'exact opposé l'un de
26 l'autre !
- 27 **Moi** : d'accord...

28 **Ben** : si tu veux ! parce que j'avais d'un côté, donc des patients autistes ! déficitaires non
29 communicants pour 99% des cas ! Euh... donc euh..., c'était beaucoup de non-verbales,
30 beaucoup d'éducatifs euh..., voilà ! Et on arrive là ! sur les UMD bah !, où 100% des patients
31 parlent ! On n'est pas du tout sur la même pathologie ! etc. ! Mais déjà, par rapport à ce que toi !
32 tu travailles sur ton mémoire ! bon ! il y avait déjà euh... tu vois ! ils avaient pas accès aux
33 chambres ! Où ils...c'était une salle de vie où ils passaient la journée ! quoi ! parce qu'elle était
34 sécurisée, parce que les les radiateurs étaient pas accessibles ! parce qu'ils arrivaient à arracher
35 les radiateurs, des choses comme ça ! Les chasses d'eau n'étaient pas accessibles ! parce qu'euh..
36 on avait des patients qui étaient potomanes et qui pouvaient mettre la tête dans les toilettes !
37 appuyer sur la chasse d'eau et boire ! boire ! boire ! jusqu'à... jusqu'à vomir, voilà ! Donc il y
38 avait déjà euh... ce côté-là un petit peu de... heum...

39 **Moi** : surveillance ?

40 **Ben** : de surveillance, voilà ! Et euh... et euh... ici euh..., voilà qui ! qui est différent ! mais
41 aussi euh... aussi qui a quand même un aspect ! voilà ! de surveillance de tout ça ! qui... qui est
42 quand même bien présent !

43 **Moi** : De cadrer un peu ! mais dans le non-verbal ! et de surveiller que les patients ne se mettent
44 pas en danger non plus ! et fuguent !

45 **Ben** : La première fois ! c'était vraiment cadré ! non-verbal ! et euh... la deuxième fois, là,
46 c'est... c'est pas pareil... là oui ! C'est...

47 **Moi** : c'est cadré avec beaucoup de communication !

48 **Ben** : Oui, beaucoup de communication !

49 **Moi** : Ok, euh... qu'elles sont les raisons qui... t'ont motivé à travailler au sein d'une unité
50 d'accueil crise fermée ?

51 **Ben** : Bon ! déjà ! la curiosité !

52 **Moi** : Plutôt ! Pardon je corrige plutôt aux UMD ! du coup ! parce que là ! on est sur des unités
53 malades difficiles !

54 **Ben** : Oui, Ben... (se gratte la tête) la curiosité euh... moi le côté malades difficiles me meuh...,
55 me titillait ma curiosité !

56 **Moi** : d'accord !

57 **Ben** : Euh... puis un peu ! alors ! un peu l'houra, tu sais l'houra du truc, on est... on est à l'extérieur
58 de l'hôpital... il y a des grands murs d'enceinte... il y a... voilà, c'était un peu... euh... Autant
59 euh..., l'accueil crise fermée ! vraiment ! ça m'impressionnait beaucoup ! parce qu'il y a... je
60 sais qu'il y a beaucoup d'entrées ! sorties ! de machins comme ça... et j'avais pas ce côté-là sur
61 les UMD ! plutôt ça m'attirait ! Et euh... je savais que c'était quand même très cadré ! très
62 cadrant ! Voilà... le le... le... même si le cadre on va dire est... alors il est pas flexible ! parce
63 qu'il n'est pas flexible ! tu as... tu as quand même une liberté de mouvement !

64 **Moi** : ouais...

65 **Ben** : dans le cadre euh... qui est posé !

66 **Moi** : Dans l'unité ! y'a quand même... certaines...

67 **Ben** : Voilà ! même dans les prises en charge ! si tu veux ! y'a un cadre ! c'qui s'fait ! c'qui
68 s'fait pas ! mais dans c'qui s'fait ! tu as quand même une latitude qui fait que la prise en charge
69 est quand même personnalisée ! C'est, c'est pas... on a décidé que ça marchait comme ça !
70 donc ça marche comme ça pour tout le monde ! On a une capacité ! mais y'a quand même ce...
71 ce cadre-là ! et moi ! je sais que c'est une façon de travailler qui me... qui me pose pas de
72 problème et qui me... qui me convient plutôt pas mal !

73 **Moi** : D'accord !

74 **Ben** : Voilà !

75 **Moi** : OK. Heum... Donc ! pourrais-tu me présenter le service, l'organisation, le règlement
76 concernant la vie communautaire, ainsi que me décrire les locaux ?

77 **Ben** : Oui... Je te fais un package global ?

78 **Moi** : Ouais ! super !

79 **Ben** : Euh... (se gratte la tête) donc ici ! on est sur euh... les UMD de ! qui est la
80 deuxième plus vieille UMD de France ! Il y en a 11 au total, euh... 10 ou 11 sur France ! C'est
81 une prise en charge qui n'est pas sectorisée ! on a des patients qui viennent de... toute la France !
82 même des Dom Tom.

83 **Moi** : Comme... Oui, pardon ! Comme il y a peu d'UMD en France ! donc ça peut être
84 éparpillé... c'est pas sectorisé !

85 **Ben** : Exactement ! Euh... et plus précisément ! donc ici ! on est sur un service de stabilisation !
86 Donc euh... nous ça va marcher sur 3 niveaux ! on va dire ! Tous les patients arrivent par
87, qui est le service d'accueil. Donc chaque patient qui est envoyé euh...de son hôpital
88 d'origine ! On n'a aucun patient qui vient de l'extérieur ! c'est-à-dire de chez lui ! il rentre sur
89 les UMD ! Ils sont toujours euh... envoyés par leur hôpital d'origine.

90 **Moi** : D'accord...

91 **Ben** : Donc ils font leur hôpital d'origine ! l'..... ! service d'accueil, Où là euh... il y a un
92 grand temps d'observation ! de mise en place de traitement ! de choses comme ça ! Le cadre est
93 un petit peu plus fermé ! Ils n'ont pas accès à la cafétéria en fin de journée euh... il y a certaines
94 règles qui vont changer !

95 **Moi** : Est-ce que c'est comme des mini UMD ! c'est-à-dire ils restent peu de jours où... là, il y
96 a une...

97 **Ben** : Non ! non non ! c'est vraiment un service à part !

98 **Moi** : Mais qui est quand même fermé ?

99 **Ben** : Qui est là en fait ! qui est dans les murs...

100 **Moi** : D'accord !

101 **Ben** : Je te montrerai en partant ! c'est le premier service euh... quand tu... y'a pas de... au
102 niveau du bâtiment ! y'a pas de... de différence entre eux et nous ! c'est juste qu'au niveau de
103 la prise en charge, au niveau du règlement intérieur dont tu parles ! c'est un peu différent par
104 rapport à ici et ça sera un peu différent par rapport au service troisième niveau ! Donc voilà !
105 donc ils arrivent tous par l'..... et une fois que voilà ! ils estiment que l'état est stabilisé...

106 **Moi** : d'accord !

107 **Ben** : Voilà... et que...et qu'il peut y avoir quand même des troubles du comportement ! mais
108 qu'il y a quand même une certaine stabilisation sur le traitement ! sur les prises en charge ! les
109 entretiens ! choses comme ça...

110 **Moi** : j'ai une petite question ! Donc est-ce que c'est comme... En fait, le patient arrive un peu
111 en état de crise, on canalise la crise un peu comme les unités crise fermée et après, ils viennent
112 aux UMD et en même temps, on fait un bilan sur leur état de santé ?

113 **Ben** : Alors non ! Vraiment, ! le service d'accueil ! c'est les UMD ! C'est vraiment les UMD !
114 Si tu veux, quand ils arrivent des UMD ! ils ont déjà fait pour la plupart... Enfin ! ils viennent
115 quasi tous d'accueil crise fermée.

116 **Moi** : D'accord ! OK !

117 **Ben** : Pour la plupart ! ils ont fait des temps d'isolement ! des choses comme ça... parce que
118 nous ! on prend en charge des patients qui sont... parce que difficile ! ça veut tout et rien dire !
119 C'est... des patients qui sont chimio-résistants ! des patients avec des multiples passages à l'acte
120 sur les équipes soignantes ! c'est des actes médicaux légaux graves euh... voilà ! Donc il y a
121 déjà... si tu veux... ils arrivent pas à blanc ! complètement éclaté ! machin ! Ils arrivent quand
122 même avec une prise en charge qui est... efficace ou pas ! avec des traitements, avec... voilà !
123 mais... voilà ils arrivent souvent d'accueil crise fermée et après ! ils sont... ils arrivent à l'.....
124 dans des états euh... qui sont délirants ou pas ! ça peut... ça change du patient ! qui sont
125 stabilisés ou pas pour la plupart ! Enfin... s'ils sont stabilisés, ils ont plus rien à faire ici ! La
126 plupart sont pas stabilisés ! Donc voilà ! Après, ils font ce temps sur l'..... Ensuite, ils sont
127 dispatchés entre... donc ! l'olivier où nous sommes et le Coudrier, qui sont tous les deux... on a
128 une capacité de 15 et 15.

129 **Moi** : D'accord !

130 **Ben** : Euh... qui sont tous les deux des services de stabilisation. Où là, on va continuer le travail
131 qui a été fait par mon collègue, travail d'entretien... infirmier ! médical ! sur le traitement !
132 euh... sur des prises en charge sociales ! sur euh... voilà certains ont besoin de faire de
133 l'accompagnement euh... qui est au tribunal, qui a une ambassade, etc. Donc voilà ça fait partie
134 aussi de nos missions ! On les garde sur un temps !

135 **Moi** : Ouais...

136 **Ben** : Euh... et ensuite, soit il peut y avoir de chez nous un retour sur l'hôpital d'origine !

137 **Moi** : D'accord.

138 **Ben** : Soit on... continue l'hospitalisation, et là, ils sont envoyés sur les chênes verts, qui est le
139 service de préparation à la sortie, qui se trouve du coup de l'autre côté de l'hôpital ! qui est aussi
140 UMD !

141 **Moi** : D'accord...

142 **Ben :** Mais là où euh... on va vraiment accès à la prise en charge sur la préparation à la sortie
143 euh... le contact avec l'équipe d'origine... les sorties thérapeutiques pour voir le comportement
144 des patients euh... à l'extérieur ! Parce que c'est facile d'être adapté dans un truc où y'a pas...
145 où les murs sont contenantants !

146 **Moi :** Avec des règles à respecter ?

147 **Ben :** Là-bas ! il y a aussi des règles à respecter ! Mais si tu veux ! voilà ! ils vont... il y aura
148 un petit peu plus de sorties thérapeutiques ! pour justement que les collègues puissent évaluer
149 la capacité du patient à... faire une sortie pour s'acheter des habits ! euh... être dans un lieu où
150 il y a du monde ! Euh... Par exemple je sais pas, on fait une sortie à ! Euh... y'a...
151 plein de monde ! Y' a plein de gens qu'on ne connaît pas ! Alors qu'ici, les visages, on les
152 connaît ! C'est très... Il y a quelque chose de très rassurant sur... sur les murs !

153 **Moi :** Bien sûr !

154 **Ben :** Donc voilà !, donc ça va être voilà ! Donc après ! une fois que la commission d'outil
155 médical estime qu'ils sont sortants, il y a un retour sur l'hôpital d'origine.

156 **Moi :** D'accord ! Et pour euh... la personne qui décide s'ils sont sortants ou pas, est-ce que c'est
157 le juge ?

158 **Ben :** Alors, pas du tout ! Tous les 6 mois... En fait, une hospitalisation UMD, c'est minimum
159 6 mois.

160 **Moi :** D'accord !

161 **Ben :** Et tous les 6 mois, ils sont reçus par une CSM, donc une commission de suivi médical !
162 euh... où il y a 6 psychiatres... qui sont extérieurs à la prise en charge du patient ! Donc c'est-
163 à-dire que pour un patient d'ici, ça peut pas être le médecin qui le prend en charge qui euh...
164 qui... qui euh... qui est décideur à la CSM. Et tous les 6 mois, ils sont vus en entretien ! Nous,
165 on soumet à ce collège d'experts, enfin ! ce collège de psychiatres ! une synthèse sur la totalité
166 de l'hospitalisation sur euh... sur les UMD. Ils reçoivent le patient en entretien.... ca dure à peu
167 près 20-30 minutes...

168 **Moi :** D'accord.

169 **Ben :** Ils vont le questionner sur euh... sur euh... les points qu'ils jugent importants à
170 questionner. Et euh... suite à ça, ils peuvent soit avoir un maintien d'hospitalisation sur 6 mois !

171 Donc là, ils vont repartir pour 6 mois et être vus, et euh... et voilà ! Soit, euh... alors ça arrive
172 de temps en temps, 3 mois ! où en fait, ils estiment que... le travail a bien été fait ! mais on se
173 garde 3 mois pour euh... tu sais, pour reprendre contact avec l'hôpital d'origine ! Des petits...
174 des petits ajustements ! Après, ils repassent devant la CSM, si tout va bien ils sortent ! Soit, du
175 coup, la sortie ! Et là euh... y'a... ça passe par le préfet sur une... le... Enfin... on reprend
176 contact avec l'hôpital d'origine, C'est l'hôpital d'origine qui vient les chercher, ils ont 21 jours
177 pour ça !

178 **Moi** : D'accord ! Et après ils... donc, une fois qu'ils retournent dans leur hôpital d'origine, c'est
179 plus de la surveillance... ?

180 **Ben** : La plupart du temps, voilà, ils sont sur des accueils crises fermés ! Après, accueil crises
181 fermées, accueil crises ouvertes.

182 **Moi** : Et progressivement... retour dans la vie... classique !

183 **Ben** : Des fois, c'est... des fois, c'est... voilà, des suivis CMP, des suivis d'hôpitaux de jour,
184 des choses comme ça... mais après, ça ! c'est mis en place par les hôpitaux de jour.

185 **Moi** : De l'ambulatoire, en fait ! plus après ils sont menés à faire de l'ambulatoire !

186 **Ben** : Ouais ! mais ça, c'est vraiment mis en place par les services d'origine ! Nous, on n'a pas
187 du tout la main dessus ! De leur dire... faut faire ça, ça, ça, ça, ça ! y'a pas de... Voilà, le
188 cheminement, c'est un peu près ça.

189 **Moi** : D'accord ! Non c'est bien ! Le patient, il a vraiment un parcours avec des étapes à
190 respecter

191 **Ben** : Exactement !

192 **Moi** : et il sait... il est cadrer aussi finalement ! dans son parcours de soins !

193 **Ben** : Tout à fait !

194 **Moi** : Il sait quelle étape l'attend chaque fois !

195 **Ben** : Exactement ! Tout le monde ne va pas au, la dernière étape que j'ai, parce qu'en
196 fait, eux, tu vois, ça fait une unité, deux unités, une unité. Donc évidemment, si nous, on en a
197 trente, ben eux, ils ne vont pas en recevoir trente ! vu que c'est un accueil de quinze, donc
198 certains sortent de chez nous directement ! Mais voilà, en tout cas, y'a... y'a quand même un
199 parcours patient qui est défini. Sachant que le parcours patient... ils peuvent faire... donc

200 l'....., accueil chez nous ! Si on voit que ça se passe mal, il peut y avoir des retours en arrière
201 sur l'..... pour des déstabilisations, un cadre un peu plus euh... plus rigide, on va dire !

202 **Moi** : D'accord !

203 **Ben** : Et pareil pour euh... pour quand ils sont sur le service... le service de... de sortie.
204 Si on voit que ça se passe mal, il peut y avoir soit un retour chez nous, soit un retour à l'..... !
205 ou un retour à la case départ, et on repart sur...

206 **Moi** : Oui on retourne un peu en arrière ! si jamais c'est pas adapté à la situation actuelle ?

207 **Ben** : Exactement ! exactement ! Si tu veux, c'est mobile ! C'est pas dans un sens ! C'est dans
208 un sens ! Et si on voit qu'il y a besoin, ça peut être marche arrière !

209 **Moi** : C'est... ça peut être réversible aussi ! Ça va être dans les deux sens ?

210 **Ben** : Exactement !

211 **Moi** : Et au niveau donc ! de l'environnement ! de l'unité... comment elle est sécurisée, les
212 activités ?

213 **Ben** : Euh...alors, bah t'as vu, donc déjà ! on a un portail sur le Skéroll où il faut badger pour
214 passer. Ensuite, tu arrives dans le sas d'entrée ! Là, c'est double porte ! donc ! Ce que je
215 t'expliquais tout à l'heure... une porte ne peut pas être ouverte si la deuxième porte est déjà
216 ouverte ! On ouvre une porte ! on rentre ! on ouvre la deuxième ! on sort ! Euh... toutes les
217 portes sont fermées à clé ! Nous, on a des trousseaux de clé qui sont numérotés ! Euh... avec
218 différentes clés qui ont différentes choses ! On ne sort jamais avec les clés. On... on signe une
219 feuille d'emargement en rentrant pour récupérer notre numéro de clé ! Chacun a son numéro de
220 clé ! Et en partant, on dépose la clé, et... elle est jamais... elle est toujours stockée euh... en
221 fait si tu veux ! elle sort jamais du grand bâtiment !

222 **Moi** : Ok ! En cas de perte ou autre pour qu'on puisse retracer ?

223 **Ben** : Bah... c'est ça ! Si on perd les clés, il faut changer toutes les serrures ! Donc là ! Il faut
224 changer certes la porte d'entrée, mais... il faut changer les 15 chambres, il faut changer la
225 chambre d'iso, le bureau infirmier, toutes les portes ! C'est... c'est un passe qui ouvre toutes les
226 portes !

227 **Moi** : Au cas où... si un patient a accès aux trousseaux de clé ?

228 **Ben** : Exactement ! Euh... voilà ! euh... Ensuite, bah là tu vois ! c'est la salle où on fait les
229 entretiens ! le mobilier est scellé ! euh... les chambres, c'est pareil ! lits scellés, tables et chaises
230 scellées ! euh... prises sécurisées ! Là, elles ne le sont pas, mais la plupart des prises, tu sais !
231 tu ne peux pas les arracher ! Euh... la salle de vie ! la salle de vie ! les tables et les chaises sont
232 mobiles ! parceque... c'est toujours une question de praticité ! Tout ce qui est... les téléés... les
233 téléés sont dans des armoires avec du plexiglas pour que la télé n'ait pas d'accès ! Et après... il y
234 a des choses qui rentrent ! des choses qui sortent ! enfin y'a des choses qui ne peuvent pas
235 rentrer ! déjà ! Tout ce qui est parfum ! euh... déodorant en verre ! c'est nous qui les stockons.
236 On les compte avant de les donner ! on les compte en les récupérant ! ça ! ça rentre jamais en
237 chambre ! Euh... pas de rasoir ! c'est tondeuse électrique ! Euh... pareil, on les donne ! on les
238 récupère ! Euh... à table, euh... en fait ! quand on prend son poste ! nous, on est posté ! mais
239 quand on prend son poste ! celui qui s'occupe des repas ! quand il arrive et quand il part ! et
240 après chaque repas ! il faut compter euh... tous les couverts ! Fourchettes ! couteaux !
241 cuillères ! petites cuillères... 15 de chaque ! et il faut émarger ! Et les patients peuvent pas se
242 lever tant qu'on n'est pas sûr d'avoir les 15 couverts ! de chaque ! Voilà euh... quand ils mangent
243 en chambre, pas de fourchette, pas de couteau, c'est des cuillères... Euh... voilà ! c'est une
244 multitude de... Y'a pas de fenêtre !

245 **Moi** : Ouais...

246 **Ben** : C'est des fenestrons que nous ! on ouvre ! On a une poignée qui s'enlève ! donc ! c'est
247 nous qui les ouvrons !

248 **Moi** : Des barreaux à chaque fenêtre... ?

249 **Ben** : Non !

250 **Moi** : Non ! y'a pas de barreaux ?

251 **Ben** : Ben non ! parce que si tu veux ! Comme... comme y'a les murs d'enceinte, si... y'en a
252 un qui arrive à casser la fenêtre de sa chambre et sortir ! bah...il irait pas bien loin quoi ! parce
253 que... parce que Il y a les murs et les sauts de boue de l'autre côté ! Ça fait comme des douves !
254 et après y'a les murs !

255 **Moi** : D'accord !

256 **Ben** : Donc ! y'a pas... y'a pas de barreaux...

257 **Moi** : Pour les repas ! donc au niveau des couverts ! vous comptez ? Donc ! ça veut dire ! est-
258 ce que vous fermez la salle à manger...

259 **Ben** : Oui ! toujours !

260 **Moi** : ...enfin la pièce où ils mangent ? Vous contrôlez si vous êtes au bon nombre de couverts ?
261 Et après ! vous réouvrez les portes ?

262 **Ben** : Et après ! on réouvre ! et ils peuvent sortir ! Si tu veux ! Dans notre salle de vie, t'as la
263 salle de vie ! deux salles télé ! un accès vers la cour ! un accès vers notre cuisine
264 et un accès vers les chambre et le couloir ! Donc ! chaque porte est fermée ! Nous, on fait les
265 allers-retours dans la cuisine ! Et une fois que tout est fermé avant de manger, une fois qu'on
266 sait que le repas est terminé ! que nous on a ce qu'il faut de couvert ! Euh... on ouvre ! on
267 ouvre ! et après ils reprennent ! Euh... pas de briquet ! bien sûr !

268 **Moi** : Ouais !

269 **Ben** : Voilà !

270 **Moi** : Vous avez un système particulier pour qu'ils... allument leurs cigarettes ?

271 **Ben** : Soit on a des briquets nous ! Euh... soit on a des briquets nous ! soit y'a un allume
272 cigarettes avec une résistance... ils appuient sur l'interrupteur ! ça chauffe la résistance ! ils
273 mettent la cigarette ça l'allument ! Ou soit ils s'allument les clopes chacun ! enfin une fois qui
274 y'en a une... ils collent leur cigarette et voilà ! Euh... voilà...

275 **Moi** : Et pour leurs affaires personnelles ? Donc tout est sous clé ?

276 **Ben** : Armoires fermées à clés !

277 **Moi** : Et C'est vous ! qui avez les clés ?

278 **Ben** : Oui ! c'est ça !

279 **Moi** : C'est sur demande qu'ils puissent...

280 **Ben** : ...Exactement ! Le matin, ils nous demandent d'avoir accès ! Euh... On leur ouvre ! et
281 voilà ! Quand ils sont en chambre... ils ont pas le droit d'avoir euh... tout ce qui est chaussures
282 à lacets... jogging avec des cordons... suite avec des cordons...

283 **Moi** : D'accord !

284 **Ben** : Pour éviter... euh... les... les passages à l'acte auto agressifs !

285 **Moi** : Ouais ! Euh... les denrées alimentaires ? si on leur apporte...

286 **Ben** : Alors ça ! Ils ont droit par euh... Les visites ! c'est euh... une visite entre 1h et 2h ! ça
287 dépend d'où ils viennent, tous les 15 jours !

288 **Moi** : D'accord...

289 **Ben** : Euh... pas de produits frais ! pas de produits cuisinés ! que des produits euh... emballés !
290 voilà ! et ils peuvent manger tant qu'ils veulent pendant la visite ! Et après ! La règle chez nous !
291 C'est... c'est pas la même sur les ! Mais en tout cas chez nous ou à l'..... ! c'est...
292 euh... c'qui reste ! part pour le groupe ! et le mercredi et le dimanche ! c'est goûter amélioré...
293 Et là du coup ! ils peuvent partager c'que... c'qu'ils ont amené en visite ! et... Ils sont tous...
294 enfin... c'est comme un accord ! parcequ'on leur a dit ! que si vraiment ils ne veulent pas
295 partager ! il y a possibilité qu'on leur stocke jusqu'au passage sur les ou sur la sortie !
296 et là ! ils partiront avec leur denrées alimentaires... mais La plupart du temps ! ils sont d'accord
297 pour que le groupe profite... des denrées alimentaires qui sont amenées quoi !

298 **Moi** : Ouais, c'est bien ! ça fait un moment convivial et en même temps, ça leur apprend à
299 partager !

300 **Ben** : Exactement ! exactement...

301 **Moi** : Et ça évite les jalousies et... euh... les problèmes !

302 **Ben** : C'est ça ! Et après sur les anniversaires ! où on fait... on fait des chèques ! ils ont... on a
303 des comptes... des comptes patients ! on va... on va à Auchan leurs prendre des trucs ! On
304 essaie de faire les anniversaires... un truc comme ça en groupe ! En groupe aussi ! pour qu'il y
305 ait un semblant de vie normale...

306 **Moi** : OK ! Et après au niveau des activités, donc y'a euh... il y a de l'ergothérapie ?

307 **Ben** : ... De L'ergothérapie !

308 **Ben** : Tu veux que je te refasse...

309 **Moi** : oui ! (rires)

310 **Ben** : (rires) Euh... donc euh... l'ergothérapie ! donc ça ! c'est sur décisions médicales !
311 C'est... chaque semaine, on a un planning avec euh... des activités des patients ! Euh... la
312 plupart du temps, ils vont d'une semaine sur l'autre sur les mêmes activités ! mais les groupes
313 peuvent bouger ! Donc ça ! c'est nos collègues... y'a des infirmiers ! des ergothérapeutes !

314 Euh... et c'est... on va dire ! y'a un temps d'ergothérapie ! on va dire de 9 à 11 le matin ! de...
315 14 à 16 l'après-midi ! Et ça se passe donc ! à l'extérieur de l'unité !... Et euh... c'est euh... donc
316 y'a accès à la piscine... y'a un gymnase ! donc c'est badminton... foot... basket... donc voilà !
317 Euh... y'a une salle de sport ! Et Après... y'a vraiment tout ce qui est art créatif ! sculpture !
318 poterie ! vannerie... Euh ... Ils créent des meubles en bois ! en... cartons ! Euh... peinture !
319 dessin... (tousse) Euh... petite remise à niveau scolaire ! Ludothèque !...

320 **Moi** : ...Ah c'est super ça !

321 **Ben** : C'est des petits trucs !quoi ! mais...

322 **Moi** : Non ! mais c'est bien ! Ça permet de reprendre confiance en soi ! Aussi pour l'extérieur !
323 pour trouver du travail !

324 **Ben** : C'est ça ! voilà ! euh... Papapoum ! Je crois que j'ai fait à peu près euh... une... une liste
325 exhaustive ! Un peu près...

326 **Moi** : Ouais !

327 **Ben** : Et du coup nous euh... nous... en unité euh... quand on a le temps ! c'est plus souvent le
328 week-end ! mais euh... dans la matinée ou l'après-midi... on le fait souvent ! beaucoup de jeux
329 de cartes ! Euh... on a une table de ping-pong... Enfin on achète 2-3 trucs ! pour euh voilà...
330 On est... on est en train de mettre en place un jardin thérapeutique ! Euh... juste là ! euh...

331 **Moi** : Pour faire du potager... ?

332 **Ben** : Potager ouais ! Potager en groupe ! Euh... voilà !

333 **Moi** : C'est une bonne thérapie ! euh... le jardin !

334 **Ben** : On est en train de... L'année dernière, ça n'a pas trop marché ! Enfin, ça n'a pas trop
335 marché car on est pas des très bons agriculteurs !

336 **Moi** : (rires)

337 **Ben** : (sourit) Mais euh... c't'année ! euh... on va réessayer de lancer le projet !

338 **Moi** : Wouais comme ça ! vous aussi ! vous allez pouvoir... avoir la main verte après ! (rires)

339 **Ben** : (rires) Exactement !

340 **Moi** : Super ! merci beaucoup ! donc euh... donc après j'ai d'autres questions !Donc euh...
341 comment travaille-t-on avec un patient sous contrainte qui n'est pas demandeur de soins le plus
342 souvent ?

343 **Ben** : Bah... on crée de l'alliance !

344 **Moi** : Wouais !

345 **Ben** : On crée de l'alliance.... Euh... euh... hum... c'est long et fastidieux par moments !
346 Euh... mais euh... là Beaucoup de nos patients ont connu le milieu carcéral ! donc faut bien
347 faire la distinction entre matons et infirmiers ! On leur dit on est pas des matons ! on est des
348 infirmiers ! Euh... et puis après euh... le fait qu'il y ait la CSM qui prend la décision du maintien
349 ou pas ! nous ! on est complètement extérieur à la durée de l'hospitalisation ! Donc on est pas !
350 on peut pas être un mauvais objet sur...ah bah je suis là... parce que à cause de vous ! Non !
351 C'est les médecins qui te voient ! hein ! donc du coup... y'a tout ce travail là ! sur... l'alliance
352 thérapeutique ! sur... le... sur euh... voilà ! sur... essayer de... bah que l'hospit soit la moins
353 euh... longue et pénible possible !

354 **Moi** : Wouais !

355 **Ben** : Même si on ne joue pas sur le temps ! Mais bon euh... Quand on... J'sais pas ! Si on fait
356 une activité de groupe ! c'est quand même un peu plus facile que de rester toute la journée
357 devant la télé euh... le temps passe plus difficilement ! Euh... voilà ! Et puis après... c'qui y'a
358 c'est qu'on n'a que ! des patients ! qui sont sous contraintes ! Donc y'a pas de traitement... où
359 euh... un serait en soins libres et un... serait en SDRE quoi... C'est tous les mêmes... modes
360 d'hospit !

361 **Moi** : Wouais ! c'est pareil pour tout le monde !

362 **Ben** : C'est pareil pour tout le monde ! Donc voilà ! C'est... mais c'est avant tout l'alliance
363 thérapeutique, le lien euh... travailler la confiance...

364 **Moi** : ça les patients ! ils arrivent à le comprendre ! que vous êtes euh... vous êtes là pour les
365 aider ! pour les soigner... et que vous n'êtes pas là pour euh... apporter... euh comment dire...
366 euh... des règles strictes tout le temps... des des comptes... enfin que vous êtes pas... non plus
367 euh... seulement pour leur appliquer des contraintes strictes ! vous êtes là vraiment... pour leur
368 apporter du soin !

369 **Ben** : Ils comprennent... quand on ne les... reprend pas ! Quand on les reprend... on n'est...
370 on n'est juste pas très gentil !

371 **Moi** : Wouais... D'accord ! Ils ont l'impression d'être traités un peu comme des enfants ! Le
372 fait qu'on leur dise...

373 **Ben** : Oui bah tu sais ! la plupart ils veulent retourner en prison !

374 **Moi** : D'accord...

375 **Ben** : La plupart ils veulent retourner en prison ! parce que tu sais en prison... tu peux fumer
376 du shit ! euh... tu peux regarder la télé et euh... manger ce que tu veux toute la journée ! euh...
377 ici euh... c'est pas possible ! Donc la plupart des patients euh... qui euh... Je ne fais pas de
378 généralité hein ? mais la plupart des patients qui ont... été extraits de détention pour venir ici !
379 euh... ils attendent qu'un seul truc ! (rires) c'est de retourner en prison !

380 **Moi** : Pourtant ! je trouve que votre unité au contraire ! elle apporte beaucoup de choses... !
381 Après je ne sais pas comment c'est au milieu carcéral ! mais y'a quand même pas mal
382 d'activités... Vous avez l'air quand même... super euh... enfin vous êtes bienveillant ! dans la
383 communication !

384 **Ben** : Euh...

385 **Moi** : C'est pour une sortie en plus ! Pour réintégrer un peu... un monde social et réel !

386 **Ben** : On ne les laisse pas fumer du shit ! (rires)

387 **Moi** : Wouais ! wouais ! wouais ! Eh oui ! y'a beaucoup d'addictions en lien... et ça c'est très
388 difficile ! Et vous arrivez à les traiter ces addictions ?

389 **Ben** : En fait euh... le travail... enfin la facilité qu'on en plus par rapport à un accueil crise
390 fermée, par exemple ! c'est qu'on a des murs de 4 mètres autour ! et qu'il n'y a rien qui rentre...
391 y'a rien qui rentre ! tout est fouillé ! Euh... on n'a pas la baguette magique de dire... ah bah
392 c'est marrant ! on lui donne le même traitement que...en accueil crise ! Bon certes ! c'est plus
393 fermé, c'est pas pareil ! mais euh... mais oui c'est normal ! Tu passes 6 mois euh... sans
394 consommer de toxiques ! sans t'alcooliser ! tu prends ton traitement ! parce que ça s'est vérifié,
395 pendant 6 mois ! Bah... tu vas mieux !

396 **Moi** : Wouais ! Plus les activités saines autour !

397 **Ben** : C'est ça ! Donc euh... donc euh... voilà !

398 **Moi** : Ok !

399 **Ben** : J'ai perdu la question ?

400 **Moi** : Non, c'était très bien ! Non c'est moi ! j'ai fait une question de relance ! donc c'était très
401 bien ! Donc après, comment respecte-t-on son autonomie et comment construit-on une relation
402 de confiance avec lui ? Donc tu en as déjà plus ou moins parlé... à la question d'avant !

403 **Ben** : Après, comment respecte-t-on l'autonomie euh... comment respect-on son autonomie
404 euh... par rapport à... Sur quel aspect ?

405 **Moi** : Sachant que l'on est quand même... enfin ! le patient est dans un lieu fermé... comment
406 il arrive quand même à acquérir une certaine autonomie ! sachant qu'il est très cadré... qu'il y
407 a beaucoup de contraintes !

408 **Ben** : Bah... il a l'autonomie sur... comment dire... sur ce qu'il peut gérer, « entre guillemets » !
409 Euh... sur... l'autonomie, elle... elle est minime ! parce que si tu veux ! on est quand même
410 décisionnaire de beaucoup de choses ! Les horaires de coucher ! les horaires de coucher pas
411 quand ils dorment bien évidemment ! mais les horaires d'entrée en chambre ! les horaires de
412 sortie ! les moments où euh... où il peut rentrer ! pas rentrer ! les moments où il mange ! c'qu'il
413 mange ! Euh... c'est quand même nous qui décidons ! Mais après...

414 **Moi** : La journée... euh... même au travers de l'ergothérapie... y'a quand même une certaine
415 autonomie...

416 **Ben** : Oui ! oui ils ont ces moments d'autonomie... où s'ils veulent passer la journée, je sais pas
417 moi... à faire des tours de cours et fumer des cigarettes ! Euh... bon bah voilà ! ils passent la
418 journée voilà ! S'ils veulent... regarder la télé ! enfin voilà ! dans l'occupation de la journée,
419 hors ergothérapie ! y'a quand même une certaine... autonomie ! sur le champ des possibles !
420 Voilà ! Si... y en a un qui me dit qu'il a envie d'aller boire un coup en terrasse ! Bon bah... c'est
421 pas possible !

422 **Moi** : Oui ! Tout ce qui est... on va dire en dehors des murs ! forcément, ils ne peuvent pas
423 être autonomes ! Mais à l'intérieur... leur autonomie va être gérée autrement ! Pour redonner
424 confiance en eux !

425 **Ben** : Wouais... Ils se... Ils se gèrent sur des moments... où il y a possibilité de se gérer !

426 **Moi** : Ok ! C'est un bon début !

427 **Ben** : oui !

428 **Moi** : Un pas après l'autre !

429 **Ben** : Exactement ! (sourit) Exactement !

430 **Moi** : Euh... donc... Qu'est-ce qu'une unité malade difficile ? Quelle est sa spéci... spécificité

431 ? Pardon ! Ça, on en a déjà plus ou moins parlé ! Après si tu veux ajouter des choses...

432 **Ben** : Non, j'crois que j' t'ai fait...

433 **Moi** : Wouais !

434 **Ben** : Un truc à peu près plutôt complet... Non là ! j'ai rien à dire de plus ! je me répèterai, je

435 pense !

436 **Moi** : Oui complètement ! Donc ! Quel type de patient est pris en charge au sein de ton service

437 ?

438 **Ben** : Bah... c'est c'que j'te disais un peu tout à l'heure ! C'est euh...principalement des patients

439 psychotiques ! quelques états limites ! beaucoup de schizophrénie ! des structures

440 psychopathiques. Et... après qu'est-ce qui les amène au UMD ? Bah des chimio-résistances !

441 avec la plupart du temps... beaucoup de traitements qui ont été essayés avec peu d'efficacité !

442 Euh... des passages à l'acte multiples ! Ou des... des prises en charge qui arrivent à bout...

443 enfin y'a des équipes quand t'as tenté tout le champ des possibles que tu as ! bah voilà... y'a

444 une sorte de passage de relais... sur nous ! C'que ! c'qu'on peut faire nous aussi ! y'a des

445 moments avec des patients... quand on est vraiment sur une prise en charge, on se dit ! bah là !

446 on a tout essayé ! bah... on passe le relais sur le ou peut-être que... (claquement de

447 doigts) y'a le truc en plus qui fait que ça marche ! Des fois c'est rien... des fois c'est

448 quantifiable... des fois non ! Voilà... Et après... sur des actes médico-légaux... la plupart du

449 temps ce sont des homicides !

450 **Moi** : D'accord !

451 **Ben** : Et après, la spécificité ! enfin « la spécificité » entre guillemets ! nous... on est... dans

452 la charte ou je sais pas trop quoi ! on prend les... les détenus de la centrale d'..... !

453 **Moi** : D'accord...

454 **Ben** : Sur... des hébergements ! là c'est pas du tout des patients UMD ! mais sur des

455 hébergements de détenus ! si tu veux ! Le,, dépend d'autres lieux... Nous... on

456 récupère les patients d'..... qui est la centrale longue peine ! où ils viennent faire des séjours
457 euh... j'sais pas... euh... suite à des TS, suite a des passages à l'acte ! des... des moments de
458 délire... puissant ! des... des... voilà ! Parce qu'il y a une prise en charge médicale et psy sur
459 ! mais quand euh... c'est trop difficile à gérer, voilà on les récupère ! pour un temps
460 qui est la plupart du temps ! assez court ! Euh... et ça nous arrive de recevoir aussi des gens du
461 ou de, quand y'a pas de place ! y'a pas de place sur euh... sur les autres
462 unités crises !

463 **Moi :** Vous faites quand même un sacré travail ! parce que vous arrivez à... canaliser, à aider
464 des patients ! qui sont des détenus et... qui que... que les infirmiers pardon ! de la prison ! ont
465 du mal eux... finalement à prendre en charge !

466 **Ben :** Oui, parce qu'ils n'ont pas les mêmes moyens ! parce que la plupart du temps ils sont en
467 cellule ! Euh... même s'ils sont en... quartier d'isolement ou quoi... c'est pas pareil que sur une
468 chambre d'isolement ! les traitements ne sont pas pris pareil ! etc. ! Nous là ! c'est soin intensif !
469 euh, les UMD du soin intensif en psychiatrie ! J'vais boire un coup là ! J'ai trop parler ! (rires
470 et Ben boit)

471 **Moi :** Oui, bien sûr, y'a pas de soucis, prends ton temps ! (rires) En même temps j'te pose
472 beaucoup de questions !

473 **Ben :** Non, c'est moi qui parle beaucoup ! Euh... voilà, sur... sur comment on prend en charge
474 les patients d'Arles !

475 **Moi :** D'accord ! Et... pour les... patients chimio-résistants ! donc ça veut dire que les
476 traitements ne fonctionnent pas ! Du coup, vous misez vraiment sur la communication ?

477 **Ben :** Non !

478 **Moi :** Alors comment vous faites ? pour euh...

479 **Ben :** Alors y'a... Le nom de la recherche alors je la sais pas ! je l'ai su ! mais je la sais pas !
480 Mais on peut faire ou on prend... sur un bilan sanguin ! qui est envoyé à Marseille ! où eux !
481 euh... peuvent voir l'efficacité ou non de certaines molécules ! ce qui permet au médecin
482 d'avoir une... une idée de thérapeutique à mettre en place ! et après nous... on travaille... un
483 peu... hop on va part là, ça marche pas on revient, on tente ça euh... ce médicament ça va mieux
484 machin nanin... donc du coup, c'est voilà pt'êre je sais pas mais des doses un peu plus

485 importante ! on a aussi la possibilité de mettre en place les NAP ! les neuroleptiques d'action
486 prolongée.

487 **Moi** : D'accord...

488 **Ben** : les injections ! ça marche très bien aussi ! voilà... Et surtout ! c'est que nous on a la
489 capacité à surveiller les prises ! alors bien sur y'en a qui nous gruge ! ils les calent sous les
490 gencives, la langue etc. Mais déjà ! on donne beaucoup de traitement en gouttes ! Donc ça !
491 une fois que tu les bois ! bah voilà ! Tu les as bu... Euh et puis voilà ! on est euh... on est
492 quasiment cinq pour quinze ! là où en accueil crise ils sont cinq pour... bouh ! je sais pas
493 combien ! entrées ! sorties ! machin ! Donc on peut vraiment vérifier que les patients prennent !
494 Et ça ! l'observance du traitement ça joue aussi beaucoup !

495 **Moi** : D'accord... Et... et du coup ! j'ai pas posé la question tout à l'heure par rapport à
496 l'environnement ! etc. ! Vous avez des chambres d'isolement ?

497 **Ben** : oui ! une !

498 **Moi** : Une chambre d'isolement...

499 **Ben** : Une ici, deux à l'....., deux au !

500 **Moi** : D'accord... Donc ça, ça peut être un outil thérapeutique ! par exemple ! aussi pour les
501 patients chimiorésistants ou euh... qui font des passages à l'acte auto, hétéro agressifs,
502 comment vous les utilisez les chambres d'isolement ?

503 **Ben** : Avec beaucoup de parcimonie ! Heum... pas qu'on est contre ! moi je suis pour la
504 chambre d'isolement... Parce que déjà si tu veux entre une chambre d'isolement et une chambre
505 classique en UMD y'a très peu de différence ! vraiment très peu de différence ! Euh... à part le
506 fait que l'on ait un double accès ! euh... C'est deux portes comme ça ! (montre avec les mains)
507 euh... et que c'est la chambre d'iso ! Euh... c'est un peu whaa ! la chambre d'iso ! Y'a
508 structurellement ! Euh... architecturalement parlant ! y'a très peu de différence ! Si... y'a pas
509 de table ! pas de chaise dans la chambre d'iso ! y'a juste le lit et la salle de bain !

510 **Moi** : D'accord...

511 **Ben** : Non y'a pas de baignoire ! euh y'a pas douche ! y'a juste un lavabo !

512 **Moi** : Lavabo et toilette ?

513 **Ben** : Lavabo, toilette et lit ! c'est tout !

514 **Moi** : Ok ! tout dans la même pièce ou séparé un peu ?

515 **Ben** : Euh... non alors c'est séparé ! euh... y'a une pièce lavabo ! une pièce d'eau quoi ! et
516 une pièce de chambre ! voilà ! Et on a aussi une cours d'iso qui est euh... uniquement pour
517 l'iso ! voilà !

518 **Moi** : Ok ! Donc y'a un accès quand même à l'extérieur pour la personne qui est en chambre !
519 sous surveillance ? mais il peut sortir...

520 **Ben** : ...Ah oui sous surveillance ! sur des temps... pas seul ! Enfin si tu veux, il peut pas dire !
521 j'ai envie de sortir donc du coup je sors !

522 **Moi** : Bien sûr !

523 **Ben** : C'est vraiment sur les temps, d'aller fumer une cigarette ou... on se dit bah voilà ! là on
524 a 20 minutes ! on sort ! il va marcher un peu à l'extérieur et après on rentre ! c'est vraiment
525 nous qui... parce que si tu veux, t'es obligé de sortir d'iso pour aller dans la cour donc c'est...
526 c'est pas possible ! Euh... voilà ! alors que nos chambres le truc en plus c'est que... bah déjà
527 ce sont des chambres, que certaines ont un accès unique sachant que l'on en a quand même
528 certaines avec double accès aussi ! Et euh.. Et euh... et et y'a une douche !

529 **Moi** : D'accord !

530 **Ben** : Aussi ! évidemment ! pour qu'il se lave ! (sourit) Euh... voilà ! Et après ! l'iso... je me
531 rappelle plus d'ta question du coup ! je suis parti dans le truc de l'iso ! Euh... comment on s'en
532 sert ?

533 **Moi** : Voilà ! Si pour vous, c'était un outil thérapeutique ?

534 **Ben** : Oui ! Bah moi je suis vraiment persuadé que l'iso c'est un outil thérapeutique ! Sur le
535 moment où euh... Alors ! je reviendrai après ! j'ai un autre truc à dire !

536 **Moi** : Oui, vas-y ! y'a pas de soucis !

537 **Ben** : Euh... c'est si tu veux... Heum, si tu veux... y'a un moment en fait ! ici les murs
538 d'enceinte ! le cadre est contenant ! Il est vraiment contenant ! ça permet ! le rituel de la
539 journée... c'est très rassurant... y'a des patients qui sont complètement éclatés psychiquement !
540 les murs déjà, les contiennent !

541 **Moi** : Les rassemble ?

542 **Ben** : Les rassemblent, les contiennent ! Le cadre rassemble, contient ! y'a des moments ou
543 même quand même ça, ce cadre-là ne suffit pas ! et y'a des débordements ! y'a l'iso qui est un
544 peu le... le le la contenance dans la contenance ! c'est vraiment là maintenant ! si tu veux c'est
545 euh... vraiment le soin intensif du soin intensif ! c'est que là voilà ! y'a une prise en charge qui
546 est... qui est vraiment spécifique pour ce patient ! ce moment ! évidemment on va pas laisser des
547 mecs 6 mois en iso ! ça n'a pas de sens ! mais y'a un moment donné ou voilà ! ça déborde trop,
548 ça été trop loin ! Euh... y'a eu un passage à l'acte ! y'a eu euh.... Voilà ! Et c'est... l'iso c'est
549 un soin ! En fait c'est un soin tant que... tu l'utilises comme un soin !

550 **Moi** : Parce qu'il est contenant en fait ? Il met encore plus de règles dans les règles et les... les
551 psychiatrisés ont besoin de ces règles-là pour se retrouver et avancer ?

552 **Ben** : C'est ça !

553 **Moi** : Ok !

554 **Ben** : Et voilà ! et pour le sujet... tu as parlé de passage à l'acte auto-agressif ?

555 **Moi** : Oui est ce que vous les...

556 **Ben** : ...Alors pas systématiquement ! parce que nous si tu veux... on a couvertures
557 indéchirables, couvertures papier ! Donc du coup ! déjà, ça permet d'avoir... bah ils peuvent
558 moins s'étrangler avec une couverture !

559 **Moi** : c'est-à-dire en dehors de la chambre d'isolement ?

560 **Ben** : En dehors de la chambre d'isolement ! Ils peuvent être dans leur chambre...

561 **Moi** : Ils ont tous des... pyjamas...

562 **Ben** : Non non non ! en règle générale ils ont drap, couverture, pyjama bleu ! de l'hôpital quoi !

563 **Moi** : D'accord !

564 **Ben** : Mais si euh... je sais pas on a un patient qui vient nous voir ! en nous disant voilà... j'ai
565 des idées noires ! Euh... voilà ! Ou on pense qu'il y a un risque de passage à l'acte agressif !
566 Euh... auto agressif ! pardon ! Heum... on a cette possibilité de euh... les matelas sont censés
567 être ignifugés ! Donc euh... on retire les draps pas pour 6 mois encore une fois ! mais pour un
568 temps ! pour le temps de de... d'évaluation ! Euh... couverture indéchirable ! Euh... et pyjama
569 papier !

570 **Moi** : C'est super ! en fait vous anticipez...

571 **Ben** : ...bah c'est ça le truc de soins intensif !...

572 **Moi** : ...Si jamais y'a un geste ! vous anticipez tout !...

573 **Ben** : ...Exactement ! c'est l'observation ! c'est le... le feeling ! tu sais des fois c'est même pas
574 euh... c'est même pas euh... comment dire ! c'est même pas palpable ! c'est sur une
575 observation ! un... un positionnement dans l'unité ! on les connaît ! tu vois je les vois plus que
576 ma femme ! (je souris) Euh... tu sais je passe 8 heures par jour ! euh... 5 jours semaines ! Euh...
577 les mecs restent minimum 6 mois ! la plupart restent 1 an et demi ! évidemment on les connaît !
578 on connaît leurs habitudes ! On sait comment ça se passe ! On sait reconnaître la moindre
579 tension ! euh... c'est comme les bébés, quand y'a plus de bruit tu te dis ! c'est marrant y'a plus
580 de bruit ! (rires)

581 **Moi** : Y'a une bêtise qui se prépare quelque part ! (rires)

582 **Ben** : C'est des trucs comme ça ! voilà c'est ça ! le soin intensif il est là ! il est vraiment dans
583 le truc de... voilà ! Et... et après tu vois on parlait, tu vois c'est ça où je voulais revenir tout à
584 l'heure !

585 **Moi** : Wouais !

586 **Ben** : Heum... les patients détenus ! eux sont ! systématiquement arrivent en isolement !

587 **Moi** : C'est un temps ? le temps d'observation qui sont en isolement ?

588 **Ben** : Nous on aimerait bien que ce soit un peu... sur le temps d'hospit ! Parce que c'est
589 compliqué ! c'est pas les même statuts ! Tu sais ici y'a vraiment... c'est des... c'est pas... c'est
590 pas les mêmes statuts ! Et puis... sur le groupe des fois ça peut... voilà... c'est des états de crise
591 qui sont un peu plus avancés ! ça se mélange... des fois pas très bien !

592 **Moi** : Wouais faut éviter que ça crée une cohésion entre eux !...

593 **Ben** : ...Peut y'avoir aussi... enfin c'est pas systématique encore une fois ! mais disons quand
594 les détenus qui sont vraiment vraiment agités euh... souvent les passages à l'acte... bon bah
595 voilà ! on se dit que c'est quand même mieux si y'a l'iso pour intervenir si y'a un passage à
596 l'acte, c'est quand même plus simple l'iso que une chambre ou... Mais après ils ont quand
597 même une chambre de rattachement pour qui... parce qu'encore une fois comme l'iso y'a pas
598 de douche ! ils leur faut une chambre de rattachement pour pouvoir se doucher ! Donc si tu
599 veux ! ils ont la chambre d'iso ! mais sur tous les soins d'hygiène ils ont une chambre qui est a

600 eux ! qui est pas une chambre de patient qu'on utilise le temps où ils n'y sont pas ! Qui est une
601 chambre donc voilà ! On a une capacité d'accueil de 15 ! mais si tu veux... faut qu'on soit 14
602 pour... pour pouvoir avoir cette chambre de rattachement !

603 **Moi** : Donc en fait ! vous avez une chambre d'isolement ! mais quand il y a un détenu qui vient
604 il prend donc cette chambre d'isolement et après il est rattaché à une chambre...

605 **Ben** : ... à une chambre pour les soins... que pour les soins d'hygiène !

606 **Moi** : Ok ! D'accord !

607 **Ben** : Beu beu beu beu beu... Et après voilà ! le truc ! si tu parles d'hétéro agressivité euh...
608 aussi la spécificité, c'est qu'on a très peu d'hétéro agressivité ! mais quand ça pète ! ça pète !

609 **Moi** : D'accord ! c'est rare ! mais par contre quand ça arrive c'est violent ?

610 **Ben** : C'est très violent ! du coup euh... en fait ça explique aussi tout les... toutes les mesures
611 de sécurité ! on s'est pas levé un matin en mode... on va leur interdire ! ça ça ça ça et ça ! non !

612 **Moi** : Tout a une raison précise ?

613 **Ben** : Tout a une raison précise !

614 **Moi** : D'accord !

615 **Ben** : Je sais pas... euh... les bols quand ils sont en chambre... pas de couteaux ! pas de
616 fourchettes ! les bols en plastique ! les assiettes en plastique ! c'est parce qu'il y a eu des mecs
617 qui ont égorgé d'autres gens avec des bols !

618 **Moi** : Wouais ! d'accord !

619 **Ben** : Tu vois ! euh... pas de briquets ! c'est pour éviter qu'ils mettent le feu ! Euh... enfin
620 plein de choses comme ça ! Pas de rasoir ! on a eu... un décès parce que...

621 **Moi** : ...Il c'est tranché la gorge ?

622 **Ben** : voilà ! enfin... tout est ! tout est ! tout a un sens ! en fait tout peut être soin si tu mets du
623 sens derrière ! pour moi !

624 **Moi** : D'accord ! tout est pensé pour éviter le risque ! et jouer la sécuritaire ! sécurité ! pardon !

625 **Ben** : Voilà ! Mais tout peut faire soin si tu mets du sens derrière ! Si tu fais les trucs
626 connement ! enfin bêtement ! pardon ! Euh... ça a pas de... c'est nul ! tu donnes des traitements
627 parce que... ben tiens je vais lui donner... euh...

628 **Moi** : Oui faut savoir expliquer au patient pourquoi ! Et quel intérêt aussi...

629 **Ben** : ...wouais puis il faut que tu comprennes toi !

630 **Moi** : ...Et aussi en tant que soignant !

631 **Ben** : Parce que des fois... wouais si toi tu comprends pas ce que tu fais !

632 **Moi** : Bien sûr ! parce que... ce que vous vivez aussi ! c'est pas toujours évident ! Vous êtes
633 parfois dans une position délicate ! quand il faut prendre certaines décisions...

634 **Ben** : ...On est entre des fois...tu dis putain ! des fois je suis... aujourd'hui j'ai été plus maton
635 que... que infirmier ! mais c'est un peu le... la double casquette !

636 **Moi** : Bien sur... Et dans les outils thérapeutiques ! on a parlé de chambre d'isolement ! est ce
637 que vous d'autres outils thérapeutiques ?

638 **Ben** : Alors... là euh... il... Alors ! beaucoup de retrait en chambre ! c'est en lien direct avec
639 l'observation dont on parlait juste avant ! Donc un moment si on voit un patient qui ! on estime
640 que son état ! euh... se dégrade et que le groupe ça pose problème ! on va le voir ! on discute !
641 on trouve que ça va pas ! euh... machin ! va faire un petit temps dans ta chambre ! alors c'est
642 pas une journée entière ! Des fois c'est 1 heure ! Des fois c'est 8 heures ! des fois c'est euh...
643 jusqu'à demain ! des fois c'est euh... le week-end ! voilà ! Et on fait voilà ! on fait un temps en
644 chambre ! parce que tu vas te rassembler ! parce que machin ! Et on... va te proposer un si
645 besoin ! on va te proposer un traitement ! Et en fait ! ça déjà ça...c'est vraiment quelque chose
646 que l'on utilise beaucoup beaucoup beaucoup plus... que la chambre d'iso ! parce que...

647 **Moi** : ...Super !

648 **Ben** : Parce que nos chambres !

649 **Moi** : Elles le permettent ?

650 **Ben** : Je te montrerai tout à l'heure nos chambres !

651 **Moi** : D'accord !

652 **Ben** : Pour que tu puisses comprendre de quoi je parle !

653 **Moi** : De visualiser ! de voir pourquoi vous... avez plus accès...

654 **Ben** : Tu verras ! je te montrerai une chambre d'iso ! et je te montrerai une chambre normale !

655 **Moi** : D'accord !

656 **Ben** : Donc voilà ! ces temps-là ! ces temps-là de retrait ! ils sont très importants ! et c'est un
657 outil thérapeutique qu'on utilise beaucoup ! Euh les si besoin ! aussi ! évidemment parce qu'il y
658 a chimiquement un... voilà ! Euh... les entretiens infirmiers si on voit voilà ! si ça monte ! ça
659 monte ! ça monte ! vas-y viens on va discuter ! tu vas m'expliquer pourquoi des fois c'est...
660 pouffe... c'est nul ! y'en a un qui m'a dit que j'avais des moches chaussures ! alors du coup !
661 Nin nin nin... tu rumines et tout ! vas-y on discute ensemble ! on s'en fout de tes chaussures !
662 Euh... ça permet voilà ! Euh... ça ça ça ! Et là ! ils veulent que l'on est une chambre
663 d'apaisement !

664 **Moi** : Wouais ! ça c'est bien ! vraiment ! donc du coup un environnement qui permet... où on
665 se sent bien ! un peu cooconing pour...

666 **Ben** : ...chambre d'apaisement je mets mon joker dessus ! (rires)

667 **Moi** : C'est vrai que ça peut être... après à tester ! mais ça peut être apaisant d'avoir un endroit
668 où... on s'y sent bien pour pouvoir un peu faire baisser les tensions ! à voir !

669 **Ben** : c'est toi qui le dis ! (rires)

670 **Moi** : Dans l'idéal ! dans le soin idéal ! (je souris)

671 **Ben** : Wouais dans le monde idéal ! c'est exactement pour ça ! c'est exactement pour ça qu'on
672 voudrait ! (rires)

673 **Moi** : Ok ! Heum... Donc que penses-tu des mesures coercitives et privatives de libertés ?

674 **Ben** : C'est-à-dire ?

675 **Moi** : Alors euh... c'est vrai que la question est un peu large ! mais par exemple, la contention !

676 **Ben** : Wouais ! ben...

677 **Moi** : ...l'enfermement ! la chambre d'isolement ! enfin tout ce qu'on peut utiliser qui peut être
678 privatif de liberté pour le patient !

679 **Ben** : C'que je te dis ! tout peut faire soin si tu mets du sens derrière ! Si euh... tu contentionnes
680 un mec parce que t'as décidé c'est lundi 9 h j'ai envie de contentonné quelqu'un ! bah je vais
681 contentonné quelqu'un ! Voilà ! Non non ! Mais si... enfin... moi tu vois c'est... un peu une
682 règle ! entre guillemets ! mais qui m'est complètement personnel, qui n'engage que ma parole !
683 (sourit) C'est que... quand euh... y'a passage à l'acte sur les soignants ! que l'on a dû intervenir
684 physiquement ! sur un patient ! c'est-à-dire euh... le contenir physiquement euh... le mettre au

685 sol euh... tu sais des fois on est 10 sur un mec ! mais futt (mouvement main vers le haut) ça
686 part voilà !

687 **Moi** : C'est qu'il n'y a pas d'autres solutions ? c'est que le patient est incontrôlable ?

688 **Ben** : Je pose toujours les entraves !

689 **Moi** : Ok...

690 **Ben** : Toujours ! avant de le lever... je pose toujours les entraves ! parce que ça m'est arrivé
691 une fois ! où... euh... patient agité ! passe à l'acte sur nous ! on le contient au sol ! on le
692 lève parce que... parce qu'on allait l'amener justement dans la chambre d'iso ! il a déboité la
693 jambe d'une collègue ! parce que futt... ! il a envoyé un coup de pied ! bam ! machin ! Je pose
694 les entraves ! je m'en fiche si je les pose pour 5 min ! mais au moins pour le transfert ! le temps
695 que la crise... vraiment le le le le le... la rage presque ! diminue... et après on les enlève ! Mais
696 moi... c'est un peu ma règle de dire... on les pose ! Voilà !

697 **Moi** : Pareil ! c'est contenant ? ça le contient !

698 **Ben** : C'est sécurisant pour nous !

699 **Moi** : Bien sûr ! Mais je comprends aussi vous travaillez avec des patients... avec des
700 pathologies... qui peuvent parfois être incontrôlable ! Et bon bah... faut aussi se préserver en
701 tant que soignant !

702 **Ben** : Exactement ! exactement ! Et après ça permet aussi d'éviter beaucoup d'actes auto
703 agressifs ! mais on les pose... on les pose vraiment rarement ! Là ! tu vois ! depuis le début de
704 l'année ! pas une fois !

705 **Moi** : Wouais... c'est bien !

706 **Ben** : Mais je me dis pas ! non non non ! non ! mais s'il faut voilà !

707 **Moi** : Oui c'est en cas d'extrême crise ! c'est rare ! mais c'est quand y'a pas d'autres solutions !
708 euh... parfois... faut être amené à les utiliser pour sécuriser !

709 **Ben** : Après on a deux... Voilà ! on a les entraves cuir ! qu'ils veulent nous supprimer ! c'est
710 dommage parce qu'elles sont très pratiques ! vraiment très pratiques ! très faciles à installer !
711 et on a des entraves... tissu ! qui sont beaucoup moins pratiques ! beaucoup moins faciles à
712 poser... mais qu'on nous demande d'utiliser plus... donc voilà...

713 **Moi** : Parce que le tissu ça passe mieux que le cuir ? euh... c'est l'image un peu...

714 **Ben** : Parce que le cuir c'est trop carcéral ! Alors que c'est... c'est beaucoup plus facile à poser !
715 beaucoup plus facile à enlever ! Tu sais c'est une ceinture comme ça ! (me montre avec ses
716 mains l'emplacement de la ceinture sur le long du ventre) qui est avec un boulon ! et deux...
717 deux entraves mains ! et pareil pour les pieds ! Oh ! j'trouve pas que ça fasse très... c'est pas
718 des menottes hein ! Les mecs ont les mets pas... les menottes dans le dos... et... (sourit) c'est
719 voilà ! mais bon !

720 **Moi** : C'est histoire de les contenir un peu ! et après c'est enlevé !

721 **Ben** : Voilà !

722 **Moi** : ok !

723 **Ben** : Ou sur les transferts ! Tu sais les transferts de détenus si on doit les amener au tribunal
724 souvent en poste parce que après ça évite... En fait ! si on met ça ! ça évite que... il est les
725 menottes ! Parce que là pour la peine niveau carcéral ! les menottes... (rigole)

726 **Moi** : ... wouais c'est l'image euh...

727 **Ben** : ...wouais... c'est vraiment t'arrives... hop ! t'arrives là... pouff ! c'est...

728 **Moi** : ...ça reflète l'image pour les autres patients euh... ils le voient...

729 **Ben** : ...Ils s'en foutent ! tu sais à l'extérieur voilà ! c'est... voilà !

730 **Moi** : Le patient le vit mieux quand c'est comme ça ?

731 **Ben** : Moi j'trouve ! en tout cas je préférerai qu'on me menotte où j'aurai les mains comme ça !
732 (me montre ses deux mains devant sur ses cuisses comme si elles étaient menottées) euh... et
733 me gratter la jambe euh... (sourit) que plutôt soit une main dans l'dos... ou alors... des trucs
734 en métal ! comme ça ! (montre ses mains dans le dos)

735 **Moi** : C'est pas très confortable ! non plus !

736 **Ben** : Wouais ! wouais...

737 **Moi** : Euh... Donc on en a déjà plus ou moins parlé ! pourquoi est-il nécessaire... donc euh...
738 de fermer les portes pour soigner un patient en crise ! donc c'est pour le côté contenant ?

739 **Ben** : Wouais... le côté contenant ! wouais... wouais ! wouais !

740 **Moi** : Dont on en a parlé à plusieurs reprises ! ok ! Donc la décision de mise en chambre
741 d'isolement est très fortement règlementé ! euh... peux tu me raconter une expérience de mise

742 en chambre d'isolement ! de sa motivation jusqu'à la sortie gérée du patient en passant par le
743 séjour en chambre ! Comment l'as-tu vécu ? et peux tu me dire quels étaient les indications
744 thérapeutiques ?

745 **Ben** : Je... je...

746 **Moi** : Wouais ! prends ton temps ! c'est... c'est une grosse question ! il faut... mobiliser des
747 souvenirs !

748 **Ben** : Bah ! tu sais quoi ! je vais te reparler de la collègue qui sait fait... euh... on avait... c'était
749 une patiente ! une jeune patiente ! euh... difficile à gérer ! parce qu'il y avait des moments
750 comme ça ! de... de de de de... tension ! hyper fort ! et hyper soudain ! pour des trucs que...
751 et elle avait ! elle avait un plâtre ! elle avait un plâtre et euh... parce que... elle s'était... elle
752 s'était fait mal au poignet... euh genre en faisant des pompes à l'envers ! (lève les yeux au ciel)
753 Et elle voulait se laver les cheveux en plein milieu de la journée ! et elle voulait qu'on lui lave
754 les cheveux ! Et on lui dit que... on lavera pas les cheveux ! c'était une patiente pour lequel le
755 cadre avait vraiment de l'importance ! parce qu'il était très contenant ! Et heum... on lui dit
756 qu'on lavera pas les cheveux ! que que les soins d'hygiène ! c'est le matin ou alors sur les temps
757 en chambre ! et que... on peut lui proposer de mettre une protection sur son plâtre pour qu'elle
758 s'autonomise... ! enfin ! on allait pas lui laver les cheveux ! en plus je me demande si c'était
759 pas un jour où on était que des hommes ! c'était une jeune femme ! tu vois c'est c'est... enfin
760 on préfère sur les soins comme ça...

761 **Moi** : ...que ce soit une femme qui reprenne le relais !

762 **Ben** : Voilà ! c'est voilà ! plutôt plutôt... le deal là-dessus ! Donc voilà ! on ne... on ne...
763 répond pas positivement à sa demande ! Elle a enlevé son plâtre ! elle nous l'a jeté dessus !
764 Premier temps ! (sourit) Donc là on fait ! bah tu vois on n'a même pas fait de... de retour en
765 iso... je crois ! on avait fait un retour en chambre ! En mode bah... c'est pas possible euh...
766 c'est pas possible ! Déjà le plâtre s'était mal mit ! (rit) parce qu'elle l'a enlevé... fuite ! comme
767 ça ! (rit) Et euh... et en fait le dialogue était euh... était impossible ! parce que... parce que on
768 était des enfoirés... de pas lui laver les cheveux ! quoi si tu veux ! Et un moment on lui dit, si
769 ça continu ! ça monte trop loin ! ça s'ra ! euh... ça s'ra euh... une mise en iso ! car là c'est pas
770 possible ! c'est... voilà... Donc déjà y'a une alternative ! Tu vois c'est... soit tu te cales ! tu te
771 poses ! on revoit ça après ! soit ! bah... tu vas aller en iso ! Elle ne s'est pas du tout calmée !
772 (sourit)

773 **Moi** : Wouais...

774 **Ben** : Et donc du coup ! voilà... on a du physiquement... la contraindre ! ah... voilà ! Et en fait
775 au milieu du couloir... elle s'agitait tellement qu'on a du passer au sol sur elle ! c'était ! on était
776 4 !

777 **Moi** : Wouais...

778 **Ben** : ...même 5 ! je pense...

779 **Moi** : 5 hommes ?

780 **Ben** : Non ! alors... euh... du coup c'est des conneries que j'te dis ! parce que... c'est une
781 collègue qui s'est fait mal ! donc c'était... donc on devait pas du tout ! le... le... le truc des 5
782 hommes c'était pas ça ! mais voilà ! on était en mode... plus... enfin la faire... faire
783 s'autonomiser ! tu vois... a se laver les cheveux seule ! plutôt qu'avec le plâtre ! Et en fait en
784 la relevant pour l'accompagner jusqu'à... l'iso ! donc voilà ! elle a envoyé un coup de pied !
785 mais vraiment monumental... ! dans le genou de la collègue ! qui est tombé au sol... voilà ! on
786 a dû la reposer au sol ! là on a posé les entraves ! on a posé les entraves... donc tu vois paf ! ça
787 sécurisé le truc !

788 **Moi** : Wouais...

789 **Ben** : Si on... si on les avait posés avant ! bah... la collègue n'aurait pas été blessée ! on l'a
790 amené jusque... jusque... dans l'iso ! et là on a ! Tu sais les entraves... tu les poses sur le patient
791 et après tu les fixes au lit !

792 **Moi** : Oui !

793 **Ben** : Avec ça là ! (me montre ses poignets) Donc du coup on les a fixés au lit !

794 **Moi** : D'accord...

795 **Ben** : Et là on a du... la deuxième intérêt d'avoir posé les entraves... ce qu'elle a essayé de se
796 mordre ! Elle a donc... s'auto mutiler ! mais elle ne pouvait pas... parce que... voilà ! mais on
797 voyait bien... qu'elle essayait de... tu vois ! c'est des choses qu'elle avait déjà faites !

798 **Moi** : Elle était dans la provocation... parce qu'elle était frustrée ?

799 **Ben** : Je te passe les noms d'oiseaux... que ma pauvre mère... (sourit) a été copieusement
800 insulté ! Euh... voilà ! Et puis après ! comment ça s'est passé après ! bah après je pense qu'on

801 avait dû l'injecter ! parce que bah... si tu lui avais proposé un traitement per os euh... je peux
802 te dire qu'elle aurait jamais pris !

803 **Moi** : Elle était dans le refus ? elle voulait...

804 **Ben** : Donc là injection ! Et bah après tu laisses attendre ! ouuuu... (bouche cul de poule en
805 faisant un bruit de vent et baisse sa main de haut en bas) voilà euh... bah vu par le médecin car
806 c'est une obligation légale évidemment !

807 **Moi** : Wouais !

808 **Ben** : Pour que le médecin prescrive ! etc. ! euh... voilà ! Et... de mémoire ! parce que vraiment
809 c'était le pompon ! Euh... on avait ! on avait proposer de... la désentraver sur une main pour
810 qu'elle puisse au moins manger... ou euh... je sais plus quoi seule ! Et elle en a profité pour
811 essayer de nous mettre une pêche ! (rigole) donc on a du la recontentionner... et voilà ! Et après
812 le temps... euh le temps d'iso... c'est fait... jusqu'à ce que... bah ! jusqu'à c'qu'on voit que ça
813 va mieux ! Puis des fois c'est des retours... d'abord ! avant de faire euh... iso au retour à la vie
814 normale des UMD !

815 **Moi** : Oui !

816 **Ben** : On fait iso ! puis retour en chambre... tu sors ! 1 heure ... le matin ! 1 heure l'après-
817 midi ! si on voit que ça s'passe bien... 2 heures l'après-midi ! 2 heures le matin... 2 heures
818 l'après-midi ! Et après...

819 **Moi** : Vous testez sur des courtes durées ?

820 **Ben** : Des séquentielles on appelle ça ! Donc si tu veux ! ça peut être ! ça peut être une demi-
821 heure ! une demi-heure ! puis 1 heure ! une heure ! 2 heures ! 2 heures ! ou alors... 1heure ! 1
822 heure ! 2 heures ! 2 heures ! ou... enfin voilà ! on adapte ça... en fonction ! voilà !

823 **Moi** : Et elle est restée un peu près... combien de temps ? cette patiente en chambre
824 d'isolement ?

825 **Ben** : Je sais pas...

826 **Moi** : ...c'est vraiment le temps qu'elle puisse euh... que la communication puisse se rétablir ?
827 et qu'elle...

828 **Ben** : ...wouais ! puis un petit temps... tu sais... enfin c'est pas... ah bah c'est bon ça va ! Tu
829 sais pas 1 jour... quoi ! j'peux pas d'répondre ! je m'en rappelle plus !

830 **Moi** : Wouais... d'accord ! Non mais y'a pas de soucis ! Et donc après c'est des certificats
831 médicaux que fait le médecin ? qu'il renouvèle ?

832 **Ben** : c'est ça ! De toute façon elle est vu automatiquement... je suis pas fort en légis ! mais je
833 crois... que c'est... alors tous les jours c'est sur ! et puis après les renouvellements c'est toutes
834 les... je crois que c'est 12 heures pour les entraves... 24 pour les... autres ! enfin puis après
835 bah c'est... c'est nous on est sur notre logiciel ! on a... mis en iso à tel heure ! on passe le... la
836 plupart du temps c'est une fois la nuit une fois... voilà ! et après on voit le médecin et... elle
837 est réévaluée de toute façon !0

838 **Moi** : ok !

839 **Ben** : et...

840 **Moi** : Et cette patiente ! après quand elle est sortie dans l'environnement avec les autres
841 comment ça c'est... avec vous surtout ! après... après ça c'est calmé ?

842 **Ben** : ah bah toujours... t'es... t'es obligé de recadrer !

843 **Moi** : recadrer... régulièrement ?

844 **Ben** : recadrer déjà ! et regagner la confiance ! t'as.... T'as vu ta collègue blessée... vraiment !
845 y'a eu un arrêt travail derrière ! c'est euh... c'est compliqué !

846 **Moi** : C'est traumatisant ! aussi pour vous ? non ?

847 **Ben** : Wouais ! baah ces des moments où tu fais... ah putain ! tu revois le truc ! et tu fais ah
848 putain si j'avais ça ! (mouvements de mains) si j'avais fait machin et tout ! mais après ça c'est
849 parce que... voilà la plupart du temps... y'a une agitation... bloum ! (mouvements de mains)
850 bon... avec les datis on est vite... 10 ! 15 ! ça se passe très bien... on essaie de de... mettre le
851 patient le plus en sécurité possible, en nous mettant nous en sécurité ! c'est-à-dire... la plupart
852 du temps c'est une personne par membre ! on le tient et on attend que ça passe ! tu vois !

853 **Moi** : hum... hum...

854 **Ben** : Et euh... et voilà !

855 **Moi** : En fait ! wouais vous faite quand même euh... la sécurité ! entre guillemets... parce
856 que... quand on rentre dans une violence comme ça... qu'on arrive pas à canaliser un patient...
857 vous êtes au-delà de l'infirmier ! c'est c'est... pas évident aussi d'avoir ce rôle... un peu de...
858 gendarmes en blouse blanche quoi ! entre guillemets ! parfois avec certains patients...

859 **Ben** : Wouais... non ! euh... fff... (se gratte la tête)

860 **Moi** : Non ? au UMD pas tant que ça ? Vous vous... sentez pas...

861 **Ben** : ...Moi ça me pose pas de problème ! enfin aux UMD ou ailleurs ! en unité accueil crise
862 y'a des moments où tu te dis ! bon bah voilà !

863 **Moi** : ça fait partie pour vous de votre job ?

864 **Ben** : Si tu veux... c'est... c'est compliqué d'te dire ! bah moi je vais travailler en psychiatrie...
865 en accueil crise ou aux UMD et euh... bah non si y'a une agitation euh... bah moi... parce que
866 ça peut être soudain ! euh... y'a des collègues ils se sont pris un baby foot ! dessus ! euh... tu
867 vois ! ça peut être soudain ! et puis après... ça fait partie du métier quoi... tu sais les collègues
868 des urgences d'Avignon ils doivent... vivre plus de violence que nous ! tu vois ! mais... c'est
869 vrai que nous du coup on a quand même cette possibilité de... d'intervenir ! de traiter ! tu vois
870 y'a y'a... c'est pas euh... où j'me fais insulter ! ah putain ! j'me suis fait encore insulter ! je
871 vais faire une fiche d'évènements indésirables ! non ! y'a euh... y'a un déroulé quand même !

872 **Moi** : Non... mais bravo quand même à vous ! car c'est pas évident d'avoir cette position ! je
873 trouve... dans le travail d'infirmier où on nous apprend pas ça à l'école !

874 **Ben** : C'est ça ! tout l'monde travail pas... moi je serais incapable de bosser en ortho ! ou en
875 machin ! ou en...

876 **Moi** : Wouais ! c'est selon ses aspirations aussi ! et...

877 **Ben** : ...oui tu vois quand les ! quand je disais au tout début là... quand ils ont fait la
878 présentation des UMD ! moi j'ai... ah ouais... ça me plaît ! Genre le mec racontait qu'il
879 s'était... battu avec un patient dans l'ambulance sur l'autoroute ! Moi j'étais en mode... où
880 loulou ! ça me plaît ça ! (rigole) Tu sais... tu vois c'est... c'est tout...

881 **Moi** : ...les garçons ils aiment bien ! (rit)

882 **Ben** : Tout l'monde ! tout l'monde euh... tout l'monde pourrait pas y bosser ! mais
883 heureusement que... heureusement qu'il n'y a pas... l'infirmier ! idéal pour tous les services !
884 et puis tu vois ! j'serai malheureux comme une pierre en soins G ! et sûrement que les autres en
885 soins G ! c'seraient malheureux comme des pierres s'il venaient... travailler... chez nous !
886 quoi !

887 **Moi** : Ah c'est très spécifique ! dans chaque domaine d'ailleurs ! on est fait pour quelque
888 chose ! ou on l'est pas !

889 **Ben** : Wouais ! wouais ! complètement ! complètement !

890 **Moi** : Et euh... donc euh... Penses tu qu'il existe une autre façon de faire ? et qu'ils existent
891 des pratiques alternatives (fronce les yeux) euh... que privatives de libertés ? contentions ?
892 chambres d'isolement ? etc. Est-ce qu'il y a des alternatives... à ces outils thérapeutiques ?

893 **Ben** : (soupir) En fait ! je sais que c'est pas la mode tout ça ! (se gratte la tête) les iso... les...
894 la privation de liberté... etc... c'est le droit du patient ! le droit du patient ! alors évidemment on
895 est plus... en psychiatrie des années 70... ou on prend le jet d'eau (imite le jet d'eau avec les
896 mains) pchiii... Water Island ! les machins ! mais euh... mais je pense que quand même...
897 euh... euh tout ce dont tu parles...

898 **Moi** : ...wouais !

899 **Ben** : La privation de liberté ! les choses comme ça ! on leur place dans la prise en charge !
900 euh... encore une fois si elles sont argumentées ! intelligentes ! comprises... etc ! Alors oui ! il
901 doit y avoir des alternatives ! Mais je pense que... les infirmiers psy d'y'a 30 ans ! s'ils nous
902 voyaient faire maintenant ! ils vont dire... mais c'est quoi ça ! c'est pas possible... voilà !

903 **Moi** : On est dans un autre paradigme ?

904 **Ben** : Bah exactement ! c'est euf... voilà ! Mais je pense qui qui... tu vois je pense que... c'est
905 pas pour rien si ici... on arrive à gérer des patients qui sont pas gérés ailleurs ! C'est pas... on
906 pas de baguettes magiques ! on est pas... on est pas des sur-infirmiers... euh... capable de
907 marabouter la psychiatrie... la la la d'un psychotique ! c'est que... voilà le le...

908 **Moi** : ... il faut contenir ?

909 **Ben** : Tous ces trucs qui donnent pas envie ! les murs ! les portes à clés... les machins ! ça...
910 ça fait sens sur des patients qui... qui peuvent pas à l'heure actuelle ! vivre en société ! s'ils
911 sont arrivés là ! c'est pas pour rien ! y'a pas... y'a pas eu euh... agitation aux UMD ! (tape la
912 main en position droite sur la table) y'a eu agitation euh... heum... (retape la main en position
913 droite sur la table) accueil crise ouverte ! (main idem) peut-être accueil crise fermée ! (main
914 idem) re accueil crise ouverte ! (main idem) et puis machin ! (main idem) et puis repassage à
915 l'acte ! (main idem) et puis ! la la la la !...

916 **Moi** : ...des passages à l'acte ! wouais... heum...

917 **Ben** : ...euh... voilà ! Oui ! alors il doit y avoir des alternatives ! surement !

918 **Moi** : Wouais...

919 **Ben** : euh... mais alors ! j'peux pas dire non y'aura pas d'alternatives ! ça aurai ! ça aurai aucun
920 sens de ma part de dire... non non ! t'es comme ça ! (tape la main en position droite sur la table)
921 et c'est tout ! ça marche pas ! (sourit) Mais euh... mais euh je pense quand même qu'il faut
922 garder euh... ces pratiques-là euh...

923 **Moi** : ...pour canaliser des patients difficiles ?

924 **Ben** : Pour canaliser des moments ! voilà des moments... de de d'extrêmes... d'extrêmes...
925 des moments extrêmes ! des patients extrêmes ! Tu sais moi où j'bossais ! le premier service là
926 euh... de... où on prenait en charge les autistes ! J'ai vu quasiment 50 personnes partir en... en
927 3 ans ! parce que les gens ! ils venaient 1 jour ! ils voyaient ça ! ils se disaient ! c'est pas
928 possible ! c'est impossible ! je peux pas travailler dans des conditions pareils ! Mais en fait !
929 c'est parce qu'ils ne comprenaient pas ! genre tu vois ! (se racle la gorge) Imagine... t'arrives !
930 tu vois un patient il a juste un drap sur lui ! il est nu ! il a juste un drap sur lui ! tu t'dis ! mais
931 pourquoi ils font ça ! ils sont hyper mal traitant de... pourquoi il est nu ? machin et tout ! Bah
932 c'est simple ! il est autiste ! si tu lui mets un... un pull ou un t-shirt ! c'est comme si tu le frottais
933 avec de la paille de fer ! Tu vois !

934 **Moi** : Ils ne supportent pas le contact ?

935 **Ben** : Ils ne supportent pas ! mais ça c'est... c'est enfin ! ça va être le cadre d'un patient et pas
936 d'un autre ! tu vois ! ils ne supportent pas ! qu'est ce qui vaut mieux ! que j'l'enferme dans sa
937 chambre toute la journée parce que... parce qu'il est nu ! ou alors je trouve à faire... tu sais !
938 moi j'leurs faisais un poncho ! je leurs faisais un poncho avec des draps ! donc du coup ! le mec
939 il pouvait quand même euh... euh tu sais... aller dans la cour ! machin et tout !

940 **Moi** : Wouais ! c'est une bonne alternative !

941 **Ben** : Mais en fait ! tu vois ça du premier coup ! tu fais... Ouah là là... c'est pas possible ! de...
942 de faire une dingueri pareil ! c'est pas une dingueri ! c'est quelqu'un de... de... de de de de
943 de...s d'avoir accès à l'extérieur ! de faire quelque chose tu vas ! donc que... c'est... c'est
944 toujours une question de paradigme de...

945 **Moi** : ...oui et comme tu dis ! c'est donné du sens à son soin ! là y'a... là y'a un sens et qui est
946 bienveillant ! et qui... et qui bah sonne comme un soin finalement !...

947 **Ben** : ...exactement !

948 **Moi** : ...parce que la personne autiste ! elle va se sentir comprise... donc ça crée une alliance
949 thérapeutique ! de la confiance ! et après on peut aboutir à d'autres choses par la suite !

950 **Ben** : Tu sais ! en fait là je reparle un peu de ça... parce que... j'pense qu'on s'en fout pour ton
951 mémoire mais...

952 **Moi** : ...non c'est un bon exemple...

953 **Ben** : ...des patients ! des patients qui avaient passé mais des... des des des des... années en
954 iso ! parce qu'ils étaient insortables ! on a fait une sortie thérapeutique à Disneyland Paris ! tu
955 vois !

956 **Moi** : Et du coup c'était... ça s'est super bien passé ?

957 **Ben** : ça s'est super bien passé ! Et parce que voilà ! il faut... euh il faut...

958 **Moi** : ...ça ! ça peut être une alternative dans certains...

959 **Ben** : ...faut mettre du soin... quoi tu vois ! Alors Disneyland Paris pour tous ! non ! (rigole)

960 **Moi** : (rigole) wouais ! ce serait un peu cher !

961 **Ben** : mais euh... mais voilà ! voilà !

962 **Moi** : Ok ! bah super ! et j'ai...pour conclure j'ai... donc une dernière question ! As-tu des
963 éléments à ajouter a tout c'que... on a mentionné auparavant ?

964 **Ben** : On a parlé très longtemps ? non ?

965 **Moi** : Wouais ! c'était un bon entretien !

966 **Ben** : Sérieux ! bon courage pour tout retranscrire !

Annexe IV.II : Entretien n°2 avec Léa en unité d'accueil de crise fermée

1 **Moi** : Alors, pour commencer, pourriez... pourriez... pour... oula, j'ai tout mis avec vous !
2 donc là je...

3 **Léa** : Ok ! mais tu peux me tutoyer !

4 **Moi** : ouais ! Ça marche ! Pourrais-tu te présenter, expliquer ton parcours professionnel ?

5 **Léa** : Donc ! je suis Léa ! infirmière en psychiatrie depuis bientôt sept ans, diplômée depuis
6 autant de temps ! J'ai fait quatre ans de milieu carcéral, donc de la psychiatrie carcérale ! J'ai
7 fait ensuite un an de... donc le carcéral, c'était à Rennes ! Après ! je suis allée à Orléans faire
8 de la crise fermée adulte ! Et là ! je suis en crise fermée à, du coup !

9 **Moi** : D'accord ! Et à Orléans, les crises fermées ! c'était un peu le même environnement
10 qu'ici ? que dans cette unité-là ?

11 **Léa** : C'est un bâtiment neuf ! Donc au niveau des conditions de travail, pas du tout les mêmes !
12 Beaucoup plus confortable ! plus de personnes ! mais sinon l'ensemble du soin reste quand
13 même assez identique.

14 **Moi** : D'accord ! Est-ce que tout le long de l'entretien, ce sera possible de faire un petit peu une
15 comparaison entre l'ancien service où tu étais et le service où tu es actuellement ? S'il y a des
16 différences au niveau de l'environnement... des prises en charge... etc.

17 **Léa** : Ouais ! pas de problème !

18 **Moi** : Super ! Donc, quelles sont les raisons qui t'ont motivée à travailler au sein d'une unité
19 d'accueil crise fermée ?

20 **Léa** : Alors ! déjà ! de base, quand je suis sortie du diplôme, je voulais faire de la psychiatrie !
21 Je voulais faire de la psychiatrie carcérale ! Donc, je suis allée du coup dans un UHSA... Et
22 ensuite ! quand j'ai voulu revoir mon projet professionnel ! Euh... je voulais quand même
23 continuer de faire ce que je faisais ! juste pas avec des patients détenus ! Et du coup, ce qui s'en
24 rapprochait le plus, c'était la crise fermée ! Donc ! j'ai juste continué mon parcours euh...
25 comme il avait commencé finalement !

26 **Moi** : D'accord ! Parce qu'au niveau des pathologies ! que ce soit euh... l'univers carcéral, en
27 milieu carcéral, pardon, ou milieu unité crise fermée, on retrouve un peu...

28 **Léa** : ...C'est tout pareil ! c'est tout pareil ! c'est juste que dans le milieu carcéral, les patients,
29 ils sont détenus ! Et en crise fermée, non ! Normalement, on n'est pas censé recevoir de patients
30 détenus ! Euh... et si je compare ! par exemple ! avec Orléans et pour être que sur des
31 unités de crise fermée, c'est pareil ! Les pathologies de psychiatrie ! de crise ! que ce soit ouvert
32 ou fermé ! c'est les mêmes pathologies qu'on retrouve !

33 **Moi** : D'accord ! Ok. Euh... pourrais-tu me présenter ton service, l'organisation, le règlement
34 concernant la vie communautaire, ainsi que me décrire les locaux ?

35 **Léa** : Ok ! Alors ici ! on est dans une unité qui peut accueillir théoriquement 15 patients ! Euh...
36 on peut monter jusqu'à 18 en sur-effectif ! Des patients, du coup ! en hospitalisation sous
37 contrainte. ! Euh... les locaux sont insalubres ! vraiment dans un état assez catastrophique !
38 c'est-à-dire qu'on a euh... trois toilettes fonctionnelles pour l'ensemble des patients et quatre
39 douches fonctionnelles pour l'ensemble des patients ! Euh... les locaux sont, au niveau
40 sécuritaire, pas adaptés ! Euh... au niveau du bruit, pas adaptés ! c'est très bruyant ! On a
41 souvent des choses qui ne fonctionnent pas ! Euh... et ensuite ! pour ce qui concerne
42 l'organisation du travail ! donc il y a des équipes de jour, des équipes de nuit ! Euh... moi, je
43 travaille deux jours ! matin ou après-midi, en huit heures ! La petite spécificité d'Orléans, c'est
44 que... ils ont mis en place les huit heures avec systématiquement deux jours de repos ! Donc !
45 on fait des tournes de trois ou de quatre et ensuite deux jours de repos ! Et l'organisation dans
46 le service ! euh... le matin, il y a des tâches fixes en fait ! Il y a les traitements le matin ! le
47 midi ! au goûter ! le soir et la nuit ! Et ensuite euh..., il y a les repas qui rythment aussi les
48 journées ! Pareil ! matin, midi, collation, soir ! voilà ! Et l'équipe de nuit fait une collation,
49 aussi une tisane le soir, la nuit ! Donc ça ! c'est pour les temps qui sont fixes, on va dire, dans
50 l'unité ! Et ensuite, le matin ! tous les matins ! on a un staff ! Et puis après, ça dépend s'il y a
51 des rendez-vous ! euh... les ré-entretiens médicaux ! euh... ça peut dépendre de la journée !
52 Elle se rythme par rapport aux temps institutionnels qui sont toujours les mêmes ! euh... et que
53 les patients doivent respecter. Et après euh..., ça dépend. Je sais pas si j'ai répondu à toute la
54 question ?

55 **Moi**: Oui, mais je vais refaire une petite question de relance. Tu dis qu'au niveau sécuritaire,
56 c'est pas adapté ! Alors c'est-à-dire ? par rapport à quoi ?

57 **Léa** : Pour les patients, déjà ! euh... Déjà ! on a plusieurs chambres simples, plusieurs chambres
58 doubles. Et les patients ne peuvent pas fermer leurs chambres. Donc, on a régulièrement des

59 vols puisque les patients ! ils s'introduisent dans les chambres les uns des autres. Et si on prend
60 la spécificité de notre service, c'est qu'on a euh... c'est un très grand service avec de longs
61 couloirs. Et donc nous, les soignants, quand on est dans une partie du service, on ne voit pas du
62 tout ce qui se passe dans l'autre. Donc si on est côté euh... salle commune, donc salle télé, etc.,
63 les chambres, on n'a aucun visus dessus. Donc s'il se quelque chose ou que des patients sont
64 intrusifs, rentrent dans les chambres les uns des autres, on ne le voit pas. Ensuite euh... du coup,
65 ils ne peuvent pas s'enfermer. Donc la nuit, n'importe qui peut rentrer dans leur chambre, donc
66 n'importe quel patient. Euh... y'a les vols, c'est ce que je disais un peu plus avant parce que
67 sur les placards, il n'y a pas tous les placards qui peuvent avoir un cadenas. Donc ça, c'est
68 pareil. Les patients, ils ne peuvent pas forcément fermer à clé leur placard, même s'ils le
69 voulaient. Donc pour les vols, on est toujours euh... dans la même problématique. Et ensuite
70 euh... nous, au niveau des soignants, si on parle des chambres d'isolement, par exemple, elles
71 ne sont pas adaptées. Elles sont trop petites. Il y a du matériel inadapté. Euh... Ça veut dire que
72 quand il peut y avoir des altercations, des difficultés, on se retrouve dans une pièce très exiguë
73 à devoir potentiellement intercepter un patient ou le contenir. Et en fait, il y a un risque de chute
74 pendant ces temps-là. Si on est amené à un patient au sol, l'espace est petit. Ça peut être rapide
75 que le patient, il se cogne la tête sur le lit, ou un soignant. Euh... Voilà, donc y'a ça. Ensuite !
76 euh... qu'est-ce qu'on peut avoir en termes de sécurité ? Pareil, le temps que les personnes
77 arrivent, vu que le service est grand et qu'on voit pas... si on claque un PTI ! enfin un DATI !
78 bah... il faut que la personne, elle nous trouve. Et ça, c'est pas évident non plus. On sait dans
79 quel service c'est, mais au niveau de la localisation, ça, on ne sait pas. Donc le temps de
80 chercher, ça peut être très long. Voilà, c'est sur cet aspect-là surtout. Ce qui n'était pas le cas à
81 Orléans, si tu veux que je fasse la comparaison.

82 **Moi :** Oui, je veux bien ! du coup ! c'était comment à Orléans ?

83 **Léa :** Alors du coup ! à Orléans ! c'est une unité qui a été rénovée, pensée en partie par les
84 soignants ! Donc ils sont partis d'un bâtiment existant ! c'qui n'a pas permis non plus de faire
85 tout ce qu'ils auraient aimé ! mais euh...que ce soit du bureau infirmier ou de la salle de pause
86 des soignants ! elles étaient entièrement vitrées ! Donc il y avait une vue sur tout... le service !
87 Donc qu'on soit en pause ou qu'on soit dans le bureau infirmier à faire des transmissions ou
88 quoi ! on avait une vue d'ensemble sur le service ! Les deux chambres d'isolement ont été faites
89 dans une extension et elles étaient très grandes ! avec un patio immense ! Un lit euh... au milieu
90 de la pièce qui permettait qu'on fasse le tour du lit si on en avait besoin ! Donc au niveau

91 ergonomie et sécurité ! c'était bien mieux ! Donc toujours un visu sur les patients ! des locaux
92 neufs ! Donc pour le confort euh... sincèrement euh... rien à dire ! Les patients, ils avaient un
93 badge ! en fait, électronique ! pour badger à leur porte de chambre ! Donc quand ils quittaient
94 leur chambre ! si euh... à part les soignants ! il n'y a personne qui pouvait rentrer dans la
95 chambre ! parce qu'il faut le badge de la chambre en question ! Donc les vols, beaucoup moins !
96 Les intrusions dans les chambres, ça n'existe pas du coup ! puisque les patients, quand ils sont
97 à l'intérieur ! ils sont en sécurité ! ils sont enfermés ! Et quand ils sortent de la chambre,
98 personne ne peut rentrer puisqu'il faut le badge ! Donc ça ! c'est franchement des conditions de
99 travail incroyables ! incroyables ! Et au terme de patients... donc ici ! on est quatre soignants
100 pour 18 patients ! on va dire... parce qu'on est toujours en sous-effectif ! À Orléans, on était
101 cinq soignants, plus un J ! pour 20 patients !

102 **Moi** : C'était plus confortable aussi ! Quand déjà ! on n'est pas en sous-effectif ! on peut faire
103 une prise en charge et des soins beaucoup plus adaptés !

104 **Léa** : C'est ça !

105 **Moi** : On a plus le temps d'être avec les patients et de communiquer... et de créer de la
106 confiance aussi !

107 **Léa** : Tout à fait ! Par exemple, nous, nos patients ici ! quand on est quatre d'après-midi ! il
108 suffit qu'il y ait un psychiatre qui vienne ! On n'est plus que trois parce qu'il faut être avec le
109 psychiatre ! Donc pour faire des sorties dans le parc pour les patients, c'est pas possible ! À
110 Orléans, on était cinq ! donc il y en avait toujours un qui sortait les patients ! C'est-à-dire que
111 nos patients, à Orléans, matin et après-midi, ils sortaient dans le parc ! Ici, parfois, pendant trois
112 ou quatre jours, ils ne sortent pas du tout ! même s'ils ont les autorisations d'aller accompagnés
113 dans le parc, ils ne peuvent pas !

114 **Moi** : Ouais ! Il y a beaucoup moins d'autonomie ! pour... pour les patients ! Pour le coup !

115 **Léa** : On est moins présents pour eux parce qu'on est vite... on a trois médecins, nous, c'est un
116 avantage, attention ! Euh... bah ! sauf que s'il y en a déjà deux qui sont là ! ça veut dire qu'il y
117 a deux soignants qui sont pris ! Donc les deux autres ! il faut qu'ils fassent tourner le service !
118 les tâches institutionnelles ! préparer le repas ! euh... mettre la table..., etc ! Et en plus de ça !
119 l'autre, il va faire l'administratif ! prendre les rendez-vous ! S'il y a le médecin généraliste qui
120 arrive, ça monopolise un autre soignant ! Donc en fait, on est vite submergé !

121 **Moi** : Je comprends ! Et on parle d'unité, donc crise fermée ! Unité, crise fermée, fermée par
122 rapport à l'environnement ? Comment on peut l'exprimer et le décrire, ce mot « fermé » ?

123 **Léa** : Alors ! les patients ne peuvent pas avoir un accès à l'extérieur de l'unité ! euh... sans une
124 intervention soignante ! La porte est fermée ! euh... parce que ce sont des patients sous
125 contrainte ! Euh... donc c'est pour ça qu'on dit que c'est fermé ! C'est-à-dire qu'ils ne peuvent
126 pas aller et venir au sein de l'hôpital comme ils le souhaitent. Ils sont... ils sont bridés dans leur
127 liberté d'aller et venir !

128 **Moi** : Et au niveau de l'environnement, du coup ! comment euh... comment vous « fermez »
129 un petit peu l'univers du patient ?

130 **Léa** : Bah... c'est juste que les portes d'entrée, elles sont à clé soignante ! en fait ! Sinon, dans
131 l'unité, tout est ouvert ! Les patients, ils ont une cour ! Ils ont accès à une cour etc... extérieure
132 pour aller fumer ! Ils ont accès à leur chambre quand ils veulent ! Ils ont accès à tout l'espace
133 commun euh... en libre-service ! on peut dire ça comme ça ! Mais par contre ! ils ne peuvent
134 pas sortir du bâtiment ! Il y a deux portes pour entrer dans le bâtiment euh... parce que c'est
135 comme ça qu'est la configuration ! Mais sinon ! à l'autre bout du couloir ! c'est une simple
136 porte ! Et c'est juste que c'est fermé à clé !

137 **Moi** : D'accord ! Ok ! Et euh... après, ils ont accès à l'extérieur on va dire ! et dans le service !
138 à n'importe quelle heure ? comme ils le veulent ?

139 **Léa** : Oui !

140 **Moi** : Y'a pas d'heure fixe euh... pour aller dans la cour ou autre ?

141 **Léa** : Non, la cour, on la ferme le soir pendant euh... la relève parce qu'il fait nuit ! et qu'il faut
142 quand même qu'on s'assure ! Enfin ! Pendant qu'on fait une relève des transmissions, on n'est
143 pas dans le service à proprement parler ! à surveiller les patients ! Donc s'il y a une fugue, on
144 ne va pas la voir ! Euh... Parce que sur les autres temps de relève ! il y a toujours un soignant
145 dans le service qui surveille ! Euh... mais la nuit ! on voit moins ce qui se passe ! Donc après !
146 c'est les équipes de nuit qui ! au moment de faire fumer ! ouvrent la grille et sortent avec les
147 patients pendant la nuit dans la cour... euh... Voilà !

148 **Moi** : Super !

149 **Léa** : Alors à Orléans ! il y avait un patio ! En fait, la cour était en deux parties ! C'est-à-dire
150 qu'il y avait une partie un peu "coin fumeur" ! ça faisait comme une boîte finalement, par

151 laquelle on passait pour accéder à la cour ! Et du coup ! la nuit, la cour était fermée, mais le
152 patio "coin fumeur" était ouvert ! lui, par contre ! 24 sur 24 !

153 **Moi** : D'accord !

154 **Léa** : Donc les patients pouvaient fumer comme ils voulaient ! Ce qui n'est pas le cas ici ! La
155 nuit, il faut qu'ils demandent aux soignants euh... de les accompagner pour fumer !

156 **Moi** : Oui ! Il y avait un peu plus... d'autonomie !

157 **Léa** : Oui ! parce que les locaux fait différemment !

158 **Moi** : Et au niveau activités... euh... est-ce que dans l'unité... euh... il y a la journée des
159 activités, de l'ergothérapie ?

160 **Léa** : Alors ! les activités thérapeutiques chez nous ont été mises en place assez récemment ! le
161 week-end ! Donc tous les samedis et dimanches, on essaie de proposer une activité aux
162 patients ! peu importe ! jeu de société euh... pétanque... Ça peut être aussi les sorties dans le
163 parc où on sort un peu tout le monde ! Vraiment ! on prend le temps de sortir chaque patient !
164 euh... parce que du coup ! on est moins dans le tumulte de la semaine avec les rendez-vous
165 médicaux, psychiatres, etc. ! Ils ont aussi accès au TIPP ! donc c'est un atelier de
166 psychoéducation toutes les deux semaines ! Euh... par contre ! c'est pour les patients souffrant
167 de psychose uniquement ! puisque du coup ! c'est axé sur ça ! mais c'est la majorité de nos
168 patients, quand même ! Donc ça ! c'est toutes les deux semaines ! Et après ! Si euh... il peut y
169 avoir des indications d'activités autres. Euh... c'est-à-dire qu'on a les ateliers Marie-Laurent
170 Saint sur l'hôpital ! qui sont euh... des ateliers euh... du coup ! de médiation... avec la poterie !
171 la peinture ! l'écriture ! euh... entre autres ! Et il y a aussi la fédération sportive, c'est-à-dire
172 que certains de nos patients qui en ont besoin peuvent avoir accès à la fédération sportive !
173 C'est euh... une unité d'hospitalisation de jour qui ne fait que des sports avec les patients !
174 Donc il y a plein de sports différents ! randonnée... ping-pong... tennis euh... marche, etc. !
175 Et du coup ! ils peuvent y avoir accès ! Mais là, que ce soit Marie-Laurent Saint ou la fédération
176 sportive, c'est sur indications médicales ! Mais au sein de l'unité, les activités ! c'est le week-
177 end !

178 **Moi** : Sinon, il faut une prescription médicale pour faire les activités à l'extérieur et euh... faire
179 du sport ?

180 **Léa** : Tout à fait !

181 **Moi** : D'accord ! ok ! Euh... donc ! comment travaille-t-on avec un patient sous contrainte qui
182 n'est pas demandeur de soins le plus souvent ?

183 **Léa** : Alors ! euh... ça dépend du patient ! (rire) Dans le cas d'un patient qui est vraiment euh...
184 en état de décompensation avec une anosognosie franche ! euh... qui pense vraiment ne pas
185 être malade ! etc. ! l'objectif pour nous ! ça va être de gérer l'état de décompensation ! Donc
186 euh... ça passe par plusieurs choses ! les entretiens psychiatriques, infirmiers, et les
187 thérapeutiques ! Euh... et après ! l'objectif pour nous ! c'est d'expliquer au patient que s'il y a
188 un respect du cadre ! une prise de thérapeutique adaptée, et des entretiens euh... qui
189 concordent ! euh... il aura une ouverture des consignes ! Parce qu'effectivement, quand ils
190 arrivent au départ, les consignes sont assez fermées ! ils ne peuvent pas sortir dans le parc !
191 euh... les visites parfois ne sont pas autorisées... Par contre ! ils ont toujours accès à leur
192 téléphone, ça c'est important ! Et du coup ! on essaye de travailler la confiance avec le patient !
193 c'est-à-dire... par la transparence ! Moi, je pense que ça passe par là ! Euh... Par exemple ! moi
194 en tout cas ! je n'ai pas de honte ou de peur à dire au patient pourquoi il est là ! à euh... re-
195 questionner avec lui le motif d'hospitalisation ! à re-questionner les précédentes
196 hospitalisations s'il y a eu ! Euh... Et puis euh... je dis au patient ce que je lui donne comme
197 traitement, je ne mens jamais au patient ! ça m'arrive pas ! en tout cas ! Et puis ! on essaye
198 d'être présent au maximum pour eux ! d'entendre aussi qu'ils peuvent être en colère... On a
199 des patients aussi qui n'ont pas envie d'être là ! donc c'est OK de ne pas avoir envie d'être là !
200 Ils sont forcés et contraints ! Donc à nous aussi d'adapter notre discours... notre disponibilité à
201 ça ! d'accueillir la colère ! euh... le sentiment d'injustice aussi ! souvent... euh... on essaye de
202 faire ça comme ça ! je pense !

203 **Moi** : De comprendre leurs émotions et de faire en fait plein d'entretiens, formels, informels,
204 d'être présents pour eux, les écouter...

205 **Léa** : Ouais ! On essaye ! en tout cas ! on essaye ! au mieux de les faire accepter... Alors quand
206 c'est une contrainte qui vient du préfet ! à SDRE par exemple ! on parvient un peu plus, quand
207 même ! à détacher du soin, même si c'est un psychiatre qui a quand même posé l'indication !
208 Euh... Et après ! quand c'est les tiers qui ont posé ! on essaye aussi de décharger un peu la
209 famille, qui souvent est perçue comme persécutrice par le patient ! « c'est ma mère ! ma grand-
210 mère ! mon ami ! ma sœur qui m'a fait enfermer ! » alors que non ! c'est vraiment au niveau
211 médical ! C'est un psychiatre qui a pris cette décision !

212 Donc on essaye de ramener aussi le soin par là aussi ! pour essayer de décharger un peu les
213 familles ! parce que c'est des ressources, les familles, finalement.

214 **Moi** : Bien sûr. Puis pour eux, c'est une phase de compréhension qui est longue et difficile...
215 euh... à accepter ! Surtout quand ça vient pas de soi, et qu'on est contraint à faire les choses.
216 Au début, il y a un refus, un rejet, puis après progressivement...

217 **Léa** : ...Oui ! quand tu vois que les choses elles avancent, qu'elles évoluent... Après, quand ça
218 stagne, c'est pas toujours évident. Quand il y a des rechutes pendant l'hospitalisation ou que
219 l'hospitalisation dure longtemps ! euh... ça devient compliqué pour les patients. Donc on
220 essaye de mettre en place des sorties thérapeutiques... des accompagnements pour des achats...
221 quand ils en ont besoin... de faire un plan social... On essaye toujours d'aller rechercher...
222 même si les patients, ils viennent à l'hôpital, ils ont pas envie, y'a forcément besoin de quelque
223 chose, quelque part. Donc l'objectif aussi, ça peut être ça : de trouver de quoi a besoin le patient.
224 Si c'est une demande sociale, ou autre ! un... de relation avec sa famille, etc. Et peut-être de se
225 baser sur ce besoin-là, de le saisir et d'aider à résoudre ce besoin pour créer l'alliance un peu...
226 thérapeutique. En tout cas, c'est l'objectif ! l'alliance !

227 **Moi** : Oui ! en fait c'est le plus important dans la prise en charge !

228 **Léa** : oui ! oui !

229 **Moi** : Et euh... et en moyenne, combien de temps dure une hospitalisation ? je suppose que ça
230 dépend selon les pathologies des patients... mais...

231 **Léa** : ...Alors, sur le plan purement hospitalier ! nous aux! la DMS , donc durée
232 moyenne de séjour, qui est évaluée du coup au niveau de l'hôpital, elle est de trois semaines !
233 Sur les autres unités de crise de l'hôpital, elle est de quinze jours !

234 **Moi** : D'accord...

235 **Léa** : On est une unité euh... alors là ! la DMS va bientôt changer ! Mais quand je suis arrivée
236 il y a un an sur cette unité ! la DMS, elle était de trois semaines ! parce qu'on avait beaucoup
237 de patients chroniques ! qui étaient là depuis des mois et des mois ! des années même ! On a de
238 nombreux patients qui sont là depuis des années ! pour qui on ne trouve pas de structure
239 adaptée ! Euh... donc voilà, c'est ce qui fait que ça augmente notre DMS ! Elle a baissé très
240 récemment ! euh... là ça doit faire huit mois à peu près ! je pense... où on fait beaucoup plus
241 d'entrées ! où les hospitalisations durent assez peu de temps ! Mais la DMS est de trois

242 semaines ! Après, nos patients ! euh... il y en a qui restent euh... six mois ! et d'autres qui
243 restent deux jours ! Donc euh... c'est vraiment une durée moyenne !

244 **Moi** : Ouais ! C'est une moyenne qui est euh... finalement pas très réaliste ! parce que ça
245 dépend du patient et... que...et des patients qui peuvent rester très longtemps ! en fait ! dans le
246 service !

247 **Léa** : Exactement ! Selon les problématiques des patients, ça peut différer. Parce que... heum...
248 en psychiatrie on traite ! euh...la pathologie ! mais euh... la problématique ! elle est sociale
249 aussi ! Parce que nos patients ! ils sont en grande difficulté ! en grande précarité ! pour...bon
250 nombre d'entre eux ! Et du coup, y'a certains patients qu'on va remettre à la rue un..., parce
251 que... voilà ! on a fait le traitement ! il sort à la rue... C'est c'est malheureux ! mais y'a des
252 équipes de précarité qui s'occupent d'eux ! heum... y'a une équipe mobile pour ça ! Mais après
253 y'a certains patients qu'on peut pas ! laisser dans la rue... parceque y'a y'a... ils représentent
254 un danger pour eux ou pour les autres ! et dans ces cas-là ! faut travailler un... un projet social !
255 Donc ça prend du temps !

256 **Moi** : ça prend du temps... et je suppose que... pareil ! au niveau des effectifs... c'est
257 compliqué ! Euh... est-ce qu'il y a, heu... assez de professionnels de santé qui peuvent
258 encadrer... euh ces patients ! qui sont à la rue ! et pour pas qu'ils retournent dans un
259 environnement ! finalement qui les a faits un petit peu... décompenser psychologiquement ?

260 **Léa** : Alors, heu... sur*, je dirais pas ça. Euh... parce que pour les personnes en
261 situation de précarité sur ! euh... y'a énormément de choses qui sont faites ! c'qui n'est
262 pas le cas dans tous les départements ! Euh... Pour avoir du coup ! heu... été en stage à
263 l'EMPP ! donc l'équipe mobile de psychiatrie précarité ! heu... y'a beaucoup de choses pour
264 les patients SDF ! y'a beaucoup de liens qui sont faits ! Donc, heu... je dirais ! Alors ! y'a un
265 manque de ressources ! ça c'est sûr ! Mais par rapport à d'autres régions, par exemple ! la
266 région du Loiret, Orléans ou j'étais ! y'a quand même beaucoup plus de choses qui sont faites
267 sur Avignon ! Peut-être aussi parce que c'est une plus grandes villes... mais... heu... y'a pas
268 mal de choses quand même pour les personnes SDF !

269 **Moi** : Oui... donc, du coup ! heu... les personnes, vous les revoyez pas forcément au sein de
270 votre service une fois qu'ils sortent ?

271 **Léa** : Si ! si si !

272 **Moi** : Ouais !

273 **Léa** : Le taux de rechute euh... en psychiatrie ! c'est... c'est énorme ! je sais pas les
274 pourcentages ! je pourrais pas les dire ! Mais euh... en fait ! c'est des pathologies chroniques !
275 donc y'a des rechutes ! un diabétique heu... à un moment donné ! il en aura marre de son
276 insuline ! il va arrêter... et du coup ! il va faire une rechute ! Ou alors le diabète va évoluer ! et
277 il va rechuter ! il va être réhospitalisé ! En psychiatrie c'est pareil ! la schizophrénie, par
278 exemple ! elle peut être stabilisée pendant dix ans, mais au bout d'un certain temps ! les
279 médicaments font plus effet ! faut changer de molécule ! Et donc, le patient revient ! Alors...
280 ils ont pas forcément tous besoin d'une hospitalisation en unité... fermée ! mais, heu... ça peut
281 être, oui, une hospitalisation ouverte... ! un hôpital de jour... ! Euh... Si ! on revoit notre
282 patientèle... Elle revient régulièrement !

283 **Moi** : D'accord ! Et quand les patients sortent de l'unité crise fermée ! euh... est-ce qu'après,
284 ils passent en unité... d'hospitalisation ouverte avant de retourner dans leur environnement ?

285 **Léa** : Heu... ça dépend des patients ! Y'a des patients qui vont sortir directement de la crise
286 fermée à leur domicile. Euh... y'en a d'autres qui vont passer... par la crise ouverte ! ça
287 dépend... euh... du projet du patient ! de son état clinique ! En général... les patients quand ils
288 sont stabilisés en unité de crise fermée ! ils passent dans les unités ouvertes ! Sauf ! quand la
289 contrainte est maintenue ! Parce que... pour passer en unité de crise ouverte ! théoriquement !
290 il faut être en... soins libres ! En théorie ! euh... Déjà ! sur l'hôpital ! les SDRE ne peuvent pas
291 aller en unité ouverte ! C'est l'hôpital de Montfavet qui fonctionne comme ça ! Attention ! à
292 Orléans et à Rennes ! ce n'est pas comme ça ! A Montfavet ! euh... les patients SDRE, ils ont
293 un statut très particulier ! Ils ont jamais ! le droit ! aux sorties seules dans le parc ! C'est toujours
294 accompagné ! Et, heu... ils ne peuvent pas aller en unité ouverte ! Voilà ! parce qu'ils n'ont pas
295 l'droit aux sorties seules ! et que l'unité ouverte ! ben... c'est ouverte !

296 **Moi** : D'accord !

297 **Léa** : Les sorties... dans le parc ! se font ! Donc déjà ! les SDRE, ils sont exclus complètement
298 des unités ouvertes ! sur Montfavet... ! euh... et les patients sous mesure de contrainte SDT,
299 SPI ! peuvent aller en unité ouverte à partir du moment ! où nous ! en unité fermée ! on a
300 expérimenté des sorties seules dans le parc ! ça se passe bien ! et ben du coup ! état compatible
301 cliniquement ! et les sorties aussi ! avec une unité ouverte ! ils peuvent passer en unité ouverte !
302 Sauf que ! en ce moment on fait moins de mouvements, parce que euh... on a perdu des lits !

303 On a perdu 27 lits ! sur euh... l'uni... le bâtiment ! le pôle ! euh... en trois semaines ! Donc !
304 Parce qu'y'a deux unités qui ont fermé ! euh... les unités de Carpentras ! Et du coup... euh...
305 on peut plus trop faire des switchs ! en fait ! parce qu'il y a plus trop de place nulle part !
306 finalement ! Donc ! euh... nos patients... dans l'idéal ! le parcours de soins, ce s'aurait de
307 repasser par une unité ouverte ! Mais, heu... s'ils sont complètement stables ! conscients de
308 leurs troubles... et que l'état est compatible avec un retour à domicile ! ben... y'a pas besoin
309 de prolonger l'hospitalisation ! Hein ! on prolonge en unité ouverte surtout quand y'a une
310 problématique sociale, finalement. Et que le patient peut pas sortir tout de suite ! qu'il faut
311 régler la problématique sociale ! C'est surtout dans ces cas-là ! En fait !

312 **Moi** : D'accord ! c'est vraiment pour... trouver une solution pour qu'il sorte dans de bonnes
313 conditions... !

314 **Léa** : Voilà ! c'est ça !

315 **Moi** : C'est un peu un tampon... un service tampon entre l'extérieur et l'unité crise ! qui permet
316 de trouver une solution en attendant ! pour pas qu'il soit à la rue ! ou euh... qui retourne dans
317 un quartier un peu sensible...

318 **Léa** : ...ou dans un logement insalubre... Parce que ! je sais pas moi ! on a certains patients qui
319 arrivent ! euh... ils sont stabilisés... mais le logement est en travaux ! parce que ! insalubrité !
320 Y'a pas de raison de les laisser enfermés complètement ! ils passent en unité ouverte ! Et une
321 fois que le logement est apte ! ben... ils ressortent en fait ! Ça peut être euh... des patients en
322 attente d'EHPAD ! Le temps que la place se libère ! ils peuvent aller en unité ouverte... ! Des
323 patients en attente... d'une hospitalisation en clinique ! par exemple ! les cliniques c'est que du
324 soin libre ! Euh... ben du coup ! ils vont en unité ouverte ! et dès que la clinique a la place !
325 Hop ! ils basculent sur la clinique ! C'est... euh... On a beaucoup de choses comme ça !

326 **Moi** : Et il y a un suivi ambulatoire... euh... à l'extérieur ?

327 **Léa** : Toujours ! systématiquement ! 100% des patients ! Euh... Quand ils sortent ! ils ont un
328 rendez-vous au CMP, en général dans les deux à trois semaines après leur sortie, avec un
329 infirmier ! Et dans les trois à six mois avec un psychiatre ! pour les renouvellements
330 d'ordonnance, etc...

331 **Moi** : Et c'est obligatoire ? Ils doivent se rendre à tous leurs rendez-vous ?

332 **Léa** : Alors ! non ! on ne peut rien obliger à un patient qui est sorti ! on peut ni obliger une prise
333 de traitement ! ni obliger euh... d'aller au CMP ! Heu... on prend les rendez-vous ! et on espère
334 qu'ils y iront ! Sauf ceux qui sont en programme de soins ! où là ! oui y'a une obligation !
335 Euh... mais après du coup ! ceux qui sont pas en programme de soins ! libre à eux ! ou non !
336 de suivre le traitement et d'aller au CMP ! Les patients en programme de soins ! à la différence !
337 euh... ils sortent ! ils ont toujours leurs contraintes ! ils ont une contrainte de soins... ! c'est-à-
338 dire que s'ils ne vont pas à leur rendez-vous ! ils sont réhospitalisés !

339 **Moi** : Comment est-ce qu'on respecte l'autonomie du patient ? Et... et comment on construit
340 une relation de confiance avec lui ? Pt'être qu'on en a déjà plus ou moins parlé dans les
341 questions précédentes... !

342 **Léa** : Oui ! on en a un petit peu parlé... pour moi, la transparence ! c'est hyper important !
343 Euh... la bienveillance... heum... et puis l'écoute du patient ! et de ses besoins ! hein... c'est
344 pas parce que nos patients ils sont sous contrainte ! euh... qu'on doit les obliger à tout ! Euh...
345 on doit les obliger à certaines choses ! euh... mais faut suivre le rythme du patient aussi !
346 Heum... et faut prendre en compte tout l'aspect du patient ! Euh... c'est pas juste un patient !
347 c'est aussi une famille ! c'est aussi des relations à l'extérieur ! un mode de vie qui peut être
348 différent... ! une culture différente ! Et faut s'adapter à ça ! En fait ! Pour moi, je pense que
349 pour construire cette relation-là ! cette alliance-là ! c'est important ! La transparence ! la
350 bienveillance ! l'écoute... ! euh... et puis tout expliquer au patient, en fait ! C'est pas parce
351 qu'il a des troubles psychiatriques ! qu'on doit pas lui expliquer euh... pourquoi on lui donne
352 tel traitement ! pourquoi les symptômes... ! Alors oui ! des fois... ils sont pas contents
353 d'entendre euh... ben ! qu'ils souffrent de telle ou telle pathologie ! Que là, j'observe ! que...
354 il y a des hallucinations ! etc. ! ils sont pas forcément content ! Mais pour autant ! heu... il va
355 falloir qu'à un moment donné, ils comprennent qu'ils sont malades ! et je vais pas leur dire...
356 non ! non ! vous délirez pas ! non ! j'veis pas mentir à un patient !

357 **Moi** : Bien sûr ! puis il faut qu'ils soient acteurs de leurs soins aussi ! Qu'ils participent dans
358 ses soins !

359 **Léa** : Exactement !.

360 **Moi** : quand y'a vraiment cette alliance-là ! bah... le patient... il comprend pourquoi il fait les
361 choses ! c'est vrai que si on lui explique pas ! du coup ! pour lui ! il comprend pas l'intérêt de
362 prendre un traitement ! Si on lui dit pas pourquoi !

363 **Léa** : c'est ça ! Déjà ils ont pas envie d'être là ! Et si en plus, on impose sans rien dire ! genre
364 "vous êtes là ! prenez le traitement ! et on arrête là ! (tape sa main position vertical sur la table)
365 Non ! c'est pas comme ça que ça fonctionne ! Euh... le but, c'est d'expliquer ! Après, parfois
366 ça fonctionne ! des fois ça fonctionne pas ! Mais juste pas... euh... c'est pas parce qu'il y a un
367 échec ! que ça va pas fonctionner plus tard ! ou avec un autre soignant aussi !

368 **Moi** : Bien sûr ! Et si un patient, par exemple ! ne veut pas prendre son traitement ! est-ce que
369 vous l'obligez ? Ou euh...

370 **Léa** : ...certaines fois, oui !

371 **Moi** : Ouais... d'accord !

372 **Léa** : Quand y'a pas le choix ! y'a pas le choix ! Heum... en général ! Alors ! Quand c'est
373 une... admission ! que le patient il est complètement décompensé ! il vient d'arriver ! ça fait,
374 24h... admettons qu'il est à ! En général, au début, on négocie pas trop ! On lui explique que
375 s'il est pas content... qu'il a des effets indésirables... déjà ! on va chercher pourquoi il veut pas
376 le prendre ! En fonction de ce qu'il nous dit, on s'adapte ! Si c'est des effets secondaires ! ok !
377 bah on peut entendre ! Parce que nos traitements ! les neuroleptiques notamment ! ont beaucoup
378 d'effets indésirables. Et ben ok ! est ce que vous seriez d'accord de changer ! Est-ce que vous
379 avez déjà pris un neuroleptique qui fonctionnait bien chez vous ! Les médecins, c'est leur rôle !
380 hein ! d'ajuster le traitement ! Mais nous aussi infirmiers ! euh... quand on va leur donner ! de
381 dire ben ok ! "Vous me dites que le Loxapac, ça fonctionne pas... Est-ce que le Tercian oui !
382 Ah oui, le Tercian, ça fonctionne ! ok ! bah j'en parle au médecin ! " Et des fois on change
383 comme ça la molécule ! on ajuste en fait ! finalement ! Parce que... parce qu'il y a une raison
384 s'il veut pas le prendre ! Après, s'il veut pas le prendre parce que : "J'suis pas malade ! j'en ai
385 pas besoin !" et qu'à côté de ça ! le comportement est calme ! Ben, y'a certains traitements
386 qu'on va négocier ! Les sédatifs, par exemple ! Euh... les traitements à visée sédatif ou... ou
387 ou pour canaliser ! donc les neuroleptiques d'appoint ! Loxapac ! Tercian ! etc. ! On va dire :
388 "OK, vous voulez pas le prendre là ! par contre, est-ce que vous êtes d'accord de le prendre ce
389 soir ? ben... d'accord pas à midi ! mais par contre ce soir vous le prenez ! ouais... ok ! on peut
390 faire comme ça." On a quand même une marge de manœuvre ! Par contre ! si le patient est
391 complètement agité ! qu'il fait une crise clastique ! par exemple... euh... bah non ! là ! on
392 négocie pas ! En fait, il lui faut un traitement, parce le patient est dans un état qui le nécessite !

393 Euh... comme il est sous contrainte ! on peut imposer ! Parce qu'il représente un danger pour
394 lui-même ou pour les autres !

395 **Moi** : Ok !

396 **Léa** : Voilà !

397 **Moi** : D'accord !

398 **Léa** : Mais en général on... on ajuste ! on négocie ! on travail ça ! avec le psychiatre ! et nous
399 de notre côté !

400 **Moi** : Et pour un patient qui est en état de crise ! et que vous n'arrivez pas à gérer, qui peut être
401 un danger pour les autres et pour lui-même ! Comment vous canalisez cette crise ! sur le
402 moment ?

403 **Léa** : Alors ça dépend ! (rires) ça dépend ! Y'a plein de méthodes alternatives ! Euh... alors ça
404 peut être ! un entretien infirmier... ! une prise de traitement si besoin... ! aller fumer une clope
405 avec lui... ! Euh... je sais pas moi ! lui proposer un jeu de société... ! euh... ça peut être euh...
406 l'emmener marcher dans le parc... ! En fait ! ça va vraiment dépendre de la crise, comment elle
407 est caractérisée... ! Est-ce que c'est que...le patient il est complètement euh...morcelé ! Du
408 coup, faudrait peut-être faire du packing, un enveloppement ! Est-ce que c'est qu'le patient...
409 il est... je sais pas moi ! il est euh... très exalté ! (soupire) il est euh... en phase maniaque !
410 etc. ! et du coup ! là ! il a besoin de contenance ! donc on va limiter les stimuli ! Donc ça peut
411 passer par des consignes restrictives ! par exemple euh... plus de visites ! plus d'appels ! parce
412 que le patient est sur stimulé ! ou on retire le téléphone la nuit ! pour qu'il puisse dormir !euh...
413 et après ! si y'a un état d'agitation... euh... a l'instant t avec un passage à l'acte ! auto ou hétéro
414 agressif ! alors auto ! je vais enlever pour les crises suicidaires... ! je vais vraiment parler des
415 passages à l'acte euh... auto-agressifs ! Par exemple, un patient qui a des injonctions qui lui
416 disent... je sais pas ! de se manger les mains ou autre, ou euh... un patient qui nous tabasse !
417 euh... littéralement ! là ! on peut... on peut faire appel à la chambre d'isolement !

418 **Moi** : d'accord !

419 **Léa** : C'est vraiment un soin de dernier recours ! Euh... voilà ! ça peut être ça ! Mais ça peut-
420 être dans le cas d'une crise suicidaire ! avec des idées suicidaires ! euh... euh... très
421 importantes ! pour moi, l'indication d'isolement n'y est pas ! Euh... Il ne faut jamais... pour

422 moi ! mettre un patient suicidaire en isolement ! Euh... et du coup on va plutôt euh... faire des
423 entretiens, retirer les moyens létaux que le patient pourrait utiliser ! sécuriser comme ça !

424 **Moi** : Ok !

425 **Léa** : Voilà ! y'a pleins de choses ! (rires)

426 **Moi** : Y'a plein de méthodes alternatives qu'on peut utiliser ! sans en venir forcément à la
427 contention...

428 **Léa** : ...ou à l'isolement !

429 **Moi** : ...ou à l'isolement !

430 **Léa** : La contention ! ici ! que ce soit ici ! ou à Orléans ! on la pratique quasiment jamais !
431 Euh... l'isolement ! ici un peu plus ici qu'à Orléans ! Mais parce que des soignants beaucoup
432 moins formés aux méthodes alternatives ! Heum... mais c'est... y'a 15 % des hôpitaux en
433 France qui utilisent... ni isolement ! ni contention ! ni unités fermées ! et ça fonctionne très
434 bien ! Voilà ! et ils ont les mêmes patients ! et ça fonctionne ! c'est juste que... les soignants
435 sont mieux formés !

436 **Moi** : Oui c'est ça ! y'a p't-être aussi une formation à intégrer... pour pouvoir... euh...
437 comment dire ? être proche d'un patient en crise ! et savoir canaliser sa crise ! autre que par
438 des...

439 **Léa** : ...alors ! oui ! il faut des formations ! mais aussi une politique d'établissement ! Euh...
440 l'institution de (heum ! avec sourire) fait que... on a très souvent recours à
441 l'isolement ! et c'est souvent le premier truc qu'on pense ! alors que ça devrait être le dernier !
442 Euh... c'était pas le cas où j'ai pu travailler avant ! en fait ! C'est un peu... quelque chose qui
443 m'a déstabilisée quand je suis arrivée ici ! Ça a été très dur pour moi... ! Et pour mes collègues
444 qu'on bossé...Bon ! tu parleras avec Greg tout à l'heure ! mais... c'est plus ! c'est pas évident !
445 à, y'a une culture de l'isolement... Un truc de fou ! (Hein... voilà ! avec soupir) Mais
446 faut être formé ! en fait la formation des soignants ! Heum... et l'envie des soignants d'essayer
447 des choses aussi ! parce que... y'a des formations mais y'a aussi faire appel à notre
448 imagination ! en fait ! euh... sur quelque chose qu'on pourrait proposer aux patients qui pourrait
449 fonctionner ! Faut... Faut s'faire confiance aussi !

450 **Moi** : Bien sûr !

451 **Léa** : Et faire confiance au patient ! "Qu'est-ce que je peux faire pour vous aider ?" C'est la
452 première question à poser au patient ! C'est pas... "calmez-vous...", pas "arrêtez de crier..."
453 C'est pas des injonctions qu'il lui faut faire ! quand le patient est en crise ! Un état de crise
454 c'est : « Là ! je vois qu'il y a quelque chose qui ne vas pas... ! comment je peux vous aider ? »
455 Non. Faut lui dire : "Là, je vois que ça va pas. Comment je peux vous aider ?" Et le patient il
456 va savoir nous dire ! hein ! Et après on se saisit de ça ! et là on met en place des méthodes
457 alternatives ! Après quand y'a le passage à l'acte est imminent ! que le patient il a dégoupillé !
458 et... il a frappé quelqu'un ! c'est trop tard ! c'était avant qu'il fallait agir ! c'est qu'il y avait
459 des signes annonciateurs, avant ! Donc déjà ! il faut être capable de repérer les signes
460 annonciateurs de crise !

461 **Moi** : Connaitre son patient ! être interpellé par les signes précoces ! et euh... essayer de le
462 comprendre ! je pense qu'effectivement s'il se sent compris ! il va être ouvert à la
463 communication et ça peut désamorcer... peut-être pas tout le temps ! mais... ça peut pt'être
464 désamorcer euh... euh... comment dire ? une aggravation de la crise ! finalement derrière et...
465 mettre en place des moyens alternatifs avant d'en arriver à la force !

466 **Léa** : Oui ! tout à fait !

467 **Moi** : Heum... ensuite euh... qu'est-ce qu'une unité de crise fermée ? et quelle est sa spécificité
468 ? ça on en a déjà parlé auparavant !

469 **Léa** : Oui !s

470 **Moi** : Sauf si tu as des choses à ajouter ?

471 **Léa** : Non !

472 **Moi** : Euh... Quel type de patient est pris en charge au sein de votre service ?

473 **Léa** : Tout type de patient nécessitant des soins euh... des soins en crise fermée ! donc des soins
474 sous contrainte ! Donc ça peut-être... ça va de... (euf...en soufflant) toutes les névroses ! toutes
475 les psychoses en fait ! tous les patients avec des troubles en phase aiguë de décompensation.
476 Donc, des personnes avec des troubles... des troubles... psychiatriques ! finalement ! Euh...
477 donc on peut avoir des crises suicidaires... ! des gens qui viennent pour décompensation d'un
478 trouble bipolaire ou schizophrénie... ! euh, vraiment tous les patients ! Un burn-out ! ça peut
479 arriver des patients qui viennent pour burn-out... ! c'est moins courant mais ça arrive ! vraiment
480 on accueil tout le monde !

481 **Moi** : D'accord !

482 **Léa** : C'est l'hôpital publique ! donc on accueille tout le monde ! (Sourit)

483 **Moi** : Ouais ! tout type de pathologie !

484 **Léa** : Oui ! vraiment... vraiment tous les types ! Elles sont toutes ! représentées euh... dans le
485 service ! On a aussi du pas psy ! On a... on a parfois euh... des démences ! type Alzheimer et
486 tout ! parce que les familles ! bah ! elles savent plus quoi faire... et que la psychiatrie ! souvent
487 c'est le seul à... accepter ! Euh... on peut avoir parfois ! euh... euh... des SDF qui viennent se
488 réfugier... ! donc euh... qui qui qui... font semblant d'avoir des troubles mentaux... pour
489 pouvoir être intégrés... voilà ! on accueille vraiment tout le monde en fait ! mais à part ! juste
490 qu'il y ai une contrainte en fait ! une contrainte de soin ! c'est tout !

491 **Moi** : Ouais ! ouais ! d'accord ! Euh... pourquoi est-il nécessaire de fermer les portes pour
492 soigner un patient en crise ?

493 **Léa** : (rire nerveux, hum ! hum ! hum !) Pour moi, c'est pas nécessaire ! voilà ! (sourit) Heum...
494 alors ! à l'admission des patients, en situation de crise, de décompensation etc. ! sous
495 contrainte ! pourquoi on ferme les portes ? parce qu'il y a un risque de fugue ! voilà ! Le patient
496 il a pas envie d'être là ! Donc s'il voit une porte ouverte ! évidemment, il va en sortir ! c'est
497 juste ça ! La seule différence... entre les unités ouvertes et les unités fermées ! c'est que le
498 risque de fugue... il est contenu... parce que les portes sont fermées ! c'est tout ! Est-ce qu'il y
499 a un intérêt à ça ? parfois oui ! souvent non !

500 **Moi** : D'accord ! ouais ! puis mettre un interdit... c'est finalement avoir envie... ! de passer
501 outre cet interdit ! plus on interdit les choses ! plus on a envie de fuir ?

502 **Léa** : Non ! alors oui ! c'est possible ! mais non ! c'est pas comme ça que ça se passe dans le
503 service !

504 **Moi** : D'accord ! ok !

505 **Léa** : Euh... enfin ! dans tous les services que j'ai fait... ! ça s'passé pas comme ça ! Euh... les
506 patients ! euh... finalement ils sont pas contents d'être là ! mais ils restent là quand même ! et
507 ils finissent même par avoir des sorties tout seuls dans le parc ! et ils sortent pas de l'hôpital !
508 On a très peu de fugue ! finalement ! Donc euh... au final ça s'passé bien ! Après euh...
509 souvent euh... enfin ! un patient qui a envie de sortir vraiment ! il va défoncer la porte ! il va
510 escalader le mur... ! qui fait ! on a déjà eu des fugues ! et on a déjà eu des patients qui s'en sont

511 pris à la porte ! c'est des patients particuliers ! un patient qui défonce une porte ! c'est que
512 quand même ! il est tellement dans un état tellement de crise ! que ben... il va passer
513 probablement en iso ! s'en prendre à une porte ! c'est une porte ! vaut mieux pas que ce soit un
514 humain !

515 **Moi** : Bien sûr !

516 **Léa** : Mais... voilà ! les patients qui fuguent ! vraiment ! souvent ils peuvent... ils font des
517 passages en iso ! je pense ! mais... dans mon idée !

518 **Moi** : Et... vous avez déjà vu des services comme ça ! euh... des unités de crise fermées sous
519 contrainte... avec des portes...

520 **Léa** : ...ouvertes ?

521 **Moi** : ...ouvertes !

522 **Léa** : : Alors... ! à Orléans euh... y'a des crises fermées ! avec portes fermées ! mais y'a des
523 unités ouvertes ! qui accueil des SDRE... des SDT... etc. ! parce qu'il n'y a plus de places dans
524 les unités fermées ! et pour autant ! ils ont pas plus de fugues que ça ! euh... mon collègue que
525 tu verras tout à l'heure ! lui, il a connu les unités ouvertes avec des patients...

526 **Moi** : ...sous contraintes ?

527 **Léa** : sous contraintes ! voilà ! et ça se passe bien ! À Rennes... y'a plein d'unités euh... sous
528 contraintes ! où les portes sont ouvertes ! et ça s'passe très bien ! donc euh... voilà !

529 **Moi** : D'accord ! Et... que pensez-vous... des mesures coercitives et privatives de liberté ?

530 **Léa** : Hum ! c'est-à-dire ?

531 **Moi** : Heu... bah...

532 **Léa** : des consignes restrictives ? tout ça ?

533 **Moi** : Ouais... bon ! on a déjà ! pareil ! plus ou moins parlé... plus ou moins avant ! qu'il y
534 avait des mesures alternatives ! et qu'on était pas obligé de passer par des mesures privatives
535 de liberté !

536 **Léa** : Alors ! les mesures coercitive... j'espère bien qu'il y en a pas dans le service ! (hein !
537 rire) euh... on punit pas ! nous... y'a pas de punition ! y'a pas de... même si y'a un passage
538 en isolement que certains vont prendre pour une punition ! y'a un entretien qui est fait à la fin

539 de l'isolement ! pour reprendre l'ensemble de ce qui a été fait ! pourquoi ça été fait ! etc. ! etc. !
540 pour tout expliquer au patient car c'est traumatisant le passage en isolement ! c'est un
541 traumatisme pour tous les patients ! euh... et alors euh... hum ! hum ! les mesures de privation
542 de liberté ! certaines ! sont nécessaires ! un patient euh... en phase maniaque ! qui euh...
543 harcèle quelqu'un ! Euh... l'appel sans arrêt ! ne dort pas de la nuit parce qu'il est sur son
544 téléphone ! sur son ordinateur ! A un moment, retirer ces objets-là ! c'est nécessaire ! c'est
545 nécessaire ! parce qu'un patient qui dort pas... bah y'a un enjeu pour sa santé ! c'est nécessaire
546 pour pouvoir du coup gérer la crise... ! euh... l'important ! c'est que la privation de liberté dure
547 le moins longtemps possible ! et qu'on réévalue tous les jours !

548 **Moi :** En fait ! le but c'est de contenir... la crise ! de contenir le patient le temps que la crise
549 passe ! et après c'est lui redonner... l'autonomie dont il a besoin pour euh... on va dire ! se
550 reconstruire et se soigner !

551 **Léa :** On coupe jamais le contact avec le monde extérieur ! parfois ils ont pas le droit aux
552 visites ! euh... pour des raisons particulière... ! soit la famille fait rentrer des stupéfiants... !
553 euh... n'est pas très coopérante... ! euh... des choses comme ça ! euh...ça peut être pour ça !
554 ou... voilà ! Par contre ! on coupe jamais le lien ! c'est-à-dire... que même si ! le patient a pas
555 le droit à son téléphone ! il a quand même le droit de téléphoner avec le téléphone du service !ça
556 s'écoule l'après-midi... ça peut-être médiatisé ou non ! mais le patient peut quand-même
557 téléphoner ! on peut pas ! y'a certains... droits ! on peut pas leurs enlever définitivement !

558 **Moi :** Bien sûr !

559 **Léa :** Euh... voilà ! donc euh... on ajuste ! après... à part pour l'isolement qui est où là là !
560 c'est une privation de liberté totale ! Mais euh... et encore ! la privation de liberté elle doit être
561 réévaluée, chaque jour ! en fait ! Si le patient commence à aller mieux ! on lui redonne son
562 téléphone ! quoi !

563 **Moi :** Et euh... ils ont accès facilement à leurs affaires personnelles ?

564 **Léa :** Oui ! Ils ont accès, a tous leurs effets personnels ! Sauf les objets ! tranchants, coupants
565 etc. ! par exemple ! les rasoirs, c'est le matin... ! euh... on leurs donne le rasoir ! ils se rasent !
566 mais on ne les laisse pas dans les chambres ! ça... ça paraît logique ! mais ils y ont accès ! s'ils
567 veulent !

568 **Moi :** Y'a... c'est pas fermé à clé... ? dans leur chambre... ni rien !

569 **Léa** : Alors le rasoir ! si... en fait !

570 **Moi** : Oui tout ce qui est tranchant ! coupant ! dangereux ?

571 **Léa** : Coupant ! tranchant ! dangereux ! objets dangereux ! ça s'est fermé !

572 **Moi** : Mais leurs vêtements ?

573 **Léa** : Mais leurs vêtements ! ils ont accès à tous leurs vêtements ! ils ont accès à leur téléphone
574 portable ! leur chargeur ! leur ordinateur ! voilà ! avec une décharge signée ! ils ont des coffres
575 forts ! avec lesquels, ils peuvent sécuriser leurs affaires de valeur ! donc là ! on est sûr qu'il n'y
576 a pas de vol ! quand c'est dans le coffre-fort ! Euh... par contre quand c'est en chambre euh...
577 s'ils veulent garder leur ordinateur ! ils signent un papier... en disant qu'on n'est pas
578 responsable des vols ! quoi !

579 **Moi** : D'accord !

580 **Léa** : Mais ils ont cette possibilité de mettre au coffre-fort ! quand ils le veulent ! Pareil ! le
581 coffre-fort ! ils y ont accès en permanence ! quand ils veulent ! S'ils veulent stocker leur tabac
582 dedans ! et que chaque heure, ils veulent nous demander une clope ! parce qu'ils veulent pas
583 avoir le tabac sur eux ! on leurs ouvrent chaque heure ! le coffre-fort !Aucun problème !

584 **Moi** : D'accord !

585 **Léa** : Voilà ! ça... aucuns soucis là-dessus !

586 **Moi** : Et... la décision de mise en chambre d'isolement ! est très fortement réglementée !
587 Pourrais-tu me raconter une expérience de mise en chambre d'isolement... de sa motivation
588 jusqu'à la sortie gérer du patient en passant par le séjour en chambre... ! comment l'as-tu vécu ?
589 et pourrais-tu me dire... qu'elles étaient les indications thérapeutiques ?

590 **Léa** : Euh... Donc là ! tu veux parler d'une mise en iso que j'aurai fait... ?

591 **Moi** : ...qui t'aurais marqué...

592 **Léa** : ... qui m'a marqué ! mais qui était justifié ! c'est ça ?

593 **Moi** : Ou pas ! ou toi... une expérience personnelle... et pourquoi il y a eu cette mise en
594 chambre d'isolement ! Quelles ont été les indications thérapeutiques ! De son entrée jusqu'à sa
595 sortie !

596 **Léa** : Ok ! De l'iso ? et même de la sortie de l'hôpital ?

597 **Moi** : De l'iso... ou d'une contention... ou euh...

598 **Léa** : Euh... alors je réfléchis ! parce qu'il y en a beaucoup du coup !

599 **Moi** : Prends le temps ! c'est pas une question facile... !

600 **Léa** : C'est surtout ! que j'ai envie de choisir une bonne situation ! pour le coup ! Heum....

601 Ouh ! ouh ! ouh ! Y'en a tellement (rire)

602 **Moi** : Mais c'est ça ! c'est pas évident comme question !

603 **Léa** : C'est surtout ! je sais pas si je pars sur un... iso qui m'a choqué ! et que c'était pour moi !

604 pas logique qui est eu un iso au contraire ! que j'ai trouvé justifié en fait ! j'essaie de me

605 décider !

606 **Moi** : Après ! ça peut être les deux de façon raccourcit ! si t'as envie ! au contraire ! on peut

607 faire un comparatif avec les deux expériences !

608 **Léa** : Bah... on va faire ça ! Heum... donc si on prend une situation que j'ai trouvé justifié !

609 Euh... alors ! quand je... travaillais ! à la... à Orléans ! pour le coup c'était à Orléans ! Euh...

610 on avait un patient qui était très délirant ! dans le refus de soins ! et avec... associé à ça ! un

611 trouble de la personnalité psychopathique ! Donc c'est un patient pendant ses états de... de...

612 décompensation ! euh... qui était euh... très hostile ! persécuté ! euh... et avec qui il n'y avait

613 aucune alliance ! aucune adhésion ! Ajoutons à ça ! qui consommait régulièrement des

614 stupéfiants ! du cannabis qui renforçait la persécution ! et cocaïne qui renforçait cette toute

615 puissance du patient ! On a eu ! de grandes difficultés à chaque hospitalisation... ! a euh... a

616 introduire un traitement ! et en fait ! à chaque fois qu'il ressortait... ! il sortait parce que la

617 schizophrénie ! était traitée ! après les troubles ! types psychopathiques ! ça ! ça ne se traite

618 pas ! et du coup il sortait parce qu'il faisait n'importe quoi dans le service ! mais que... il était

619 compatible avec une sortie ! Mais en fait un jour ! il a été hospitalisé pour euh... une nouvelle

620 décompensation ! et euh... il s'en prenait régulièrement aux autres patients ! il les frappait

621 euh... en autre il les volait... les raquettait euh... c'était très compliqué dans le service ! et en

622 même temps il était très délire ! avec beaucoup d'hallucinations auditives ! etc. ! Et en fait

623 euh... on a pris la décision ! un jour où ça débordait trop ! on a pris la décision de lui donner

624 un traitement si besoin... ! pour l'apaiser ! parce que c'était plus gérable dans le service ! en se

625 disant... on va pas avoir besoin de la chambre d'isolement ! on va essayer... on le

626 connaît depuis un moment ! on va essayer de gérer comme ça ! Au final ! au moment de lui

627 proposer le traitement ! il a sauté sur ma collègue ! et... il l'a blessé ! vraiment physiquement !
628 il l'a vraiment agressé physiquement ! Euh... parce qu'il était persuadé dans son état délirant !
629 qu'elle était le diable ... ! etc. ! Donc il a fait une fausse reconnaissance ! en plus des éléments
630 délirants de persécution ! Du coup ! il a fini par passer en isolement ! pendant l'isolement !
631 euh... il a euh... un jour on est allé le voir avec le médecin ! il a décidé ! de collecter ses
632 excréments... ! et au moment où l'on a ouvert la porte ! il les a balancés à l'ensemble de
633 l'équipe qui était présente ! Donc ! suite à ça ! on a dû le contentionner... ! Peu de temps après !
634 huit jours plus tard ! on a levé les contentions ! il est resté deux jours sans contentions ! et
635 pendant... ! une sortie cigarette dans le patio d'isolement ! il est de nouveau passé à l'acte sur
636 un autre collègue ! qu'il a aussi blessé ! donc il est repassé en contention ! ça... duré comme
637 ça ! je dirai... peut-être un mois d'isolement ! il a dû faire ! parce qu'il y avait des passages à
638 l'acte physique important ! il y avait une chimio... une chimiorésistance ! il était complètement
639 résistant à tous les traitements qu'on pouvait faire ! et puis ! au fur et à mesure... ! on a réussi
640 à le... à le stabiliser ! et il a pu sortir d'isolement ! Euh... suite a ça ! il est sorti de l'hôpital !
641 je pense... peut-être un mois après sortie d'isolement ! je dirai ! je pense qu'il a dû faire trois
642 mois d'hospitalisation ! il est sorti ben... stable ! mais toujours avec ces éléments de
643 psychopathies euh... et par contre un programme de soins ! une obligation de soins
644 derrière hein ! c'est un patient qui était en SDRE ! Donc euh... il a eu une obligation de soins !
645 voilà ! voilà pour ce patient-là !

646 **Moi** : D'accord !

647 **Léa** : Donc pour moi ! c'était justifié !

648 **Moi** : Ouais... complètement !

649 **Léa** : On avait tout essayé avant ! ça faisait un moment qu'il passait à l'acte ! et on se disait !
650 non ! on essaie quand même ! etc. ! on a voulu proposer un traitement ! le passage à l'acte sur
651 les soignants ! il a été... le passage à l'acte de trop ! Euh... ensuite il a jeté ses excréments !
652 c'était totalement justifié ! Là pour le coup ! on aurait pas pu trouver autre chose !

653 **Moi** : Vous avez tout essayé... ! et un moment donné ! faut aussi vous ! vous préserver ! parce
654 que...

655 **Léa** : ...voilà ! il passe à l'acte sur les patients ! il passe à l'acte sur les soignants ! un moment
656 donné y'a besoin d'arrêter dans l'escalade de la violence ! finalement !

657 **Moi** : Bien sûr ! Là c'était un besoin de contenir toute cette agressivité ! pour qu'il puisse se
658 canaliser... et euh... que les tensions redescendent un p'tit peu !

659 **Léa** : c'est ça ! Et l'autre situation si je peux l'évoquer du coup ! c'est heum... un patient qui
660 est admis en SPI ! pour... euh... une tentative de suicide ! euh... par IMV ! et en fait ! il est
661 accueilli par un de mes collègues qui est euh... plutôt jeune diplômé ! Euh... il a un an de
662 diplôme mon collègue ! c'était du coup ! ici à Avignon ! Euh... et ! mais il a une expérience à
663 côté ! d'ancien aide-soignant quand même ! Et en fait ! le collègue fait son accueil... ! euh...
664 et quand on accueille un patient en crise suicidaire ! on va évaluer du coup ! le risque suicidaire !
665 donc on fait une échelle RUD ! Risque, Urgence et Dangerosité ! En fait mon collègue ! fait
666 son RUD, etc. ! euh... bref ! et en fait il part ! et il me dit « j'suis désolé j'peux pas finir
667 l'entrée... ! est-ce-que tu peux voir le monsieur euh... euh... finir l'entrée ! et... faire
668 l'entretien avec le psychiatre derrière ! » ok pas de problème ! Lui... ! il me dit rien ! mon
669 collègue sur ce patient ! Moi je le vois le patient ! euh... donc effectivement il avait bien
670 prémédité son geste ! Euh... donc il avait écrit une lettre... ! pris des traitements ! euh... il
671 s'était assuré que personne pouvait le retrouver... ! euh... il avait fait ça pendant l'absence de
672 sœur ! car il vivait chez sa sœur ! Donc c'était quand même ! vraiment un truc...

673 **Moi** : ... c'était réfléchi !

674 **Léa** : c'était réfléchi ! y'avait vraiment une volonté de mourir derrière ! Bon ! euh... déjà on
675 part du principe que de par mes formations ! et de par mon expérience ! je ne mets jamais un
676 patient en iso ! qui sont de risque suicidaire ! Euh... voilà ! parce que c'est prouvé... hein ! que
677 ça ne fonctionne pas ! Le patient ! il a qu'une envie c'est de mourir ! et de réfléchir comment
678 mourir !

679 **Moi** : Bah.. oui !

680 **Léa** : Et on va l'enfermer dans une pièce ! où il a que ça à penser !

681 **Moi** : Seul ! face a ses idées ! et puis dans un environnement ! finalement ! qui ne facilite pas
682 la chose !

683 **Léa** : Exactement ! Donc ! ce que je fais quand je fais mon évaluation avec le patient ! il me
684 dit ! qu'il ne regrette pas son passage à l'acte ! que si... il sort de l'hôpital ! il passera de
685 nouveau à l'acte ! mais que ! le fait d'être à l'hôpital ! ça le sécurise... ! il sait très bien qu'il ne
686 pourra pas passer à l'acte ! Heum... et je passe un contrat moral avec lui ! c'est quelque chose

687 que je fais régulièrement avec les patients ! euh... du coup ! euh... suicidaire ! je lui demande
688 de s'engager avec moi ! a ce qu'il soit présent sur les temps... euh... dans l'unité en
689 permanence ! et pas dans sa chambre ! sauf pour dormir la nuit ! euh... et qu'il soit toujours
690 dans le champ de vision des soignants ! qu'on puisse le voir en permanence... ! quelque part !
691 dans les temps communs ! il me dit... ! ok pas de problème ! euh... du coup ! euh... y'a une
692 heure qui s'écoule ! le patient... ! il appel sa famille ! il se met devant la télé ! il respecte le
693 contrat moral ! on le voit avec le psychiatre ! la psychiatre dit : « C'est un passage à l'acte grave
694 quand même ! euh... y'a une réelle souffrance ! une réelle dépression qui est en train de
695 s'installer... ! chez ce patient ! » euh... mais pas d'indication d'iso ! en soi ! Donc ! voilà ! la
696 prise en charge continu ! Et plus tard ! mon collègue revient... ! et me dit ! pourquoi le patient
697 n'est pas en iso ? Et je lui dis : « Bah... y'a pas d'indication d'iso ! euh... pour ce patient ! il
698 me dit ! si si si... ! euh... y'a une indication ! il ne communique pas avec moi ! il va voir le
699 psychiatre ! et finalement il convainc le psychiatre ! que ce patient a besoin d'un iso ! Donc
700 moi ! je comprends pas ! j'essaie d'en discuter... ! euh ! Je venais d'arriver ! ça faisait une
701 semaine et demie que j'étais là ! euh... c'était déjà compliqué pour moi ! mon intégration... !
702 donc j'essaie d'en discuter ! je vois que la discussion elle est close ! et euh... que la cadre me
703 demande ! parce qu'en plus ! nous n'avions pas de chambre d'isolement de disponible dans
704 l'unité ! me demande d'accompagner ce patient dans une autre unité ! pour le mettre en chambre
705 d'isolement !

706 **Moi :** Vous ! qui avez créé un lien... donc c'était compliqué pour toi !

707 **Léa :** Voilà ! c'est ça ! moi j'ai refusé ! j'ai dit : « Pour moi y'a pas d'indication d'isolement !
708 je comprends pas pourquoi je vais le mettre en isolement ! donc je le mettrai pas ! » Mon
709 collègue... ! lui c'qui met en avant ! après qu'on en discute ! c'est que c'était super préméditer !
710 il avait tout organisé ! Sauf que la crise suicidaire ! elle intervient à un instant T ! C'est pas !
711 parce qu'il y a eu le passage à l'acte ! que une heure plus tard ! le patient ne va pas regretter
712 son passage à l'acte duquel il a été sauvé ! finalement ! euh... ou qui va pas réfléchir à un autre
713 moyen létal ! Là pour le coup ! je fais mon évaluation ! le patient a des idées suicidaires ! oui !
714 pas scénarisé ! et pas d'accès à un moyen létal ! Donc ! euh... le risque il est... il est... modéré !

715 **Moi :** La crise... ! elle est sur 48h ? je crois !

716 **Léa :** Alors ! la crise suicidaire... pas forcément ! ça peut-être euh... plus court que ça ! euh...
717 ça peut être plus long que ça ! y'a pas... on dit une moyenne de 48h ! mais c'est un peu comme

718 la moyenne d'hospitalisation (sourit) ! Euh... c'est juste que la crise ! euh... suicidaire euh...
719 comment expliquer ! euh... Là pour le patient ! y'a eu le passage à l'acte ! après le passage à
720 l'acte ! il se passe quoi ? qu'est-ce qu'on évalue ? et on évalue ! Est-ce qu'il y a un risque de
721 récurrence ? alors oui ! y'a pleins de facteurs différents ! c'était un homme ! euh... qui n'a plus
722 d'entourage ! a tout perdu ! donc au niveau des facteurs de risques ! le risque ! il est élevé !
723 Maintenant l'urgence et la dangerosité ! c'est ça le RUD ! l'urgence ! elle est relative parce
724 qu'il n'a... pas de scénario ! il n'a pas d'accès à un moyen létal ! parce que lui ! il veut s'enfiler
725 des comprimés ! il a pas des comprimés à disposition ! Et un patient qui veut se foutre en l'air
726 avec des comprimés... ! il va pas se foutre en l'air en se pendant ! donc y'avait pas de risque !
727 là... pour... y'avait un risque ! mais y'avait pas d'urgence... ni de dangerosité ! à l'instant T !
728 Du coup ! le patient ! il est passé en iso ! dans un autre service ! du coup il y ai resté une heure !
729 puisque... eux ont évalué la même chose que moi ! En fait ! il a fini sa prise en charge là-bas !
730 parce qu'il dépend de cet autre service ! et je crois qu'il est sorti une semaine après !

731 **Moi** : D'accord !

732 **Léa** : Voilà ! pour moi ça été hyper traumatisant ! parce que... je me suis pas senti écouté ! j'ai
733 pas compris pourquoi ! En fait ! c'est beaucoup le cas à! y'a beaucoup de principe
734 de précaution ! L'isolement est beaucoup utilisé... euh... moi quand je suis arrivé ici ! c'était
735 beaucoup utilisé ! attention ! y'a un risque de passage à l'acte ! Euh... alors oui ! le patient doit
736 représenter un risque pour lui ! ou pour les autres... ! l'isolement ! mais ! en fait les collègues
737 sur oublis ça... ! et l'isolement est indiqué si le patient représente un risque pour lui
738 ou pour les autres ! et que toutes les alternatives ont été essayées ! Et en fait ! ils oublient... !
739 ce bout de la phrase !

740 **Moi** : Il y a un peu le parapluie ! ils se préservent de tout... par peur !

741 **Léa** : Voilà !

742 **Moi** : parce qu'il y a toujours un risque ! le risque zéro n'existe pas !

743 **Léa** : Voilà ! si on part de ce principe-là ! Tous nos patients représentent un danger pour eux
744 ou pour les autres ! C'est pour ça ! qu'ils sont hospitalisés sous contrainte ! Sinon ils seraient
745 en soins libres ! C'est tout ! donc voilà ! Euh... c'est les deux situations ! autant une qui était
746 très justifiée ! autant celle-là... non ! Les pratiques aux Cèdres 2 ont évolué ! et tant mieux !
747 mais euh... voilà !

748 **Moi** : Ouais ! parfois... on... fait des pratiques qu'on n'a pas envie de faire ! et c'est ça qui est
749 difficile dans votre métier ! en tant que... infirmiers psy ! je suis admirative ! parce que... vous
750 devez prendre des décisions parfois contre votre volonté ! parce qu'il y a des protocoles qu'on
751 doit respecter ! alors que vous savez au fond de vous ! que vous êtes face à une personne et
752 qu'il y a d'autres possibilités !

753 **Léa** : Oui ! c'est tout le... l'intérêt du travail d'équipe ! mais... c'est souvent la majorité qui
754 l'importe ! euh... évidemment nos logiques ! si tout une équipe dit : « ben ! il faut l'iso ! » bah
755 voilà ! Après ! l'avantage aussi d'avoir des... des... du travail en équipe ! c'est pouvoir se
756 mettre à distance ! Moi cette euh... cette iso je la trouvais pas justifiée ! je la fait pas ! Alors on
757 peut me le reprocher ! ma... ma cadre aurait pu me dire ! bah t'es infirmière ! c'est ton rôle !
758 donc tu le fais ! Elle a été compréhensive, car je pense qu'en psychiatrie on essaie de l'être !

759 **Moi** : Bien sûr ! il y avait un contrat moral entre vous ! bah... saurait... le patient il aurait pas
760 compris ! hein !

761 **Léa** : Bah ! le patient il a pas compris ! parce qu'il a passé deux heures dans l'unité sur son tél !
762 et tout ! et d'un coup ! y'a un collègue qui vient ! « bah en fait ! vous allez en iso ! » Donc
763 euh... !

764 **Moi** : Oui oui ! je comprends que ta position était compliqué par rapport à ce patient !

765 **Léa** : c'est ça !

766 **Moi** : Et donc pour terminer... ! euh... est ce que tu aurais des éléments à rajouter que l'on
767 aurait pas mentionné ?

768 **Léa** : Heum... non ! je pense pas ! (rire)

769 **Moi** : c'était assez complet !

Annexe IV.III : Entretien n°3 avec Greg en unité d'accueil de crise fermée

- 1 **Moi** : Alors, pourrais-tu te présenter et expliquer ton parcours professionnel ?
- 2 **Greg** : Ok, donc... moi, c'est Greg! Euh... je suis diplômé de l'IFSI de Berck-sur-Mer, dans le
3 Pas-de-Calais, depuis 2014 ! Donc depuis... euh... plus de dix ans maintenant ! je travaille dans
4 les services de psychiatrie ! Euh... j'ai toujours fait que ça ! J'ai fait euh... de l'accueil crise
5 fermée ! de l'UMD ! du soin intensif psychiatrique et de l'addicto ! Euh... par avant, je
6 travaillais comme... j'ai commencé en 2007 en psychiatrie. J'ai fait un ASH, faisant fonction
7 aide-soignant, en pavillon de réinsertion, euh... patient chronique psychotique ! et à l'UMD à
8 Poulard la Garlère !
- 9 **Moi** : D'accord ! Donc tu as toujours voulu travailler dans l'univers de la psychiatrie ?
- 10 **Greg** : Toujours !
- 11 **Moi** : Et tu as travaillé combien de temps en Bretagne ?
- 12 **Greg** : Alors ! j'ai commencé dans le... oula ! j'ai commencé dans le Pas-de-Calais pendant un
13 peu moins d'un an ! Après j'ai travaillé sur... Rodez, pareil en psychiatrie ! pendant... pas loin
14 de deux ans ! peut-être ! Après j'ai travaillé en Dordogne ! euh... trois ans. J'ai travaillé en
15 Bretagne après ! euh... pendant... ça fait trois... trois - quatre ans ! Et à Alès quelques mois !
16 le temps d'arriver dans la région ! et depuis cet hôpital ! depuis octobre !
- 17 **Moi** : D'accord !
- 18 **Greg** : Et... en Bretagne, c'était... pareil ! une accueil crise fermée ?
- 19 **Greg** : Non ! L'accueil crise fermée, je l'ai fait dans le... Pas-de-Calais ! j'en ai fait à Rodez !
20 Alès ! Alès c'était plus particulier ! C'était ouvert et fermé à la fois !
- 21 **Moi** : D'accord.
- 22 **Greg** : Je pense que je vais en parler par rapport au sujet ! et... euh ici !
- 23 **Moi** : ok ! D'accord !
- 24 **Moi** : Quelles sont les raisons qui t'ont motivé à travailler au sein d'une unité d'accueil crise
25 fermée ?
- 26 **Greg** : Excellente question ! Alors... les raisons... moi j'ai plutôt une appétence par rapport
27 aux formations que j'ai faites ! pour le... pour cette population ! Voilà ! prendre le temps de

28 pouvoir expliquer les pathologies ! voire l'évolution du patient sur les prises en charge qu'on
29 peut avoir avec les différents intervenants ! Euh... je trouve que c'est... moi ! c'est c'qui est...
30 le plus intéressant ! Après j'ai toujours travaillé en accueil crise ! parce que... c'est peut-être
31 un peu... logique ! mais étant donné... que je suis un homme ! Euh... j'ai toujours été orienté
32 vers ces services-là ! On m'a jamais proposé d'accueil crise ouverte... ! enfin de pavillon libre !
33 J'ai toujours été un peu cantonné à ces secteurs fermés ! Euh... et de par l'expérience que j'ai
34 avec les différentes formations que j'ai pu avoir ! c'est toujours dans... ces zones ! ce... milieu-
35 là ! qu'on m'oriente !

36 **Moi** : D'accord !

37 **Greg** : Après... c'est un choix de ma part aussi ! Ça me convient très bien !

38 **Moi** : Ok ! oui ! Tu trouves ton intérêt aussi de travailler dans... dans ce type de service ?

39 **Greg** : Ouais ! C'est une population qui m'a toujours... euh... c'est la population qui
40 m'intéresse ! donc c'est très bien comme ça ! Peut-être qu'un jour je voudrais faire autre chose
41 (sourit) ! mais bon, pour l'instant ! ça va !

42 **Moi** : Parce que c'est une population qui mérite une certaine prise en charge ! et qui a des
43 problèmes sociaux qu'il faut... en parallèle gérer ?

44 **Greg** : Ouais, au niveau de la prise en charge ! même des fois ce qu'ils représentent au sein de
45 la société ! Les gens ont souvent euh... un imaginaire très commun... c'est très fantasmé ce qui
46 se passe dans les hôpitaux psychiatriques ! Les... Ils sont vus comme des grands fous ! ou très
47 dangereux... ! euh... et au contraire ! quand on les côtoie... ! Ça fait... dix ! douze ! peut-être
48 treize ans maintenant ! euh... que je les côtoie... ! C'est plutôt eux qui sont victimes de la
49 société ! Ils ont des problèmes sociaux ! euh... comme tu l'as dit ! Euh... Voilà ! ils sont pas...
50 ils sont pas dangereux ! ouais ! ils méritent aussi qu'on s'occupe d'eux ! C'est pas des gens
51 qu'on aurait forcément enfermé derrière des murs et oublier... euh... donc euh... !

52 **Moi** : En fait ! il y a une sorte de stigmatisation autour de ce type de patients ! qui souffrent de
53 l'image ! qu'on a d'eux également !

54 **Greg** : Ouais ! même dans les différents reportages qu'on peut avoir... ! qu'il y a eu ! y' a pas
55 très longtemps ! sur M6 ! "Zones Interdites" sur ! Je sais pas si tu l'as vu ?

56 **Moi** : Pas encore ! mais je compte justement aller le voir ! ça m'interpelle !

57 **Greg :** Qui est assez... euh... stigmatisant ! Enfin... ils sont présentés... alors c'est vrai qu'en
58 UMD ! il peut y avoir des patients dangereux ! violents ! mais... c'est pas que ça ! non plus !
59 Et euh... j'trouve que... le... c'était toujours un peu... la psychiatrie ! quand on en parle ! c'est
60 toujours un peu... une psychiatrie violente ! avec des grands fous... ! ils sont... il faut les
61 enfermer ! ils sont méchants ! Donc je trouve que ça stigmatise vraiment le... euh... le patient !
62 Et... euh... je trouve que c'est important de pouvoir changer le point de vue aussi ! sur euh...
63 voilà ! en y travaillant ! en disant : « bah non ! en fait ! ils ne sont pas dangereux ! » Moi, j'ai
64 jamais été agressé en... depuis que je fais ce métier-là !

65 **Moi :** Et pourtant tu les côtoies quotidiennement ?

66 **Greg :** Oui ! tous les jours ! depuis que j'travaille ! J'ai jamais eu de souci... ! Après y'a des...
67 je sais qu'en Bretagne ! dans un centre hospitalier où je travaillais ! euh... ils faisaient des
68 forums ! euh... où les gens... de l'extérieur de l'hôpital étaient invités à entrer dans l'hôpital,
69 et il y avait des... des échanges avec le personnel euh... même les patients ! pour essayer de...
70 dédramatiser... ! ce qui s'y passe ! « Regardez... vous pouvez venir vous balader dans le parc
71 avec vos enfants ! vous n'allez pas vous faire agresser par un patient ! il ne va pas vous sauter
72 dessus ! » On répondait aux questions sur les différentes pathologies, pour dire : « non, un
73 schizophrène il n'est pas violent ! un schizophrène il n'est pas méchant ! il ne va pas vous
74 agresser ! il ne va pas vous mordre ! » Et euh... répondre aux questions de la population...
75 quand l'hôpital est en centre-ville ! ils ont toujours des préoccupations sur... s'il y en a un qui
76 sort ! il part ! qu'est-ce qu'on va faire ? Non, ils ne sont pas... sont pas méchants ! Donc ! euh...
77 je trouve que c'est important ! Et euh... voilà ! ils méritent euh... voilà ! qu'on s'occupe d'eux !
78 C'est des patients qui sont en souffrance... ! Voilà ! la souffrance psychique ! elle est souvent
79 banalisée dans notre société aussi ! Euh... on voit largement moins de dotations qu'à... qu'à
80 l'hôpital ! mais c'est un autre type de souffrance aussi qu'il faut prendre en... considération !
81 Et... j'aime voir l'évolution des... des patients ! Le... le... tout c'est phase diagnostic !
82 Voilà ! prendre le temps de faire une analyse clinique du patient ! de trouver le bon traitement !
83 de voir l'évolution ! et de mettre en place après le suivi extra-hospitalier ! J'trouve que c'est
84 très valorisant comme travail ! Le patient ! il arrive délirant ! qu'il ressort ! et qui nous
85 remercie ! « Ah... ! j'me sens mieux », euh... « c'était nécessaire ! vous m'avez enfermé ! »
86 donc y'a toujours le champ lexical de la... la prison ! « J'étais en cellule dans la prison... ! mais
87 ça m'a fait du bien ! et j'me sens bien ! et je comprends maintenant pourquoi ! » Et je trouve

88 que c'est extrêmement important de... voilà ! de... prendre le temps et traiter les maux par des
89 mots !

90 **Moi** : Oui ! de leur expliquer les choses parce que pour eux... ! c'est pas évident !
91 Ils ont déjà leurs pathologies... à gérer ! qu'ils ne comprennent pas toujours ! et en plus, ils ont
92 le regard des autres ! qui... qui est délétère euh... pour eux ! Parce que finalement, ils ont
93 l'impression d'être un danger pour tout le monde, et ils se battent contre une maladie. Donc
94 pour trouver sa place au milieu de tout ça, c'est pas... c'est pas évident pour eux !

95 **Greg** : C'est là où l'alliance thérapeutique est importante ! Faut qu'le patient ait confiance en
96 nous ! S'il a confiance en nous ! on peut amener les idées qui font qui... y'a toujours
97 l'anosognosie ! le fait de... de pas être conscient de sa pathologie ! Souvent, au départ, c'est «
98 non, je suis pas malade ! euh... j'suis juste Dieu, personne me croit... ! » Euh... c'est a titre
99 d'exemple ! De... de faire un travail ! ça peut être très long, euh... surtout quand le délire est
100 bien enkysté ! mais c'est très... c'est hyper intéressant de travailler là-dessus ! de...
101 décortiquer ! de dire : « Bah non ! en fait ! tu n'es pas Dieu ! y'a pas de pouvoir ! ». L'effet
102 thérapeutique couplé avec... ! l'effet déthérapeutique ! pardon ! couplé avec les différents
103 entretiens qu'on peut faire, avec les intervenants... ! le psychologue qui intervient... ! le
104 psychiatre, le médecin généraliste pour tout ce qui va être ! somatique... !
105 Tout ça mis bout à bout ! ça aide... euh... j'ai perdu le fil de ma pensée... mais ça aide le...

106 **Moi** : ...ça aide le patient... à se soigner... ! et évoluer !

107 **Greg** : ... ouais... ! ça aide le patient à ce... voilà !

108 **Moi** : ... à se soigner... !

109 **Greg** : ... puis à revenir aussi dans la réalité !

110 **Moi** : Bien sûr... !

111 **Greg** : ...dans la réalité ! et dire : « ok, en fait j'ai une pathologie, donc c'est normal que j'aie
112 un... traitement ! ». Je prends souvent le diabète en exemple... j'fais ! « c'est une maladie
113 chronique ! y'a un traitement... à vie... y'a plusieurs... plusieurs types de traitements ! Pour
114 vous... ! c'est la même chose ! vous avez une pathologie ! vous devez prendre un traitement ! »
115 Si on arrive... ! S'ils arrivent, eux ! à comprendre qu'ils ont une maladie chronique ! là on
116 peut... attaquer ! y'a encore d'autres soins derrière ! qui sont... qui sont bien ! et après un retour
117 à domicile ! ce qui est le but pour tous !

118 **Moi** : Peut-être que si l'image était véhiculée différemment... ! comme le diabète par
119 exemple... ! Si c'est véhiculé ! dans le sens où on sait que c'est une maladie chronique ! on
120 l'a ! on fait un traitement, y'a rien de... euh... comment dire j'dirai pas mortel... ! mais c'est
121 quelque chose avec lequel on peut vivre et avoir une vie normale... ! si on suit bien le
122 traitement ! Et si les patients ! les psychiatisés ! avaient heum... cette image-là aussi de leur
123 maladie... ! et si on leur véhiculait cette image-là de la maladie... ! et que tout le monde le
124 pensait dans ce sens-là ! la société ! etc. ! Peut-être que ce serait plus facile aussi pour eux ! de
125 le comprendre et de se soigner normalement ! comme un diabétique prendrait son traitement !
126 parce qu'il a compris qu'il était nécessaire... ! pour qu'il puisse mener une vie normale !

127 **Greg** : J pense que c'est important... ! de pouvoir expliquer toutes les pathologies... mentales !
128 Là on voit quand même que depuis... euh... quelques années, la souffrance psychique... ! C'est
129 un point de vue un peu personnel ! peut-être... ! Mais elle est plus... prise en compte dans la
130 société ! Tout c'qui va être le burn-out ! le bore-out... ! Même au niveau des dépressions ! les
131 gens se disent : « ah oui ! c'est une vraie maladie ! » C'est plus... « bah ouais mais si elle faisait
132 plus de trucs ! elle déprimerait pas ! » Donc euh... J pense que le sens des mots... ! a... a...
133 heum... les pathologies ont plus un sens pour... pour les gens maintenant ! c'est une vraie
134 maladie ! On peut peut-être retrouver ça parfois aussi dans l'addiction ! où les gens disent : «
135 ouais ! c'est vrai que c'est une vraie maladie ! c'est pas juste quelqu'un qui euh... qui... fait
136 juste parce qu'il a envie ! ». Donc ! euh... ça prend du temps ! Après ! les maladies
137 psychiatriques ! c'est souvent des patients précarisés ! qui sortent très peu de chez eux ! donc
138 on... ! c'est peut-être des gens qu'on va moins voir aussi ! Un patient euh... qui va être hyper
139 anxieux ou... persécuté ! il va rester chez lui ! il va se calfeutrer... ! il va mettre euh... du
140 journal sur sa fenêtre ! C'est pas des populations qu'on voit forcément le plus... ! donc les
141 gens ! euh... en ont moins... conscience aussi !

142 **Moi** : Oui... !

143 **Greg** : Donc ! euh... après ! c'est plus...

144 **Moi** : Ils le côtoient moins ! en fait !

145 **Moi** : Ils le côtoient moins ! et après, ça va être nous ! à notre registre ! ça va être euh... les
146 familles aussi ! Les aider en leur expliquant aussi... euh... toute la démarche de soins qu'il va
147 y avoir ! Expliquer euh.. la maladie ! parce qu'il faut les faire aussi rentrer dans le soin ! c'est
148 hyper important !

149 **Greg :** Mais après ! je pense que le regard il finira... par évoluer ! Et puis voilà ! et prendre
150 conscience des problématiques... ! Ouais... ! des maladies pas comme les autres... ! mais qui
151 sont pas... pas dangereuses ! Ce sont pas des... fous ! Ils risquent... pas leur vie ! quoi !

152 **Moi :** Il faudrait que les médias le véhiculent dans ce sens-là, au lieu de les... mettre... !

153 **Greg :** Oui ! Après ! ce serait bien qu'ils changent un peu... de... d'idées ! Après ! ça fait
154 vendre aussi ! Mais... euh... je pense que... faire des reportages peut-être plus... sur l'extra-
155 hospitalier ! « Regardez ! ils peuvent aussi vivre chez eux ! ils sont aussi très bien ! ils peuvent
156 très bien prendre leur traitement et faire des choses ! » Euh... Y'a des fois les orientations
157 MDPH pour un travail en ESAT... ou... euh... ou ils peuvent faire plus de choses que c'qui
158 nous font actuellement !

159 **Moi :** Si on leur fait confiance, y'a plein de possibilités qui peuvent s'ouvrir... ! Et euh...
160 pourrais-tu me présenter ton service ! l'organisation ! le règlement concernant la vie
161 communautaire ! ainsi que me décrire les locaux ?

162 **Greg :** Ok, alors ici c'est les ! donc un... centre d'accueil crise fermé euh... du centre
163 hospitalier spécialisé de ! Euh... C'est un... pavillon de... quinze ! en théorie
164 quinze patients ! On a plus ou moins... ! on tourne régulièrement à dix-huit ! On a trois lits
165 souples qui sont toujours pris ! L'unité elle est composée ! de deux chambres d'isolement ! En
166 intervenants ! on a trois psychiatres ! une psychologue ! une assistante sociale ! Après on a une
167 équipe soignante ! c'est... infirmiers ! aide-soignant ! euh... y'a des ASH aussi ! un... médecin
168 généraliste ! je l'avais un peu oubliée... ! Euh... Alors ! c'est des locaux assez vétustes ! Ça se
169 verra pas par écrit ! mais bon... ! c'que tu vois là ! euh... c'est presque mieux que c'qu'il y a
170 derrière ! Alors ! c'est très vieillot ! C'est vrai que la configuration des locaux... moi ! m'pose
171 un peu problème ! on a des chambres qui n'sont pas individuelles ! On a plusieurs chambres
172 doubles, on va en avoir cinq... ! euh... j'pense ! Les douches ! elles sont communes et les
173 toilettes sont communes ! Donc ! déjà ! ça ! ça met un frein j'trouve dans les prises en charge !
174 Euh... prises en soins ! pardon ! J'trouve que le... c'est pas une bonne façon d'accueillir !
175 C'est... en fonction des problématiques des patients ! des pathologies ! c'est pas... c'qu'il y a
176 de plus... adapté ! Heum... c'était quoi le dernier point de ta question ?

177 **Moi :** Euh... c'était donc ! décrire les locaux et le règlement concernant la vie
178 communautaire... ! et l'organisation !

179 **Greg :** Voilà. Après, ça va être les... le respect des temps institutionnels ! Donc... le lever vers
180 sept heures ! euh... avec les douches ! Euh... les douches sont ouvertes jusqu'à 9h30 ! Sept
181 heures, on ouvre ! ils peuvent venir prendre leur traitement et prendre leur douche ! 8h... le
182 petit-déjeuner ! Après... ! c'est les temps libre... limité ! Donc généralement les visites du
183 psychiatre ou du médecin généraliste ! Nous, on fait des activités pendant c'temps-là ! en
184 fonction des disponibilités du personnel ! On peut faire des accompagnements sur...
185 l'extérieur ! s'il y a des radios ! euh... des consultations spécialistes ! On fait les
186 accompagnements à la cafétéria ! aussi... Onze heures... ! prise des traitements ! Midi, repas !
187 Euh...(hu... hu...hu... en pinçant les lèvres) Donc nous ! on commence à six heures !

188 **Moi :** Ouais !

189 **Greg :** la relève à 13h ! de 13h à 14h ! Et après l'après-midi... ! consultation... avec les
190 médecins ! donc pareil ! soit généraliste ! soit psychiatre ! Après ! accompagnement sur
191 l'extérieur ! Donc ça peut très bien être une balade dans le... le parc ou la cafétéria ! Euh... y'a
192 les traitements ! ah ! on ouvre à 15h30 ! le goûter 16h ! Heum... les traitements du soir à 18h !
193 repas à 19h ! Après... ! ils peuvent... ! soit regarder la télévision ! ou aller s'coucher !
194 Les derniers traitements... de nuit j'crois ! c'est 22h ! Voilà ! la nuit, je maîtrise moins !

195 **Moi :** Et donc ! c'est une unité fermée ! Donc au niveau de l'environnement ! comment cette
196 unité est fermée ?

197 **Greg :** Donc elle est fermée par... euh... des... sas ! On a la porte d'entrée qui est verrouillée
198 par badge... ! et au plus loin une autre porte... verrouillée par badge ! Euh... donc c'est une
199 unité fermée ! c'est des patients qu'on a... sous contrainte ! Donc euh... là on a des patients
200 SDRE... ! en péril imminent... ! en SDTU ! essentiellement ! Heum... donc voilà ! après !
201 donc oui ! l'unité est fermée ! Il faut soit une autorisation du médecin pour sortir de l'unité !
202 Donc... ! ils peuvent avoir des sorties seules ! en fonction de l'état clinique ! euh... du
203 comportement dans l'unité ! Donc, Ils peuvent bénéficier de temps de sortie de... une heure le
204 matin ! une heure l'après-midi ! Pendant c'temps-là ! ils doivent rester dans le... l'enceinte de
205 l'établissement ! Heum... après voilà ! s'il y a des accompagnements ! ils peuvent avoir des
206 autorisations de sortie accompagnée ! donc ces cas-là ! on les prend un par un ! si c'est des
207 patients... SDRE ! C'est bon pour les... le représentant de l'État ? le préfet ?

208 **Moi :** Oui... oui ! c'est bon !

209 **Greg :** Donc eux... ! ils doivent être accompagnés ! soit à deux ! en fonction de l'état clinique !
210 On peut faire aussi tout seul ! mais euh... avec qu'un seul patient !
211 Dans le parc, s'il y a des patients SDT, SDTU, péril imminent... ! ils peuvent sortir !
212 On peut prendre un groupe de patients – on en prend jamais trop – mais en général trois, quatre,
213 c'est possible.

214 **Moi :** D'accord ! Et ça veut dire qu'eux ! de toute façon ! ils peuvent pas sortir de l'unité !
215 euh... ils peuvent pas fuguer ? Euh... l'environnement est assez sécurisé, on va dire ?

216 **Greg :** En théorie ! Il est sécurisé ! Après, on n'est pas euh... à l'abri d'avoir des fugues !
217 Alors moi ici ! j'ai eu une fugue ! mais c'était une patiente qui était partie euh... en permission !
218 Les permissions peuvent être accordées le week-end aussi pour les patients ! Elle était partie
219 dans le cadre de sa permission ! Après ! ils peuvent aussi très bien partir pendant les temps
220 euh... de sortie... ! ça c'est...

221 **Moi :** ...Et au niveau de la cour ?

222 **Greg :** La cour est fermée... aussi ! par un grand grillage !

223 **Moi :** Et euh... et donc ! j'vois des barreaux aux fenêtres aussi !

224 **Greg :** Oui... ! oui ! Ça évite les fugues et les défenestrations ! parce qu'on est un service à
225 étage euh... au niveau des chambres !

226 **Moi :** Ça évite tout ce qui est... suicide ! par exemple ?

227 **Greg :** Oui ! suicide ! fugue ! ou de faire entrer des choses qui ne devraient pas entrer dans
228 l'enceinte de l'hôpital ! C'est euh... un but surtout sécuritaire !

229 **Moi :** Et au niveau des activités ! est-ce qu'il y a des activités la journée ? De l'ergothérapie
230 euh... au niveau du... au sein du service ?

231 **Greg :** Alors... ergothérapie... ! c'est une bonne question ! Il peut y avoir des activités alors
232 sur l'ergothérapie avec un ergothérapeute ! Je sais pas ! Nous ! c'qu'on fait beaucoup !c'est de
233 l'accompagnement sportif ! On a... la Fée des Sports où on peut inscrire les patients ! Ça va
234 être... une matinée ! euh... je crois lundi, où ils vont faire du ping-pong ! plusieurs activités
235 sportives ! Euh... J'ai un collègue ! lui ! qui fait des animations autour de l'escalade, au niveau
236 du ! Ils sont plusieurs à faire ça ! Ils prennent... plusieurs patients !
237 Alors ! ça ! c'est le jeudi... si je dis pas de bêtises ! Le jeudi, ils prennent un groupe de patients !

238 ils vont faire une session d'escalade de 10h à 15h ! Au niveau de la salle... ! y'a un
239 arrangement ! Donc y'a des activités ! Après ! tout c'qu'il y a... qu'est c'que t'entends par
240 ergothérapie ?

241 **Moi** : L'ergothérapie, ça peut être euh... des moments dans la journée où ils vont un peu sortir
242 de l'unité pour aller dans un lieu accompagné ! euh... pour faire par exemple de la sculpture,
243 peinture, faire des activités artistiques, faire une remise à niveau... au niveau scolaire... Il y a
244 plein de choses qui peuvent être mises en place pour détacher le quotidien qui est toujours un
245 peu identique ! pour les faire rentrer un peu dans une vie plus ou moins active et détacher le
246 quotidien du...

247 **Greg** : ...Y'a peut-être ça... Mais ça va être plus au niveau des pôles de resocialisation !
248 Parce que là ! c'est quand même la crise ! L'objectif, c'est de traiter la crise !
249 Ils n'ont pas vocation à rester trop longtemps ! Alors ! peut-être sur d'autres pôles c'est plus
250 mis en avant que chez nous !

251 **Moi** : Ok ! d'accord ! Peut-être des pôles où ils restent un peu plus longtemps ! comme... les
252 UMD par exemple !

253 **Greg** : Euh... alors UMD ! oui ! en théorie, ils ont des ergothérapeutes ! Quand je travaillais
254 en Bretagne ! y'avait trois ergothérapeutes la journée ! avec différentes activités ! Y'avait de la
255 sculpture... ! euh... y'avait de la peinture... On pouvait retrouver des choses beaucoup plus
256 manuelles aussi ! Mais ils intervenaient aussi les après-midi... pour faire du sport !

257 **Moi** : Ok !

258 **Greg** : Donc c'était beaucoup plus... plus cadré à ce niveau-là ! Nous ! c'est vraiment... ! on
259 traite la crise ! Quand... ils sont mieux ! ils peuvent être transférés vers l'unité ! euh... par
260 exemple les au-dessus ! qui est... une unité libre ! Même s'il y a une contrainte ! où
261 ils peuvent aller euh... dans le parc ! où il y a beaucoup plus de souplesse ! Nous, on est
262 vraiment en temps de crise ! Une fois que la crise est passée ! on fait les orientations... après !

263 **Moi** : D'accord ! Et dans les autres lieux... où tu as travaillé ! dans des lieux fermés ! est-ce
264 qu'il y avait une différence au niveau de la prise en charge et de l'environnement ?

265 **Greg** : Alors... ! (fu... souffle) En termes de fonctionnement, c'était toujours plus ou moins le
266 même ! Euh...Sauf à Alès ! il y avait quand même des petites spécificités ! Moi j'trouvais ça
267 hyper intéressant ! Euh... je pense que c'était comme les ! le pavillon était... donc on

268 avait des soins libres ! on accueillait aussi les patients sous contrainte ! mais l'unité restait tout
269 le temps ouverte ! Là y'avait... ! c'était configuré d'une autre manière ! C'était un bâtiment
270 unique ! avec trois... services ! Quand tu rentres ! y'en avait un sur la gauche ! un sur la droite !
271 et un à l'étage ! La cafétéria était vraiment le point central de ce bâtiment ! y'avait beaucoup
272 plus de vie déjà ! et les portes ! étaient pas fermées ! les patients pouvaient sortir ! les patients
273 sous contrainte, on leur expliquait ! Ça demandait peut-être aussi plus d'explications de dire «
274 vous pouvez pas quitter le bâtiment ! bah... parce que vous êtes sous contrainte ! euh... parce
275 que vous avez une obligation de soins ! soit votre famille... il faut rester pour l'instant ! » Et ça
276 fonctionnait bien ! Ce système-là ! dans le sens où c'était beaucoup moins vecteur d'angoisse !
277 Les portes étaient toujours ouvertes ! Tous les patients étaient beaucoup plus rassurés : «
278 Mais... oui ! si y'a un incendie ! » c'est très hypothétique ! c'est très rare ! mais c'était
279 beaucoup plus... voilà ! euh... beaucoup plus détendu ! euh ... comme façon de faire !
280 Beaucoup moins d'angoisse ! même beaucoup moins d'angoisse vespérale ! Dans la nuit !
281 euh... les patients savaient que la porte était ouverte ! Elle était juste fermée à 19h ! Donc là... !
282 le moment était difficile ! La porte d'entrée du bâtiment ! qui était assez loin ! cette porte-là
283 était fermée ! Ça ! c'était vecteur d'angoisse ! Donc euh... ! Finalement, l'enfermement ! c'est
284 pas toujours ce qui est le plus bénéfique ! Et j'avais pas beaucoup plus de fugues là-bas avec la
285 porte ouverte que ici ! porte fermée !

286 **Moi :** Et en plus ! les patients ! du coup ! comme tu dis ! ils étaient beaucoup plus détendus... !
287 pendant leur prise en charge ! donc je suppose qu'ils étaient beaucoup plus aptes à accepter les
288 soins aussi... ! même s'ils étaient sous contrainte ! ou pas ?

289 **Greg :** Alors ! au niveau de l'acceptation des soins... pas forcément ! Parce que si la personne
290 part du principe que...elle n'est pas malade ! si elle sait qu'elle doit rester ! elle va rester ! elle
291 se dit : « Bon... bah d'accord ! je vais rester ! » mais... « si j'suis pas malade, j'prendrai pas le
292 traitement ! » Ça ! c'est un autre travail encore à faire ! pour le... ça s'faisait plus dans le
293 calme ! on prenait plus le temps... ! Vu qu'il y avait une di... différence de population dans les
294 pathologies ! le service était moins tendu ! Enfin j'ai l'impression... en tout cas ! c'était moins
295 tendu ! Les patients qui étaient en HL ! ils mangeaient tous ensemble ! la salle à manger
296 comme... partout... mais ils aidaient beaucoup plus les autres ! Les barquettes étaient posées
297 directement sur la table ! ils se servaient ! y'avait beaucoup plus d'entraide ! Le cadre étant plus
298 souple ! ils étaient... plus autonomes ! il y avait plus d'entraide ! il y avait une meilleure
299 cohésion entre les patients ! Et les autres... disaient ! par exemple : « j'ai été hospitalisé la

300 première fois il y a vingt ans ! et moi pareil ! j'pensais que j'étais pas malade ! », voilà !
301 Il y avait beaucoup plus... d'échanges ! je trouve ! entre les patients ! Ils disaient : « alors...
302 oui ! ça m'a fait du bien ! ma première hospitalisation ici ! » Heum... donc que... ! voilà !
303 Ils étaient un peu... euh... référents ! un peu... pairs ! Alors qu'ici... c'est la porte fermée !
304 c'est la contrainte ! Donc t'suite... y'a un peu... côté « les révoltés du Bounty ! » « oui ! mais
305 la porte est fermée ! c'est la prison ! » Ils vont plus faire alliance sur le côté où la porte est
306 fermée que sur... euh l'acceptation de la pathologie ! C'est un autre rapport ! complètement
307 différent ! Un autre fonctionnement ! Après ! il peut y'avoir des nécessités de fermer les portes !
308 On pouvait fermer les portes aussi dans cet établissement... ! mais c'était très rare... !

309 **Moi** : Et du coup ! ça fonctionnait bien avec les portes ouvertes ?

310 **Greg** : ça fonctionnait très bien ! Ouais... !

311 **Moi** : Et peut-être qu'ils étaient pas concentrés sur l'enfermement en lui-même et euh... et un
312 peu... les pratiques privatives de liberté ! et du coup ! ils étaient plus concentrés sur la maladie !
313 et l'entraide ! et la communication !

314 **Greg** : Ouais ! c'est euh... vu qu'il n'y avait pas cette contrainte-là ! de porte finalement ! ils
315 avaient plus d'échanges ! et c'était... Ils ne faisaient pas alliance autour de... : « oui ! les
316 soignants ils nous enferment ! le médecin m'a enfermé ici ! » Ça ! y' avait pas ! Même s'il y
317 avait une contrainte ! le fait que le patient soit pas bloquée par cette porte... ! et pourtant ! ils
318 restaient devant la porte... ! la porte était ouverte ! ils la regardaient... mais... mais ils sortaient
319 pas ! j'sais pas... y'avait une barrière qui se levait ! Ils se disaient : « si j'ai besoin ! j'peux
320 sortir quand même ! » et euh... Ouais, ça fonctionnait bien ! Et le... ils pouvaient côtoyer aussi
321 plus facilement les patients de l'autre unité ! C'était un grand bâtiment ! ils se rejoignaient à la
322 cafétéria ! qui était euh... ouverte du coup ! toute la journée ! et ça faisait un peu... ouais !
323 ambiance... un peu village !

324 **Moi** : Ouais... ! c'était plus convivial ? Un peu... le côté « café du coin » où les gens
325 s'retrouvent... !

326 **Greg** : ...Donc ils pouvaient échanger avec d'autres patients du secteur d'à côté ! donc euh...
327 il y'avait la psychiatrie A, B, C ! la C, c'était la resocialisation ! les patients avaient eu leur
328 propre expérience de... des hospitalisations ! et ils pouvaient échanger avec les patients d'autres
329 unités ! ils disaient : « oui ! mais moi ! je me retrouve dans ton... » c'est là, voilà... de voir

330 d'autres... d'autres discours... ! d'autres personnes ! C'est important aussi euh... que de
331 côtoyer toujours les mêmes personnes...

332 **Moi** : ...et en plus ! dans un lieu fermé où on est obligé de côtoyer toujours ces mêmes
333 personnes... !

334 **Greg** : Donc c'était... hyper intéressant comme... façon de faire ! euh... par contre ! les
335 patients SDRE étaient envoyés sur un autre établissement ! On n'avait pas de... de patients
336 SDRE. C'était après... SDT, SDTU, en péril imminent ! Il n'y avait pas de... y'avait pas
337 d'souci ! donc bah... voilà ! y'avait l'explication donnée sur... le hum... sur la contrainte de
338 soin ! On y passait peut-être un peu plus de temps aussi... ! Mais euh... voilà ! avec la finalité
339 d'dire : « si tu pars ! on est obligé de faire une déclaration de fugue ! et là ! c'est la police qui
340 vient te chercher ! » Donc les gens... : « ouais d'accord ! bon, j'entends, y'a pas de souci, vous
341 n'aurez pas la police à appeler ! » Et ça s'passait... super bien !

342 **Moi** : Oui ! y'avait un contrat moral aussi ! quelque part ! et ils suivait ce contrat... !

343 **Greg** : Oui ! Après, les premiers jours ! on leur imposait de se mettre en pyjama... Quand
344 même pour dire... pour marquer le coup ! euh... pour qu'on repère... que la... secrétaire qui
345 était devant la porte aussi voit ! s'dit : « Bah tiens... ! c'est bizarre ! tient quand même... ! lui !
346 il veut peut-être partir... ! » Mais en fait ! c'était très très rare ! parce que finalement... ! les
347 patients... heum... finalement ! ils acceptent plutôt bien les hospitalisations ! même sous
348 contrainte ! euh... C'qui est difficile pour eux, c'est souvent le... le pratico pratique ! enfin... !
349 des choses du quotidien : « j'ai pas de cigarette ! » Donc ça ! ça va monter en pression ! « il
350 faut aller acheter des cigarettes ! » c'est l'immédiateté qui va ressurgir... ! Et la cafétéria et
351 manger ! c'est le remplissage... ! Donc souvent ! les demandes, c'est pas de sortir de l'hôpital !
352 c'est juste d'aller à la cafétéria ! Donc à Alès ! la cafétéria était avant la sortie ! donc les gens
353 s'arrêtaient à la cafétéria ! ils papotaient ! ils revenaient après ! ça s'passait très bien ! Et la rare
354 fugue que j'ai eue là-bas... ! c'était des patients qui allaient au McDo ! Il était sur le rond-point
355 où était l'hôpital ! ils partaient pas plus loin !

356 **Moi** : C'était tentant ! il était juste en face !

357 **Greg** : Ouais... ! Ils allaient au McDo ! ils prenaient leur truc ! ils revenaient avec ! On leur
358 disait : « vous avez pas le droit ! », « Ouais... ! mais j'avais trop faim ! » Donc ! ils remplaçaient
359 la cafét ! par le McDo ! Y'avait alors... ! une transgression... ! quand même !

360 **Moi** : mais ils revenaient quand même !

361 **Greg** : Oui ! ils revenaient systématiquement ! Et le fait que les portes soient euh... ouvertes !
362 euh... c'qui était intéressant ! c'est que les patients... ! qui étaient chez eux ! quand ils étaient
363 pas bien ! ils venaient... ! parce qu'ils savaient que les portes étaient ouvertes ! donc des fois !
364 ils venaient nous voir... ! Donc très bien ! le week-end... ! j'vais t'raconter un exemple... !
365 Y'avait une patiente schizophrène ! euh... son fils je crois, s'était suicidé ! enfin voilà !
366 souvent le week-end ! c'était compliqué pour elle ! Elle venait dans l'unité ! elle savait que la
367 porte était ouverte et qu'on allait l'accueillir ! donc elle passait la journée avec nous ! On
368 s'transformait un peu... en hôpital de jour ! elle passait la journée euh... avec nous ! une super
369 alliance avec l'équipe ! donc euh... c'était chouette ! on lui offrait à manger... ! Elle passait la
370 journée avec nous ! Si vraiment elle n'était pas bien ! on appelait le psychiatre de garde : « Ce
371 week-end là ! on a constaté que... » on lui disait : « est c'que tu veux rester ? » et... elle restait
372 avec nous... ! on disait : « reste une semaine ! » et on l'hospitalisait comme ça ! Et souvent...
373 des patients revenaient !

374 **Moi** : Naturellement ?

375 **Greg** : Et ouais... ! la porte était pas fermée ! Donc : « si j'viens en soins libres ! finalement
376 c'est comme si j'étais sous contrainte, sauf que là, j'peux aller en plus... plus facilement faire
377 mon parcours de santé. » Et du coup ! ils revenaient d'eux-mêmes en disant : « je sens que j'suis
378 pas bien... ! j'ai pas pris mon traitement ! euh... j'vais pas bien... ! », « passe aux urgences... !
379 et on va t'chercher tes fringues après ! » Ça s'faisait comme ça ! beaucoup plus naturellement !

380 **Moi** : Ouais ! ça allait dans les deux sens, en fait ! Et comme quoi ! ne pas être coupé du
381 monde ! ç'a du positif ! Parce que ç'a créait des liens...

382 **Greg** : ...Parfois, y'a le... une nécessité de la fermer ! est ce que... des fois ! c'est pt'être trop !
383 Moi, j'ai constaté en tout cas que ça ! ça fonctionnait bien ! Que les patients revenaient
384 beaucoup plus facilement à l'hôpital ! Même s'il y avait une contrainte ! ils revenaient, ils
385 étaient souriants ! « J'connais, la porte elle est ouverte ! et... j'm'en rappelle ! » « J'veux pas
386 y'aller ! mais je sais que c'est ouvert ! » Des fois, ils partaient... (fou... ! sourit) chercher des
387 clopes ! et ils revenaient... ! On était... on n'était pas dupe ! mais euh... c'était quand même...
388 rare ! Mais voilà ! y'avait plus de... ! y'avait une meilleure proximité avec le patient ! sur la
389 prise en soins ! Euh... Après, y'a besoin de contenance... ! aussi dans certains cas ! Des patients
390 euh... très morcelés... ! C'est vrai que la contenance géographique ! la contenance des murs !

391 euh... ça leur fait du bien ! Sur des patients très persécutés, avec des gros risques de passage à
392 l'acte ! C'est aussi nécessaire euh... de pouvoir fermer la porte !
393 Des patients très désorientés... Là, on pouvait aussi... fermer les portes. Donc euh...
394 y' a du bon, mais dans certains cas ! y'a toujours cette nécessité de de... d'expliquer pourquoi
395 on fermait les portes ! On expliquait pourquoi ! Par exemple : « Ce monsieur-là, il est pas bien,
396 comme euh... vous avez pu l'être aussi. » ils disaient : « Ah ouais... ! d'accord... j'comprends !
397 ». « Mais je sais que la porte restera ouverte ! quand ce monsieur ira mieux ! »
398 Donc ! hop ! ils allaient voir ça... ! « Comment tu t'sens aujourd'hui ? » Les patients entre
399 eux... étaient beaucoup plus soutenant ! y'avait... une vraie bienveillance entre eux !
400 Avec un petit intérêt pour les autres, derrière ! de pouvoir ressortir sans nous demander le... l'
401 autorisation de sortie ! Mais euh...ça fonctionne ! J'pense qu'il y a de plus en plus... de services
402 qui fonctionnent euh... qui fonctionne comme ça !.....

403 **Moi** : Qui ouvrent un peu les portes... ! de plus en plus ?

404 **Greg** : Après ! c'est des... services quand même ! plus modernes ! avec des dispositions euh...
405 différentes ! Est-ce que... l'hôpital ! avec un très grand site ! est-ce qu'on peut laisser
406 toutes les portes ouvertes ? euh... sans forcément euh... voir ce qui se passe ? Je sais pas... !
407 Là... faudrait pt'être faire un essai un... un jour... ! ça pourrait être intéressant !

408 **Moi** : Bien sûr... ! voir si ça fonctionne ! tester au moins !

409 **Greg** : Ouais ! tester... ouais !

410 **Moi** : pour tester ! voir si ça fonctionne... euh... aussi bien de cette façon là ! Et... dans ce
411 genre de service où vous étiez justement ! il y avait des chambres d'isolement ? Contentions,
412 tout ça ? que...

413 **Greg** : On avait chambre d'isolement mais on n'a jamais contentionné... ! on contentionnait
414 pas ! c'était pas dans le... la politique de l'établissement ! donc pas... euh... y'avait tout le
415 nécessaire... ! mais j'crois que jamais...

416 **Moi** : ...Et du coup ! comment vous gériez une crise assez forte ? Par exemple, où euh... à
417 certains endroits on va contentionner... ! quand y'a une crise très très forte ! une auto et hétéro-
418 agressivité ! Vous ! Comment vous faisiez du coup ?

419 **Greg** : On ne contentionnait pas ! La chambre était très sécurisée !
420 Il y avait le matelas en mousse ! donc avec un matelas qui était très épais ! euh... avec un autre

421 matelas par-dessus, un oreiller ! enfin voilà ! la chambre était sécurisée !
422 Il ne pouvait pas... euh...il pouvait pas se blesser ! C'était pas euh... c'était pas possible !
423 Surveillance pour les repas, comme partout ! Il n'y avait pas de risque ! Euh... Quand y'avait
424 euh... un passage à l'acte... ! hétéro-agressifs ! bon déjà ! y'avait beaucoup moins ! du fait ! de
425 la baisse d'anxiété ! on va dire dans le service... ! y'en avait très peu ! Quand ça arrivait sur
426 des patients très très délirants ! euh... ils étaient orientés vers un autre établissement, où ils
427 allaient passer euh... on va dire une semaine ! Euh... j'pense que c'était un service de soins
428 intensifs psychiatriques sur Uzès... le ! euh... dans une unité ! une fois que la crise
429 était passée ! ils revenaient ! et on gardait le même fonctionnement ! Les portes étaient
430 ouvertes ! C'était aussi à la confiance... ! Tu respectes le truc ! tu prends ton traitement ! ça
431 s'passe bien, la porte sera ouverte ! mais tu peux pas partir ! Voilà donc ! tu pourras aller à la
432 cafétéria ! tu pourras passer cette porte là ! pour aller à la cafétéria ! mais toujours, ça s'ra
433 ouvert ! Et ça... ça fonctionnait bien ! J'ai jamais... euh... après que contentonne très peu !
434 aussi moi déjà ! mais voilà... ! la politique c'était pas euh... c'était pas de contentonner !
435 c'était... s'il faut ! on met un traitement ! mais on attache pas ! mais on les... les patients sont
436 pas attaché ! ça fonctionnait très bien aussi !

437 **Moi** : Ouais ! Ok ! et... Comment travaille-t-on avec un patient sous contrainte qui n'est pas
438 demandeur de soins, le plus souvent ?

439 **Greg** : Donc... ! peu importe la contrainte ?

440 **Moi** : Oui ! tout à fait !

441 **Greg** : Euh... il faut... prendre le temps ! Euh... déjà dans un premier temps si c'est un patient
442 extrêmement délirant ! euh... j'pense qu'il faut laisser agir le traitement ! Faut déjà que le
443 patient soit en capacité d'écouter ! Si le patient est en isolement ! extrêmement délirant ! faut
444 lui laisser 2-3 jours ! c'est pas qu'on discute pas avec lui ! mais... on va pas tout de suite aller
445 sur la... pathologie... ! ça va être voilà le... traiter la crise ! là c'est vraiment l'immédiateté,
446 traité la crise et mettre le bon traitement ! Sédaté... ! s'il faut sédaté ! et là après ! il sera en
447 capacité d'écouter ! je sais pas si toi au travers de tes stages ! tu as pu parler avec des patients
448 en crise... ! délirants ?

449 **Moi** : Oui ! tout à fait... ! ouais !

450 **Greg** : Tu vois qu'à ce moment-là ! y'a euh... une surdité psychique, le délire prend trop le
451 pas ! Donc là, y'a... pas grand-chose à travailler si c'n'est... prendre le traitement !

452 **Moi** : et faire baisser la crise ?

453 **Greg** : Faire baisser la crise ! et après, travailler à dire... Là euh... déjà comprendre ! aussi
454 c'qui s'est passé : est-ce que... c'est un pa... c'est une prime hospite ? un jeune ? Est-ce que
455 c'est une bouffée délirante ? Est-ce que voilà ! la pathologie est déjà bien installée ? Est-ce qu'il
456 a déjà été hospitalisé ? Pour pouvoir travailler et dire : "attention, qu'est-ce qui s'est passé ?
457 Est-ce que vous avez pris des toxiques ? C'est... est-ce que vous avez une bonne observance
458 du traitement ?" Pour repartir sur... un petit peu... le déclencheur euh... de cette crise ! Là...
459 les dernier temps ! nous, il y avait beaucoup de déclencheurs, sur des jeunes ! c'était des prises
460 de stupéfiants ! Dire : « est-ce que c'est une pathologie psy ? Ou est-ce que c'est les stupéfiants
461 ? » Donc laisser encore un délai supplémentaire pour pouvoir euh... que... l'organisme élimine
462 tous les toxiques ! faire des tests pour voir... ! des tests urinaires pour... les ! pour les drogues !
463 Heum...et après ! c'est vraiment repartir de... de l'épisode de la crise ! Donc dire : "Vous
464 voyez, il s'est passé ça ! Avec le recul, qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce qu'avec le recul,
465 la prise des traitements... que vous avez actuellement ! vous permet de vous sentir mieux ?"
466 Moi, je fonctionne beaucoup comme ça ! Moi je fais travailler l'insight... ! l'acceptation de la
467 maladie... ! comme ça ! de dire : « Regardez ! vous avez un traitement ! il vous fait du bien ! »
468 Donc euh... Tu peux juste redire ta question ? que je...

469 **Moi** : Oui ! bien sûr !

470 **Greg** : que je réponde pas à côté !

471 **Moi** : Comment travaille-t-on avec un patient sous contrainte qui n'est pas demandeur de soin
472 le plus souvent ?

473 **Greg** : Voilà ! Après ! ça va être , t'expliquer pourquoi aussi... ! Déjà alors ! la famille est
474 extrêmement importante ! Pour moi en tout cas ! euh... les patients, quand c'est les familles...
475 Expliquer, dans tous les cas ! que la famille n'est pas responsable de l'hospitalisation ! Parce
476 que souvent, le discours du patient ! c'est... : « Ouais ! mais mon père m'a hospitalisé ! » C'est
477 de dire... : « Non ! le médecin t'a hospitalisé suite à la... demande de ton père ! J'trouve que
478 c'est extrêmement important de pouvoir décharger aussi les familles ! parce que les familles
479 n'ont pas le pouvoir d'hospitaliser les gens comme ça ! hein ! C'est le médecin qui est toujours
480 en adéquation, avec le...qui pose une hospitalisation ! C'est pas les familles qui arrivent....
481 Autrement, on aurait beaucoup plus de patients, j'pense, au moindre trouble. C'est de partir de
482 la base, de dire : non ! c'est un médecin ! C'est un médecin qui, au vu de votre état ! à cet

483 instant-là ! euh...a trouvé que vous n'étiez pas bien parce qu'il s'est passé ça ! Souvent, ils
484 disent : "Ah oui ! c'est vrai ! j'ai fait ça !" Des fois, ils ne s'appellent pas de ce qui s'est passé !
485 Et de pouvoir partir... Mais il faut quand même que le patient... ! Il faut qu'il soit quand
486 même... en capacité d'entendre c'qu'on a... à dire ! et qu'il puisse verbaliser lui ! ce qu'il a...
487 à nous dire aussi ! par le ! par de... meilleur moyen que par le... l'expression du délire !

488 **Moi** : Oui ! de l'entendre ! de le comprendre ! de voir et de... s' rendre compte que c'est un avis
489 médical... ! et que la famille derrière, c'est plus des personnes ressources ! qui sont importantes
490 pendant toute la prise en charge et les soins !

491 **Greg** : Voilà ! Il faut maintenir le le... inclure aussi les familles dans les soins ! en disant :
492 « Non ! là ! votre famille vous a aidé en vous faisant voir par un médecin ! Ils vous ont pas fait
493 enfermer parce que... je sais pas, parce que... y'a des moments délirants ou de persécutions !
494 C'est pas... c'est pas comme ça que ça s' passe ! » C'est important... C'est là aussi où va...
495 intervenir le juge des libertés euh... et de la détention ! où les éléments vont être repris ! Donc
496 c'est déjà à distance de la... de l'hospitalisation !

497 **Moi** : C'est douze jours ! c'est ça, jusqu'à douze jours !

498 **Greg** : Ouais ! Donc là, ils sont vus ! pareil, sous les douze jours ! Il y a une amélioration
499 généralement clinique à ce moment-là ! Quand ils voient le... le juge ! les faits, ils sont rappelés
500 aussi ! Donc y'a... les faits, que... que c'est le médecin qui a fait remplir le certificat ! c'est pas
501 la famille ! J'trouve que c'est extrêmement important qu'ils puissent se faire entendre ! C'est
502 un droit fondamental ! Ils ont tous le droit... de... de se faire entendre !

503 **Moi** : Et comment le vivent les patients de passer devant le juge... ! avec un avocat ! etc. !
504 sachant que c'est une maladie et que... cette maladie va être actée ou pas pour une continuité
505 de soins ?

506 **Greg** : Après... c'est la mesure d'hospitalisation ! C'est pas la maladie qui est... Enfin ! c'est
507 pas le... le jugement ! ce f'ra pas sur la maladie ! c'est sur... la modalité de soins ! Moi, je
508 prends beaucoup de temps pour expliquer aux patients euh... que... la loi impose ! quand il y
509 a une hospitalisation sous contrainte ! pour que ça soit bien au clair ! que les gens ne fassent
510 pas n'importe quoi... ! ça doit être vu par un juge ! voilà que... dans ces cas-là ! ils sont
511 défendus, en tous les cas ! parce qu'il y a un juge, par un avocat ! donc qu'ils ont le droit
512 d'expliquer tout ce qu'ils veulent à leur avocat ! S'ils trouvent que ce n'est pas normal, il faut
513 l'dire ! Ils ont tout à fait le droit de parole, comme tout le monde ! C'est pas parce qu'il y a

514 hospitalisation que ils... perdent tout droit ! Et de... ça permet aussi d'acter les choses ! de dire
515 : « là, le médecin... si l'juge, en plus, il dit que le médecin il a raison... ! » parce que les
516 papiers ! en fait, ils sont longs... ! euh... après, moi c'que je dis aux médecins ! c'est que le...
517 juge ! ils n'ont pas de connaissances médicales ! C'est pas leur fonction. Heum... C'que eux !
518 vont regarder ! c'est la partie vraiment administrative, procédure, qu'ils peuvent analyser parce
519 qu'ils ont des compétences dessus ! Et qu'ils vont pas invalider ou valider le diagnostic
520 médical !

521 **Moi** : C'est pour éviter les abus... peut-être ! d'hospitalisation... !

522 **Greg** : Voilà ! les mauvaises réalisations de procédure, c'est le... mauvais documents ! enfin...
523 ça peut arriver qu'il y ait des levées hein... comme ça ! Mais souvent, je leur explique que le
524 juge va souvent suivre l'avis du médecin ! parce qu'il a pas... de connaissances médicales, il
525 est pas expert en médecine ! Le médecin va pas expliquer au juge comment il va faire ! ça !
526 ça... ils entendent bien !

527 **Moi** : D'accord !

528 **Greg** : que c'est... ! voilà, dire que c'est une procédure ! et que tous les autres, pour tout le
529 monde, c'est pareil ! euh... y'a un passage devant le juge ! y'a un avocat ! et qu'ils peuvent
530 parler avec leur avocat de ce qu'ils veulent, dire... ! qu'ils ne sont pas d'accord ! Et que... y'a
531 les faits ! Et c'est le juge qui... qui décide ! Généralement, y'a pas... y'a rarement d'agitation,
532 de problèmes avec le... le juge ! Généralement, ça fait un bon surmoi !

533 **Moi** : Ça leur fait pas peur... euh... ils y vont... ! ils comprennent, et ils savent à quoi
534 s'attendre... !

535 **Greg** : (boit de l'eau) Ils sont même souvent en demande de l'rencontrer ! souvent c'est...
536 « c'est quand que je vois le juge ! » Ceux qui ont déjà été hospitalisés, c'est : "Quand est-ce
537 que je vois le juge ?" Toujours avec espoir que le problème sera réglé.

538 **Moi** : Ouais ! qu'il lève un p'tit peu la contrainte... !

539 **Greg** : Ils sont souvent en demande ! voilà !

540 **Moi** : D'accord... ! ok... ! Et comment respecte-t-on... son autonomie et comment construit-
541 on une relation de confiance avec lui ? avec le patient ?

542 **Greg** : ah... bah... c'est le biais des entretiens, beaucoup ! voilà ! de... ça va être sur les
543 éléments du quotidien ! y'a des temps vraiment institutionnels à avoir, des... entretiens
544 vraiment formalisés où on va... aux entretiens thérapeutiques ! où on va vraiment reprendre la
545 pathologie... ! la symptomatologie... ! le ressenti... ! le... le... la souffrance psychique qu'ils
546 peuvent avoir... ! Mais ça va se créer aussi par les à-côtés, tous ces accompagnements qu'on
547 fait ! ah, bah oui ! finalement ! Ils sont pas que là pour nous donner des médicaments ! pour
548 nous dire que... il faut se lever ou pas ! Ça va être le quotidien... ! une partie de ping pong... !
549 heum... des discussions... ! C'est important d'être voilà ! auprès d'eux... ! sans euh...
550 forcément représenter trop le cadre ! C'est euh... Il faut... avoir une relation comme on pourrait
551 avoir avec d'autres patients, par exemple, au centre hospitalier ! C'est pas que des pathologies !
552 C'est des gens ! On va leur demander comment vont leurs enfants ! comment euh... je sais
553 pas... le chat ! le chien ! comment est leur maison ! est-ce qu'ils vont en vacances... ! Bah là !
554 c'est la même chose ! Et ça crée un lien ! S'il y a un bon lien d'accroche, les gens vont faire
555 plus naturellement confiance, et on va pouvoir aborder d'autres sujets encore ! C'est plein de
556 petites étapes, après, c'est mon fonctionnement à moi... !

557 **Moi** : Oui, un peu sortir du côté que... médical ! et euh... et passer une journée comme on
558 passerait avec un copain etc. ! euh.. faire une partie de ping-pong...

559 **Greg** : Comme un copain, peut-être pas... ! (rires)

560 **Moi** : Avec un cadre ! mais... (rires)

561 **Greg** : Ouais... ! une juste distance ! mais de dire qu'on est pas juste... qu'ils nous voient pas !
562 c'est très cliché ! mais comme des distributeurs de médicaments ! Il faut qu'ils aient la liberté
563 de pouvoir s'exprimer, qu'on puisse entendre aussi... les difficultés qu'ils rencontrent... !
564 qu'ils en ont marre... ! qu'ils sont agacés... ! qu'ils veulent sortir... ! qu'ils voudraient un café
565 à cette heure-là, alors que nous ! on l'propose à telle heure ! Qu'ils voudraient avoir la télévision
566 dans sa chambre, que les autres ils font trop de bruit ! que son voisin il ronfle... ! Des choses
567 du... du quotidien ! en lui expliquant : « que bah oui ! on comprend ! le cadre est tel qu'il
568 est... ! » bah... dans ce cas-là ! on peut organiser des choses, faire des choses avec eux ! pour
569 casser un peu le... le quotidien ! J'crois c'est c'que tu disais tout à l'heure !

570 **Moi** : Ouais ! oui, ouais ! complètement ! Pas toujours ! il faut faire ça ! il faut se lever à telle
571 heure ! faire ça ! et ça ! toujours confiné au même endroit... !

572 **Greg** : On peut essayer d'arrondir un peu les angles. En disant : « Bah écoute là ! on va aller à
573 la cafète... ! on va aller tous les deux ! puis... ça va bien se passer... ! Par contre, là, cet après-
574 midi... t'iras pas ! pour que ce soit avec les autres... ! » Et ils entendent... ! ils entendent bien !
575 Si... alors toujours faire... si j'dis ça ! il faut le faire ! pour voilà... pour... question de
576 confiance de dire... ! quand je fais quelque chose... quand j'dis quelque chose ! je le fais !
577 Donc euh...

578 **Moi** : ...Oui, c'est important pour eux ! de tenir ses paroles !

579 **Greg** : C'est hyper important !

580 **Moi** : C'est là-dessus que va se baser la confiance !

581 **Greg** : Il faut toujours être clair... ! toujours clair dans c'qu'on dit ! S'adapter aussi au niveau
582 du euh... du patient ! S'il a fait des études, un langage soutenu ! ça passe... ! Si c'est un discours
583 plus simple ! se mettre au niveau pour être sûr que l'information passe, avec le bon vecteur de
584 communication ! Après, y'en a qui vont aimer les les... entretiens très formels ! dans le bureau,
585 en face l'un de l'autre ! Et y'en a, y'aura beaucoup plus d'échanges sur des communications,
586 des entretiens beaucoup plus informels ! en faisant, je sais pas... en les accompagnant fumer
587 une cigarette ! autour d'un verre d'eau dans la cour... ou autour des moments de collation... !
588 Donc Faut trouver le bon moment pour pouvoir échanger avec le patient, la notion de
589 confiance... ! Valoriser toujours les efforts qu'ils font ! « C'est vrai que c'est difficile, mais
590 vous faites ça bien ! c'est chouette, on voit une belle amélioration ! »

591 **Moi** : Les encourager !

592 **François** : Ouais ! valoriser c'qu'ils font bien, les renarcissiser aussi ! c'est hyper important !
593 Dire... : « Tiens, t'as pris soin de toi aujourd'hui ! ah... C'est vachement bien ! T'es bien
594 comme ça ! » C'est toutes les petites choses, toutes les petites attentions aussi, qui vont pouvoir
595 faire que... qu'l'alliance va euh... va se former ! Et quand... on voit souvent... quand on fait
596 ça, les... patients à l'extérieur ! quand ils ne sont pas bien, ils vont nous téléphoner, si les portes
597 sont fermées ! Donc, des fois ! ça peut arriver qu'il y en ait qui sonnent ! Souvent, ils vont nous
598 appeler : « J'vais pas très bien, qu'est-ce que je peux faire ? » Tu peux aller au CMP ! Mais
599 attends ! on va prendre le temps de discuter ! on va essayer de comprendre ! et puis j'appellerai
600 là-bas si vraiment j'sens que ça va pas ! Et en fait ! hop ! cinq minutes après ! ça va beaucoup
601 mieux « ah... ! merci, bonne journée ! »

602 **Moi** : Ça désamorce !

603 **Greg** : Ça désamorce plein de choses ! ouais, ouais !

604 **Moi** : C'est bien de pouvoir prendre le temps comme ça ! Même après euh... quand ils sont à
605 l'extérieur ! parce que finalement, ils ont besoin encore... d'une image ! enfin d'un appui !
606 Vous avez été un certain appui pendant plusieurs semaines ! donc euh... avec de la confiance,
607 Ils vont là où ils se sentent en confiance !

608 **Greg** : Puis souvent, c'est l'extérieur qui fait peur ! Une fois qu'ils vont mieux, ils vont nous
609 dire : « Ouais, mais en fait ! j'suis pas prêt... ! euh... C'est angoissant ! Comment j'vais faire
610 avec ma famille ? Je les ai pas vus depuis dix jours parce qu'ils ne sont pas venus ! ils habitent
611 loin, j'ai pas été bien avec eux ! j'crois que j'ai été menaçant... ! Comment je dois faire ? »
612 Enfin voilà ! Faut prendre le temps, essayer de remettre des choses en place... ! de dire : « Ben
613 tiens ! bah appels les ! déjà ! le téléphone est là... ! on va voir comment ça va s'passer... ! »
614 Donc... y'a plein de petites étapes aussi ! Faire des sorties avec eux sur l'extérieur ! faire des
615 accompagnements en ville ! C'était quand ? La semaine dernière ! Y'a deux semaines, je sais
616 plus ! Je suis allé avec deux patients, on est allés dans le centre-ville ! Voir des gens, beaucoup
617 plus de gens ! beaucoup plus de vie ! et retrouver un peu... la ville, voir un peu comment... ils
618 se comportent à l'extérieur ! Alors ! je sais que j'ai des collègues ! des fois, ils vont au bowling,
619 parce qu'il y a des gens, voir aussi... comment ça s'passe ! Est-ce qu'ils ont la capacité de faire
620 ? Les interactions sociales avec le... le serveur... Y'a plein de choses à faire ! Il faut aussi
621 prendre des temps comme ça pour les habituer... ! les réhabituer à l'extérieur !

622 **Moi** : Est-ce qu'on peut dire que ce sont des méthodes alternatives ? un petit peu à
623 l'enfermement ?

624 **Greg** : Non Pour moi, c'est vraiment....

625 **Moi** : C'est le soin de base... !

626 **Greg** : Ouais ! c'est du soin de base !

627 **Moi** : De prendre le temps avec eux, d'aller à l'extérieur aussi... !

628 **Greg** : Pour ça... ! il faut être en nombre ! ça peut être compliqué ! en fonction... des
629 plannings ! Mais ça fait vraiment partie du... du soin ! Après, cette resocialisation peut être
630 faite dans d'autres unités ! euh... mais nous ! si on sait qu'le... le patient, va y'avoir une sortie
631 directe ! c'est des choses qui peuvent être... testées à l'extérieur ! Moi les patients que j'avais

632 pris, c'étaient des patients qui étaient sortants ! Euh... voilà ! les deux ! ça s'est très bien passé !
633 On peut voir d'autres choses dans un autre contexte... ! avec des gens... ! un serveur... ! un
634 vendeur de cigarettes... ! Les interactions sociales sont bien ! Il est adapté ! Il fait pas... y'a
635 pas de bizarrerie de comportement dans la rue... ! y'a pas... il présente pas... sédaté... ! Il était
636 pas en short ou tee-shirt... ! alors qu'il fait -4 ! Il était habillé de manière tout à fait convenable !
637 C'est plein de... plein de petites choses, mais qui sont importantes. Pour moi, ouais c'est du
638 soin !

639 **Moi** : Et quel type de patients prenez-vous en charge au sein du service ?

640 **Greg** : En...

641 **Moi** : en unité crise fermée !

642 **Greg** : En... pathologie ?

643 **Moi** : Oui tout à fait ! Ouais !

644 **Greg** : En pathologie... c'est de la... des patients psychotiques ! on va avoir des schizophrènes !
645 des schizophrènes paranoïdes ! euh... héboïdophrènes aussi... !

646 **Moi** : C'est quoi héboïdophrène ?

647 **Greg** : Une schizophrénie héboïdophrène, c'est le versant... psychopathique du...
648 schizophrène ! euh... y'en a pas trop quand même ! euh... des patients bipolaires ! euh... on
649 va avoir beaucoup des border ! sur des gros passages à l'acte ! par exemple suicidaire ! Euh...
650 Socialement, c'est... ouais ! normalement c'est schizophrène et les psychotiques schizophrènes
651 et les troubles bipolaires !

652 **Moi** : Ouais ! d'accord... ! Et euh... pour toi, pourquoi est-il nécessaire de fermer les portes
653 pour soigner un patient en crise ?

654 **Greg** : Pour moi, c'est pas trop nécessaire ! en fait ! L'expérience que j'ai... c'est pas forcément
655 nécessaire ! C'sera nécessaire vraiment s'il y a des grands risques de passage à l'acte euh...
656 hétéro-agressif ! euh... même... ouais même autolytique ! Euh...Ça va dépendre du contexte !
657 Dans certains cas ! ça va être euh... pour la sécurité du patient ! Des fois, pour le mettre à l'abri
658 aussi, ça peut être important ! Parce que comme je dis... portes ouvertes, les choses rentrent
659 plus facilement aussi ! ça c'est un versant que j'avais pas... que j'avais pas parlé ! Mais... y'a
660 plus d'entrées toxiques quand la porte est ouverte. Forcément ça rentre plus facilement les

661 gens ! Là, ça peut les mettre à l'écart des toxiques ! (tape la main sur la table) des
662 problématiques de l'extérieur ! (tape la main sur la table) Pour certains, c'est beaucoup plus
663 rassurant d'avoir une porte fermée ! Je... euh... toujours à titre d'exemple ! on a une patiente !
664 là ! actuellement, qui avait la possibilité d'aller à l'unité du dessus ! qui est une unité de soins
665 libres... ! Elle a refusé ! Elle a préféré que le médecin mette une contrainte pour qu'elle soit
666 ici ! (tape main sur la table) en porte fermée ! (tape la main sur la table)

667 **Moi** : Ça la... rassurait plus !

668 **Greg** : Ouais ! c'était beaucoup moins anxiogène pour elle ! En tout cas, qui est morcelée.
669 C'était plus... c'était plus rassurant que... la porte soit fermée ! parce que l'extérieur ne pouvait
670 pas rentrer !

671 **Moi** : Elle se sentait plus en sécurité !

672 **Greg** : Elle se sentait plus en sécurité ! Donc... des fois, y'a aussi du cas par cas ! Peut-être que
673 dans certains cas ! la porte pourrait être ouverte ! Pour d'autres, pour les protéger de l'extérieur !
674 des toxiques ! euh... voilà ! pour les rassembler pour le morcellement du psychotique... ! il y
675 a besoin de cette contenance géographique, des murs ! Il faut expliquer aussi, dans ce cas-là !
676 pourquoi on les met en place... ! Pourquoi ils ne peuvent pas sortir... ! C'est un... ouais faut
677 prendre ! c'est un... on a du temps pour travailler avec eux ! C'est pas l'hôpital général
678 somatique où la cause est très identifiée ! euh... je sais pas, c'est un os qui est cassé ! Il y a une
679 intervention, on répare l'os ! on fait un plâtre ! et vous pouvez sortir ! Là, c'est des choses... ça
680 demande du temps ! Laisser le temps au traitement d'agir... ! de travailler à la confiance... !
681 d'explique pourquoi ! Et... ouais ! c'est un métier d'patience !

682 **Moi** : Et... ouais ! c'est quelque chose qu'on met en place sur le long terme, qui peut pas être
683 fait sur du court terme !

684 **Greg** : Il vaut mieux... ! une bonne hospitalisation ! On a pu euh... brosser un maximum de
685 choses, sur l'alliance ! la nécessité d'observance du traitement ! pour éviter aussi de...
686 derrière... ! bien border avec le... les centres médico-psychologiques ! peut-être un suivi
687 extra... euh... extra-hospitalier ! avec un psychologue peut-être qui va faire de l'EMDR... !
688 sur l'extérieur... ! Pour limiter, de dire comme ça ! « Vous allez pas revenir aussi ! Le but !
689 c'est que vous soyez chez vous ! ça c'est... tout ce qu'on veut pour vous ! c'est que vous
690 puissiez retravailler !

691 **Moi** : ...Reprendre une vie normale ! effectivement sociale, se réinsérer dans le monde euh...
692 actuel ! Réel !

693 **Greg** : Retrouver la famille ! y'en a beaucoup qui sont mariés, qui ont des enfants ! euh... qui
694 travaillent ! On leur dit : « Vous allez pouvoir retourner dans votre activité ! » Mais le but, c'est
695 pas de revenir à l'hôpital aussi ! Donc on va vous donner les clés, les outils ! pour que euh...
696 l'hospitalisation s'est bien passée ! y'a des choses que vous avez comprises ! mais y'a encore !
697 voilà, on peut pas vous lâcher comme ça, du jour au lendemain ! à dire... ! « Vous allez
698 retourner travailler ! y'a ! il faut continuer un suivi ! » Expliquer c'qui peut se passer à
699 l'extérieur ! « Est-ce que... la problématique que vous avez eue, elle vient du travail ? Est-
700 c'que... y'a d'autres choses à mettre en place ? Il y a un suivi à continuer... ! »
701 L'hospitalisation, c'est pas juste les murs ici, de la porte fermée. L'hospitalisation continue
702 encore bien après, avec les collègues extra-hospitaliers qui font un super boulot euh... avec les
703 patients ! ouais !

704 **Moi** : Et que penses-tu des... mesures privatives de liberté ? qui peuvent être utilisées dans la
705 psychiatrie, comme la contention, la... l'enfermement, la chambre d'isolement ?

706 **Greg** : Alors moi, j'avais fait mon mémoire sur la contention physique et l'impact qu'elle
707 pouvait avoir sur le... sur le soignant ! Euh... J'ai toujours été assez clair là-dessus ! Pour moi,
708 c'est vraiment un soin ! Euh... il peut y'avoir des nécessités de contention sur des passages à
709 l'acte... auto ou hétéro-agressifs ! Auto, j'essaie de... je fais pas ! Vraiment ! c'est mise en
710 chambre sécurisée, on va pas accablée non plus ! Euh... après, sur des patients extrêmement
711 morcelés aussi... C'est hyper euh... hyper intéressant ! Moi, j'ai eu beaucoup de patients qui
712 m'ont demandé d'être contentonnés ! Ça, c'était beaucoup en... beaucoup en soins intensifs.
713 Où les patients venaient et me disaient : « euh... Greg ! là, ça va pas... ! là je... est-ce que tu
714 peux m'attacher ! » « Bon... Tu veux la contention ? » « Ouais, parce que je sais que ça va pas !
715 J'pense que pendant une heure, faut me laisser comme ça ! » et hop ! ça lui permet de fixer les
716 limites... !

717 **Moi** : De se rassembler ?

718 **Greg** : De s'rassembler ! Et après, c'était... « ah ouais ! c'est bon ! j'me sens... j'me sens
719 mieux ! Après, on avait essayé de mettre en place d'autres techniques... avec du... du packing.

720 **Moi** : Ouais, voilà ! J'voulais te demander s'il y avait des mesures alternatives à la contention
721 ?

722 **Greg** : Ça, c'est des choses qui peuvent être utilisées ! les... les draps euh... je sais plus
723 comment ils s'appellent... qui sont un peu lestés... !

724 **Moi** : De l'enveloppement ?

725 **Greg** : Ouais... ! de l'enveloppement avec des draps très lourds ! Comme on a nous... dans les
726 chambres d'isolement ! Ces draps un peu ignifugés, un peu sécuritaires, qu'on peut pas
727 déchirés ! Ils sont très lourd ! Ce qui permet aussi de bien se sentir dedans ! Y'a des moyens !
728 y'a toujours parfois la nécessité de passer par la... par la contention ! sur de la... des grandes
729 agitations ! voilà ! très grand euh... morcellement ! Mais le... j'trouve que c'est moins utilisé !
730 que... qu'il y a 15 ans ! p't-être quand j'ai commencé ! Je trouve qu'on contentionne beaucoup
731 moins ! Après, ça dépend des unités ! Là comme à Alès, euh... un peu dans le fonctionnement
732 de l'unité de ne pas contentionner ! C'était une psychiatrie très bienveillante ! ou voilà !
733 c'était... euh... pas mal vu, mais... ça faisait pas partie du soin ! Y'avait tout un tas
734 d'alternatives avant... avant d'en arriver là ! De toute façon on n'y arrivait jamais ! Tandis
735 qu'le... dans les UMD, par exemple ! on contentonnait plus facilement, parce que c'est
736 aussi... ! pas les mêmes populations ! Donc ça dépend aussi de l'individu ! du comportement !
737 du... est ce qu'il y a passage à l'acte ! pas de passage à l'acte ! c'est vraiment au cas par cas !
738 mais faut pas qu'ça soit euh... trouble du comportement ! contention ! y'a d'autres choses à
739 mettre avant ! d'autres choses à comprendre ! C'est vraiment le tout dernier recours du... euh...
740 pour l'patient ! Il faut vraiment utiliser toutes les... soit le si besoin... ! euh... la médiation par
741 la parole ! euh... du packing, par exemple... Ça peut être par exemple, « Va marcher dans la
742 cour, fume une cigarette et reviens ! et vois si ça va mieux ! euh... défoules toi ! aussi... Alors !
743 moi J'suis pas trop pour l'utilisation de tout ce qui va être euh... les points taper ! c'est pas
744 trop... mon truc ! le punchingball, par exemple, ça c'est pas trop mon vecteur ! Mais si t'as
745 besoin d'courir, cours !

746 **Moi** : Ouais courir c'est bien ! ça fonctionne bien !

747 **Greg** : Des fois... ! (tape la main sur la table) prendre le patient ! (tape la main sur la table)
748 l'amener dans la cour ! (tape la main sur la table) dire... ! « Maintenant tu hurles... aussi !
749 décharge ! » Alors, des fois, j'me demande comment faire... ! ça peut arriver ! (rires) tu tu tu...
750 « ouais décharge ! essaye de trouver un moyen pour décharger ! puisqu'autrement tu sais ce
751 qu'il va se passer ! parfois, ils sont mis sur le fait ! et des fois , les patients peuvent très bien
752 aussi dire : « Ça va pas du tout ! et faut... agir... ! » Donc euh... dans ce cas là on appelle le

753 médecin, s'il est ok ! voilà, c'est une prescription médicale ! de respecter... C'est pas la
754 pénitentiaire... ! enfin ! j'prends un exemple ! J'pense qu'ils ne le font pas non plus ! mais
755 euh... c'est pas... on a... on a d'autres moyens pour euh... pour éviter ça ! C'est vraiment le
756 dernier... le dernier recours !

757 **Moi** : C'est... passer par toutes ces étapes ! cris, cours, va fumer une clope ! on discute... avant
758 d'arriver... à... attacher !

759 **Greg** : parce que souvent... c'est interprété comme un échec ! un échec de... de soin d'arriver
760 à la contention ! Pour moi, c'est plutôt... le dernier soin ! Et ça fonctionne très bien aussi de...
761 de contentionner ! Après, ça dépend du profil du patient ! Si c'est... un patient psychotique, ça
762 va avoir de l'effet ! euh...un patient... on va dire... on peut avoir des patients avec des atteintes
763 neuro ! un patient un peu frontal... là, ça n'a... pas vraiment d'intérêt ! Il faut pas q'ça soit...
764 c'est pas une punition ! Il faut que ça reste vraiment dans le cadre du soin ! On va pas mettre
765 un patient... qui est... oligophrène, limité intellectuellement ! ça va pas avoir le même impact
766 que sur euh... un... un schizophrène ! par exemple !

767 **Moi** : C'est du cas par cas, en fait !

768 **Greg** : Il faut être hyper vigilant à... à ce qu'on fait. Dans le cadre de mon TFE, j'avais demandé
769 à être contentionné !

770 **Moi** : Pour voir ? Pour ressentir c'que ça peut... générer ?

771 **Greg** : Pour ressentir ! ouais ! ouais ! ouais ! Donc il m'avait laissé un quart d'heure ! Ç'avait
772 été hyper intéressant ! Donc une pièce, c'était une chambre d'isolement classique qu'on pouvait
773 avoir ! On avait une pendule dans la... dans la chambre ! Je sais que j'avais dit à mes collègues
774 : « Le tic-tac, ça me rendrait fou ! » pourtant ils m'ont laissé dix minutes ! quand on est
775 contentionné avec la pendule qui fait le... « tic ! tic ! tic ! » Du coup, ça avait été changé ! Et
776 du coup euh... c'était une petite expérience... de retour de... après, j'suis pas psychotique !
777 Donc je sais pas, en termes de...de ressentis ! Enfin ! J'pense pas l'être ! (rires) Donc voilà !
778 c'est complètement différent en fonction du... du noyau ! de la structure de chacun ! de la
779 pathologie ! Donc voilà ! c'est du cas par cas !

780 **Moi** : Mais c'était intéressant aussi... ! de voir aussi c'que ça pouvait faire d'être attaché !
781 Comme quoi, bah... il se passe rien ! c'est le vide total ! et le petit bruit de l'horloge me rend...
782 dingue ! (rires)

783 **Greg** : Voilà ! c'est pour ça aussi... la contention, euh... même isolement, y'a sédation ! On va
784 pas laisser les gens ruminer H24 ! Là, c'est... c'est... enfin c'est maltraitant ! faut pas déborder
785 ce cadre là ! Et... plus les gens ont été formés ! c'est ce qui ressortait de mon mémoire ! plus
786 les gens étaient... formés sur l'isolement, contention ! plus les gens avaient de l'expérience !
787 mieux c'était vécu, parce qu'ils savaient euh... que c'était un soin ! une nécessité pour le
788 patient ! pour l'amélioration qui pouvait en découler ! Tandis que quand on est jeune diplômé,
789 si c'est mal expliqué au départ ! si les collègues c'est vraiment... un truc un peu... « C'est bon,
790 c'est habituel ! » ben... pourquoi on fait ça, en fait ? C'est de reprendre, de toujours faire un
791 feedback ! de pourquoi aussi ! Après à distance avec le patient ! comme avec les collègues !
792 Déjà, on contentionne un patient, on se réunit, on dit : « Qu'est-ce qu'on aurait pu améliorer ?
793 Est-ce qu'on a raté quelque chose aussi ? ça peut... ça peut-être une pacification ? Est-ce qu'elle
794 a été bien faite ? Est-ce qu'on a trouvé les bons arguments ? Est-ce qu'on a été adaptés euh...
795 dans l'échange ? Est-ce qu'il y avait d'autres possibilités ? » ça ! c'est hyper important, je
796 trouve ! de le faire à chaud ! Et de dire euh... après, avec le patient ! quand il est plus apaisé,
797 de revenir aussi sur le pourquoi ? il a la contention ? faut pas rester euh... faut toujours ce...
798 expliciter les... les raisons, surtout d'une contention physique ! Donc à faire... aussi avec les
799 collègues ! j'étais parti aussi de ce constat là ! parce que le tout premier jour où j'avais travaillé
800 dans ce secteur fermé ! donc j'étais euh... c'était mon premier jour entant qu'ash, c'était la
801 première fois que je foutais les pieds dans un service ! et euh... c'est genre... ! j'suis arrivé !
802 avec ma blouse ! je... j'ai pas eu le temps de me présenter que j'étais déjà entrain de
803 contentionner un patient ! j'me demandais, mais qu'est ce que je fous là ? moi ! j'connaisais
804 pas le patient ! ni les collègues ! on m'a juste dit : « Toi ! le grand ! assis toi dessus ! » (rires)
805 c'était une agitation psychomotrice...

806 **Moi** : ...ça c'est une entrée en matière ! (rires)

807 **Greg** : ...avec un passage à l'acte ! je sais que ça ! ça m'avait marqué ! en me disant « mais
808 qu'est ce que c'est que ça ! mais qu'est-ce que je fous là ! » Et ça euh... et après le... des fois
809 même au niveau des collègues ! y'a... y'a des fantasmes aussi... sur ce qui peut se passer dans
810 les... dans les unités ! euh... c'était... j'étais en Dordogne à ce moment-là ! aux soins intensifs
811 psychiatrique ! y'a une collègue d'un autre service, c'était une collègue agent... service
812 logistique ! qui était en remplacement, qui vient... le matin ! et euh... qui me demande à quelle
813 heure on les détache ? pour qu'elle puisse faire le ménage ! et je... et ça m'avais choqué !
814 mais... pour quoi on passe ! mais nous... ! on attache jamais les patients ! Donc y'avait... ils

815 étaient enfermés en chambre ! y'avait un protocole très spécifique ! ils étaient fermés en
816 chambre ! mais... on les attache jamais les patients ici... ! c'est très rare qu'on... enfin sur des
817 passages à l'acte ! des patients très problématique ! mais... on attache pas les patients la nuit !
818 quand même quoi ! Donc des fois... faut revenir un peu sur tout ! pourquoi on contentionne !
819 la logique du... remettre du sens et... remettre du soin ! aussi derrière ! mais ça les formations
820 elles sont hyper importantes ! Alors que la collègue ! (tape la main sur la table) c'était le service
821 juste à côté... (tape la main sur la table) y'avait une porte à passer ! elle était dans le nôtre ! et
822 euh...

823 **Moi** : ...elle savait pas !

824 **Greg** : Elle savait pas ! et elle pensait que... y'avait une sorte de rhumeur... ! (sourit) qui
825 disait : « Mais vous les attachez la nuit ! » ça m'avait fait rire sur le moment ! et après ça m'avait
826 profondément...

827 **Moi** : Ouais... ! ça t'a interpellé !

828 **Greg** : ouais ça m'avait blessé ! ça m'avait blessé ! parce qu'on... enfin... c'est des humains !
829 on va pas attacher les gens !

830 **Moi** : Ouais ! ouais ! c'est l'image que ça pouvait projeter... ! Et hum... la décision de mise en
831 chambre d'isolement est très fortement réglementée ! Peux-tu me raconter une expérience de
832 mise en chambre d'isolement, de sa motivation jusqu'à la sortie gérée du patient en passant par
833 le séjour en chambre ! Comment l'as-tu vécu ? et... peux-tu me dire quelles étaient les
834 indications thérapeutiques ?

835 **Greg** : Hum... hum ! hum ! hum ! Alors, chambre d'isolement... je suis en train de...

836 **Moi** : Bien sûr, oui.

837 **Greg** : j'suis entrain de prendre le dernier... ! La dernière chambre d'isolement... c'est un...
838 patient en agitation psychomotrice sur... les... extrêmement délirant, très persécuté ! euh... avec
839 beaucoup d'altercations sur les autres patients, dû... par le délire de spoliation, de vol et tout
840 ça ! Euh... donc euh... indication d'isolement pour le mettre à l'écart des autres ! pour le
841 protéger aussi des autres, parce que ça mettait une grosse tension ! Y avait des problèmes
842 d'observance du traitement ! Les chambres d'isolement, elles s'imposent... ! dans ce cas-là !
843 pour vérifier l'observance du traitement ! Là, on est toujours avec... c'est plus facile de... en
844 surveillance ! Euh... pour l'hypostimulation... ce patient-là euh... ça c'est toujours bien passé,

845 dans le sens où là... là c'est du soin ! y'a une agitation où on peut régler toutes les
846 problématiques avec cette pièce ! Une sorte de surveillance ! Ils sont pas abandonnés dans la
847 pièce ! Mais l'hypostimulation, dans certains cas, c'est hyper important euh... sur des troubles
848 euh... quand les patients sont complètement exaltés ! ou euh... complètement morcelés !
849 complètement délirants ! Hop ! on met dans une pièce, contention géographique encore plus
850 que celle des murs ! et ça permet de... d'abaisser aussi le délire par l'hypostimulation ! Y'a pas
851 de la télévision qui va leur parler, le téléphone... c'est euh... donc là c'est eux... Pour moi,
852 c'était la continuité du soin qui était attaquée au niveau des traitements ! euh... c'était pas très
853 probant à ce moment-là ! C'était ! là, c'était une nécessité ! Mais y'a aussi, peut-être,
854 l'expérience ! Alors... est ce que... moi, j'avais pas d'étudiant à ce moment-là ! mais est-ce
855 que l'étudiant aurait eu le même regard que moi ? De dire « oui y'avait besoin, parce que la
856 chambre d'apaisement... euh ! d'isolement ! permet de... l'hypostimulation, même de
857 rassembler le patient s'il est morcelé ! » voilà des choses comme ça ! C'est aussi une expérience
858 qui ! Mais j'suis pas très euh... j'mets rarement les patients en iso !

859 **Moi** : D'accord !

860 **Greg** : Ouais ! y'a d'autres solutions ! Là, en tout cas... c'était une nécessité ! c'était une
861 nécessité ! Là, il est toujours en iso ! On a attaqué les séquentielles, et c'est... voilà beaucoup
862 mieux au niveau du comportement ! C'qui permet aussi de le poser psychiquement ! euh... de
863 le faire dormir ! euh... voilà ! y' avait tout un tas de... de choses dont il avait besoin... ! que
864 cette pièce permet ! C'est vraiment une... c'est vraiment des soins !

865 **moi** : Ouais ! ça permet d'apaiser toutes les tensions !

866 **Greg** : Ça permet d'apaiser les tensions ! D'apaiser les tensions qu'il y avait dans l'unité ! voilà
867 aussi... d'ouvrir un peu la soupape du service ! Et pour le patient, c'était devenu nécessaire !
868 parce qu'il se mettait en danger ! Donc là... l'indication était tout à...

869 **Moi** : ...tout à fait justifiée et thérapeutique pour le coup !

870 **Greg** : Voilà ! là ! le patient va beaucoup mieux, et il sait pourquoi il est là. On est revenu sur
871 les nécessités. Là, il entend, et dit : « Ouais c'est vrai j'étais pas bien ! » C'qui permet un
872 discours beaucoup plus clair ! beaucoup plus cohérent ! Là, il est en sortie, les repas, donc il est
873 quasi toujours dehors en la journée ! Euh... mais il y dort le soir ! Ça garde aussi un peu le...
874 dire : « si ça va pas ! tu peux y retourner ! » Il peut très bien me solliciter en disant : « Bah là !
875 j'vais y retourner parce que je me sens pas bien ! »

876 **Moi** : Ouais... ! d'accord !

877 **Greg** : Voilà ! Il sortira probablement... lundi, peut-être ce week-end ! Là c'est du soin !

878 **Moi** : Oui, effectivement ! si là, y'a une vraie évolution ! puis quand même une communication
879 qui s'est réintégrée au sein de... avec l'équipe soignante ! C'est que c'était vraiment bénéfique
880 pour lui euh... de passer en chambre d'isolement ! Et... as-tu des éléments à ajouter qu'on
881 n'aurait... qu'on n'aurait pas mentionnés de plus, par rapport à tout ce qu'on vient de dire ?

882 **François** : Je sais pas... j pense que j'ai dit pas mal de choses ! (rires)

883 **Moi** : c'est bien ! c'est complet !

884 **Greg** : euh... Non... c'est... c'est au cas par cas ! J pense qu'y a des services qui pourraient être
885 ouverts et fermés à la fois, mais je pense qu'il faut toujours garder euh... ces structures
886 fermées ! Pour moi, les UMD sont nécessaires ! par exemple !

887 **Moi** : Ouais ! c'est un autre type de population aussi !

888 **Greg** : C'est un autre type de population... mais y'en a besoin ! Parce que c'est des patients qui
889 sont rayés de nos services de toute la... de toute la France ! qui posent des problématiques... !
890 soit de comportement, soit au niveau des thérapeutiques qu'ils... tolèrent pas ! Donc y'a... y'a
891 besoin de soins intensifs et psychiatriques ! Y'a besoin de ces unités-là ! mais après... !

892 **Moi** : Pour les unités crise fermée, c'est possible de faire du ouvert et fermé comme tu as vécu
893 dans d'autres... dans d'autres...

894 **Greg** : Après, ce s'rait... pt'être qu'il faudrait créer une unité vraiment... fermée ! fermée ! on
895 va dire ! y'a déjà l'UMD, mais... entre les deux, y'a les intensifs et les psychiatriques... mais
896 après faire de l'ouvert et le fermer... je l'ai vu, que ça fonctionne ! J'étais très réticent au
897 départ... ! j'ai fait que du fermé ! donc ! pour moi, ça fonctionne bien ! J'étais assez réticent, on
898 me disant... ! on va avoir plein de fugues ! ça va les hypers stimuler, c'est ouvert, fermé... !
899 mais en fait non, ça fonctionne super bien ! Y'a des très bons retours... et je trouve que pour
900 l'alliance thérapeutique, c'est ce qui fonctionne le mieux !

901 **Moi** : D'accord ! ok !

902 **Greg** : Parce qu'y a pas de... y a pas de dualité dans ce cas-là ! On n'est pas des matons... !

903 **Moi** : Voilà ! oui ! oui ! complètement ! Dans la tête des patients, c'est... c'est ça qui est
904 difficile, par rapport à ce que vous faites dans des unités fermées ! C'est que le patient... faut

905 pas qu'il vous voie justement comme des matons, parce que vous êtes là pour les soigner, et
906 parfois, il peut y avoir un amalgame, parce qu'ils sont dans un environnement qui... qui
907 engendre un petit peu cette vision ! du... pour eux ! c'est pas forcément tout de suite du soin !

908 **Greg** : Changer le regard aussi ! sur l'infirmier en psychiatrie !

909 **Moi** : Ouais ! voilà ! ouais complètement !

910 **Greg** : c'est dire voilà... ! la porte elle peut être ouverte ! que bon ! ils peuvent sortir, aller faire
911 un tour de parc ! ce s'ra mieux que prendre du Valium ! C'est des choses qu'on faisait, et ça
912 marchait très bien ! Le médecin était... laissait faire ! Donc euh... le patient était beaucoup
913 mieux, beaucoup moins de si besoin, beaucoup moins d'angoisse... ! faut... ça met pt'être un
914 peu de temps... ! mais la psychiatrie, elle évolue quand même !

915 **Moi** : Ouais ! ça vient progressivement !

916 **Greg** : ça vient progressivement ! y'a de plus en plus de... de choses qui se mettent en place,
917 ça se développe ! Après, y a des fermetures de lits ! donc euh... y'a moins de place ! donc ça
918 devient vraiment les cas euh... les urgences ! qui sont... des patients qui sont beaucoup moins
919 bien ! Euh... Tu aurais pt'être dû rentrer avant ! mais faute de place... entre vraiment en
920 urgence ! aussi ! Donc ça...ça questionnait aussi sur le euh... sur le nombre de lits ! Fermer des
921 lits, c'est bien, mais... j'pense qu'on accueille vraiment les patients en crise ! alors qu'ils
922 auraient pu, probablement venir avant ! et avoir des hospitalisations dans de meilleures
923 conditions ! Mais bon ! ça j'sais pas... j'ai pas la main là-dessus... ! (rires)

924 **Moi** : Merci beaucoup Greg !

925 **Greg** : Merci à toi !

926 **Moi** : Merci pour cet entretien !

Annexe IV.IV : Entretien n°2 avec Léa en unité d'accueil de crise fermée

1 **Moi** : Bien sûr, l'entretien restera anonyme. Alors... heu... pourriez-vous vous présenter et
2 expliquer votre parcours professionnel ?

3 **Célia** : Alors... heu... je suis actuellement cadre, donc, heu... formatrice dans un IFSI ! Mais
4 avant, donc, heu... j'étais infirmière pendant pas mal d'années... environ douze ans, hein, au
5 centre hospitalier de, en psychiatrie ! J'ai exercé dans différents services mais... heu...
6 un peu plus en accueil crise fermée ! Et puis après, donc... heu... j'ai été cadre de santé sur le
7 terrain, toujours pareil, hein, au centre hospitalier, où j'étais donc cadre en... accueil crise
8 fermée ! Ensuite en CMP... et puis... et puis après, j'ai intégré l'IFSI en 2021 !

9 **Moi** : Et pendant combien de temps avez-vous exercé en unité crise fermée en tant que cadre ?

10 **Célia** : Euh... trois ans !

11 **Moi** : Trois ans, d'accord ! Et... quelles ont été les raisons qui vous ont motivée à travailler...
12 au sein de cette unité ?

13 **Célia** : Alors, heu... au départ, j'avais pas le choix ! comme tout cadre qui revient d'IFCS,
14 y'avait des postes, en fait ! de faisant fonction avant de partir à l'école de cadre ! Donc ! y'avait
15 trois postes vacants, on avait des priorités, donc... ça a été un de mes postes euh...prioritaires !
16 Pourquoi ? parce que... j'avais déjà travaillé en tant qu'infirmière, et j'aimais beaucoup... cette
17 euh... prise en soins ! et surtout cet aspect clinique ! hein, des prises en soins des patients en
18 crise aiguë ! Et... et tout le côté, effectivement, médico-légal, qui revenait... qui revenait du
19 coup pour la fonction de cadre ! dans tout l'accompagnement... ! que ce soit auprès des
20 familles ! mais même auprès des patients quand il fallait annoncer souvent le diagnostic ! Vous
21 savez, comme c'est un accueil crise, c'est là généralement... qu'il y a quand même l'annonce
22 des diagnostics, que ce soit des... des troubles schizophréniques ou autres pathologies ! Et tout
23 ce côté, effectivement, clinique ! parce que j'ai beaucoup appuyé sur le travail clinique du
24 cadre ! Euh... j'étais pas du tout une gestionnaire de lits, pas du tout ! C'était vraiment dans
25 l'accompagnement... au diagnostic, avec le duo... on travaillait beaucoup en duo, médecin-
26 cadre, auprès des familles ! auprès des patients... ! et puis auprès des équipes ! pour les aider
27 justement à prendre en soins euh...cette population quand même assez difficile ! Des patients
28 en crise, euh... avec... avec pas mal de violences ! euh...Et comment aider les équipes à

29 travailler au mieux auprès de ce type de patient ! où... où il fallait, quand même ! prendre en
30 charge de manière... pérenne et sécuritaire ! malgré tout !

31 **Moi** : Vous étiez là pour gérer vraiment la crise sur le moment ?

32 **Célia** : Alors, pour gérer la crise sur le moment, en tout cas ! pour gérer les équipes ! qui vont,
33 eux, par contre, gérer la crise ! Quand j'étais infirmière, bien évidemment ! Mais après, quand
34 j'étais cadre ! c'était surtout... mettre en sécurité au maximum ! Parce que, c'est ça cadre ! c'est
35 être garante de l'organisation des soins ! Et quand on dit « organisation des soins », c'est
36 l'organisation des axes ! et l'organisation autour d'une équipe pour mettre en sécurité ! pour
37 qu'ils puissent effectivement... prendre soin de la meilleure façon possible, des patients ! Donc,
38 ça va de la chambre d'isolement... voir si elle est bien équipée ! savoir si dans leurs amplitudes
39 horaires ils n'ont pas de difficultés ! qu'on peut organiser les soins autrement ! C'est comment,
40 effectivement, les aider... ! s'ils me disent, par exemple : « il faut peut-être qu'on soit plus
41 nombreux l'après-midi plutôt que le matin ! » Voilà ! J'étais plus...

42 **Moi** : ...plus... dans la gestion d'équipe !

43 **Célia** : ...dans le management ! et surtout pour les aider dans cette... heu... présence, pas
44 concrètement... les aider physiquement ! mais beaucoup plus dans... « comment je peux mettre
45 en place des choses ! » en tout cas que ce soit au niveau des plannings ! au niveau du matériel !
46 au niveau de leurs demandes ! donc... voilà ! pour que justement ils soient en sécurité au
47 maximum ! au regard des difficultés qu'ils rencontrent !

48 **Moi** : D'accord ! Et du coup, est-ce que vous pouvez un peu me présenter le service,
49 l'organisation, le règlement concernant la vie communautaire, ainsi que me décrire les locaux
50 de l'unité où vous avez travaillé ?

51 **Célia** : Alors ! l'unité accueil crise fermée, c'est quand même assez... j'allais dire équivalent
52 euh... dans toutes les unités d'accueil crise fermée de l'hôpital de ! Généralement, il y
53 a un accueil crise fermée par pôle... sachant que donc ! les secteurs, euh... pôle des centres
54 psychiatriques ! sont en pôle... vous savez, niveau géographique ! Donc moi ! c'était dans un
55 pôle... voilà... ! géographique particulier !

56 **Moi** : c'est sectorisé ?

57 **Célia** : Sectorisé ! et toutes les unités d'accueil crise fermée fonctionnaient à peu près de la
58 même manière ! Et après, effectivement, c'était à nous d'y mettre peut-être un peu plus... euh...

59 dans la prise en soin... en tout cas dans l'organisation des soins ! Mais au niveau des locaux,
60 c'était pareil partout ! Y'avait des normes. On dépendait... enfin... on n'avait pas trop de main
61 mise là-dessus ! C'était surtout au niveau du fonctionnement, avec euh... ! l'exigence !
62 généralement, d'avoir un peu plus d'infirmiers... ! matin, après-midi, et peut-être un peu plus
63 la journée ! Parce que, dans les accueils crise fermée ! la vocation c'est d'accueillir la crise !
64 mais aussi les entrées ! les sorties... ! à n'importe quelle heure de la journée ! C'est pas des
65 hospitalisations programmées, donc... ça exige effectivement un fonctionnement très
66 particulier ! C'est-à-dire une exigence à ce qu'il y ait quand même à peu près le même nombre
67 d'infirmiers sur toutes les amplitudes ! Après, au niveau euh... géographique, hein, c'est des
68 appels d'offre, c'est des... enfin voilà, des architectes qui prévoient ça ! Alors... même s'ils
69 nous demandent notre avis, généralement... voilà ! on dit : « ah ben attention ! pas trop de longs
70 couloirs ! » ou... mais après... c'est des appels d'offre qui sont au niveau de la direction ! On
71 a beau émettre des avis ! généralement ! c'est pas forcément trop suivi ! Mais ça fonctionne à
72 peu près de la même manière ! y'a généralement... une chambre sécurisée, voire deux ! et après
73 des chambres d'isolement ! Où là ! effectivement ! y'a des protocoles très spécifiques, pour
74 l'entrée, pour la sortie, pour la surveillance ! etc. ! etc. !

75 **Moi** : Et du coup, au niveau de l'environnement... comme c'est une unité fermée, est-ce que
76 tout était fermé à clé ? est ce qu'il y avait des barreaux ?

77 **Célia** : Tout était fermé à clé ! Tout le monde a des trousseaux de clé ! Qui dit accueil crise
78 fermée dit effectivement : on rentre, il faut ouvrir ! on passe une porte, on ferme !
79 Effectivement, tous les soignants avaient donc ces clés... ! avec cette exigence systématique,
80 dès qu'on passe une porte, il faut l'ouvrir ! il faut la fermer ! Voilà ! Alors, ça fait un peu,
81 effectivement... j'allais dire euh... sécuritaire ! voire même une ambiance un peu de prison !
82 euh... mais c'était effectivement... ce fonctionnement-là d'accueil crise fermée ! Alors, ça
83 n'enlève pas la liberté de circulation des patients ! parce qu'ils ont accès à la cour ! ni à leur
84 chambre ! tout ce qui est... par contre ! bah voilà ! euh... pharmacie, salle de réunion, bureau
85 médical... bien évidemment ! tout est fermé ! Et puis la porte d'entrée-sortie, puisque euh...
86 qui dit accueil crise fermée ! il faut que les patients qui sont admis sont hospitalisés sous
87 contrainte ! On n'en a pas parlé, mais c'est fondamental ! liberté d'aller et venir ! surtout
88 d'entrer et de sortir ! Pas...pas la liberté d'aller et venir mais la liberté d'entrée et sortir ! il faut
89 une hospitalisation sous contrainte, sinon on est... on est hors la loi ! Voilà ! Donc c'est tout ce
90 qui régit toutes les hospitalisations sous contraintes ! qui permet justement, au regard de leur

91 état clinique... ! c'est ça qui favorise la mise en hospitalisation sous contrainte ! C'est pas
92 tellement la pathologie, c'est... c'est l'état de crise aiguë ! qui, à un moment, enlève le
93 discernement du patient ! Qui peut, heu... lui faire perdre cette capacité à consentir à être
94 hospitalisé ! Et du coup, on prend la décision à sa place ! Alors, ça peut être le tiers... je vais
95 pas rentrer dans les types d'hospitalisations... mais c'est surtout ça qui prévaut ! Donc,
96 effectivement, c'est dans des locaux bien évidemment fermés... ! et.... ils peuvent pas sortir
97 comme ils veulent ! Voilà !

98 **Moi** : Du coup, ces hospitalisations, elles sont contrôlées... par euh... par un juge ?

99 **Célia** : Oui, oui ! C'est ce qu'on appelle les hospitalisations sous contrainte. C'est très...
100 médico-légal ! Et surtout très contrôlé ! Et c'est un juge des libertés, qui... au bout de la
101 première journée d'hospitalisation... ! enfin, entre le 14e et le 21e jour euh... il faut qu'ils
102 soient vus par un juge des libertés ! qui va valider, ou pas ! le certificat médical en fait ! qui
103 justifie la sous contrainte du patient ! Alors, avec la lettre du tiers, ou pas ! Et... généralement,
104 quand même, le juge des libertés, donc... c'est eux qui se déplacent dans les centres
105 hospitaliers ! euh... en tout cas, à, c'est ça ! Le patient y va, avec un avocat... ou
106 pas ! C'est lui qui choisit ! Euh... généralement, avec un représentant.... donc souvent
107 l'infirmier, mais avec un certificat médical ! Pourquoi ? Parce que le juge n'a pas trop l'habitude
108 des termes médicaux ! Et surtout, il va demander à l'infirmier des précisions ! Euh...
109 effectivement, souvent, euh.... il suit l'avis ! parce qu'il y a un avis sur le certificat du médecin,
110 pour savoir s'il faut prolonger ou pas l'hospitalisation ! Euh... mais il entend, en tout cas, le
111 patient ! euh... s'il a des choses à dire ! Voilà ! Ça a été mis en place pour, justement, pour
112 éviter les hospitalisations abusives !

113 **Moi** : D'accord ! Et ce patient, il est représenté par un avocat ?

114 **Célia** : Oui, tout à fait ! alors ! il peut... ou pas ! Mais en tout cas, on lui présente, avant qu'il
115 soit présenté devant le juge des libertés ! Pareil, 48 ou 72 heures avant, il a une feuille, on lui
116 donne le jour et la date où il va être présenté ! Il faut bien leur expliquer, parce que... souvent,
117 ils croient que c'est un jugement en fait ! Ils ont peur ! Donc ! il faut que les infirmiers leur
118 expliquent bien que c'est voilà ! c'est dans le cadre légal ! Que toute hospitalisation sous
119 contrainte, y'a ce passage devant le juge des libertés ! Que ça n'incombe pas du tout ! avec ce
120 qu'ils ont fait, ou quoi que ce soit ! Parce que certains sont sous contrainte, placés par le préfet...
121 par exemple parce qu'ils ont été... euh... voilà ! pris dans la rue ! voilà ! euh... déshabillant,

122 criant sur tout le monde ! Y'en a, ils disent : « c'est à cause de ça ! » Pas du tout ! C'est juste
123 pour valider le fait justement que... : « est-ce qu'on va continuer à vous maintenir en
124 hospitalisation ! ou pas ? Si votre état clinique permet la continuité de l'hospitalisation sous
125 contrainte à temps plein... ou pas ! » Parce que... je vais pas rentrer dans les termes juridiques,
126 euh... parce que c'est très compliqué ! mais... après ! vous pouvez décider de garder la sous
127 0contrainte ! mais pas l'hospitalisation complète ! C'est-à-dire qu'on peut faire sortir le patient
128 sous-programme de soins fermé ça... ça relève du cadre légal ! Je vais pas rentrer dedans,
129 sinon... (rire) je vais vous perdre ! Voilà ! Mais c'est des choses assez particulière !

130 **Moi** : Ça permet peut-être aussi d'éviter certains abus d'hospitalisation !

131 **Célia** : C'est fait pour ça ! à la base ! c'est parti de là ! C'est à partir de la loi de 2011, où...
132 effectivement ! c'était pour contrôler, justement les hospitalisations ! et éviter les
133 hospitalisations abusives... ! euh... voilà, de patients qui, entre guillemets ! n'auraient pas dû
134 être hospitalisés en psychiatrie !

135 **Moi** : D'accord... ! ok ! Et... est-ce qu'il y avait des activités au sein de l'unité ?

136 **Célia** : Oui, même en accueil crise fermée, il y a des activités ! Pourquoi ? Parce qu'une fois
137 que la crise est passée ! généralement, euh... quand on dit accueil crise fermée ! vous avez !
138 vous savez la DSM, durée de séjour moyenne, qui normalement ne doit pas excéder les dix
139 jours... ! dans les accueils crise fermés ! alors il y en a qui restent plus longtemps, au regard de
140 leur profil clinique ! mais...aussi souvent ! au-delà de la crise qui dure, généralement, 48 à 72
141 heures ! pour qu'on arrive à trouver une thérapeutique adaptée ! euh... on garde quand même
142 le patient pour observation clinique, justement pour voir si le traitement est adapté ! s'il a un
143 bon rapport à l'autre ! s'il y a des problèmes d'hétéro-agressivité ! voir comment il se comporte
144 avec les autres patients... ! Et au détour de ces activités, c'que moi j'appelle, heu... aujourd'hui
145 faut plus dire « activités occupationnelles ! » euh... sous couvert des activités ! ping-pong, jeu
146 de boules, peu importe ! le jeu de cartes... ! on... va regarder ! comment se comporte le patient
147 avec les autres ! Donc ça peut être, par exemple, au jeu de cartes : comment il réagit s'il perd ?
148 S'il regarde dans les yeux ? S'il est frustré ? Si... il arrive à communiquer facilement ? S'il se
149 met en retrait ? Ça va permettre sous couvert comme ça ! des activités qui paraissent entre
150 guillemets « anodine ! » Bah... y'a de la thérapeutique derrière ! Parce qu'effectivement, on
151 va... on va évaluer l'état clinique du patient au regard, bah... des signes qu'il a présentés à
152 l'entrée ! Euh... imaginez que c'est un patient qui est rentré pour des gestes hétéro-agressifs,

153 par exemple... ! l'intolérance à la frustration ! bah... on va voir comment il va gérer ! par
154 exemple, une activité en groupe ! Est-ce qu'il va arriver à s'associer avec quelqu'un ? Est-ce
155 qu'il va faire preuve de consensus ? Parce que... des fois effectivement... faut s'allier dans des
156 jeux ! Est-ce qu'il va y arriver ? Ou au contraire, est-ce qu'il va être un leader ? Etc. ! Tout ça,
157 on va l'évaluer ! Et ça va permettre, effectivement, de voir comment il peut se conduire... en
158 société ! Alors... c'est pas ça qui va déterminer sa sortie ! mais... ça peut être des éléments
159 qu'on va amener en réunion clinique, pour aider effectivement le médecin à prendre une
160 décision ! Bah voilà ! Je l'ai vu là ! euh... dans l'atelier cuisine, par exemple ! Bon...il a l'air,
161 assez autonome ! Et avec l'autre, ben... il partage ! il arrive à travailler ensemble ! Et d'autres,
162 au contraire... ils se mettent sur le côté ! il a du mal ! il veut tout faire tout seuls, etc. ! Et ça va
163 permettre de donner des éléments supplémentaires ! Donc, pourquoi souvent... c'est... c'est
164 pas du tout occupationnel ! Alors ça peut l'être en plus... ! hein ! c'est un complément !
165 Mais... ! surtout thérapeutique ! Pour pouvoir évaluer l'état clinique du patient en accueil crise
166 fermée ! Souvent c'est ce qu'on reproche en accueil crise fermée : « vous n'avez pas à faire des
167 activités ! » Bah... si ! parce que... c'est pas occupationnel !

168 **Moi** : C'est important !

169 **Célia** : C'est pour évaluer, justement ! le patient en communauté ! Alors ! y'a les repas, on voit
170 un petit peu, mais... voilà, comment il parle ! Et puis souvent, au travers de ces activités
171 thérapeutiques ! heu... moi-même quand j'étais infirmière ! c'était souvent ce qu'on appelle,
172 vous savez... ! les entretiens informels... !

173 **Moi** : Oui !

174 **Célia** : Pas programmés ! où c'est là que tout se dit généralement ! vous savez ! Au détour
175 d'une cigarette dans la cour : « Alors, comment vous allez ce matin ? Ça va ? » Et là, et hop !
176 Au détour des conversations... ! qui paraissent un peu informelles ! et puis... on apprend un
177 peu plus du patient ! de son état ! de comment il se sent ! Moi, j'me rappelle, euh... y'avait
178 certains patients qui revenaient sur ce qu'ils avaient fait... ! de cette manière-là... ! c'était
179 beaucoup plus... j'allais dire... fluide ! Et non pas dans un entretien formel ! cadré ! où
180 souvent... heu... c'est un peu une mise en théâtre ! Parce que souvent les patients ! ils essayent
181 de donner le change ! Pourquoi ? Parce que... eux, leur but dans l'accueil crise fermée... ! c'est
182 de sortir ! Donc ils essayent de donner le changement au maximum ! De se dire : « Bon ben

183 voilà ! je vais essayer de répondre à ce qu'on attend de moi pour essayer de sortir ! » Et souvent,
184 dans des activités comme ça ! c'était... plus authentique ! Voilà ! je cherchais le mot !

185 **Moi** : Et puis, ça permet de créer aussi une alliance thérapeutique !

186 **Célia** : Exactement !

187 **Moi** : Au travers de ces activités thérapeutiques !

188 **Célia** : Voilà ! Qui dit authenticité, dit effectivement alliance ! Pourquoi ? Parce que... quand
189 on fait des activités thérapeutiques, en tant qu'infirmier... on y est aussi dedans ! Je veux dire,
190 on peut pas demander aux patients de se livrer si nous-mêmes on se livre pas un peu ! Donc
191 bien évidemment ! euh... nous aussi on dit : « Ben écoutez ! moi aussi, quand je perds ! je suis
192 mauvais joueur ! » Par exemple ! voilà ! Montrer au patient, effectivement, que... Oui ! Nous
193 aussi, on est des êtres humains ! Que même si... sous notre couvert d'infirmier, effectivement !
194 bah là, on a une posture ! voilà, professionnelle... y'a pas de souci ! on a pas à se poser la
195 question là-dessus ! Mais par contre, cette alliance thérapeutique, elle se fait ! où ce lien de
196 confiance... il se fait ! c'est pas anodin ! Voilà ! Après, les petites activités... les entretiens
197 informels... ! voilà ! ben... là ! je vous fais un peu plus confiance, etc. ! etc. ! Bien sûr c'est un
198 lien... et c'est fondamental !

199 **Moi** : Moi j'ai vu, vraiment, un... un petit échantillon ! j'avais mis en place une activité bijou
200 avec deux patientes... ! dont une qui était un peu distante ! Et pendant l'activité c'était mais...
201 vraiment autre chose ! Elle se révélait ! Elle avait confiance ! C'était une autre personne !
202 On sentait qu'il y avait vraiment quelque chose qui se libérait... ! et qu'elle se confiait !

203 **Célia** : Oui, puis y'a une alliance... ! et puis, je pense que aussi, y'a une... même tous les
204 patients qui sont hospitalisés ! on n'arrête pas de vous dire aussi à l'IFSI que euh... vous savez !
205 cette relation asymétrique ! faut pas oublier que là aussi y'a des patients vulnérables ! qui
206 souvent... osent pas trop dire les choses ! parce qu'ils vont se sentir coupables ! la plupart !
207 Ils manquent énormément de confiance en eux ! Donc du moment où là ! vous me parlez de
208 l'atelier de bijoux ! peut-être c'est quelque chose, effectivement... ! où elle le savait faire ! elle
209 s'y connaissait ! c'était quelque chose qui lui plaisait, et hop ! Elle se remettait en confiance !
210 C'est des activités où on peut appuyer dessus sur... justement, prendre confiance ! J'me
211 rappelle, on avait une activité en CATTP ! chorale ! où y'avait une patiente qui chantait très
212 bien ! Alors que c'était quelqu'un... impossible de parler en public, c'était très compliqué !
213 Mais... ! à travers cette activité, elle a commencé à prendre confiance en elle ! Bah parce que...

214 Pourquoi ? ben... vous chantez bien ! voilà, vous y arrivez bien ! Et du moment où on revalorise
215 aussi ! généralement, c'est comme ça... ! que le lien se fait beaucoup plus facilement ! Et que
216 les patients, du coup ! se livrent... bien évidemment ! Parce que la plupart du temps ! voilà !
217 dans des unités comme ça ! ils sont euh... j'allais dire au fond du gouffre, oui ! Parce que voilà !
218 ou c'est un premier diagnostic ! ou c'est des récidives... ! ou voilà ! Ils sont dans des unités
219 fermées ! Et généralement... ! c'est pas là où on a le plus de confiance en soi ! quand même !
220 c'est un peu compliqué !

221 **Moi** : C'est une étape difficile !

222 **Célia** : Voilà ! Et souvent, c'est carcéral ! Ça représente quelque chose de carcéral !
223 Donc souvent, infantilisant aussi ! parce qu'on leur dit à quelle heure manger ! à quelle heure...
224 voilà ! Donc, c'est compliqué aussi ! Donc j pense qu'il faut aussi se mettre à ce niveau-là... !
225 tout en n'oubliant pas l'aspect sécuritaire ! Parce que c'est fondamental pour la sécurité des
226 soignants ! et des autres patients ! Mais... euh... voilà ! bien évidemment, voir aussi ce côté
227 clinique ! C'est pour ça que... pour moi ! la clinique est vraiment fondamentale ! euh... Voilà !
228 Oui Pathologie ! bien sûr schizophrène ! Mais voilà ! repérer des signes cliniques ! Une
229 observance ! Voir à quel moment, vous voyez vous l'avez dit ! à l'activité elle s'est révélée !
230 Voilà ! Bah ça ! c'est des signes qui montrent quand même ! effectivement... on peut s'appuyer
231 dessus ! pour peut-être faire autre chose ! Justement ! pour une alliance... peut-être pour plus
232 tard ! Pour dire : « Écoutez, il faut une bonne observance du traitement ! Si vous continuez à
233 faire... par exemple ! des bijoux... ! il va falloir que vous continuiez à prendre ce traitement ! »
234 Par exemple ! Ça peut être, vous savez, un levier ! et qui va nous permettre de continuer euh...
235 à prendre en soin euh... les patients ! Parce qu'il faut toujours penser à l'« après » parce qu'il
236 faut toujours penser à l'après, en accueil crise ! Effectivement ! c'est sur le moment ! Mais...
237 y'a une sortie, quoi !

238 **Moi** : En général, combien de temps restent... les patients en accueil crise fermé ?

239 **Célia** : Comme je vous ai dit... ! y'a pas de loi ! Généralement, une durée crise fermée c'est...
240 dix jours, dix-quinze jours, quoi ! Le temps de... mise en place d'un traitement ! Et après, alors
241 où y'a la sortie de suite ! ou y'a le passage dans une autre unité ! accueil crise ouverte ! par
242 exemple ! pour finir la prise en soin ! mais où l'hospitalisation sous contrainte fermée, n'est
243 peut-être plus nécessaire puisque... la crise est passée ! Donc il ne se met plus en danger ! il ne
244 met plus en danger les autres ! etc. ! La phase d'hétéro-agressivité ou d'auto-agressivité est

245 passée ! On arrive à le stabiliser... voilà ! au niveau des traitements ! au niveau d'autres choses !
246 de prise en soin institutionnelle ! Du coup ! on peut passer sur une autre unité ! C'est possible,
247 ça aussi ! C'est pour ça que, généralement, c'est pas quelque chose qui dure très longtemps !

248 **Moi** : ouais... ! y'a des exceptions ! Y'en a qui restent des mois ! voire des années !

249 **Célia** : ... des années ! Voilà ! Parce qu'il n'y a que ce type ... malheureusement en France !
250 on est quand même assez pauvres au niveau de la prise en soin... ! Certaines pathologies, par
251 exemple comme l'autisme ! qui amènent des troubles du comportement assez importants... ! et
252 des personnes adultes autistes qui ont des troubles du comportement hétéro-agressifs ! y'a pas
253 d'autre lieu, malheureusement ! que les accueils crise fermés en psychiatrie ! Et qui ne sont pas
254 du tout adaptés pour eux ! Mais... ce type de patients peuvent rester des années comme ça dans
255 des structures... ! parce qu'ils se mettent en danger, ou mettent en danger les autres ! Mais...
256 pour autant, ce type de patients ! des patients déficitaires ! peuvent rester très longtemps ! Mais
257 sinon, effectivement ! alors, c'est arrivé aussi des patients euh... j'sais pas si vous avez vu le
258 dernier reportage sur les UMD là ?

259 **Moi** : Faut que j'le regarde ! Alors, j'ai pas la télé, mais faut que j'le regarde ! c'est prévu !

260 **Célia** : C'était cette politique où le patient, bah oui ! au niveau clinique, il ne présentait plus de
261 signe clinique ! donc il était amené à sortir ! Il n'y avait pas besoin d'être en accueil crise ouvert
262 non plus ! Par contre, s'il sortait... y'avait pas de logement quoi !

263 **Moi** : Y'a un problème social important !

264 **Célia** : Souvent, le problème social est associé derrière ! Parce que ce sont des personnes
265 isolées ! Parce que... avec leur pathologie... ou leur trouble du comportement euh... Ils ont été
266 isolés socialement ! et familialement aussi ! Et du coup, ben... ils se retrouvent seuls ! Et... et
267 c'était toute la question ! Moi, ça m'a... ça m'a pas choquée ! Parce que... on l'a vécu !
268 Beaucoup de gens qui ne connaissent pas ! ils disent : « Ah, ils l'ont laissé sortir comme ça, en
269 fait ! il a pas de logement... ! » Et la directrice de l'hôpital qui témoignait, qui disait : « On
270 n'est plus dans une politique asilaire quoi ! On peut pas garder comme ça les patients là ! parce
271 qu'ils n'ont plus de logement ! » Et en même temps ! euh... on sait très bien que quand il va
272 sortir comme ça ! il va rentrer dans quinze jours ! parce que... on le voit bien ! ce patient qui
273 va à la pharmacie ! Il a pas... sa carte mutuelle à jour ! Il n'a pas sa carte vitale à jour ! Donc il
274 ne peut pas... enfin les médicaments sont payants ! Il ne peut pas les payer ! Et d'ailleurs, je
275 venais de regarder le documentaire, et c'est excellent ce que dit ce patient ! et... le pharmacien,

276 il lui répond ! bah... euh... je sais plus comment il lui dit... Il lui dit : « Vous allez être... ! »
277 le patient lui dit : « Oui, c'est pas grave ! Je serai plus soigné ! Je peux pas ! » Donc on sait très
278 bien que dans les quinze jours, ce patient va revenir ! Parce que... voilà ! il aura ses signes
279 cliniques qui n'auront pas été apaisés par le traitement ! normalement habituel ! Donc c'est un
280 cercle vicieux, vous savez ! c'est le serpent qui se mord la queue ! On n'a pas une politique
281 asilaire ! en même temps ! on ne peut pas les garder éternellement ! Donc on les sort, mais...
282 ils reviennent ! donc c'est pareil en fait ! donc euh...

283 **Moi** : Les addictions aussi, c'est le même problème ! L'addiction est pas forcément traitée !
284 Ils vont ressortir ! retourner dans leur milieu... ! euh... un petit peu... compliqué ! et... ils vont
285 rechuter ! addictions ! rupture de traitements... !

286 **Célia** : Les addictions, c'est... c'est une autre chose, je pense ! Parce que les addictions, c'est
287 vraiment euh... dans un service très particulier ! euh... où le patient... faut vraiment qu'il
288 adhère à arrêter ! y'a... y'a d'autres facteurs qui rentrent en compte ! Là, c'est une pathologie
289 où les signes cliniques qui font qu'à un moment donné, effectivement ! s'il a de l'aide ! ou
290 même un logement extérieur, un suivi CMP etc. ! il peut ! il peut s'en sortir ! mais bon
291 effectivement ! on se dit : « Il faut qu'il sorte ! ça va ! il n'a plus rien ! » Oui ! il a plus rien au
292 niveau clinique, parce qu'il a le traitement là ! Mais dehors... effectivement ! ça risque de ne
293 pas tenir !

294 **Moi** : Y'a une grosse problématique sociale !

295 **Célia** : Oui, tout à fait !

296 **Moi** : Et... du coup ! Comment travaille-t-on avec un patient sous contrainte, qui n'est pas
297 demandeur de soins, le plus souvent ?

298 **Célia** : Alors, c'est... c'est le propre de l'unité d'accueil crise fermée ! le patient sous
299 contrainte ! Je peux vous assurer que 90 % des patients qui rentrent en hospitalisation sous
300 contrainte n'adhèrent pas aux soins ! Bah...c'est la vocation de sous contrainte ! Comme je
301 vous le disais au départ ! s'il y a une hospitalisation sous contrainte, c'est pas parce que... le
302 patient euh... c'est une pathologie grave où... ! Non c'est parce que le patient n'adhère pas aux
303 soins, et qu'au regard des signes cliniques ! qui sont aigus, et qu'il y a un risque pour lui ou
304 pour les autres... ! qu'on a mis une contrainte ! Forcément, y'a pas une adhésion aux soins ! Et
305 au regard des signes cliniques ! qui sont aigus et qu'il y a un risque pour lui ou pour les autres !
306 on a mis une contrainte ! Donc forcément y'a pas une adhésion aux soins !

307 **Moi** : Et du coup, vous, en tant qu'infirmier...justement ! comment vous faites pour l'aider à
308 adhérer à ces soins ?

309 **Célia** : Alors... ! une fois que la crise est passée ! parce qu'on peut pas... ! voilà y'a la
310 confrontation ! une fois que la crise est passée ! bah c'est tout le travail des entretiens
311 infirmiers... informels ! formels, au détour de certaines activités ! Certains, ça peut aller très
312 vite, hein, parce que c'est des réhospitalisations ! Et d'autres... voilà ! ça va être un plus
313 compliqué ! L'aide de la famille... effectivement, faut pas s'isoler ! Parce que la famille peut
314 être un soutien euh...dans cette prise en soin ! En disant : « Bah voilà ! est-ce que vous pouvez
315 venir le voir ? » Et voir ! évaluer... ! au jour le jour... effectivement ! ces petits leviers qui va
316 permettre effectivement ! d'expliquer euh... « bah pourquoi vous êtes là ? Qu'est-ce qui vous
317 est arrivé ? À quoi sert ce traitement ? Comment vous vous sentez ? » Et qui va faire toute cette
318 alliance thérapeutique au bout d'un moment ! Et généralement... ! vous savez, les patients sont
319 là 24h/24 ! ils ont presque que ça à faire... si vous discutez entre eux aussi ! Et beaucoup de
320 patients, effectivement ! qui communiquent entre eux ! bah... partagent aussi euh...leur vécu !
321 « Moi, j'suis schizophrène. », « bah moi, j'ai ça ! », « Et moi, ça... ! ». Effectivement, ça peut
322 être une aide aussi ! y'a des petits groupes qui se font ! des groupes d'amis ! etc. ! et qui va
323 permettre, effectivement ! d'évaluer au jour le jour ! Et... oui, d'façon, au départ ils n'ont pas
324 trop le choix. Et même si... la mesure sur contrainte est restée ! à nous en tant qu'infirmiers...
325 mais moi j'ai jamais vraiment vu de patientes, hein, qui... au bout de cinq, six jours... dire : «
326 Oui, ça va pas, je veux pas », parce que, de toute façon, les entretiens sont là. Les médecins
327 aident aussi en disant : « Écoutez, vous êtes là ! » alors faut pas forcer à prendre un traitement !
328 mais vous êtes là... ! il vaut mieux prendre ce traitement pour les angoisses, et tout. » Et
329 généralement, le patient, il n'attend qu'une chose ! c'est quoi ? c'est de sortir et de se sentir
330 mieux ! Donc, généralement, il adhère après, une fois que la crise est passée, bien évidemment.
331 Je parle pas du patient délirant qui est en crise, qui évidemment ! faut laisser passer, ça... ! Mais
332 après, généralement, leur but c'est de sortir ! Donc, généralement, c'est pas là où... où y a pas
333 d'adhésion ! C'est pas en accueil crise fermé ! Alors, à part vraiment, voilà, le patient, on
334 n'arrive pas à stabiliser et... effectivement, l'adhésion n'est pas possible, au regard des signes
335 cliniques ou de la pathologie qu'il présente ! Par exemple ! imaginez, une entrée, une bouffée
336 délirante dans la schizophrénie, et c'est un patient euh...qui consommait énormément ! Et
337 qu'effectivement, on dit : « Des fois, il redescend pas ! », parce qu'il est autarcique, on a du
338 mal à rentrer en lien avec lui... et que son délire ou sa pathologie est trop présente. Et que... du

339 coup ! il nous faut du temps avant qu'il adhère ! Ça arrive aussi ! Mais... quand même, la plupart
340 du temps ! euh... leur but c'est de sortir ! Ils sont pas plus bêtes que les autres ! Donc ils vont
341 essayer, effectivement, d'adhérer aux soins ! Après, une fois qu'ils sont sortis, c'est là où c'est
342 différent !

343 **Moi** : Et oui ! c'est la prise en charge à l'extérieur !

344 **Célia** : Il n'y a rien qui les tient ! donc voilà !

345 **Moi** : oui ! y'a plus de contenant... !

346 **Célia** : Alors ! là où je vous dis ! y'a ce qu'on appelle ! on va décider de la contrainte et le
347 reste ! mais que l'hospitalisation complète n'est plus obligatoire ! Donc c'est ce qu'on appelle
348 le programme de soins ! C'est-à-dire : vous êtes toujours sous contrainte ! mais plus en
349 hospitalisation complète ! C'est-à-dire qu'on a des patients ! nous, par exemple en CMP ! qui
350 étaient sous contrainte, mais pas en hospitalisation complète. C'est sur l'extérieur. Et c'est là,
351 en fait... heu, c'est un peu l'épée Damoclès ! ce que disaient les médecins : « Voilà, on vous
352 laisse la contrainte, vous pouvez sortir, vous pouvez aller chez vous, vivre chez vous, mais...
353 par contre, vous devez passer au CMP pour prendre les traitements ! et pour qu'on puisse
354 évaluer, toutes les semaines... ou une fois tous les quinze jours, votre état clinique ! » Voilà !
355 ça aussi, ça peut être une aide pour l'adhésion aux soins ! ce qu'ils appellent une contrainte de
356 soins ! parce qu'on voit, si le patient est un peu trop fragile... ! Mais en accueil crise fermé,
357 c'est très rare qu'il n'y ait pas d'adhésion aux soins... !

358 **Moi** : Ils sont là, on leur fait comprendre que... c'est dans leur intérêt...

359 **Célia** : ... ils ont compris que pour sortir, généralement... voilà.

360 **Moi** : Euh... ensuite, comment respecte-t-on son autonomie et comment construit-on une
361 relation de confiance avec lui ? Peut-être qu'on a déjà un peu plus ou moins... parlé autour...

362 **Célia** : Autonomie... Heu... généralement ! y'a pas vraiment d'autonomie dans un accueil
363 crise ! Qu'est-ce que vous entendez par là ?

364 **Moi** : Euh... Comme il y a une certaine privation de liberté dans l'unité... ! comment on peut
365 mettre en place une certaine autonomie pour le patient ? Qu'il se sente pas complètement privé
366 de tout ! Quelle est la marge de liberté qu'on peut lui laisser à l'intérieur de l'unité, pour qu'il
367 se sente un minimum autonome ?

368 **Célia** : Oui, ça, c'est... c'est les règlements intérieurs ! Par exemple, si c'est un patient qui fait
369 sa toilette tout seul ! ou qui se rase tout seul ! si on évalue qu'il n'y a pas de risque à ce qu'il
370 prenne une lame de rasoir ! on va lui laisser la lame de rasoir, mais... on va la récupérer juste
371 après ! En fait, il faut allier euh...le risque potentiel que peut avoir un patient ! La lame de
372 rasoir, on vérifie ! Parce que c'est pas anodin les patients qui sont sous contrainte !
373 Généralement, il y a quand même des agressions assez sévères ! Et malheureusement, on a bien
374 vu que même à l'hôpital de, il y a eu quand même des choses assez graves... des
375 patients ! des passages à l'acte sur des soignants ! Donc, il ne faut pas du tout le prendre à la
376 légère, l'aspect sécuritaire ! Mais bien évidemment, garder quand même cette autonomie ! Je
377 comprends votre question ! Mais... effectivement ! ces patients qui sont assez autonomes pour
378 se raser ! on va pas aller les raser, sous couvert, effectivement ! que la lame de rasoir peut être
379 utilisée contre, par exemple, les soignants ! Mais ça, c'est toute une évaluation ! Autant un
380 matin, un infirmier va dire : « Bon, là, ça va pas ! c'est peut-être pas une obligation de se
381 raser... ! on va vous aider pour vous raser ! » Et, un autre matin, on va lui laisser la lame de
382 rasoir ! Mais généralement, c'est quand même des patients, oui... ! où l'on préserve cette
383 autonomie... ! mais toujours limitée à un lieu... !

384 **Moi** : ...à un cadre, qui est fermée !

385 **Célia** : à un cadre ! bien évidemment !

386 **Moi** : Est-ce que, de temps en temps, ils peuvent... quand ils avancent bien dans leurs soins !
387 qu'il y a une prise de conscience, etc.! est-ce qu'ils peuvent, après ! aller euh... de temps en
388 temps... avoir une autorisation pour aller, une heure par exemple ! à la cafétéria et revenir ?

389 **Célia** : Oui ! les sorties, les permissions ! Je sais que dans l'unité où j'étais ! il y avait,
390 effectivement ! un atelier qui était vraiment juste à côté d'un couloir donc euh... il sortait ! Une
391 autorisation de sortir, par exemple ! deux heures ! Pareil, c'est une alliance thérapeutique, avec
392 une confiance mutuelle ! On leur dit voilà ! « Écoutez, vous avez cette permission... ! » même
393 des fois, une permission le week-end ! hein ! Souvent, les médecins, de plus en plus ! les
394 médecins ont été furieux ! aussi ! avec ! parce qu'effectivement ! ils engagent aussi leur
395 responsabilité quand le patient sous contrainte sort ! si jamais il arrive quelque chose... ! Donc !
396 souvent ! les médecins ! les derniers temps, quand j'travaillais ! au lieu de les faire sortir
397 directement ! généralement on faisait des premières sorties, par exemple un week-end dans la
398 famille ! la semaine d'après peut-être un week-end *et* deux jours dans la semaine ! et après ils

399 sortaient définitivement ! Voilà ! Comme ils avaient un doute sur, effectivement, la sortie
400 définitive du patient ! il y avait des permissions ! Et puis, ils revenaient de permission : «
401 Comment ça s'est passé ? » « Très bien ! » Voilà ! Et ça permettait à certains aussi ! euh...
402 d'aller voir où est-ce qu'ils allaient loger... ! le retour dans la famille... ! comment ça se
403 passait ! etc. ! etc. ! etc. ! Donc y'a quand même cette possibilité !

404 **Moi** : C'est une certaine forme d'autonomie aussi ! qu'on laisse aux patients...

405 **Célia** : Oui ! oui ! quand c'est autorisé...

406 **Moi** : ...quand c'est possible, bien sûr.

407 **Célia** : C'est le médecin qui décide ! les autorisations de sortie... !

408 **Moi** : Et quel type de patient est pris en charge au sein... de ce type de service ?

409 **Célia** : Tout type de patient... c'est pas du tout par rapport aux pathologies ! C'est par rapport
410 aux troubles cliniques qu'ils présentent ! Alors, ça peut être des entrées de... de jeunes
411 patients... ! avec euh... des entrées en bouffée délirante dans la schizophrénie ! Ça peut être,
412 voilà ! des diagnostics... ! ça peut être des séjours de rupture... ! des patients qui sont, par
413 exemple, en IME ! et que du coup ! ils ont fait des gestes hétéro-agressifs, et... ils viennent là !
414 Ça peut être euh... un patient qui a fait euh... des troubles du comportement et qui !
415 effectivement, après avoir bu de l'alcool ! a fait un scandale sur la voie publique ! et... le préfet
416 a fait un arrêté de SDRE ! Euh... c'est vraiment... c'est pas la pathologie ! c'est le trouble
417 clinique aigu qui, au regard de la... bah de la gravité des signes cliniques qu'a présenté le
418 patient ! Mais pas forcément un patient qui a une pathologie ! hein ! Des troubles du
419 comportement qui ont fait que... comme il peut pas consentir ! son état ne lui permet pas de
420 consentir à une hospitalisation ! on l'hospitalise sous contrainte ! C'est ça, le type de patient
421 qu'on a, heu... en accueil crise unité fermée ! Et... un petit pourcentage ! alors, je sais pas si
422 c'est particulier à la région, mais je pense pas ! vous le verrez dans le reportage ! des patients
423 qui sont, en fait ! des prisonniers ! Et... qui ont été évalués par une équipe psychiatrique en
424 milieu carcéral ! et qui ont détecté qu'il y avait... ou des problèmes psychiatriques ! ou un risque
425 suicidaire ! Et que du coup ! il faut qu'il aille en unité psychiatrique ! en unité d'accueil crise
426 fermée ! pour une surveillance... une observation des troubles ! Donc ça ! c'est tout un autre
427 style de protocole ! puisqu'effectivement ! c'est tout l'aspect sécuritaire... parce que du coup !
428 le patient est un patient... ! euh... qui dépend de la pénitencier ! et en même temps de
429 l'hospitalisation psychiatrique !

430 **Moi** : Ouais, c'est particulier comme statut !

431 **Célia** : C'est très compliqué ! parce qu'on a les deux qui se mélangent ! Il faut faire très
432 attention pour les visites ! Voilà ! C'est un cadre très particulier, médico-légal ! Voilà ! On a ce
433 type de patients aussi ! Mais voilà, effectivement ! ça peut être un patient qui est passé par les
434 urgences ! et euh... on a détecté un risque suicidaire très important ! et on le met en accueil
435 crise fermée ! Parce qu'il faut une observance et une surveillance très accrue ! L'accueil crise
436 va permettre aux hospitalisations sous contrainte ! à une surveillance très accrue ! parce que les
437 locaux et les chambres sont généralement adaptés ! et le nombre de soignants ! à une
438 surveillance accrue ! C'est-à-dire les chambres d'isolement ! il faut qu'il y ait une surveillance
439 très particulière ! toutes les heures ! vérifications etc. ! voilà ! donc, ça peut être quelqu'un qui
440 a une tendance suicidaire très importante ! un risque aigu de passage à l'acte ! et... du coup... !
441 euh... cette prise en soin... va permettre qu'il ait pas accès à tout... ! la possibilité de se
442 suicider ! hein ! un couteau, une arme, je sais pas... ! même si, malheureusement, ça peut
443 arriver... ! mais ! normalement on met tout en œuvre autour pour que justement ! ça n'arrive
444 pas ! Voilà ! Ce type de patient : troubles du comportement, des risques suicidaires, vraiment
445 la crise aiguë ! vraiment ça détermine la crise aiguë !

446 **Moi** : D'accord ! Tout type de pathologie !

447 **Célia** : Mais en crise aiguë ! qu'on ne pourrait pas gérer autrement que dans une unité fermée
448 et aiguë ! Euh... généralement, les soignants sont formés à ça ! en crise aiguë !

449 **Moi** : D'accord. Donc... ça va pt'êre rejoindre la question que je vais vous poser : pourquoi
450 est-il nécessaire de fermer les portes pour soigner un patient en crise ?

451 **Célia** : Alors... ! fermer les portes ! c'est pas... pour moi ! ça a pas été forcément... quelque
452 chose de nécessaire ! Alors, fermer la porte d'entrée et sortie, oui ! Puisque l'aspect médico-
453 légal, sous contrainte, nous l'impose ! C'est-à-dire qu'on n'a pas le choix ! On peut pas dire : «
454 Cette unité ! on laisse la porte ouverte ! » Non ! C'est une unité d'accueil crise fermée ! Ça veut
455 dire que si le patient... il sort et qu'il fugue ! on est responsable de ce qu'il va faire, de ce qui
456 va lui arriver ! Donc, médico-légalement ! c'est même pas à nous de décider ! C'est comme
457 ça ! Par contre, à l'intérieur, on peut aménager ! Je sais que dans les unités, c'était ! ils sortent
458 dans la cour qu'à des heures déterminées ! C'est ce qu'on appelle le règlement intérieur de
459 l'unité ! Ça, c'est le cadre qui le décide avec le médecin ! et qui va décider : « Bah voilà ! Nous,
460 on laisse la cour totalement ouverte... ! à n'importe quelle heure de la journée ! » Mais il faut

461 qu'il y ait un soignant pour surveiller dehors ! Par exemple, dans une autre unité, c'est pas
462 possible ! La cour est ouverte entre 14h et 16h ! Ça, c'est dans le règlement intérieur ! Donc,
463 toutes les unités accueil crise fermée, forcément ! y'a l'entrée et la sortie qui est fermée ! Bien
464 évidemment, la pharmacie ! Moi Je sais ! qu'il y avait des unités où le patient, par exemple !
465 allait faire la sieste de 14h à 16h ! mais après, les chambres étaient fermées ! par exemple !
466 voilà ! certaines unités... !

467 **Moi** : Selon le règlement intérieur et l'institution !

468 **Célia** : que l'on... aménage, avec... effectivement le médecin ! l'institution... ! qui fait que !
469 voilà ! tout en sachant que normalement, le patient... c'est des lois qui s'interfèrent ! parce
470 que... normalement ! il est libre d'aller et venir ! hein ! même sous contrainte ! C'est-à-dire
471 que ! ben, s'il a envie d'aller faire la sieste à midi ! ben... il y va midi ! quoi ! donc voilà ! Et
472 s'il a envie de sortir dans la cour ! normalement, il devrait sortir dans la cour ! Sauf, toujours
473 pareil ! pour les patients... "prisonniers" ! enfin les patients qui viennent de prison ! voilà ! ils
474 ont un statut très particulier, où on doit respecter ! Mais sinon, tous les autres ! euh...
475 normalement, y'a pas de... de restriction ! Voilà ! Bien évidemment... sauf si... le patient est
476 en chambre d'isolement ! Parce qu'il y a un protocole d'isolement ! parce qu'il se met en
477 danger ! parce qu'il y a des risques d'hétéro-agressivité... ! Et là, c'est autre chose ! C'est ce
478 qu'on appelle une mise en l'isolement ! Mais normalement dans les accueils crise fermée, à
479 part la porte... et la chambre d'isolement... ! ils sont libres d'aller et venir !

480 **Moi** : Et donc cette porte d'entrée ! comme ils sont sous contrainte ! donc... ! on la ferme !
481 Parce qu'ils ont besoin d'un cadre contenant euh... pour être soignés ? Parce qu'il y a des
482 risques de fugue... aussi ?

483 **Célia** : Non, non... ! la chambre d'isolement, c'est... c'est le cadre contenant ! qu'on peut
484 discuter ou pas ! C'est... c'est toujours pareil ! C'est ce qu'on appelle la contention physique !
485 c'est la chambre d'isolement ! C'est pareil !

486 **Moi** : Non... le service en lui-même...

487 **Célia** : ...C'est le cadre médico-légal ! C'est-à-dire que s'il sort... il est considéré comme
488 quelqu'un en fugue ! Donc faut déclencher la gendarmerie ! La recherche ! Donc c'est vraiment
489 institutionnel ! C'est-à-dire... il faut que ce soit fermé !

490 **Moi** : Il faut que ce soit fermé parce que c'est la contrainte !

491 **Célia :** Du moment où l'on a mis, une sous contrainte ! si le patient sort sans autorisation... ça
492 veut dire que ! quelque part ! on l'a mis en danger ! Donc faut déclarer de suite ! Ça nous est
493 déjà arrivé... ! déclarer à l'ARS... ! déclencher la gendarmerie... ! faut décrire comment il est
494 habillé ! etc. ! etc. ! bien évidemment ! c'est pour ça, c'est pas anodin ! Ça déclenche tout !
495 C'est pas le centre hospitalier qui décide ! c'est pas le médecin ! c'est pas le cadre !
496 C'est... légalement... c'est inscrit ! voilà ! Pourquoi on ferme les portes d'entrée et sortie ?
497 Après à l'intérieur ! voilà ça peut... ça peut se jouer autrement !

498 **Moi :** Ok !

499 **Célia :** Moi, je me rappelle très bien ! le médecin avec qui je travaillais avant ! donc ! il est
500 parti, y'a bien longtemps à la retraite ! lui, n'avait jamais de chambre d'isolement dans sa
501 structure d'accueil crise fermée ! Parce qu'il pensait pouvoir prendre autrement... en charge !
502 Et ça fonctionnait très bien ! Voilà ! d'autres... ! y'avait besoin de chambres d'isolement ! Je
503 pense aussi... que, franchement ! que ça a à voir aussi avec le personnel ! Moins y'a de
504 personnel... forcément ! moins y'a de possibilités d'être avec le patient... plus on a besoin de
505 chambres d'isolement ! ou de contention ! Donc forcément, je pense que moi... c'est un lien !
506 Mais voilà ! mais accueil crise fermée, oui, c'est la porte ! c'est l'entrée et la sortie ! Mais après,
507 à l'intérieur ! on peut pas faire " notre sauce " ! c'est pas ça que je suis en train de dire !
508 Mais voilà, les chambres d'isolement, les chambres ! voilà ! on peut effectivement l'aménager
509 de la manière dont on a décidé avec le patient ! avec le médecin je veux dire !

510 **Moi :** D'accord ! Et qu'est-ce que vous pensez, vous, des mesures privatives de liberté ? C'est-
511 à-dire... l'enfermement, la chambre d'isolement, les contentions... Tout ce qui est un peu
512 restriction de liberté ?

513 **Célia :** Alors... qu'est-ce que j'en pense ? Pour qui ? Pour moi ? En général ?

514 **Moi :** Oui, globalement... est-ce que c'est nécessaire, est-ce que...

515 **Célia :** Alors ! la contention en soi... ! c'est toujours pareil ! Qu'est-ce qu'on appelle contention
516 ? Parce qu'il y a la contention chimique... !

517 **Moi :** Oui, aussi, oui ! Il y a les deux, oui !

518 **Célia :** Voilà, il y a les deux ! Donc la contention chimique, ça existe aussi ! Comme je vous
519 dis ! dans le meilleur des mondes... ! si on pouvait aménager, c'est-à-dire euh... tout ce qu'il
520 faut dans les unités ! pour éviter tout ce qui est contention physique, chimique... ! Y'a des

521 patients qui sont en crise... ! si vous êtes à trois, quatre à intervenir et à savoir pourquoi... !
522 Bien évidemment que... la privation de liberté n'est pas nécessaire ! Mais comme je dis
523 toujours... ! c'est une question de personnel ! et de temps ! et de possibilités ! Bien évidemment
524 ! En plus, ça fait 25 ans que je travaille en psychiatrie ! J'ai vu le début et euh... la fin !
525 Maintenant, vous avez beaucoup d'infirmiers ! ce qu'on appelle... le DATI ! vous savez, les
526 trucs dans les... dans les poches ! là, le bouton d'alerte ! Avant, on l'avait pas ça ! On l'avait
527 pas ! c'est-à-dire... parce qu'on était assez nombreux pour se dire : « Si jamais y'a quelque
528 chose, on est là ! » Pareil, les chambres d'isolement... ! on va en mettre un en chambre
529 d'isolement pendant 48h pour évaluer ! Mais... y'avait pas forcément besoin de chambre
530 d'isolement ! Y'avait effectivement une observance, mais... une observance, il fallait être là !
531 Mais effectivement ! pendant que moi je suis au lit du patient ! par exemple, deux, trois
532 heures... je l'accompagne, bah... ! je suis pas ailleurs avec mon collègue ! Donc bien
533 évidemment, pour moi ! y'a une cause à effet entre le manque de personnel ! et puis... les
534 politiques de management des hôpitaux aussi ! Je vais aller jusque-là ! C'est-à-dire que... quand
535 on a décidé ! et que les hôpitaux fonctionnent avec la loi HPST de 2009 ! c'est-à-dire comme
536 des entreprises ! où, en fait, c'est maintenant la productivité, la rentabilité... !
537 donc forcément ! le coût du personnel... vous le savez très bien, c'est ce qui coûte le plus !

538 **Moi :** Ils économisent toujours au centre des choses... !

539 **Célia :** Voilà ! Donc du moment où on fait fonctionner les hôpitaux comme des entreprises, y'a
540 un moment donné... alors moi on ne m'en enlèvera pas ce côté rebelle ! je sais pas ! qui fait que
541 forcément ! on a biaisé ça ! Et ce biais passe par... euh... des privations de liberté ! Des
542 chambres d'isolement ! Des contentions... ! qui ne sont pas forcément nécessaires !
543 Voilà moi ! ce que j'en pense ! parce que j'ai connu le avant ! Et l'unité que je vous ai dit où il
544 n'y avait pas de chambres d'isolement ! ça fonctionnait tout aussi bien ! hein ! Je me rappelle
545 très bien ! on prenait des patients, donc, des hospitalisations sous contrainte ! qui ont toujours
546 existé ! on est parti faire de l'escalade avec ces patients-là, du parapente ! mais là, si on le fait
547 maintenant, on part en prison !

548 **Moi :** Ça fonctionnait très bien ?

549 **Célia :** Mais bien sûr ! Mais là... si on le fait on part en prison ! pourquoi ? Parce qu'il y a aussi
550 cet effet « action-réaction » médiatique ! Dès qu'il y a eu un passage à l'acte de quelqu'un... !
551 « C'est un patient ! vous vous rendez compte ! il a tué ! y'a eu cette... ! » Vite, vite, faut

552 enfermer en fait ! les patients « dangereux » ! Alors qu'il y a eu des amalgames énormes... de
553 faits !

554 **Moi** : Des faits divers !

555 **Célia** : ...oui, c'était « un schizophrène ! » alors... que c'était pas du tout un schizophrène !
556 Mais voilà ! Peu importe ! Y'a eu des faits divers qui ont fait que ! tout de suite ! l'aspect
557 sécuritaire de l'hôpital psychiatrique... ! On s'est dit : « C'est bon maintenant... ! c'est presque
558 comme des gardiens de prison ! » Et donc, surtout... ne faites pas de vagues ! Et je pense que
559 là, ça a tout biaisé ! Et ça a tout changé ! Puisque, effectivement ! c'est devenu la norme : les
560 chambres d'iso... ! contentions... ! On le voit bien, quand on accueille les prisonniers... ! C'est
561 des infirmiers seuls qui vont les chercher ! quand même ! Ça veut dire que l'infirmier, sous
562 couvert... ! parce qu'il travaille en psychiatrie... ! ça peut devenir quelqu'un de la pénitentiaire
563 ! On ne demande jamais ça ! à un infirmier de l'hôpital somatique, par exemple !

564 **Moi** : Un gendarme en blouse blanche ! c'est pas son rôle !

565 **Célia** : Voilà ! Alors, quand ils viennent en consultation ! pour se faire opérer, ils sont
566 accompagnés... ! Bah nous non ! du moment que l'on vient de la psychiatrie ! on peut aller les
567 chercher ! Donc vous voyez ! y'a aussi cet amalgame... ! qui fait encore ces aspects asilaires !
568 Tout ce qui est bah voilà ! prison... ! ou psychiatrie ! Non ! C'est un soin ! C'est un lieu de
569 soin ! Et du moment où c'est un lieu de soin ! ben... normalement... la privation de liberté... !
570 si... ! vraiment on voit que c'est un patient qui va égorger tout le monde ! bien évidemment !
571 Y'a toujours été ! y'a toujours eu des contentions ! bien sûr ! Mais... ! d'autres cas, où on peut
572 effectivement ! faire autrement ! Mais malheureusement... la politique nous a amenés... euh et
573 moi j'en démordrai pas ! à ces... ces dérives ! Dans certaines unités ! où, effectivement... ! la
574 contention est vue comme une solution par défaut ! Mais vous le voyez ailleurs ! y'a pas besoin
575 d'être en psychiatrie ! la situation de départ, voilà ! parce qu'il était trop agité ! sous couvert «
576 bah, il risque de tomber !» on va l'attacher au lit ! quoi ! Non ! enfin voilà ! vous voyez bien...
577 et c'est pareil en psychiatrie ! on n'est pas... on est pas exempté de ça ! bien évidemment ! Que
578 l'infirmiers seul le matin ! il doit distribuer les médicaments ! Ben écoutez, là, la chambre d'iso
579 on verra un peu plus tard ! voilà ! Donc... ça peut faire partie, effectivement, des... des biais !
580 et des difficultés que peut rencontrer la psychiatrie !

581 **Moi** : Bien sûr... comme vous dites ! les sous-effectifs ! et puis... ces mesures qui ont été prises
582 suite à des faits divers assez tra... tragiques !

583 **Célia** : Voilà ! Et puis, et puis... et puis, voilà... ! le fait... !

584 **Moi** : Et l'amalgame, hein, des gens, par rapport bah... aux psychiatrisés ! et « au fou
585 dangereux » ! Y'a un gros amalgame !

586 **Célia** : Et puis les gens, vous savez... la représentation que l'on fait aussi... ! Tant qu'on n'y
587 est pas allé... vous, vous y avez été déjà en accueil crise fermée ?

588 **Moi** : Oui ! oui !

589 **Célia** : Les gens, entre la représentation que l'on se fait... ! et la réalité... ! vous voyez bien la
590 différence qu'il y a ! Donc bien évidemment, vous l'avez vécu... Bien évidemment, y'a des
591 patients qui nécessitent une chambre d'isolement parce qu'ils mettent en danger la vie des
592 autres ! On n'est pas là non plus pour qu'il y est une charpie ! (sourit) hein !

593 **Moi** : Non, mais parfois... parfois, on n'a pas le choix ! Y'a des situations qui font que, même
594 si on met tout son cœur pour les maîtriser au mieux... !

595 **Célia** : ...on n'y arrivera jamais !

596 **Moi** : On n'a pas le choix des fois ! ça, j'le comprends complètement !

597 **Célia** : Mais... y'a des fois où, effectivement, on peut faire autrement ! Je pense ! Mais tout
598 pareil, faut avoir les moyens pour... !

599 **Moi** : D'où ma question, est-ce que, pour vous ! il est possible d'avoir des pratiques un peu...
600 alternatives ? à toutes ces...

601 **Célia** : Oui ! D'ailleurs, dans ce reportage, ils parlent de maison de famille... ! Ils parlent
602 d'entraide... au niveau des familles à côté... ! des suites ! Bien sûr qu'il peut y avoir des
603 médecines alternatives ! Euh... moi, je pense qu'il y a aussi toutes ces médecines...
604 complémentaires et alternatives ! euh... la sophrologie ! peut-être ! pour certains... !
605 L'hypnose... Les ateliers qui peuvent effectivement apaiser l'angoisse... ! l'anxiété pour
606 certains ! mais tout ça, c'est toujours pareil... ! faut pouvoir ! euh... quand on voit qu'on ne
607 trouve pas... enfin... ! à dans le reportage, on l'a vu ! sur cent-sept postes de
608 psychiatres... ! ben y'en a que quarante-sept de pourvus ! Donc à un moment donné... on peut
609 pas travailler sans les médecins !

610 **Moi** : Y'a un manque d'effectifs aussi... dans tous les domaines !

611 **Célia** : donc, on peut pas travailler sans les médecins ! Donc, du coup ! ben... voilà, ils sont
612 appelés de partout ! ils essayent de faire au mieux ! Donc effectivement, oui ! il nous faut des
613 médecins, bien sûr ! Mais il nous faut aussi, effectivement ! des gens qui peuvent
614 accompagner ! Moi, j'ai connu le temps ! hein, où... en accueil crise fermée... ! on
615 accompagnait le patient énormément sur l'extérieur ! On allait acheter des vêtements avec lui !
616 on allait voir comment... voilà... ! comment il allait, quoi ! C'est de moins en moins
617 possible... ! Alors, on le voit un peu plus dans les structures ! de ce qu'on appelle... de
618 réhabilitation ! Où y'a un peu moins de patients, voilà ! Mais généralement, pour ce type de
619 patients... ! il faut un minimum de deux personnes pour l'accompagner ! On peut pas y aller
620 seul ! Donc ça veut dire que pendant que les deux sont sortis avec un patient... ! il reste combien
621 d'infirmier dans l'unité ? un ou deux ! Donc forcément... y'a des répercussions sur tout ! quoi !
622 Donc oui, y'a beaucoup plus d'alternatives qui ont été utilisées avant... ! qui ne le sont plus... !
623 qui pourraient être encore utilisées ! ou même d'autres ! mais... malheureusement, on vit pas
624 dans un monde « des bisounours » ! ce serait utopique de dire que ça peut se faire ! Dans le
625 contexte actuel, et la façon dont on voit la société en général... ! vous voyez bien, on est dans
626 un courant... quand même... vous allez dire ! les premiers de cordée, les meilleurs, la
627 productivité, la rentabilité... ! enfin ! Moi, j'ai connu aussi ! ça va rebondir avec ce que vous
628 dites ! c'est-à-dire que j'ai connu beaucoup de réunions cliniques, où on parlait du patient ! la
629 qualité des soins et du patient dans les réunions cliniques ! Les derniers temps, dans les réunions
630 et je parle de cadres ! même le mot « *patient* » n'apparaissait plus ! La qualité des soins
631 n'apparaissait plus ! C'était ! euh... combien de temps il restait ? La durée moyenne de séjour
632 ? Comment on va faire ? Voilà ! Y'a plus cet aspect clinique... autour ! donc encore moins pour
633 parler de médecine alternative ! vous imaginez bien ! ou pour éviter justement la chambre
634 d'isolement ! « il va sortir !, il faut rentrer quelqu'un ! Qui on peut sortir ? Parce qu'y'a
635 quelqu'un qui attend aux urgences pour rentrer ! » voilà ! On était que dans... dans ces notions-
636 là ! Donc voilà ! je pense... il ne faut pas baisser les bras ! J'ose espérer qu'une fois que...
637 Vous savez, moi je pense qu'il y a des cycles ! Y'a des cycles où, effectivement, on se dit :
638 voilà ! Après, y'a eu l'aspect sécuritaire, parce qu'il y a eu des faits divers... ! et un moment
639 donné ! on va bien faire le tour de cette société-là ! où on se dit : « Bon, ben là quand même !
640 y'a un peu des trucs qui s'effondrent ! » Parce que l'hôpital public, la psychiatrie... c'est
641 l'hôpital public ! Et qu'on voit bien que tout s'effondre ! Et qu'à un moment donné... ! j'me
642 dis, je reste optimiste, hein... ! y'a ce cycle qui va se fermer, qu'on va peut-être passer à un

643 autre cycle ! Et se dire... Forcément ! j'suis pas du tout dans le sens « c'était mieux avant ! »
644 c'est pas forcément ça ! Mais... s'ouvrir sur d'autres possibilités !

645 **Moi** : C'est là où c'est intéressant : c'est parce que vous, vous avez vécu « *l'avant...* » ! et les
646 changements par la suite ! Donc vous pouvez comparer, et dire : « Ben, finalement... ça
647 marchait bien aussi, avant ! »

648 **Célia** : Oui, mais je suis pas à dire : « Il faut tout revenir comme avant ! » Mais... je sais qu'il
649 y a certaines techniques qui, du coup ! ont été enlevées sous mauvais prétexte ! Pas parce
650 qu'elles ne fonctionnaient pas, hein ! Mais parce qu'il fallait amener le côté sécuritaire ! Parce
651 qu'on a décidé de... effectivement... manager ! en tout cas euh... diriger des hôpitaux comme
652 des entreprises ! Et du moment où on dirige... moi j'ai toujours dit : « Le soin, c'est pas des
653 machines ! » Donc... on peut pas ! Alors oui, bien évidemment, y'a ce qu'on appelle euh...
654 l'efficacité ! Faut toujours, bien évidemment ! hein... on va pas utiliser 50 compresses alors
655 qu'on en a besoin de deux ! Mais on n'a jamais été bêtes ! On le sait, ça ! Bien évidemment,
656 y'a pas eu de gaspillage ! Mais voilà... ! et forcément, si on continue à fonctionner de cette
657 manière-là ! ben... on voit bien ! On continue à y aller, droit devant ! Donc c'est pour ça que je
658 vous dis : j'ose espérer qu'on a fait le tour de ça ! du cycle ! Dernièrement, j'ai entendu quand
659 même qu'ils se posaient la question de la T2A ! Parce que c'est ça, hein : la T2A, c'est quoi ?
660 c'est en fait ! on a voulu rémunérer les hôpitaux... ! par rapport à l'activité qu'ils faisaient !
661 Donc plus ils faisaient d'activité, plus ils étaient payés !

662 **Moi** : et d'ailleurs, on remplit des formulaires !

663 **Célia** : Et... on remplit ce qu'on fait ! Et plus on fait... plus on touche ! Donc c'est biaisé,
664 pareil ! Parce que... vous avez vu ? Je sais pas... c'était dans « *Complément d'enquête* », peut-
665 être ? Ils avaient fait une émission, y'a 4-5 ans, sur la T2A, dans les hôpitaux somatiques !
666 l'hôpital psychiatrique aussi ! Ils payaient... ! côté pervers ! des cabinets d'experts pour rentrer
667 des actes... ! que les infirmiers, les chirurgiens, les médecins, avaient oublié de rentrer ! Mais...
668 on marche sur la tête, quoi ! J'espère que ce côté-là ! il a fait son temps ! Et qu'on se dit... Pas
669 forcément revenir en arrière... ! mais... qui y'a d'autres possibilités !

670 **Moi** : Faudrait trouver un compromis entre tout ça !

671 **Célia** : Peut-être qu'on va pas pouvoir embaucher, Voilà ! Mais en tout cas, est-ce qu'on peut
672 pas trouver une alternative... ! à ce tout... voilà ! tout productif, rentabilité... qu'on voit bien

673 que le soin, ne doit pas se traiter comme n'importe quel autre domaine ! Comme l'éducation... !
674 Voilà, c'est pareil ! Pour moi, c'est des domaines... on doit pas traiter ça...

675 **Moi** : ...comme une entreprise ! non ! ça marche pas !

676 **Célia** : On voit bien que ça marche pas ! Voilà, J'espère que ça va aller... ! Moi, j pense qu'on
677 a utilisé... parce que j'ai connu avant... ! mais... je pense qu'on arrive au bout d'un cycle,
678 quand même ! quand même ! les gens se rendent compte que c'est plus possible !

679 **Moi** : On se pose beaucoup de questions, déjà ! ça nous interpelle !

680 **Célia** : En y travaillant, en y'allant ! enfin moi, je suis passée de l'autre côté de la barrière !
681 hein ! Quand on a un proche qui est malade, et tout... j me suis dit ! même quand on est de
682 l'autre côté... waouh ! ça renvoie quelque chose de difficile ! On se dit : « Ben oui ! c'est pas
683 normal que les gens nous traitent comme ça... ! » Donc aussi y'a quelque chose ! J'ose espérer !
684 Parce qu'on est dedans... ! Je sais qu'on essaie de vous inculquer, au maximum, des valeurs !
685 Mais... parce que pour moi, c'est ce qui tient, quoi ! C'est les valeurs ! S'il n'y a pas de
686 médecine alternative, ben... c'est quoi ? C'est parce qu'il faut toujours viser à ce qu'on
687 aimerait ! Moi, j me suis toujours posé la question en tant qu'infirmière, mais même encore
688 maintenant ! je souhaiterais traiter quelqu'un... comme j'aimerais qu'on me traite, si jamais ça
689 m'arrive ! ou à mes proches !

690 **Moi** : Il faut toujours se mettre à la place de la personne en face.

691 **Célia** : Toujours avoir cette question-là ! Sinon... c'est qu'on est perverti ! quoi ! Et se dire
692 qu'à un moment donné... effectivement, la privation de liberté ! Est-ce qu'il y a vraiment
693 besoin, là ? Juste en parlant, même si on a la meilleure volonté... ben... on n'y arrive pas !
694 donc euh... et c'est là ! que vous allez voir... ! la plupart des burn-outs des soignants ! C'est
695 pas la charge de travail ! J'avais autant de charge de travail... au tout début de ma carrière...
696 qu'après ! Parce que c'est juste que les charges de travail se sont déplacées ! Avant, on avait
697 beaucoup d'écrit à faire, sur les classeurs à archiver... ! Après, tout a été informatisé ! Mais
698 c'est d'autres charges... du coup ! qui ont été rajoutées ! La charge de travail a toujours été la
699 même ! Par contre... ce qui a changé, c'est euh... le sens que l'on donnait au travail ! Donc
700 effectivement... même si on a beaucoup de charge de travail... ! du moment qu'on se dit :
701 « Bon, je sors de ma journée ! je pense que j'ai fait du bon travail... ! » je me sens bien ! 95 %
702 des burn-outs, c'est pas la charge de travail ! Les gens sont arrêtés parce qu'ils ont perdu le sens
703 de leur travail ! C'est-à-dire qu'ils ont fait des choses qui étaient en dehors de leurs valeurs !

704 **Moi** : Contre leur volonté ! contre leur intention des choses !

705 **Célia** : Et toutes ces médecines alternatives, dont vous parlez... ! ben, ça peut permettre un
706 petit peu... ! de donner une petite bouffée d'oxygène ! Il y a autre chose qu'on peut faire, plutôt
707 que de fermer derrière... de claquer la porte ! ou d'attacher la personne âgée, parce qu'elle
708 risque de tomber, etc. ! J'ose espérer qu'on va revenir à ça ! mais pour revenir à ça ! euh...c'est
709 pas les soignants qui sont en cause ! Pas du tout ! C'est le système !

710 **Moi** : Bien sur ! eux... ils le subissent !

711 **Célia** : C'est pas les soignants qui sont pervers. C'est pas les soignants... alors oui, il y a de
712 la maltraitance ! Mais on ne devient pas infirmier pour être maltraitant ! C'est le système qui
713 est maltraitant ! C'est l'institution qui est maltraitante ! Et actuellement, on ne peut pas dire que
714 l'institution hospitalière, ce qu'elle génère en général, n'est pas maltraitante ! C'est pas vrai !
715 Parce qu'on amène effectivement une maltraitance ! Mais pour le patient... il n'y a pas de...
716 heu... ça ne vous dérange pas, voilà, cette privation de liberté ? Mais bien évidemment ! parfois
717 y'a des dilemmes qui se posent, hein ! en se disant : « Là, est ce que j'ai bien fait de faire ça ! »
718 Et heureusement qu'on se pose encore ces questions ! Mais après, effectivement, pour les mettre
719 en actes... ! j'ose espérer... je vous dis ! qu'on va passer dans une autre phase ! En tout cas,
720 moi, je reste optimiste !

721 **Moi** : Un autre paradigme ?

722 **Célia** : J'espère... ! (rires)

723 **Moi** : J'espère aussi... ! (rires)

724 **Célia** : Pour vous ! Parce que c'est vous, après, sur le terrain... !

725 **Moi** : Après, je sais qu'en psychiatrie, il y a quelques petites unités comme ça... en accueil
726 crise fermée... ! qui sont ouvertes ! Ils testent ! Ça fonctionne très très bien !

727 **Célia** : oui ! tout à fait !

728 **Moi** : Et du coup, ils créent beaucoup d'alliances avec le patient ! Y'a des contrats de confiance
729 qui se créent... ! ils font de l'ergothérapie... !

730 **Célia** : Y'a contrats de soins. Comme on dit, effectivement ! « Vous êtes sous contrainte...
731 mais on vous fait confiance ! Vous n'avez pas l'autorisation d'aller plus loin que là... vous
732 venez nous voir ! Vous pouvez aller, par exemple, euh... au marché mais vous revenez à midi

733 pour manger ! Bien évidemment qu'il y a des alternatives ! Bien évidemment ! Et c'est pas la
734 privation, forcément, de liberté ! vous savez... C'est toujours pareil ! plus on va contraindre... !
735 j'suis pas sûre que ce soit ça qui marche ! Parce qu'une fois qu'on va ouvrir ! le patient... il est
736 libre ! Il va pas rester éternellement enfermé ! Donc, bien évidemment... plus on va ouvrir... !
737 plus on va le confronter à la réalité... ! et c'est évidemment cette alliance de confiance qui fait
738 que... après ! quand il sera sorti, il ira sur le CMP... !

739 **Moi** : Mais c'est ça ! Il va se prendre en charge ! on va dire... automatiquement ! Ce sera ouvert,
740 mais... on va lui apprendre à gérer sa maladie... avec les portes ouvertes ! Donc du coup, quand
741 il sera à l'extérieur, il saura la gérer !

742 **Célia** : Bien sûr ! Bien sûr ! Mais ce côté sécuritaire, et d'enfermement... ! c'est plus facile
743 d'enfermer... ! et d'être sûr que personne ne va fuguer... ! que d'avoir un infirmier, peut-être,
744 derrière un patient... ! en disant : « attention ! il faut un peu plus le surveiller ! parce qu'il risque
745 de fuguer ! »

746 **Moi** : L'institution veut... le risque zéro !

747 **Célia** : c'est ça ! Vous avez bien vu la période Covid... Dont les EHPAD, mais pas que... ! Ça
748 a été quelque chose de très fermé, tout ce qui se passait à l'intérieur ! Moi, j'étais encore sur le
749 terrain, pendant le Covid... parce que je suis arrivée à l'ifsi après, en 2021 ! Mais j'ai vu des
750 pratiques incroyables ! On était en CMP, On nous interdisait de recevoir les patients ! Mais de
751 quel droit ? Voilà. Ça, je sais pas si vous comprenez... Mais... on a été hors-la-loi ! C'est-à-
752 dire que... oui ! j'ai ouvert aux patients ! On me l'a interdit, institutionnellement ! "Vous ne
753 faites rentrer aucun patient !" Mais... je faisais quoi ! je les ai laissés dans le couloir ! « Non !
754 vous rentrez pas ! » Ils étaient à la porte du CMP !

755 **Moi** : (Soupir) Ils étaient en détresse ! ils avaient besoin... !

756 **Célia** : Bien sûr ! Ce type de patient qui vivent à l'extérieur ! en plus... seuls ! Ils venaient...
757 Et là, non ! Parce qu'ils risquaient de nous contaminer, ou nous de les contaminer ! Mais... on
758 a été hors-la-loi ! On a ouvert les portes ! Il n'y avait pas de masques, je vous rappelle, au
759 début... Il y avait... (sourit) Il fallait des masques, mais on n'en avait pas !

760 **Moi** : Et on n'en met plus aujourd'hui ! On en met quand on est malade... !

761 **Célia** : Il en fallait, mais on n'en avait pas ! Voilà ! Et comme on a fait rentrer les patients... et
762 c'était non ! Et après, c'est quand même resté... sur l'hôpital ! C'est-à-dire qu'il y avait... des

763 heures de visite ! Jamais on n'avait vu ça ! Où on décidait des heures de visite auprès des
764 patients ! enfin, ça rentrait, ça sortait, avant ! Il y avait encore cette liberté ! Et après... c'est
765 resté, bien un an après ! Ben ça rassurait d'avoir des heures de visite !

766 **Moi** : Oui... ça permet de s'organiser avec les familles, et puis après on est tranquille...

767 **Célia** : Mais il y a eu des aberrations dans les Ehpad ! Il y a eu des choses qui se sont faites,
768 aut centrées ! qui ont été gravissimes ! Donc voilà... il faut faire très attention à ces privations
769 de liberté ! Je vous le rappelle... je me réfère au Covid ! parce que ça a été quand même une
770 des causes qui nous ont... quand même ! bien privées de liberté.. ! Et malheureusement... !
771 certaines choses qui ont été mises en place à ce moment-là... ! sont restées ! Donc, sous couvert,
772 je vous dis ! de risques toujours... des choses perverses ! « Il y a le risque de passage à l'acte !
773 Il y a le risque de ça... ! Il y avait l'aspect sécuritaire ! » Et là hop ! on referme ! Et on referme !
774 Et on referme... Et là, pour moi, c'est complètement pervers ! Il y a des choses... des heures
775 de visite... ! J'suis désolée, mais on ne les avait pas avant ! C'est pas pour autant qu'il y avait
776 plus d'agressions, avant !

777 **Moi** : Ouais ! des risques, y'en a partout, si on regarde ! On sort, on peut s'louper une marche
778 ! y'a des risques partout ! mais faut vivre avec !

779 **Célia** : Il fallait... des heures de visite ! Quand on parlait de privation de liberté, c'est ça qui
780 me venait tout de suite ! J'ai fait pendant un an... On a continué à dire : « Mais non ! vous
781 pouvez pas venir voir vos patients hospitalisés... de telle heure à telle heure ! »

782 **Moi** : Et ceux qui mourraient tout seuls... ! Les familles ne pouvaient pas venir ! Ils n'avaient
783 pas le droit d'accès ! De voir une dernière fois leur proche !

784 **Célia** : C'est ça ! vous vous rendez compte jusqu'où on est allés... là ! On doit faire très
785 attention à la privation de liberté... parce qu'on va toujours trouver une excuse ! Et... toujours
786 des bonnes ! bonnes raisons ! pas une excuse ! une raison ! On va toujours trouver à justifier... !
787 Mais... voilà ! Après, à voir comment... voilà ! effectivement ! Moi, je fais très attention à ça !
788 Parce que... même certains soignants, après, une fois qu'on est dedans... on dit : « Oui mais...
789 c'est normal, hein ! » Parce que... attention ! Moi je sais que... on a toujours fait pour ça ! on
790 avait de la chance ! je sais pas si c'est toujours en place ! mais on faisait des réunions cliniques !
791 Avec les médecins, avec les psychologues ! Ils disaient : « Ok, mais pourquoi tu as fait ça
792 comme ça ? » Ça permet... ce qu'on appelle voilà ! des supervisions... ! « Là, j'ai été peut-être
793 un peu trop... Effectivement, j'aurais pas dû... voilà ! » Parce que ça permet de se remettre en

794 question ! De se dire : « Ok ! je reste un être humain... ! mais aussi en tant que soignant... peut-
795 être que j'aurais pas dû réagir voilà ! de cette manière ! »

796 **Moi** : Ça permet de nous améliorer aussi ! La remise en question ! c'est nécessaire !

797 **Célia** : C'est une analyse de pratique ! « Pourquoi, à cet instant-là, j'ai réagi comme ça ? Le
798 patient, peut-être... effectivement ! j'ai évalué qu'il avait un geste hétéro-agressif ! Mais... est-
799 ce qu'il y avait pas d'autres moyens ? » etc. ! etc. ! Et ça, c'est fondamental ! Parce que sinon,
800 on va dans l'abus de tout ! Si on se remet pas en question... et dans des unités comme ça, ou
801 ailleurs, fermées... ! c'est là où généralement... Je vous l'ai dit ! j'ai fait, tout de suite, le lien
802 avec le Covid ! Parce qu'on a été privés de liberté ! et les abus, à travers ça, pour justifier... !
803 Il y a des choses qui ont été faites... ! qui n'auraient jamais dû... être faites ! Il faut faire très
804 attention ! Très attention parce qu'on est maître de ça, quoi ! C'est-à-dire que... c'est vous qui
805 avez la clé ! Il faut faire attention !

806 **Moi** : Est-ce que vous avez des éléments à ajouter... qu'on aurait pas mentionnés ?

807 **Célia** : Non, non, non... C'est assez complet !

808 **Moi** : Merci beaucoup !

809 **Célia** : Je suis sûre que j'ai pas été trop longue ! (rire léger)

Annexe V : Grille d'analyse des entretiens

	Pourriez-vous vous présenter et expliquer votre parcours professionnel ?
Entretien n°1 UMD : Ben	Je suis diplômé de 2017 2017 à 2021, j'ai travaillé dans une structure en intra hospitalier qui accueillait des patients autistes déficitaires avec des gros troubles du comportement ! De 2021 à aujourd'hui, unité pour malades difficiles ! (1. 3-7)
Entretien n°2 Accueil crise fermée : Léa	Infirmière en psychiatrie depuis bientôt sept ans ! J'ai fait quatre ans de milieu carcéral, donc de la psychiatrie carcérale ! J'ai fait ensuite un an de... donc le carcéral, c'était à Rennes ! Après ! je suis allée à Orléans faire de la crise fermée adulte ! Et là ! je suis en crise fermée (1. 5-8)
Entretien n°3 Accueil crise fermée : Greg	Je suis diplômé de l'IFSI de Berck-sur-Mer, dans le Pas-de-Calais, depuis 2014 ! je travaille dans les services de psychiatrie ! Euh... j'ai toujours fait que ça ! J'ai fait euh... de l'accueil crise fermée ! de l'UMD ! du soin intensif psychiatrique et de l'addicto ! Euh... par avant, je travaillais comme... j'ai commencé en 2007 en psychiatrie. J'ai fait un ASH, faisant fonction aide-soignant, en pavillon de réinsertion, euh... patient chronique psychotique ! et à l'UMD à Poulard la Garlière ! (1.2-8)
Entretien n°4 Formatrice IFSI : Célia	Je suis actuellement cadre, donc, heu... formatrice dans un IFSI ! Mais avant, donc, heu... j'étais infirmière pendant pas mal d'années... environ douze ans, hein, au centre hospitalier de, en psychiatrie ! J'ai exercé dans différents services mais... heu... un peu plus en accueil crise fermée ! Et puis après, donc... heu... j'ai été cadre de santé sur le terrain, toujours pareil, hein, au centre hospitalier, où j'étais donc cadre en... accueil crise fermée ! Ensuite en CMP... et puis... et puis après, j'ai intégré l'IFSI en 2021 ! (1. 3-8)
Cadre de référence	La formation des professionnelles est un élément clé afin de désamorcer des situations de crise ou difficile

	<p>Quelles ont été les raisons qui vous ont motivée à travailler au sein de cette unité ?</p>
<p>Entretien n°1 UMD : Ben</p>	<p>On avait eu une présentation à l'IFSI d'infirmiers ! euh... en UMD ! Et moi ! j'avais dit ! ça, ça m'intéresse ! parce que c'était un peu l'aventure ! après, à la base, je voulais pas du tout travailler en psychiatrie ! J'ai postulé à parce que euh... je savais qu'ils embauchaient ! (l. 10-14)</p> <p>La curiosité euh... moi le côté malades difficiles me meuh..., me titillait ma curiosité ! Un peu l'hora, tu sais l'hora du truc ! je savais que c'était quand même très cadré ! très cadrant ! même dans les prises en charge ! si tu veux ! y'a un cadre ! tu as quand même une latitude qui fait que la prise en charge est quand même personnalisée ! (l. 54-69)</p> <p>quand je disais au tout début là... quand ils ont fait la présentation des UMD ! moi j'ai... ah ouais... ça me plaît ! Genre le mec racontait qu'il s'était... battu avec un patient dans l'ambulance sur l'autoroute ! Moi j'étais en mode... où loulou ! ça me plaît ça ! (rigole) Tu sais... tu vois c'est... c'est tout... (l. 877-880)</p>
<p>Entretien n°2 Accueil crise fermée : Léa</p>	<p>Quand je suis sortie du diplôme, je voulais faire de la psychiatrie ! Je voulais faire de la psychiatrie carcérale ! Donc, je suis allée du coup dans un UHSA... Et ensuite ! quand j'ai voulu revoir mon projet professionnel ! Euh... je voulais quand même continuer de faire ce que je faisais ! juste pas avec des patients détenus ! Et du coup, ce qui s'en rapprochait le plus, c'était la crise fermée ! (l. 20-24)</p> <p>Moi : Parce qu'au niveau des pathologies ! que ce soit euh... l'univers carcéral, en milieu carcéral, pardon, ou milieu unité crise fermée, on retrouve un peu... (l. 26-27)</p> <p>Léa : C'est tout pareil ! c'est juste que dans le milieu carcéral, les patients, ils sont détenus ! Et en crise fermée, c'est pareil ! Les pathologies de psychiatrie ! de crise ! que ce soit ouvert ou fermé ! c'est les mêmes pathologies qu'on retrouve ! (l. 28-32)</p>
	<p>Moi j'ai plutôt une appétence par rapport aux formations que j'ai faites ! pour le... pour cette population ! Voilà ! prendre le temps de pouvoir expliquer les pathologies ! voire l'évolution du patient sur les prises en charge qu'on peut</p>

<p style="text-align: center;">Entretien n°3 Accueil crise fermée : Greg</p>	<p>avoir avec les différents intervenants ! Après j'ai toujou travaillé en accueil crise ! parce que... c'est peut-être un peu... logique ! mais étant donné... que je suis un homme ! Euh... j'ai toujours été orienté vers ces services-là ! On m'a jamais proposé d'accueil crise ouverte... ! enfin de pavillon libre ! J'ai toujours été un peu cantonné à ces secteurs fermés ! (1.27-33)</p> <p>C'est la population qui m'intéresse ! (1.39)</p> <p>j'aime voir l'évolution des... des patients ! Le... le... tout c'est phase diagnostic ! prendre le temps de faire une analyse clinique du patient ! de trouver le bon traitement ! de voir l'évolution ! et de mettre en place après le suivi extra-hospitalier ! J'trouve que c'est très valorisant comme travail ! Le patient ! il arrive délirant ! qu'il ressort ! et qui nous remercie ! « Ah... ! j'me sens mieux », euh... « c'était nécessaire ! vous m'avez enfermé ! » donc y'a toujours le champ lexical de la... la prison ! « J'étais en cellule dans la prison... ! mais ça m'a fait du bien ! et j'me sens bien ! et je comprends maintenant pourquoi ! » Et je trouve que c'est extrêmement important de... voilà ! de... prendre le temps et traiter les maux par des mots ! (1.78-89)</p>
<p style="text-align: center;">Entretien n°4 Formatrice IFSI : Célia</p>	<p>Au départ, j'avais pas le choix ! comme tout cadre qui revient d'IFCS, y'avait des postes, en fait ! de faisant fonction avant de partir à l'école de cadre ! Donc ! y'avait trois postes vacants, on avait des priorités, donc... ça a été un de mes postes euh... prioritaires ! Pourquoi ? parce que... j'avais déjà travaillé en tant qu'infirmière, et j'aimais beaucoup... cette euh... prise en soins ! et surtout cet aspect clinique ! hein, des prises en soins des patients en crise aiguë ! Et... et tout le côté, effectivement, médico-légal, qui revenait du coup pour la fonction de cadre ! dans tout l'accompagnement... ! que ce soit auprès des familles ! mais même auprès des patients quand il fallait annoncer souvent le diagnostic ! Vous savez, comme c'est un accueil crise, c'est là généralement... qu'il y a quand même l'annonce des diagnostics, que ce soit des... des troubles schizophréniques ou autres pathologies ! Et tout ce côté, effectivement, clinique ! C'était vraiment dans l'accompagnement... au diagnostic, avec le duo... on travaillait beaucoup en duo, médecin-cadre, auprès des familles ! auprès des patients... ! et puis auprès des équipes ! pour les aider justement à prendre en soins euh...cette population quand même assez difficile ! Des patients en crise, euh... avec... avec pas mal de violences ! euh...Et comment aider les équipes à travailler au mieux auprès de ce type de patient ! où... où il fallait, quand même ! prendre en charge de manière... pérenne et sécuritaire !</p>

	<p>Parce que, c'est ça cadre ! c'est être garante de l'organisation des soins ! Et quand on dit « organisation des soins », c'est l'organisation des axes ! et l'organisation autour d'une équipe pour mettre en sécurité ! pour qu'ils puissent effectivement... prendre soin de la meilleure façon possible, des patients ! Donc, ça va de la chambre d'isolement... voir si elle est bien équipée ! savoir si dans leurs amplitudes horaires ils n'ont pas de difficultés ! qu'on peut organiser les soins autrement ! (1.13-40)</p>
<p>Cadre de référence</p>	<p><i>« En institution, c'est porter un regard particulier sur le sujet qui le contienne et le rassure ».</i> <i>« En d'autres termes, l'enfermement est une mesure de protection qui vise à assurer la sécurité et le bien-être de la personne en situation de crise psychiatrique, en lui permettant de bénéficier de soins adaptés et d'une surveillance constante, dans un environnement sécurisé et contrôlé ».</i></p>

Pourriez-vous me présenter votre service, l'organisation, le règlement concernant la vie communautaire ainsi que me décrire les locaux ?

Entretien n°1

UMD :

Ben

On a un portail où il faut badger pour passer. Ensuite, tu arrives dans le sas d'entrée ! Là, c'est double porte ! donc ! une porte ne peut pas être ouverte si la deuxième porte est déjà ouverte ! On ouvre une porte ! on rentre ! on ouvre la deuxième ! on sort ! Euh... toutes les portes sont fermées à clé ! Nous, on a des trousseaux de clé qui sont numérotés ! (213-217)

Le mobilier est scellé ! euh... les chambres, c'est pareil ! lits scellés, tables et chaises scellées ! euh... prises sécurisées ! la salle de vie ! les tables et les chaises sont mobiles ! Tout ce qui est... les télé... les télé sont dans des armoires avec du plexiglas pour que la télé n'ait pas d'accès ! Et après... y'a des choses qui ne peuvent pas rentrer ! déjà ! Tout ce qui est parfum ! euh... déodorant en verre ! c'est nous qui les stockons. On les compte avant de les donner ! on les compte en les récupérant ! ça rentre jamais en chambre ! Euh... pas de rasoir ! c'est tondeuse électrique ! Euh... pareil, on les donne ! on les récupère ! Euh... à table, quand on prend son poste ! celui qui s'occupe des repas ! il faut compter euh... tous les couverts ! Fourchettes ! couteaux ! cuillères ! petites cuillères... 15 de chaque ! et il faut émarger ! Et les patients peuvent pas se lever tant qu'on n'est pas sûr d'avoir les 15 couverts ! de chaque ! quand ils mangent en chambre, pas de fourchette, pas de couteau, c'est des cuillères... Chaque porte est fermée ! Nous, on fait les allers-retours dans la cuisine ! Et une fois que tout est fermé avant de manger, une fois qu'on sait que le repas est terminé ! que nous on a ce qu'il faut de couvert ! Euh... on ouvre ! Y'a pas de fenêtre ! C'est des fenestrons que nous ! on ouvre ! On a une poignée qui s'enlève ! Il y a les murs et les sauts de boue de l'autre côté ! Ça fait comme des douves ! et après y'a les murs ! y'a les murs d'enceinte ! (229-253)

On a des murs de 4 mètres autour ! y'a rien qui rentre ! tout est fouillé ! (390-391)

la facilité qu'on en plus par rapport à un accueil crise fermée, par exemple ! c'est qu'on a des murs de 4 mètres autour ! et qu'il n'y a rien qui rentre... y'a rien qui rentre ! tout est fouillé ! (389-391)

Armoires fermées à clés ! Quand ils sont en chambre... ils ont pas le droit d'avoir euh... tout ce qui est chaussures à lacets... jogging avec des cordons... suite avec des cordons... Pour

éviter... euh... les... les passages à l'acte auto agressifs ! (1.280-284)

Les denrées alimentaires ? si on leur apporte... pas de produits frais ! pas de produits cuisinés ! que des produits euh... emballés ! voilà ! et ils peuvent manger tant qu'ils veulent pendant la visite ! Et après ! La règle chez nous ! C'est... c'qui reste ! part pour le groupe ! et le mercredi et le dimanche ! c'est goûter amélioré... une visite entre 1h et 2h ! ça dépend d'où ils viennent, tous les 15 jours ! (1.289-297)

L'ergothérapie ! donc ça ! c'est sur décisions médicales ! C'est... chaque semaine, on a un planning avec euh... des activités des patients ! ! y'a un temps d'ergothérapie ! on va dire de 9 à 11 le matin ! de... 14 à 16 l'après-midi ! Et ça se passe donc ! à l'extérieur de l'unité ! y'a accès à la piscine... y'a un gymnase ! donc c'est badminton... foot... basket... y'a une salle de sport ! Et Après... y'a vraiment tout ce qui est art créatif ! sculpture ! poterie ! vannerie... Euh ... Ils créent des meubles en bois ! en... cartons ! Euh... peinture ! dessin... petite remise à niveau scolaire ! Ludothèque ! (314-319)

On a le temps ! c'est plus souvent le week-end ! beaucoup de jeux de cartes ! on a une table de ping-pong... on est en train de mettre en place un jardin thérapeutique ! (327-330)

Moi : Vous avez des chambres d'isolement ?

Ben : Une ici, deux à l'....., deux au ! (1. 498-499)

Parce que déjà si tu veux entre une chambre d'isolement et une chambre classique en UMD y'a très peu de différence ! Euh... à part le fait que l'on ait un double accès ! euh... C'est deux portes comme ça ! Y'a structurellement ! Euh... architecturalement parlant ! y'a très peu de différence ! Lavabo, toilette et lit ! c'est tout ! euh... y'a une pièce lavabo ! une pièce d'eau quoi ! et une pièce de chambre ! voilà ! Et on a aussi une cours d'iso qui est euh... uniquement pour l'iso ! voilà ! (1. 504-517)

On est dans une unité qui peut accueillir théoriquement 15 patients ! Euh... on peut monter jusqu'à 18 en sur-effectif ! Des patients, du coup ! en hospitalisation sous contrainte. ! Euh... les locaux sont insalubres ! vraiment dans un état assez catastrophique ! Trois toilettes fonctionnelles pour l'ensemble des patients et quatre douches fonctionnelles pour l'ensemble des patients ! Euh... les locaux sont, au niveau sécuritaire, pas adaptés ! Euh... au niveau du bruit, pas adaptés ! c'est très bruyant ! On a souvent des choses qui ne fonctionnent pas ! Euh... et ensuite ! pour ce qui concerne

Entretien n°2
Accueil crise fermée :
Léa

l'organisation du travail ! donc il y a des équipes de jour, des équipes de nuit ! Euh... moi, je travaille deux jours ! matin ou après-midi, en huit heures ! le matin, il y a des tâches fixes en fait ! Il y a les traitements le matin ! le midi ! au goûter ! le soir et la nuit ! il y a les repas qui rythment aussi les journées ! Pareil ! matin, midi, collation, soir ! voilà ! Et l'équipe de nuit fait une collation, aussi une tisane le soir, la nuit ! temps institutionnels qui sont toujours les mêmes ! euh... et que les patients doivent respecter ! (l.35-53)

On a plusieurs chambres simples, plusieurs chambres doubles. Et les patients ne peuvent pas fermer leurs chambres. Donc, on a régulièrement des vols puisque les patients ! ils s'introduisent dans les chambres les uns des autres ! Ils ne peuvent pas s'enfermer. Donc la nuit, n'importe qui peut rentrer dans leur chambre ! y'a les vols, c'est ce que je disais un peu plus avant parce que sur les placards, il n'y a pas tous les placards qui peuvent avoir un cadenas.

Des chambres d'isolement, par exemple, elles ne sont pas adaptées. Elles sont trop petites. Il y a du matériel inadapté. Euh... Ça veut dire que quand il peut y avoir des altercations, des difficultés, on se retrouve dans une pièce très exiguë à devoir potentiellement intercepter un patient ou le contenir. Et en fait, il y a un risque de chute pendant ces temps-là. Si on est amené à un patient au sol, l'espace est petit. Ça peut être rapide que le patient, il se cogne la tête sur le lit, ou un soignant ! (l.57-75)

On est moins présents pour eux parce qu'on est vite submergé ! (l.115)

Les portes d'entrée, elles sont à clé soignante ! en fait ! Sinon, dans l'unité, tout est ouvert ! Les patients, ils ont une cour ! Ils ont accès à une cour etc... extérieure pour aller fumer ! Ils ont accès à leur chambre quand ils veulent ! Ils ont accès à tout l'espace commun euh... en libre-service ! on peut dire ça comme ça ! Mais par contre ! ils ne peuvent pas sortir du bâtiment ! Il y a deux portes pour entrer dans le bâtiment euh... parce que c'est comme ça qu'est la configuration ! Mais sinon ! à l'autre bout du couloir ! c'est une simple porte ! Et c'est juste que c'est fermé à clé ! (l.130-136)

la cour, on la ferme le soir pendant euh... la relève parce qu'il fait nuit ! et qu'il faut quand même qu'on s'assure ! Pendant qu'on fait une relève des transmissions, on n'est pas dans le service à proprement parler ! à surveiller les patients ! Donc s'il y a une fugue, on ne va pas la voir ! c'est les équipes de nuit qui ! au moment de faire fumer ! ouvrent la grille et sortent avec les patients pendant la nuit dans la cour ! (l.141-147)

Alors ! les activités thérapeutiques chez nous ont été mises en place assez récemment ! le week-end ! Donc tous les samedis

	<p>et dimanches, on essaie de proposer une activité aux patients ! peu importe ! jeu de société euh... pétanque... Ça peut être aussi les sorties dans le parc où on sort un peu tout le monde ! Ils ont aussi accès au TIPP ! donc c'est un atelier de psychoéducation toutes les deux semaines ! c'est pour les patients souffrant de psychose uniquement ! c'est axé sur ça ! mais c'est la majorité de nos patients, quand même ! c'est toutes les deux semaines !</p> <p>Et après ! Si euh... il peut y avoir des indications d'activités autres. Euh... c'est-à-dire qu'on a les ateliers Marie-Laurent Saint sur l'hôpital ! des ateliers de médiation... avec la poterie ! la peinture ! l'écriture ! Et il y a aussi la fédération sportive, c'est-à-dire que certains de nos patients qui en ont besoin peuvent avoir accès à la fédération sportive ! C'est euh... une unité d'hospitalisation de jour qui ne fait que des sports avec les patients ! Donc il y a plein de sports différents ! randonnée... ping-pong... tennis euh... marche, etc. ! Et du coup ! ils peuvent y avoir accès ! c'est sur indications médicales ! Mais au sein de l'unité, les activités ! c'est le week-end ! (160-177)</p>
<p>Entretien n°3 Accueil crise fermée : Greg</p>	<p>Donc un... centre d'accueil crise fermé! Euh... C'est un... pavillon de... quinze ! en théorie quinze patients ! on tourne régulièrement à dix-huit ! On a trois lits souples qui sont toujours pris ! L'unité elle est composée ! de deux chambres d'isolement ! En intervenants ! on a trois psychiatres ! une psychologue ! une assistante sociale ! Après on a une équipe soignante ! c'est... infirmiers ! aide-soignant ! euh... y'a des ASH aussi ! un... médecin généraliste ! c'est des locaux assez vétustes ! c'est très vieillot ! C'est vrai que la configuration des locaux... moi ! m'pose un peu problème ! on a des chambres qui n'sont pas individuelles ! On a plusieurs chambres doubles, on va en avoir cinq... ! Les douches ! elles sont communes et les toilettes sont communes ! Donc ! déjà ! ça ! ça met un frein j'trouve dans les prises en charge ! Euh... prises en soins ! J'trouve que le... c'est pas une bonne façon d'accueillir ! c'est pas... c'qu'il y a de plus... adapté ! (1.162-176)</p> <p>Le respect des temps institutionnels ! Donc... le lever vers sept heures ! euh... avec les douches ! Euh... les douches sont ouvertes jusqu'à 9h30 ! Sept heures, on ouvre ! ils peuvent venir prendre leur traitement et prendre leur douche ! 8h... le petit-déjeuner ! Après... ! c'est les temps libre... limité ! Donc généralement les visites du psychiatre ou du médecin généraliste ! Nous, on fait des activités pendant c'temps-là ! On peut faire des accompagnements sur... l'extérieur ! s'il y a des radios ! euh... des consultations spécialistes ! On fait les</p>

accompagnements à la cafétéria ! aussi... Onze heures... ! prise des traitements ! Midi, repas ! Donc nous ! on commence à six heures ! (179-187)

On a la porte d'entrée qui est verrouillée par badge... ! et au plus loin une autre porte... verrouillée par badge ! Euh... donc c'est une unité fermée ! Il faut soit une autorisation du médecin pour sortir de l'unité ! Donc... ! ils peuvent avoir des sorties seules ! en fonction de l'état clinique ! euh... du comportement dans l'unité ! Donc, Ils peuvent bénéficier de temps de sortie de... une heure le matin ! une heure l'après-midi ! Pendant c'temps-là ! ils doivent rester dans le... l'enceinte de l'établissement ! s'il y a des accompagnements ! ils peuvent avoir des autorisations de sortie accompagnée ! donc ces cas-là ! on les prend un par un ! si c'est des patients... SDRE ! (1.197-207)

Les permissions peuvent être accordées le week-end aussi pour les patients ! (1.218)

La cour est fermée... aussi ! par un grand grillage ! (1.222)

Moi : j'vois des barreaux aux fenêtres aussi !

Oui... ! oui ! Ça évite les fugues et les défenestrations ! parce qu'on est un service à étage euh... au niveau des chambres !

Moi : Ça évite tout ce qui est... suicide ! par exemple ?

suicide ! fugue ! ou de faire entrer des choses qui ne devraient pas entrer dans l'enceinte de l'hôpital ! C'est euh... un but surtout sécuritaire ! (1.223-228)

c'qu'on fait beaucoup ! c'est de l'accompagnement sportif ! On a... la Fée des Sports où on peut inscrire les patients ! Ça va être... une matinée ! euh... je crois lundi, où ils vont faire du ping-pong ! plusieurs activités sportives ! Le jeudi, ils prennent un groupe de patients ! ils vont faire une session d'escalade de 10h à 15h !

Y'a généralement... une chambre sécurisée, voire deux ! et après des chambres d'isolement ! Où là ! effectivement ! y'a des protocoles très spécifiques, pour l'entrée, pour la sortie, pour la surveillance ! (1.72-74)

Tout était fermé à clé ! Tout le monde a des trousseaux de clé ! Qui dit accueil crise fermée dit effectivement : on rentre, il faut ouvrir ! on passe une porte, on ferme !

Effectivement, tous les soignants avaient donc ces clés... ! avec cette exigence systématique, dès qu'on passe une porte, il faut l'ouvrir ! il faut la fermer ! Voilà ! Alors, ça fait un peu, effectivement... j'allais dire euh... sécuritaire ! voire même une ambiance un peu de prison ! (1.77-81)

<p style="text-align: center;">Entretien n°4 Formatrice IFSI : Célia</p>	<p>Effectivement, c'est dans des locaux bien évidemment fermés... ! et... ils peuvent pas sortir comme ils veulent ! (1.96-97)</p> <p>Alors, ça n'enlève pas la liberté de circulation des patients ! parce qu'ils ont accès à la cour ! ni à leur chambre ! tout ce qui est... par contre ! bah voilà ! euh... pharmacie, salle de réunion, bureau médical... bien évidemment ! tout est fermé ! Et puis la porte d'entrée-sortie, puisque euh... qui dit accueil crise fermée ! il faut que les patients qui sont admis sont hospitalisés sous contrainte ! On n'en a pas parlé, mais c'est fondamental ! liberté d'aller et venir ! surtout d'entrer et de sortir ! Pas... pas la liberté d'aller et venir mais la liberté d'entrée et sortir ! il faut une hospitalisation sous contrainte, sinon on est... on est hors la loi ! (1.83-89)</p> <p>Oui, même en accueil crise fermée, il y a des activités ! Pourquoi? Parce qu'une fois que la crise est passée ! (1.136)</p> <p>Au détour de ces activités, c'que moi j'appelle, heu... aujourd'hui faut plus dire « activités occupationnelles ! » euh... sous couvert des activités ! ping-pong, jeu de boules, peu importe ! le jeu de cartes... ! on... va regarder ! comment se comporte le patient avec les autres ! y'a de la thérapeutique derrière on va évaluer l'état clinique du patient au regard, bah... des signes qu'il a présentés à l'entrée ! Souvent c'est ce qu'on reproche en accueil crise fermée : « vous n'avez pas à faire des activités ! » Bah... si ! parce que... c'est pas occupationnel ! (1.144-167)</p>
<p style="text-align: center;">Cadre de référence</p>	<p><i>L'aménagement physique est seulement un des éléments qui influence l'atmosphère et la sécurité de l'unité de soins, ainsi que le temps de présence du personnel auprès des patients. D'autres éléments, comme l'organisation du travail, le protocole de soins, les pratiques cliniques, etc. jouent aussi des rôles très importants sur l'atmosphère et la sécurité des unités de soins psychiatriques » Ionela L. et Gheorghiu, M. Sc.</i></p> <p><i>« Une porte fermée à clé crée une atmosphère semblable à celle d'une prison et peut augmenter le sentiment de stigmatisation des patients. Le contrôle et la surveillance des patients par le personnel révèle une inégalité entre ces deux groupes : les premiers se sentent observés, privés de liberté et insécures. La porte fermée à clé crée une « dépendance du personnel » pour ouvrir ou fermer la porte à clé, ce qui occasionne du travail supplémentaire pour les infirmières et les autres membres du personnel soignant. De</i></p>

plus, le personnel subit de la pression et une responsabilité morale en lien avec les autorisations de sortir de l'unité accordées aux patients ». Ionela L. et Gheorghiu, M. Sc. (2015)

Joy Sorman dévoile l'univers d'une unité crise fermée.
« Après avoir longé un imposant mur d'enceinte, sonné à nouveau, le pas à peine ralenti, j'étais donc à l'intérieur, toutes les portes s'étant automatiquement et bruyamment déverrouiller devant moi ». « Cube anonyme de béton blanc, percé de doubles fenêtres qui s'entrouvrent seulement, entouré d'un jardinet clôturé – on sonne à l'interphone, une lourde porte métallique s'ouvre alors sur un couloir d'hôpital »

« Des portes, des couloirs ; j'aurai bientôt la conviction de circuler dans un espace strictement délimité et organisé par ces deux éléments, qui signalent toujours l'institution, et activent une certaine anxiété. Pénétrer dans le pavillon 4B ranime confusément des images d'autres portes débouchant sur d'autres couloirs – prisons, internats, administrations en tous genres ». « A peine arrivée, la tendresse du printemps me quitte laissant place à un sentiment, encore vague à cet instant, de claustrophobie, de promiscuité ».

	Comment travaille-t-on avec un patient sous contrainte qui n'est pas demandeur de soins le plus souvent ?
<p>Entretien n°1 UMD : Ben</p>	<p>On crée de l'alliance.... C'est long et fastidieux par moments ! Beaucoup de nos patients ont connu le milieu carcéral ! donc faut bien faire la distinction entre matons et infirmiers ! le fait qu'il y ait la CSM qui prend la décision du maintien ou pas ! nous ! on est complètement extérieur à la durée de l'hospitalisation ! y'a tout ce travail là ! sur... essayer que l'hospit soit la moins euh... longue et pénible possible ! (1.345-353)</p> <p>C'est avant tout l'alliance thérapeutique, le lien euh... travailler la confiance... La plupart ils veulent retourner en prison ! parce que tu sais en prison... tu peux fumer du shit ! euh... tu peux regarder la télé et euh... manger ce que tu veux toute la journée ! ici euh... c'est pas possible ! Donc la plupart des patients qui ont... été extraits de détention pour venir ici ! euh... ils attendent qu'un seul truc ! c'est de retourner en prison ! (1.375-379)</p>
<p>Entretien n°2 Accueil crise fermée : Léa</p>	<p>Ça dépend du patient ! (rire) Dans le cas d'un patient qui est vraiment euh... en état de décompensation avec une anosognosie franche ! euh... qui pense vraiment ne pas être malade ! l'objectif pour nous ! ça va être de gérer l'état de décompensation ! Donc euh... ça passe par plusieurs choses ! les entretiens psychiatriques, infirmiers, et les thérapeutiques ! Euh... et après ! l'objectif pour nous ! c'est d'expliquer au patient que s'il y a un respect du cadre ! une prise de thérapeutique adaptée, et des entretiens euh... qui concordent ! euh... il aura une ouverture des consignes ! Parce qu'effectivement, quand ils arrivent au départ, les consignes sont assez fermées ! ils ne peuvent pas sortir dans le parc ! euh... les visites parfois ne sont pas autorisées... Par contre ! ils ont toujours accès à leur téléphone, ça c'est important ! Et du coup ! on essaye de travailler la confiance avec le patient ! c'est-à-dire... par la transparence ! je n'ai pas de honte ou de peur à dire au patient pourquoi il est là ! à euh... re-questionner avec lui le motif d'hospitalisation ! à re-questionner les précédentes hospitalisations s'il y a eu ! je dis au patient ce que je lui donne comme traitement, je ne mens jamais au patient ! on essaye d'être présent au maximum pour eux ! d'entendre aussi qu'ils peuvent être en colère... On a des patients aussi qui n'ont pas envie d'être là ! donc c'est OK de ne pas avoir envie d'être là ! Ils sont</p>

	<p>forcés et contraints ! Donc à nous aussi d'adapter notre discours... notre disponibilité à ça ! d'accueillir la colère ! euh... le sentiment d'injustice aussi ! (1.183-202)</p> <p>Alors quand c'est une contrainte qui vient du préfet ! à SDRE par exemple ! on parvient un peu plus, quand même ! à détacher du soin, même si c'est un psychiatre qui a quand même posé l'indication ! Euh... Et après ! quand c'est les tiers qui ont posé ! on essaye aussi de décharger un peu la famille, qui souvent est perçue comme persécutrice par le patient !</p> <p>Donc on essaye de ramener aussi le soin par là aussi ! pour essayer de décharger un peu les familles ! parce que c'est des ressources, les familles, finalement ! (1.205-213)</p> <p>Donc on essaye de mettre en place des sorties thérapeutiques... des accompagnements pour des achats... quand ils en ont besoin... de faire un plan social... On essaye toujours d'aller rechercher... Donc l'objectif aussi, ça peut être ça : de trouver de quoi a besoin le patient. Si c'est une demande sociale, ou autre ! un... de relation avec sa famille, etc. Et peut-être de se baser sur ce besoin-là, de le saisir et d'aider à résoudre ce besoin pour créer l'alliance un peu... thérapeutique. En tout cas, c'est l'objectif ! l'alliance ! (1.217-226)</p>
<p>Entretien n°3 Accueil crise fermée : Greg</p>	<p>C'est là où l'alliance thérapeutique est importante ! Faut qu'il ait confiance en nous ! S'il a confiance en nous ! on peut amener les idées qui font que... y'a toujours l'anosognosie ! le fait de... de pas être conscient de sa pathologie ! ça peut être très long, euh... surtout quand le délire est bien enkysté ! mais c'est très... c'est hyper intéressant de travailler là-dessus ! de... décortiquer ! de dire : « Bah non ! en fait ! tu n'es pas Dieu ! y'a pas de pouvoir ! ». L'effet thérapeutique couplé avec... ! l'effet déthérapeutique ! pardon ! couplé avec les différents entretiens qu'on peut faire, avec les intervenants... ! le psychologue qui intervient... ! le psychiatre, le médecin généraliste pour tout ce qui va être ! somatique... ! (1.95-104)</p> <p>Il faut... prendre le temps ! Euh... déjà dans un premier temps si c'est un patient extrêmement délirant ! euh... j'pense qu'il faut laisser agir le traitement ! Faut déjà que le patient soit en capacité d'écouter ! Si le patient est en isolement ! extrêmement délirant ! faut lui laisser 2-3 jours ! c'est pas qu'on discute pas avec lui ! mais... on va pas tout de suite aller sur la... pathologie... ! ça va être voilà le... traiter la crise ! là c'est vraiment l'immédiateté, traité la</p>

crise et mettre le bon traitement ! Sédaté... ! s'il faut sédaté ! et là après ! il sera en capacité d'écouter ! (1.441-448)

Faire baisser la crise ! et après, travailler à dire... déjà comprendre ! aussi c'qui s'est passé : est-ce que... c'est une prime hospite ? un jeune ? Est-ce que c'est une bouffée délirante ? Est-ce que voilà ! la pathologie est déjà bien installée ? Est-ce qu'il a déjà été hospitalisé ? Pour pouvoir travailler et dire : "attention, qu'est-ce qui s'est passé ? Est-ce que vous avez pris des toxiques ? C'est... est-ce que vous avez une bonne observance du traitement ?" Pour repartir sur... un petit peu... le déclencheur euh... de cette crise ! c'est vraiment repartir de... de l'épisode de la crise ! Donc dire : "Vous voyez, il s'est passé ça ! Avec le recul, qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce qu'avec le recul, la prise des traitements... que vous avez actuellement ! vous permet de vous sentir mieux ?" Moi, je fonctionne beaucoup comme ça ! Moi je fais travailler l'insight... ! l'acceptation de la maladie... ! comme ça ! de dire : « Regardez ! vous avez un traitement ! il vous fait du bien ! » (1.453-467)

la famille est extrêmement importante ! Expliquer, dans tous les cas ! que la famille n'est pas responsable de l'hospitalisation ! Parce que souvent, le discours du patient ! c'est... : « Ouais ! mais mon père m'a hospitalisé ! » C'est de dire... : « Non ! le médecin t'a hospitalisé suite à la... demande de ton père ! J'trouve que c'est extrêmement important de pouvoir décharger aussi les familles ! (1.473-478)

Qui dit authenticité, dit effectivement alliance ! Pourquoi ? Parce que... quand on fait des activités thérapeutiques, en tant qu'infirmier... on y est aussi dedans ! Je veux dire, on peut pas demander aux patients de se livrer si nous-mêmes on se livre pas un peu ! Donc bien évidemment ! euh... nous aussi on dit : « Ben écoutez ! moi aussi, quand je perds ! je suis mauvais joueur ! » Par exemple ! voilà ! Montrer au patient, effectivement, que... Oui ! Nous aussi, on est des êtres humains ! Que même si... sous notre couvert d'infirmier, effectivement ! bah là, on a une posture ! voilà, professionnelle... y'a pas de souci ! on a pas à se poser la question là-dessus ! Mais par contre, cette alliance thérapeutique, elle se fait ! où ce lien de confiance... il se fait ! c'est pas anodin ! Voilà ! Après, les petites activités... les entretiens informels... ! voilà ! ben... là ! je vous fais un peu plus confiance, etc. ! etc. ! Bien sûr c'est un lien... et c'est fondamental ! (1.188-198)

C'était souvent ce qu'on appelle, vous savez... les entretiens informels. (1.164)

<p>Entretien n°4 Formatrice IFSI : Célia</p>	<p>Alors, c'est... c'est le propre de l'unité d'accueil crise fermée ! le patient sous contrainte ! Je peux vous assurer que 90 % des patients qui rentrent en hospitalisation sous contrainte n'adhèrent pas aux soins ! Bah...c'est la vocation de sous contrainte ! Comme je vous le disais au départ ! s'il y a une hospitalisation sous contrainte, c'est pas parce que... le patient euh... c'est une pathologie grave où... ! Non c'est parce que le patient n'adhère pas aux soins, et qu'au regard des signes cliniques ! qui sont aigus, et qu'il y a un risque pour lui ou pour les autres... ! qu'on a mis une contrainte ! Forcément, y'a pas une adhésion aux soins ! (1.298-204)</p> <p>une fois que la crise est passée ! parce qu'on peut pas... ! voilà y'a la confrontation ! une fois que la crise est passée ! bah c'est tout le travail des entretiens infirmiers... informels ! formels, au détour de certaines activités ! Certains, ça peut aller très vite, hein, parce que c'est des réhospitalisations ! Et d'autres... voilà ! ça va être un plus compliqué ! L'aide de la famille... effectivement, faut pas s'isoler ! Parce que la famille peut être un soutien euh...dans cette prise en soin ! d'expliquer euh... « bah pourquoi vous êtes là ? Qu'est-ce qui vous est arrivé ? À quoi sert ce traitement ? Comment vous vous sentez ? » Et qui va faire toute cette alliance thérapeutique au bout d'un moment ! (1.309-318)</p>
<p>Cadre de référence</p>	<p>Pour le pédiatre et psychanalyste britannique D. Winnicott, « <i>le soin</i> » se rapproche des besoins primaires du nouveau-né. Un lien naturel où le prendre soin est instinctif et primordial pour la survie de l'espèce. Il met en avant deux concepts autour <i>du soin</i>, « <i>le holding et le handling</i> » qui sont intimement liés et qui ne peuvent évoluer favorablement sans un environnement propice.</p> <p>« <i>Dans holding, il y a surtout le fait qu'on tienne physiquement l'enfant</i> ». Ainsi le psychanalyste nous fait comprendre que si une mère ne tient pas correctement son enfant dans ses bras, celui-ci ressent angoisse et insécurité. D. Winnicott définit le handling comme une continuité du holding, « <i>Handling désigne non seulement les soins manuels prodigués par la mère ou ses substituts quand elles font la toilette du nourrisson, le changent, l'habillent, mais également les caresses et les autres contacts affectifs cutanés</i> ». (D. Winnicott)</p> <p>Le soin va à nouveau trouver sa place dans le monde de la psychiatrie englobant et insérant le psychiatisé au centre de</p>

l'humanité. Le suisse Eugen Bleuler qui fut correspondant de Freud et inventeur des mots « *schizophrénie et autisme* », met en lien les symptômes de la maladie mentale à l'histoire, au vécu d'un individu. En parallèle, les Etats-Unis ouvrent une nouvelle ère de la psychiatrie, « *la notion de réaction bio-psycho-sociale* ». Il lie le trouble mental a une réaction causée par les conditions de vie, ce qui permet de développer une thérapie autour du milieu de vie du patient et de ses relations interpersonnelles. Jacques Hochmann « *Soigner en milieu psychiatrique. Une perspective historique* », (2021)

« Le recours à des mesures restrictives au cours d'une hospitalisation est une problématique sensible, potentiellement vécue comme violente émotionnellement, aussi bien pour les patients que pour les soignants. Ces restrictions se veulent bien entendu thérapeutiques mais il n'est pas toujours aisé de le faire comprendre à la personne à qui l'on demande avant tout d'être « patient » ». « La complémentarité des approches infirmière et ergothérapeutique permet de proposer un cadre thérapeutique contenant et une image plus positive du soin ». « Peuvent permettre à la personne de déposer sa colère et ses angoisses, dans un cadre psychiquement contenant ».

Gaëlle Riou, ergothérapeute, France Le Roux, infirmière

	Comment respecte-t-on son autonomie et comment construit-t-on une relation de confiance avec lui ?
<p>Entretien n°1</p> <p>UMD :</p> <p>Ben</p>	<p>« L'autonomie, elle... elle est minime ! parce que si tu veux ! on est quand même décisionnaire de beaucoup de choses ! les horaires d'entrée en chambre ! les horaires de sortie ! les moments où euh... où il peut rentrer ! pas rentrer ! les moments où il mange ! c'qu'il mange ! Euh... c'est quand même nous qui décidons ! Oui ils ont ces moments d'autonomie... où s'ils veulent passer la journée, je sais pas moi... à faire des tours de cours et fumer des cigarettes ! S'ils veulent... regarder la télé ! dans l'occupation de la journée, hors ergothérapie ! y'a quand même une certaine... autonomie ! sur le champ des possibles ! Si... y en a un qui me dit qu'il a envie d'aller boire un coup en terrasse ! c'est pas possible ! (416-421)</p> <p>Tout ce qui est... on va dire en dehors des murs ! forcément, ils ne peuvent pas être autonomes ! Mais à l'intérieur... leur autonomie va être gérée autrement ! Pour redonner confiance en eux ! »</p>
<p>Entretien n°2</p> <p>Accueil crise fermée :</p> <p>Léa</p>	<p>« pour moi, la transparence ! c'est hyper important ! Euh... la bienveillance... heum... et puis l'écoute du patient ! et de ses besoins ! hein... c'est pas parce que nos patients ils sont sous contrainte ! euh... qu'on doit les obliger à tout ! Euh... on doit les obliger à certaines choses ! euh... mais faut suivre le rythme du patient aussi ! Heum... et faut prendre en compte tout l'aspect du patient ! Euh... c'est pas juste un patient ! c'est aussi une famille ! c'est aussi des relations à l'extérieur ! un mode de vie qui peut être différent... ! une culture différente ! Et faut s'adapter à ça ! En fait ! Pour moi, je pense que pour construire cette relation-là ! cette alliance-là ! c'est important ! La transparence ! la bienveillance ! l'écoute... ! euh... et puis tout expliquer au patient, en fait ! C'est pas parce qu'il a des troubles psychiatriques ! qu'on doit pas lui expliquer euh... pourquoi on lui donne tel traitement ! pourquoi les symptômes... ! qu'ils souffrent de telle ou telle pathologie ! » (l. 348-353)</p> <p>« Quand y'a vraiment cette alliance-là ! bah... le patient... il comprend pourquoi il fait les choses ! » (l. 360-361)</p> <p>Faut lui dire : "Là, je vois que ça va pas. Comment je peux vous aider ?" Et le patient il va savoir nous dire ! hein ! Et après on se saisit de ça ! et là on met en place des méthodes alternatives ! Après quand y'a le passage à l'acte est imminent ! que le patient il a dégoupillé ! et... il a frappé quelqu'un ! c'est trop tard ! c'était avant qu'il fallait agir !</p>

	<p>c'est qu'il y avait des signes annonciateurs, avant ! Donc déjà ! il faut être capable de repérer les signes annonciateurs de crise ! (1.455-460)</p>
<p>Entretien n°3 Accueil crise fermée : Greg</p>	<p>C'est le biais des entretiens, beaucoup ! ça va être sur les éléments du quotidien ! y'a des temps vraiment institutionnels à avoir, des... entretiens vraiment formalisés où on va... aux entretiens thérapeutiques ! où on va vraiment reprendre la pathologie... ! la symptomatologie... ! le ressenti... ! le... le... la souffrance psychique qu'ils peuvent avoir... ! (1.542-546)</p> <p>C'est important d'être voilà ! auprès d'eux... ! sans euh... forcément représenter trop le cadre ! On va leur demander comment vont leurs enfants ! comment euh... je sais pas... le chat ! le chien ! comment est leur maison ! est-ce qu'ils vont en vacances... Et ça crée un lien ! S'il y a un bon lien d'accroche, les gens vont faire plus naturellement confiance, et on va pouvoir aborder d'autres sujets encore ! C'est plein de petites étapes ! (1.552-556)</p> <p>Qu'ils nous voient pas ! c'est très cliché ! mais comme des distributeurs de médicaments ! Il faut qu'ils aient la liberté de pouvoir s'exprimer, qu'on puisse entendre aussi... les difficultés qu'ils rencontrent... ! qu'ils en ont marre... ! qu'ils sont agacés... ! qu'ils veulent sortir... ! qu'ils voudraient un café à cette heure-là, alors que nous ! on l'propose à telle heure ! Qu'ils voudraient avoir la télévision dans sa chambre, que les autres ils font trop de bruit ! que son voisin il ronfle... ! Des choses du... du quotidien ! en lui expliquant : « que bah oui ! on comprend ! le cadre est tel qu'il est... ! » bah... dans ce cas-là ! on peut organiser des choses, faire des choses avec eux ! pour casser un peu le... le quotidien ! (561-569)</p> <p>Il faut toujours être clair... ! toujours clair dans c'qu'on dit ! S'adapter aussi au niveau du euh... du patient ! S'il a fait des études, un langage soutenu ! ça passe... ! Si c'est un discours plus simple ! se mettre au niveau pour être sûr que l'information passe, avec le bon vecteur de communication ! des entretiens beaucoup plus informels ! en faisant, je sais pas... en les accompagnant fumer une cigarette ! autour d'un verre d'eau dans la cour... ou autour des moments de collation... ! Donc Faut trouver le bon moment pour pouvoir échanger avec le patient, la notion de confiance... ! Valoriser toujours les efforts qu'ils font ! (1.581-589)</p>

	<p>Donc Faut trouver le bon moment pour pouvoir échanger avec le patient, la notion de confiance... ! Valoriser toujours les efforts qu'ils font ! « C'est vrai que c'est difficile, mais vous faites ça bien ! c'est chouette, on voit une belle amélioration ! » valoriser c'qu'ils font bien, les renarcissiser aussi ! c'est hyper important ! (1.589-592)</p> <p>C'est toutes les petites choses, toutes les petites attentions aussi, qui vont pouvoir faire que... qu'l'alliance va euh... va se former ! (1.594-595)</p>
<p>Entretien n°4 Formatrice IFSI : Célia</p>	<p>Autonomie... Heu... généralement ! y'a pas vraiment d'autonomie dans un accueil crise ! (1.362-363)</p> <p>c'est les règlements intérieurs ! Mais... effectivement ! ces patients qui sont assez autonomes pour se raser ! on va pas aller les raser, sous couvert, effectivement ! que la lame de rasoir peut être utilisée contre, par exemple, les soignants ! Mais ça, c'est toute une évaluation ! Autant un matin, un infirmier va dire : « Bon, là, ça va pas ! c'est peut-être pas une obligation de se raser... ! on va vous aider pour vous raser ! » Et, un autre matin, on va lui laisser la lame de rasoir ! Mais généralement, c'est quand même des patients, oui... ! où l'on préserve cette autonomie... ! mais toujours limitée à un lieu... ! (1. 368-383)</p> <p>Mais... effectivement ! ces patients qui sont assez autonomes pour se raser ! on va pas aller les raser, sous couvert, effectivement ! que la lame de rasoir peut être utilisée contre, par exemple, les soignants ! Mais ça, c'est toute une évaluation ! Mais généralement, c'est quand même des patients, oui... ! où l'on préserve cette autonomie... ! mais toujours limitée à un lieu... ! (1.368-383)</p> <p>Oui ! les sorties, les permissions ! Je sais que dans l'unité où j'étais ! il y avait, effectivement ! un atelier qui était vraiment juste à côté d'un couloir donc euh... il sortait ! Une autorisation de sortir, par exemple ! deux heures ! Pareil, c'est une alliance thérapeutique, avec une confiance mutuelle ! même des fois, une permission le week-end ! généralement on faisait des premières sorties, par exemple un week-end dans la famille ! la semaine d'après peut-être un week-end <i>et</i> deux jours dans la semaine ! et après ils sortaient définitivement ! Voilà ! Et ça permettait à certains aussi ! euh... d'aller voir où est-ce qu'ils allaient loger... ! le retour dans la famille... ! comment ça se passait ! (1.389-403)</p>

Cadre de référence

« L'atelier d'ergothérapie se présente comme un espace d'expression, un espace de jeu potentiel où l'acte peut prendre sens », « les séances apportent un cadre structurant dans le déroulement d'un temps souvent perçu comme dilaté et sans fin dans les journées à l'hôpital ».
Ces ateliers permettent aux personnes de pouvoir prendre des initiatives malgré un lieu fermé.
Gaëlle Riou, ergothérapeute, ainsi que France Le Roux, infirmière

	Qu'est-ce qu'une unité crise fermée, quel est sa spécificité ? (Ou UMD)
<p>Entretien n°1</p> <p>UMD :</p> <p>Ben</p>	<p>C'est une prise en charge qui n'est pas sectorisée ! on a des patients qui viennent de... toute la France ! (l. 79-81)</p> <p>On est sur un service de stabilisation ! Donc ils font leur hôpital d'origine ! service d'accueil, il y a un grand temps d'observation ! de mise en place de traitement ! Le cadre est un petit peu plus fermé ! Ils n'ont pas accès à la cafétéria en fin de journée ! (l. 91-94)</p> <p>On est sur un service de stabilisation ! On n'a aucun patient qui vient de l'extérieur ! c'est-à-dire de chez lui ! il rentre sur les UMD ! Ils sont toujours euh... envoyés par leur hôpital d'origine. (l.88-89)</p> <p>Quand ils arrivent des UMD ! ils ont déjà fait pour la plupart... Enfin ! ils viennent quasi tous d'accueil crise fermée.</p> <p>On va continuer le travail d'entretien... infirmier ! médical ! sur le traitement ! euh... sur des prises en charge sociales ! sur euh... voilà certains ont besoin de faire de l'accompagnement euh... qui est au tribunal, qui a une ambassade, etc. (l.131-133)</p> <p>Une hospitalisation UMD, c'est minimum 6 mois. (l.158)</p> <p>Et tous les 6 mois, ils sont reçus par une CSM, donc une commission de suivi médical ! où il y a 6 psychiatres... qui sont extérieurs à la prise en charge du patient ! Ils reçoivent le patient en entretien.... ca dure à peu près 20-30 minutes (l. 161-167)</p> <p>Après, ils repassent devant la CSM, si tout va bien ils sortent ! Soit, du coup, la sortie ! Et là euh... y'a... ça passe par le préfet, reprend contact avec l'hôpital d'origine, C'est l'hôpital d'origine qui vient les chercher, ils ont 21 jours pour ça ! (174-177)</p>
<p>Entretien n°2</p> <p>Accueil crise fermée :</p> <p>Léa</p>	<p>Alors ! les patients ne peuvent pas avoir un accès à l'extérieur de l'unité ! euh... sans une intervention soignante ! La porte est fermée ! euh... parce que ce sont des patients sous contrainte ! Euh... donc c'est pour ça qu'on dit que c'est fermé ! C'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas aller et venir au sein de l'hôpital comme ils le souhaitent. Ils sont... ils sont bridés dans leur liberté d'aller et venir ! (123-127)</p> <p>Alors, sur le plan purement hospitalier ! nous aux!</p> <p>la DMS, donc durée moyenne de séjour, qui est évaluée du</p>

	<p>coup au niveau de l'hôpital, elle est de trois semaines ! Sur les autres unités de crise de l'hôpital, elle est de quinze jours ! (1.231-233)</p> <p>Alors, sur le plan purement hospitalier ! nous aux! la DMS , donc durée moyenne de séjour, qui est évaluée du coup au niveau de l'hôpital, elle est de trois semaines ! Sur les autres unités de crise de l'hôpital, elle est de quinze jours ! on fait beaucoup plus d'entrées ! où les hospitalisations durent assez peu de temps ! Après, nos patients ! euh... il y en a qui restent euh... six mois ! et d'autres qui restent deux jours ! Donc euh... c'est vraiment une durée moyenne ! (1.235-243)</p>
<p>Entretien n°3 Accueil crise fermée : Greg</p>	<p>L'objectif, c'est de traiter la crise ! Ils n'ont pas vocation à rester trop longtemps ! (1.248-249)</p> <p>Quand... ils sont mieux ! ils peuvent être transférés vers l'unité ! euh... par exemple les au-dessus ! qui est... une unité libre ! Même s'il y a une contrainte ! où ils peuvent aller euh... dans le parc ! où il y a beaucoup plus de souplesse ! Nous, on est vraiment en temps de crise ! Une fois que la crise est passée ! on fait les orientations... après ! (1.259-262)</p> <p>C'est important... C'est là aussi où va... intervenir le juge des libertés euh... et de la détention ! où les éléments vont être repris ! Donc c'est déjà à distance de la... de l'hospitalisation !</p> <p>Donc là, ils sont vus ! pareil, sous les douze jours ! Il y a une amélioration généralement clinique à ce moment-là ! Quand ils voient le... le juge ! les faits, ils sont rappelés aussi ! Donc y'a... les faits, que... que c'est le médecin qui a fait remplir le certificat ! c'est pas la famille ! J'trouve que c'est extrêmement important qu'ils puissent se faire entendre ! C'est un droit fondamental ! Ils ont tous le droit... de... de se faire entendre ! (1.495-502)</p> <p>C'est sur... la modalité de soins ! quand il y a une hospitalisation sous contrainte ! pour que ça soit bien au clair ! que les gens ne fassent pas n'importe quoi... ! ça doit être vu par un juge ! ils sont défendus, en tous les cas ! parce qu'il y a un juge, par un avocat ! donc qu'ils ont le droit d'expliquer tout ce qu'ils veulent à leur avocat ! Ils ont tout à fait le droit de parole, comme tout le monde ! Et de... ça permet aussi d'acter les choses ! de dire : « là, le médecin... si l'juge, en plus, il dit que le médecin il a raison... ! » parce que les papiers ! en fait, ils sont longs... ! c'est que le... juge ! ils n'ont pas de connaissances médicales ! C'est pas leur fonction. Heum... C'que eux ! vont regarder ! c'est la partie vraiment administrative, procédure, qu'ils peuvent analyser parce qu'ils ont des compétences dessus ! Et qu'ils</p>

	<p>vont pas invalider ou valider le diagnostic médical ! (1.507-520) Et c'est le juge qui... qui décide ! Généralement, y'a pas... y'a rarement d'agitation, de problèmes avec le... le juge ! Généralement, ça fait un bon surmoi ! (1.531-532)</p>
<p>Entretien n°4 Formatrice IFSI : Célia</p>	<p>Parce que, dans les accueils crise fermée ! la vocation c'est d'accueillir la crise ! mais aussi les entrées ! les sorties... ! à n'importe quelle heure de la journée ! C'est pas des hospitalisations programmées ! Quand on dit accueil crise fermée ! vous avez ! vous savez la DSM, durée de séjour moyenne, qui normalement ne doit pas excéder les dix jours... ! dans les accueils crise fermés ! alors il y en a qui restent plus longtemps, au regard de leur profil clinique ! mais...aussi souvent ! au-delà de la crise qui dure, généralement, 48 à 72 heures ! pour qu'on arrive à trouver une thérapeutique adaptée ! euh... on garde quand même le patient pour observation clinique, justement pour voir si le traitement est adapté ! s'il a un bon rapport à l'autre ! s'il y a des problèmes d'hétéro-agressivité ! voir comment il se comporte avec les autres patients... ! (1.137-144)</p> <p>Fonctionnement très particulier ! C'est-à-dire une exigence à ce qu'il y ait quand même à peu près le même nombre d'infirmiers sur toutes les amplitudes ! (1.59-62) C'est ce qu'on appelle les hospitalisations sous contrainte. C'est très... médical et légal ! Et surtout très contrôlé ! Et c'est un juge des libertés, qui... au bout de la première journée d'hospitalisation... ! enfin, entre le 14e et le 21e jour euh... il faut qu'ils soient vus par un juge des libertés ! qui va valider, ou pas ! le certificat médical qui justifie la sous contrainte du patient ! Alors, avec la lettre du tiers, ou pas ! Le patient y va, avec un avocat... ou pas ! C'est lui qui choisit ! Et... généralement, avec un représentant... donc souvent l'infirmier, mais avec le certificat médical ! Pourquoi ? Parce que le juge n'a pas trop l'habitude des termes médicaux ! Et surtout, il va demander à l'infirmier des précisions ! Effectivement, souvent, euh... il suit l'avis du médecin ! parce qu'il y a un avis sur le certificat, pour savoir s'il faut prolonger l'hospitalisation ! Mais il entend, en tout cas, le patient, euh... s'il a des choses à dire ! Voilà ! Ça a été mis en place pour, justement, éviter les hospitalisations abusives ! (1.94-106) on lui présente, avant qu'il soit présenté devant le juge des libertés ! Pareil, 48 ou 72 heures avant, il a une feuille, on</p>

	<p>lui donne le jour et la date où il va être présenté ! Il faut bien leur expliquer, parce que... souvent, ils croient que c'est un jugement ! Ils ont peur ! Donc ! il faut que les infirmiers leur expliquent bien que c'est dans le cadre légal ! Que toute hospitalisation sous contrainte, y'a ce passage devant le juge des libertés ! Que ça n'a rien à voir avec ce qu'ils ont fait, ou quoi que ce soit ! C'est juste pour valider le fait : « est-ce qu'on va vous maintenir en hospitalisation, ou pas ? vous pouvez décider de garder la contrainte ! mais pas l'hospitalisation complète ! C'est-à-dire qu'on peut faire sortir le patient sous-programme de soins fermé ça... ça relève du cadre légal ! Et ça permet aussi, peut-être, d'éviter certains abus d'hospitalisation ! C'est parti de là ! C'est la loi de 2011, hein, où... effectivement ! c'était pour contrôler les hospitalisations ! et éviter les hospitalisations abusives... ! voilà, de patients qui, entre guillemets ! n'auraient pas à être hospitalisés en psychiatrie ! (1.108-126)</p>
<p>Cadre de référence</p>	<p><i>« Des unités de soins intensifs (PICUs – psychiatric intensive care units) avec les portes d'entrée fermées à clé ont été créées pour les patients difficiles à contrôler dans les unités ouvertes (Van der Merwe 2009). À ce jour, beaucoup d'unités psychiatriques modernes ferment à clé leur porte d'entrée en tout temps (Bowers 2010) ».</i> Une recherche documentaire auprès des patients et du personnel soignant pour comprendre les côtés bénéfiques et/ou néfastes de ce type d'hospitalisation, <i>« les participants aux études sont des patients souffrant de problèmes de santé mentale, des membres du personnel de soins et des visiteurs ».</i></p> <p>Ionela L. et Gheorghiu, M. Sc. <i>« Ouvrir ou pas la porte ? Avantages et désavantages de la porte fermée à clé de l'unité psychiatrique »</i></p> <p><i>« une psychiatrie répressive et sécuritaire qui gère les troubles à l'ordre public des déviants et les enferme. C'est ainsi que cette pseudo-désinstitutionnalisation ne met en aucun cas un terme à l'enfermement mais permet précisément d'étendre à toute la société les dispositifs de contrôle que la psychiatrie renfermait jusqu'alors. Les « alternatives » à la psychiatrie suivent la même logique que les « alternatives » à la prison : l'enfermement est partout.</i></p> <p>Michel Foucault</p>

	Quels types de patients est pris en charge au sein de votre service ?
<p>Entretien n°1 UMD : Ben</p>	<p>on prend en charge des patients qui sont... parce que difficile ! C'est... des patients qui sont chimio-résistants ! des patients avec des multiples passages à l'acte sur les équipes soignantes ! c'est des actes médicaux légaux graves ! (1.117-120)</p> <p>C'est euh...principalement des patients psychotiques ! quelques états limites ! beaucoup de schizophrénie ! des structures psychopathiques. Et... après qu'est-ce qui les amène au UMD ? Bah des chimio-résistances ! avec la plupart du temps... beaucoup de traitements qui ont été essayés avec peu d'efficacité ! Euh... des passages à l'acte multiples ! Ou des... des prises en charge qui arrivent à bout... enfin y'a des équipes quand t'as tenté tout le champ des possibles que tu as ! bah voilà... y'a une sorte de passage de relais... sur nous ! Voilà... Et après... sur des actes médico-légaux... la plupart du temps ce sont des homicides ! (1.438-449)</p> <p>Et après, la spécificité ! enfin « la spécificité » entre guillemets ! nous... on est... dans la charte ou je sais pas trop quoi ! on prend les... les détenus de la centrale d'..... !</p> <p>Sur... des hébergements ! là c'est pas du tout des patients UMD ! mais sur des hébergements de détenus ! Nous... on récupère les patients d'..... qui est la centrale longue peine ! où ils viennent faire des séjours euh... j'sais pas... euh... suite à des TS, suite a des passages à l'acte ! des... des moments de délire... puissant ! des... des... voilà ! Parce qu'il y a une prise en charge médicale et psy sur ! mais quand euh... c'est trop difficile à gérer, voilà on les récupère ! pour un temps qui est la plupart du temps ! assez court ! Euh... et ça nous arrive de recevoir aussi des gens du ou de, quand y'a pas de place ! y'a pas de place sur euh... sur les autres unités crises ! (1.454-462)</p>
	<p>Parce que... heum... en psychiatrie on traite ! euh...la pathologie ! la problématique ! elle est sociale aussi ! Parce que nos patients ! ils sont en grande difficulté ! en grande précarité ! pour...bon nombre d'entre eux ! (1.247-250)</p>

<p style="text-align: center;">Entretien n°2 Accueil crise fermée : Léa</p>	<p>Le taux de rechute euh... en psychiatrie ! c'est... c'est énorme ! c'est des pathologies chroniques ! donc y'a des rechutes ! la schizophrénie, par exemple ! elle peut être stabilisée pendant dix ans, mais au bout d'un certain temps ! les médicaments font plus effet ! faut changer de molécule ! Et donc, le patient revient ! » (l. 273-282)</p> <p>Tout type de patient nécessitant des soins euh... des soins en crise fermée ! donc des soins sous contrainte ! Donc ça peut-être... ça va de... (euf...en soufflant) toutes les névroses ! toutes les psychoses en fait ! tous les patients avec des troubles en phase aiguë de décompensation. Donc, des personnes avec des troubles... des troubles... psychiatriques ! finalement ! Euh... donc on peut avoir des crises suicidaires... ! des gens qui viennent pour décompensation d'un trouble bipolaire ou schizophrénie... ! euh, vraiment tous les patients ! Un burn-out ! ça peut arriver des patients qui viennent pour burn-out... ! c'est moins courant mais ça arrive ! vraiment on accueille tout le monde ! (l. 473-480)</p> <p>On a parfois euh... des démences ! type Alzheimer et tout ! parc'que les familles ! bah ! elles savent plus quoi faire... et que la psychiatrie ! souvent c'est le seul à... accepter ! Euh... on peut avoir parfois ! euh... euh... des SDF qui viennent se réfugier... ! donc euh... qui qui qui... font semblant d'avoir des troubles mentaux... pour pouvoir être intégrés... voilà ! on accueille vraiment tout le monde en fait ! mais à part ! juste qu'il y ai une contrainte en fait ! une contrainte de soin ! c'est tout ! (l. 485-490)</p>
<p style="text-align: center;">Entretien n°3 Accueil crise fermée : Greg</p>	<p>dangereux... ! euh... et au contraire ! quand on les côtoie... ! Ça fait... dix ! douze ! peut-être treize ans maintenant ! euh... que je les côtoie... ! C'est plutôt eux qui sont victimes de la société ! Ils ont des problèmes sociaux ! ils sont pas dangereux ! ils méritent aussi qu'on s'occupe d'eux ! C'est pas des gens qu'on aurait forcément enfermés derrière des murs et oublier... (l.42-51)</p> <p>Alors c'est vrai qu'en UMD ! il peut y avoir des patients dangereux ! violents ! mais... c'est pas que ça ! non plus ! quand on en parle ! c'est toujours un peu... une psychiatrie violente ! avec des grands fous... ! il faut les enfermer ! ils sont méchants ! Donc je trouve que ça stigmatise vraiment le... euh... le patient ! Et... euh... je trouve que c'est important de pouvoir changer le point de vue aussi ! en disant : « bah non ! en fait ! ils ne sont pas dangereux ! »</p>

	<p>Moi, j'ai jamais été agressé en... depuis que je fais ce métier-là !</p>
<p>Entretien n°4 Formatrice IFSI : Célia</p>	<p>Tout type de patient... c'est pas du tout par rapport aux pathologies ! C'est par rapport aux troubles cliniques qu'ils présentent ! Alors, ça peut être des entrées de... de jeunes patients... ! avec euh... des entrées en bouffée délirante dans la schizophrénie ! Ça peut être, voilà ! des diagnostics... ! ça peut être des séjours de rupture... ! des patients qui sont, par exemple, en IME ! et que du coup ! ils ont fait des gestes hétéro-agressifs, et... ils viennent là ! Ça peut être euh... un patient qui a fait euh... des troubles du comportement et qui ! effectivement, après avoir bu de l'alcool ! a fait un scandale sur la voie publique ! et... le préfet a fait un arrêté de SDRE ! Euh... c'est vraiment... c'est pas la pathologie ! c'est le trouble clinique aigu qui, au regard de la... bah de la gravité des signes cliniques qu'a présenté le patient ! Mais pas forcément un patient qui a une pathologie ! hein ! Des troubles du comportement qui ont fait que... comme il peut pas consentir ! son état ne lui permet pas de consentir à une hospitalisation ! on l'hospitalise sous contrainte ! C'est ça, le type de patient qu'on a, heu... en accueil crise unité fermée ! Et... un petit pourcentage ! alors, je sais pas si c'est particulier à la région, mais je pense pas ! des patients qui sont, en fait ! des prisonniers ! Et... qui ont été évalués par une équipe psychiatrique en milieu carcéral ! et qui ont détecté qu'il y avait... ou des problèmes psychiatriques ! ou un risque suicidaire ! Et que du coup ! il faut qu'il aille en unité psychiatrique ! en unité d'accueil crise fermée ! pour une surveillance... une observation des troubles ! Donc ça ! c'est tout un autre style de protocole ! puisqu'effectivement ! c'est tout l'aspect sécuritaire... parce que du coup ! le patient est un patient... ! euh... qui dépend de la pénitentiaire ! et en même temps de l'hospitalisation psychiatrique ! (1.409-429)</p> <p>Voilà ! Donc c'est tout ce qui régit toutes les hospitalisations sous contraintes ! qui permet justement, au regard de leur état clinique... ! c'est ça qui favorise la mise en hospitalisation sous contrainte ! C'est pas tellement la pathologie, c'est... c'est l'état de crise aiguë ! qui, à un moment, enlève le discernement du patient ! Qui peut, heu... lui faire perdre cette capacité à consentir à être hospitalisé ! Et du coup, on prend la décision à sa place ! (1. 89-94)</p> <p>Certaines pathologies, par exemple comme l'autisme, qui amènent des troubles du comportement assez importants... ! Des personnes adultes autistes qui ont des troubles du</p>

	<p>comportement hétéro-agressifs ! y'a pas d'autre lieu, malheureusement, que les accueils crise fermés en psychiatrie ! Et qui ne sont pas du tout adaptés pour eux ! (1.241-244)</p> <p>C'était cette politique où le patient, au niveau clinique, ne présentait plus de signe clinique ! Il était amené à sortir ! Il n'y avait pas besoin d'être en accueil crise ouvert non plus ! Par contre, s'il sortait... y'avait pas de logement ! Souvent, le problème social est associé derrière ! Parce que ce sont des personnes isolées ! Ils ont été isolés socialement, et familialement aussi ! Et du coup, ben... ils se retrouvent seuls ! Et la directrice de l'hôpital qui témoignait disait : « On n'est plus dans une politique asilaire ! On ne peut pas garder les patients là parce qu'ils n'ont plus de logement ! » Et en même temps ! on sait très bien que quand il va sortir comme ça ! il va rentrer dans quinze jours ! On le voit bien ! ce patient, il n'est pas allé à la pharmacie ! Il n'a pas sa carte mutuelle à jour ! Il n'a pas sa carte vitale à jour ! Les médicaments sont payants ! Il peut pas les payer ! (1.250-267)</p> <p>Ce type de patient : troubles du comportement, des risques suicidaires, vraiment la crise aiguë ! vraiment ça détermine la crise aiguë ! (444-445)</p>
<p>Cadre de référence</p>	<p>Selon la haute-corse.gouv.fr « <i>Les soins psychiatriques sous contrainte concernent les patients dont le consentement est altéré par des troubles mentaux et dont l'état nécessite des soins et une surveillance médicale constante. Ils sont étroitement encadrés par la loi. Il existe deux procédures d'admission en soins psychiatriques sans consentement : l'une sur décision du représentant de l'État, et l'autre sur décision du directeur de l'établissement psychiatrique, à la suite d'une demande d'un tiers ou en cas de péril imminent</i> ».</p> <p>« <i>Nous subissons aussi généralement des enfermements préventifs, justifiés par une menace potentielle (nourrie par l'imaginaire psychophobe) et non en raison d'actes de violences réellement commis, ce qui est doublement injuste. Les gens s'aperçoivent qu'ils n'arrivent plus à comprendre ce qu'on dit ou fait et les fantasmes autour « du fou dangereux » font le reste</i> ».</p> <p>« <i>Si c'est contraint, c'est pas du soin</i> », « <i>psychiatisés contre les traitements forcés</i> », zinzinzine.net (1 mars 2019)</p>

	Pourquoi est-il nécessaire (d'enfermer ou fermer les portes ?) pour soigner un patient en crise ?
Entretien n°1 UMD : Ben	<p>Wouais... le côté contenant ! (l.739)</p>
Entretien n°2 Accueil crise fermée : Léa	<p>(rire nerveux, hum ! hum ! hum !) Pour moi, c'est pas nécessaire ! voilà ! (sourit) Heum... alors ! à l'admission des patients, en situation de crise, de décompensation etc. ! sous contrainte ! pourquoi on ferme les portes ? parce qu'il y a un risque de fugue ! voilà ! Le patient il a pas envie d'être là ! Donc s'il voit une porte ouverte ! évidemment, il va en sortir ! c'est juste ça ! La seule différence... entre les unités ouvertes et les unités fermées ! c'est que le risque de fugue... il est contenu... parce que les portes sont fermées ! c'est tout ! Est-ce qu'il y a un intérêt à ça ? parfois oui ! souvent non ! (l. 493-499)</p> <p>Y'a des crises fermées ! avec portes fermées ! mais y'a des unités ouvertes ! qui accueil des SDRE... des SDT... etc. ! parce qu'il n'y a plus de places dans les unités fermées ! et pour autant ! ils ont pas plus de fugues que ça ! euh... mon collègue que tu verras tout à l'heure ! lui, il a connu les unités ouvertes avec des patients... (l. 522-525)</p> <p>À Rennes... y'a plein d'unités euh... sous contraintes ! où les portes sont ouvertes ! et ça s'passé très bien ! (l.527-528)</p>
Entretien n°3 Accueil crise fermée : Greg	<p>Portes ouvertes, les choses rentrent plus facilement aussi ! Mais... y'a plus d'entrées toxiques quand la porte est ouverte. Forcément ça rentre plus facilement les gens ! Là, ça peut les mettre à l'écart des toxiques ! (tape la main sur la table) des problématiques de l'extérieur ! (tape la main sur la table) Pour certains, c'est beaucoup plus rassurant d'avoir une porte fermée ! Je... euh... toujours à titre d'exemple ! on a une patiente ! là ! actuellement, qui avait la possibilité d'aller à l'unité du dessus ! qui est une unité de soins libres... ! Elle a refusé ! Elle a préféré que le médecin mette une contrainte pour qu'elle soit ici ! (tape main sur la table) en porte fermée ! (l. 658-666)</p> <p>C'était beaucoup moins anxiogène pour elle ! En tout cas, qui est morcelée. C'était plus... c'était plus rassurant que... la porte soit fermée ! parce que l'extérieur ne pouvait pas rentrer ! (l.668-670)</p>

	<p>J'pense qu'y a des services qui pourraient être ouverts et fermés à la fois, mais je pense qu'il faut toujours garder euh... ces structures fermées ! Pour moi, les UMD sont nécessaires ! par exemple ! (1.884-886)</p>
<p>Entretien n°4 Formatrice IFSI : Célia</p>	<p>Alors... ! fermer les portes ! c'est pas... pour moi ! ça a pas été forcément... quelque chose de nécessaire ! Alors, fermer la porte d'entrée et sortie, oui ! Puisque l'aspect médico-légal, sous contrainte, nous l'impose ! On peut pas dire : « Cette unité ! on laisse la porte ouverte ! » Non ! C'est une unité d'accueil crise fermée ! Ça veut dire que si le patient... il sort et qu'il fugue ! on est responsable de ce qu'il va faire, de ce qui va lui arriver ! Donc, médico-légalement ! c'est même pas à nous de décider ! Par contre, à l'intérieur, on peut aménager ! Je sais que dans les unités, c'était ! ils sortent dans la cour qu'à des heures déterminées ! C'est ce qu'on appelle le règlement intérieur de l'unité ! Ça, c'est le cadre qui le décide avec le médecin ! et qui va décider : « Bah voilà ! Nous, on laisse la cour totalement ouverte... ! à n'importe quelle heure de la journée ! » Mais il faut qu'il y ait un soignant pour surveiller dehors ! Par exemple, dans une autre unité, c'est pas possible ! La cour est ouverte entre 14h et 16h ! Ça, c'est dans le règlement intérieur ! Donc, toutes les unités accueil crise fermée, forcément ! y'a l'entrée et la sortie qui est fermée ! Moi Je sais ! qu'il y avait des unités où le patient, par exemple ! allait faire la sieste de 14h à 16h ! mais après, les chambres étaient fermées ! par exemple ! (1.451-466)</p> <p>Que l'on... aménage, avec... effectivement le médecin ! l'institution... ! voilà ! tout en sachant que normalement, le patient... c'est des lois qui s'interfèrent ! parce que... normalement ! il est libre d'aller et venir ! hein ! même sous contrainte ! ben, s'il a envie d'aller faire la sieste à midi ! ben... il y va midi ! Et s'il a envie de sortir dans la cour ! normalement, il devrait sortir dans la cour ! Sauf, toujours pareil ! pour les patients... "prisonniers" ! enfin les patients qui viennent de prison ! voilà ! ils ont un statut très particulier, où on doit respecter ! Mais sinon, tous les autres ! euh... normalement, y'a pas de... de restriction ! (1.468-475)</p> <p>Mais normalement dans les accueils crise fermée, à part la porte... et la chambre d'isolement... ! ils sont libres d'aller et venir ! (1.478-479)</p> <p>C'est le cadre médico-légal ! C'est-à-dire que s'il sort... il est considéré comme quelqu'un en fugue ! Donc faut déclencher la gendarmerie ! La recherche ! Donc c'est</p>

	<p>vraiment institutionnel ! C'est-à-dire... il faut que ce soit fermé ! (l. 487-489)</p> <p>Moi : Après, je sais qu'en psychiatrie, il y a quelques petites unités comme ça... en accueil crise fermée... ! qui sont ouvertes ! Ils testent ! Ça fonctionne très très bien !</p> <p>Célia : oui ! tout à fait ! Y'a contrats de soins. Comme on dit, effectivement ! « Vous êtes sous contrainte... mais on vous fait confiance ! Vous n'avez pas l'autorisation d'aller plus loin que là... vous venez nous voir ! Vous pouvez aller, par exemple, euh... au marché mais vous revenez à midi pour manger ! Bien évidemment qu'il y a des alternatives ! Bien évidemment ! Et c'est pas la privation, forcément, de liberté ! vous savez... C'est toujours pareil ! plus on va contraindre... ! j'suis pas sûre que ce soit ça qui marche ! Parce qu'une fois qu'on va ouvrir ! le patient... il est libre ! Il va pas rester éternellement enfermé ! Donc, bien évidemment... plus on va ouvrir... ! plus on va le confronter à la réalité... ! et c'est évidemment cette alliance de confiance qui fait que... après ! quand il sera sorti, il ira sur le CMP... ! (l. 725-738)</p> <p>Mais ce côté sécuritaire, et d'enfermement... ! c'est plus facile d'enfermer... ! et d'être sûr que personne ne va fuguer... ! que d'avoir un infirmier, peut-être, derrière un patient... ! en disant : « attention ! il faut un peu plus le surveiller ! parce qu'il risque de fuguer ! » (l. 742-745)</p>
<p>Cadre de référence</p>	<p>En 2008, une nouvelle tragédie fait surface, un jeune passant se fait poignarder par un psychiatrisé en fugue de l'établissement de Saint-Egrève à Grenoble. Le chef de l'état bouleversé sanctionne le directeur de l'hôpital et se saisit de la situation « <i>pour annoncer une réforme de l'hospitalisation d'office et la constitution d'un fichier national des malades hospitalisés d'office</i> ». Il met une fois de plus en avant le laxisme du monde de la psychiatrie face aux patients dangereux. Il utilise ainsi les faits divers récents et dramatiques pour ne pas laisser place à l'opposition de son projet de réforme. Un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques est annoncé avec « <i>la mise en place d'un dispositif de géolocalisation pour les patients, l'installation d'une unité fermée par établissement, la création de deux cents chambres d'isolement et l'ouverture de quatre unités nouvelles pour malades difficiles</i> ». Bernard Durand (2007-2012)</p> <p>Ce qui ressort en premier lieu sur les avantages des lieux fermés, c'est le sentiment de sécurité ressenti par les</p>

psychiatisés et les soignants car les portes fermées « offre également une protection contre les visiteurs inopportuns, les voleurs et le trafic d'alcool et de substances illicites ». De plus, c'est une barrière aux fugues qui pourrait mettre en danger le patient en lien avec une velléité de passage à l'acte auto ou hétéro-agressive.

A contrario, les soignants constatent que les sentiments ou les émotions ressentis par le patient face à une porte fermée sont néfastes, comme « des sentiments de dépression, de la frustration, de l'irritabilité, de l'anxiété, du stress, de la contrainte, un manque d'estime de soi et le manque d'espoir ». De façon contradictoire, même si les psychiatisés ressentent une certaine sécurité dans ces lieux fermés en lien avec le monde extérieur, cela ne les empêche pas de ressentir une certaine frustration et de s'opposer aux soins qui leur sont contraint. Une opposition qui peut se manifester par de la colère, des plaintes envers le personnel soignant ou bien de l'agressivité.

« Une porte fermée à clé crée une atmosphère semblable à celle d'une prison et peut augmenter le sentiment de stigmatisation des patients. Le contrôle et la surveillance des patients par le personnel révèle une inégalité entre ces deux groupes : les premiers se sentent observés, privés de liberté et insécures. La porte fermée à clé crée une « dépendance du personnel » pour ouvrir ou fermer la porte à clé, ce qui occasionne du travail supplémentaire pour les infirmières et les autres membres du personnel soignant ». (Ionela L. et Gheorghiu, M. Sc. 2015)

« Ce qui se joue, c'est la recherche obsessionnelle de l'impossible risque zéro avec le passage du sécurisé au sécuritaire, alors même que les soignants sont de moins en moins nombreux, de plus en plus jeunes et féminisés et insuffisamment formés. Bernard Durand (2007-2012)

« En d'autres termes, l'enfermement est une mesure de protection qui vise à assurer la sécurité et le bien-être de la personne en situation de crise psychiatrique, en lui permettant de bénéficier de soins adaptés et d'une surveillance constante, dans un environnement sécurisé et contrôlé ». (Dr David Masson, lefigaro.fr)

Une reconstruction des murs de la psychiatrie intégrant des portes fermées depuis ces dernières années, alors que celle-ci s'était enfin imposée avec des portes ouvertes. Il fait un parallélisme avec la chute du mur de Berlin et exprime que depuis la démolition de celui-ci en 1989, les bâtiments en

psychiatrie se sont remurés et sont passés de 6 en 1989 à 68 en 2018. « *Ce tournant sécuritaire, matérialisé dans les dispositifs de contrôle, s'est accompagné d'une transformation des pratiques de soins où la gestion des risques, la peur des procès et la suspicion à l'endroit des personnes en soin a pris le pas sur la création de relations thérapeutiques réelles* ».

Mathieu Bellahsen « *Abolir la contention* », chapitre « *Sangle sécuritaire, l'emmurement de la psychiatrie* » (p.66 à 68)

Que pensez-vous des mesures coercitives et privatives de liberté ?

Entretien n°1

UMD :

Ben

Moi : comment vous les utilisez les chambres d'isolement ?

Ben : Avec beaucoup de parcimonie ! Heum... pas qu'on est contre ! moi je suis pour la chambre d'isolement...(1.502-504)

Tout a un sens ! en fait tout peut être soin si tu mets du sens derrière ! pour moi ! Voilà ! Mais tout peut faire soin si tu mets du sens derrière ! Si tu fais les trucs connement ! enfin bêtement ! pardon ! Euh... ça a pas de... c'est nul ! tu donnes des traitements parce que... ben tiens je vais lui donner... euh...

Moi : Oui faut savoir expliquer au patient pourquoi ! Et quel intérêt aussi...

Ben : ...wouais puis il faut que tu comprennes toi ! Parce que des fois... wouais si toi tu comprends pas ce que tu fais ! ...On est entre des fois...tu dis putain ! des fois je suis... aujourd'hui j'ai été plus maton que... que infirmier ! mais c'est un peu le... la double casquette ! (l. 628-635)

Ces temps-là de retrait ! ils sont très importants ! et c'est un outil thérapeutique qu'on utilise beaucoup ! (l.656-657)

C'que je te dis ! tout peut faire soin si tu mets du sens derrière ! C'est que... quand euh... y'a passage à l'acte sur les soignants ! que l'on a dû intervenir physiquement ! sur un patient ! c'est-à-dire euh... le contenir physiquement euh... le mettre au sol euh... tu sais des fois on est 10 sur un mec ! mais futt (mouvement main vers le haut) ça part voilà ! Toujours ! avant de le lever... je pose toujours les entraves ! parce que ça m'est arrivé une fois ! où... euh... patient agité ! passe à l'acte sur nous ! on le contient au sol ! on le lève parce que... parce qu'on allait l'amener justement dans la chambre d'iso ! il a déboité la jambe d'une collègue ! parce que futt... ! il a envoyé un coup de pied ! bam ! machin ! Je pose les entraves ! je m'en fiche si je les pose pour 5 min ! mais au moins pour le transfert ! le temps que la crise... vraiment le le le le... la rage presque ! diminue... et après on les enlève ! Mais moi... c'est un peu ma règle de dire... on les pose ! (l. 679-696)

Après on a deux... Voilà ! on a les entraves cuir ! qu'ils veulent nous supprimer ! c'est dommage parce qu'elles sont très pratiques ! vraiment très pratiques ! très faciles à installer ! et on a des entraves... tissu ! qui sont beaucoup

	<p>moins pratiques ! beaucoup moins faciles à poser... mais qu'on nous demande d'utiliser plus... donc voilà... (l. 709-712)</p> <p>Parce que le cuir c'est trop carcéral ! Alors que c'est... c'est beaucoup plus facile à poser ! beaucoup plus facile à enlever ! Tu sais c'est une ceinture comme ça ! (me montre avec ses mains l'emplacement de la ceinture sur le long du ventre) qui est avec un boulon ! et deux... deux entraves mains ! et pareil pour les pieds ! Oh ! j'trouve pas que ça fasse très... c'est pas des menottes hein ! Les mecs ont les mets pas... les menottes dans le dos... et... (sourit) c'est voilà ! mais bon ! (l. 714-719)</p>
<p>Entretien n°2 Accueil crise fermée : Léa</p>	<p>Il ne faut jamais... pour moi ! mettre un patient suicidaire en isolement ! Euh... et du coup on va plutôt euh... faire des entretiens, retirer les moyens létaux que le patient pourrait utiliser ! sécuriser comme ça ! (l. 421-423)</p> <p>On a déjà ! pareil ! plus ou moins parlé... qu'il y avait des mesures alternatives ! et qu'on était pas obligé de passer par des mesures privatives de liberté ! (l. 533-535)</p> <p>Alors ! les mesures coercitive... j'espère bien qu'il y en a pas dans le service ! (hein ! rire) euh... on punit pas ! nous... y'a pas de punition ! y'a pas de... même si y'a un passage en isolement que certains vont prendre pour une punition ! y'a un entretien qui est fait à la fin de l'isolement ! pour reprendre l'ensemble de ce qui a été fait ! pourquoi ça été fait ! etc. ! etc. ! pour tout expliquer au patient car c'est traumatisant le passage en isolement ! c'est un traumatisme pour tous les patients ! (l. 536-547)</p> <p>On coupe jamais le contact avec le monde extérieur ! parfois ils ont pas le droit aux visites ! euh... pour des raisons particulière... ! soit la famille fait rentrer des stupéfiants... ! euh... n'est pas très coopérante... ! Par contre ! on coupe jamais le lien ! c'est-à-dire... que même si ! le patient a pas le droit à son téléphone ! il a quand même le droit de téléphoner avec le téléphone du service ! ça s'passé l'après-midi... ça peut-être médiatisé ou non ! mais le patient peut quand-même téléphoner ! y'a certains... droits ! on peut pas leurs enlever définitivement ! (l.551-557)</p> <p>À part pour l'isolement qui est où là là ! c'est une privation de liberté totale ! Mais euh... et encore ! la privation de liberté elle doit être réévaluée, chaque jour ! en fait ! Si le patient commence à aller mieux ! on lui redonne son téléphone ! quoi ! (l.559-662)</p>

Ils ont accès à tous leurs vêtements ! ils ont accès à leur téléphone portable ! leur chargeur ! leur ordinateur ! voilà ! avec une décharge signée ! ils ont des coffres forts ! avec lesquels, ils peuvent sécuriser leurs affaires de valeur ! par contre quand c'est en chambre euh... s'ils veulent garder leur ordinateur ! ils signent un papier... en disant qu'on n'est pas responsable des vols ! (l.573-578)

Mais ils ont cette possibilité de mettre au coffre-fort ! ils y ont accès en permanence ! quand ils veulent ! S'ils veulent stocker leur tabac dedans ! et que chaque heure, ils veulent nous demander une clope ! parce qu'ils veulent pas avoir le tabac sur eux ! on leurs ouvrent chaque heure ! (l. 580-583)

En fait ! c'est beaucoup le cas à! y'a beaucoup de principe de précaution ! L'isolement est beaucoup utilisé... euh... moi quand je suis arrivé ici ! c'était beaucoup utilisé ! attention ! y'a un risque de passage à l'acte ! Euh... alors oui ! le patient doit représenter un risque pour lui ! ou pour les autres... ! l'isolement ! mais ! en fait les collègues sur oublis ça... ! et l'isolement est indiqué si le patient représente un risque pour lui ou pour les autres ! et que toutes les alternatives ont été essayées ! Et en fait ! ils oublient... ! ce bout de la phrase ! (l.733-739)

Entretien n°3
Accueil crise fermée :
Greg

Alors moi, j'avais fait mon mémoire sur la contention physique et l'impact qu'elle pouvait avoir sur le... sur le soignant ! Euh... J'ai toujours été assez clair là-dessus ! Pour moi, c'est vraiment un soin ! Euh... il peut y'avoir des nécessités de contention sur des passages à l'acte... auto ou hétéro-agressifs ! Auto, j'essaie de... je fais pas ! Vraiment ! c'est mise en chambre sécurisée, on va pas accablée non plus ! Euh... après, sur des patients extrêmement morcelés aussi... C'est hyper euh... hyper intéressant ! Moi, j'ai eu beaucoup de patients qui m'ont demandé d'être contentonnés ! Ça, c'était beaucoup en... beaucoup en soins intensifs. Où les patients venaient et me disaient : « euh... Greg ! là, ça va pas... ! là je... est-ce que tu peux m'attacher ! » « Bon... Tu veux la contention ? » « Ouais, parce que je sais que ça va pas ! J pense que pendant une heure, faut me laisser comme ça ! » et hop ! ça lui permet de fixer les limites... ! Après, on avait essayé de mettre en place d'autres techniques... avec du... du packing. (l. 706-716)

Je trouve qu'on contentonne beaucoup moins ! Après, ça dépend des unités ! Là comme à Alès, euh... un peu dans le

fonctionnement de l'unité de ne pas contentionner ! C'était une psychiatrie très bienveillante ! ou voilà ! c'était... euh... pas mal vu, mais... ça faisait pas partie du soin ! Y'avait tout un tas d'alternatives avant... avant d'en arriver là ! De toute façon on n'y arrivait jamais ! Tandis qu'le... dans les UMD, par exemple ! on contentonnait plus facilement, parce que c'est aussi... ! pas les mêmes populations ! Donc ça dépend aussi de l'individu ! du comportement ! du... est ce qu'il y a passage à l'acte ! pas de passage à l'acte ! c'est vraiment au cas par cas ! mais faut pas qu'ça soit euh... trouble du comportement ! contention ! y'a d'autres choses à mettre avant ! d'autres choses à comprendre ! C'est vraiment le tout dernier recours du... euh... pour l'patient ! (l.730-740)

Parce que souvent... c'est interprété comme un échec ! un échec de... de soin d'arriver à la contention ! Pour moi, c'est plutôt... le dernier soin ! Et ça fonctionne très bien aussi de... de contentionner ! Après, ça dépend du profil du patient ! Si c'est... un patient psychotique, ça va avoir de l'effet ! euh...un patient... on va dire... on peut avoir des patients avec des atteintes neuro ! un patient un peu frontal... là, ça n'a... pas vraiment d'intérêt ! Il faut pas q'ça soit... c'est pas une punition ! Il faut que ça reste vraiment dans le cadre du soin ! On va pas mettre un patient... qui est... oligophrène, limité intellectuellement ! ça va pas avoir le même impact que sur euh... un... un schizophrène ! par exemple ! (l. 759-766)

Dans le cadre de mon TFE, j'avais demandé à être contentonné ! Pour ressentir ! ouais ! ouais ! ouais ! Donc il m'avait laissé un quart d'heure ! Ç'avait été hyper intéressant ! Donc une pièce, c'était une chambre d'isolement classique qu'on pouvait avoir ! On avait une pendule dans la... dans la chambre ! Je sais que j'avais dit à mes collègues : « Le tic-tac, ça me rendrait fou ! » pourtant ils m'ont laissé dix minutes ! quand on est contentonné avec la pendule qui fait le... « tic ! tic ! tic ! » Du coup, ça avait été changé ! Et du coup euh... c'était une petite expérience... de retour de... après, j'suis pas psychotique ! Donc je sais pas, en termes de...de ressentis ! Enfin ! J'pense pas l'être ! (rires) Donc voilà ! c'est complètement différent en fonction du... du noyau ! de la structure de chacun ! de la pathologie ! Donc voilà ! c'est du cas par cas ! (l. 768-779)

Voilà ! c'est pour ça aussi... la contention, euh... même isolement, y'a sédation ! On va pas laisser les gens ruminer H24 ! Là, c'est... c'est... enfin c'est maltraitant ! faut pas

	<p>déborder ce cadre là ! Et... plus les gens ont été formés ! c'est ce qui ressortait de mon mémoire ! plus les gens étaient... formés sur l'isolement, contention ! plus les gens avaient de l'expérience ! mieux c'était vécu, parce qu'ils savaient euh... que c'était un soin ! une nécessité pour le patient ! pour l'amélioration qui pouvait en découler ! Tandis que quand on est jeune diplômé, si c'est mal expliqué au départ ! si les collègues c'est vraiment... un truc un peu... « C'est bon, c'est habituel ! » ben... pourquoi on fait ça, en fait ? C'est de reprendre, de toujours faire un feedback ! de pourquoi aussi ! Après à distance avec le patient ! comme avec les collègues ! Déjà, on contentionne un patient, on se réunit, on dit : « Qu'est-ce qu'on aurait pu améliorer ? Est-ce qu'on a raté quelque chose aussi ? ça peut... ça peut-être une pacification ? Est-ce qu'elle a été bien faite ? Est-ce qu'on a trouvé les bons arguments ? Est-ce qu'on a été adaptés euh... dans l'échange ? Est-ce qu'il y avait d'autres possibilités ? » ça ! c'est hyper important, je trouve ! de le faire à chaud ! Et de dire euh... après, avec le patient ! quand il est plus apaisé, de revenir aussi sur le pourquoi ? il a la contention ? faut pas rester euh... faut toujours ce... expliciter les... les raisons, surtout d'une contention physique ! Donc à faire... aussi avec les collègues ! j'étais parti aussi de ce constat là ! parce que le tout premier jour où j'avais travaillé dans ce secteur fermé ! donc j'étais euh... c'était mon premier jour entant qu'ash, c'était la première fois que je foutais les pieds dans un service ! et euh... c'est genre... ! j'suis arrivé ! avec ma blouse ! je... j'ai pas eu le temps de me présenter que j'étais déjà entrain de contentonné un patient ! j'me demandais, mais qu'est ce que je fous là ? moi ! j'connaisais pas le patient ! ni les collègues ! on m'a juste dit : « Toi ! le grand ! assis toi dessus ! » (rires) c'était une agitation psychomotrice... ça m'avait marqué ! en me disant « mais qu'est ce que c'est que ça ! mais qu'est-ce que je fous là ! » (l. 783-805)</p>
<p>Entretien n°4 Formatrice IFSI : Célia</p>	<p>Donc la contention chimique, ça existe aussi ! si on pouvait aménager, tout ce qu'il faut dans les unités ! pour éviter tout ce qui est contention physique, chimique... ! Y'a des patients qui sont en crise... ! si vous êtes à trois, quatre à intervenir et à savoir pourquoi... ! Bien évidemment que... la privation de liberté n'est pas nécessaire ! Mais comme je dis toujours... ! c'est une question de personnel ! et de temps ! et de possibilités ! Bien évidemment ! En plus, ça fait 25 ans que je travaille en psychiatrie ! J'ai vu le début et euh... la fin ! Maintenant, vous avez beaucoup d'infirmiers ! ce qu'on appelle... le DATI ! vous savez, les trucs dans</p>

les... dans les poches ! là, le bouton d'alerte ! Avant, on l'avait pas ça ! On l'avait pas ! c'est-à-dire... parce qu'on était assez nombreux pour se dire : « Si jamais y'a quelque chose, on est là ! » Pareil, les chambres d'isolement... ! on va en mettre un en chambre d'isolement pendant 48h pour évaluer ! Mais... y'avait pas forcément besoin de chambre d'isolement ! Y'avait effectivement une observance, mais... une observance, il fallait être là ! Mais effectivement ! pendant que moi je suis au lit du patient ! par exemple, deux, trois heures... je l'accompagne, bah... ! je suis pas ailleurs avec mon collègue ! Donc bien évidemment, pour moi ! y'a une cause à effet entre le manque de personnel ! et puis... les politiques de management des hôpitaux aussi ! Je vais aller jusque-là ! C'est-à-dire que... quand on a décidé ! et que les hôpitaux fonctionnent avec la loi HPST de 2009 ! c'est-à-dire comme des entreprises ! où, en fait, c'est maintenant la productivité, la rentabilité... ! donc forcément ! le coût du personnel... vous le savez très bien, c'est ce qui coûte le plus ! (l. 518-537)

Voilà ! Donc du moment où on fait fonctionner les hôpitaux comme des entreprises, y'a un moment donné... alors moi on ne m'en enlèvera pas ce côté rebelle ! je sais pas ! qui fait que forcément ! on a biaisé ça ! Et ce biais passe par... euh... des privations de liberté ! Des chambres d'isolement ! Des contentions... ! qui ne sont pas forcément nécessaires ! Voilà moi ! ce que j'en pense ! parce que j'ai connu le avant ! Et l'unité que je vous ai dit où il n'y avait pas de chambres d'isolement ! ça fonctionnait tout aussi bien ! hein ! Je me rappelle très bien ! on prenait des patients, donc, des hospitalisations sous contrainte ! qui ont toujours existé ! on est parti faire de l'escalade avec ces patients-là, du parapente ! mais là, si on le fait maintenant, on part en prison ! (l. 539-547)

Y'a eu des faits divers qui ont fait que ! tout de suite ! l'aspect sécuritaire de l'hôpital psychiatrique... ! On s'est dit : « C'est bon maintenant... ! c'est presque comme des gardiens de prison ! » Et donc, surtout... ne faites pas de vagues ! Et je pense que là, ça a tout biaisé ! Et ça a tout changé ! Puisque, effectivement ! c'est devenu la norme : les chambres d'iso... ! contentions... ! On le voit bien, quand on accueille les prisonniers... ! C'est des infirmiers seuls qui vont les chercher ! quand même ! Ça veut dire que l'infirmier, sous couvert... ! parce qu'il travaille en psychiatrie... ! ça peut devenir quelqu'un de la pénitencière ! On ne demande jamais ça ! à un infirmier de l'hôpital somatique, par exemple ! (l. 556-563)

Y'a toujours eu des contentions ! bien sûr ! Mais... ! d'autres cas, où on peut effectivement ! faire autrement ! Mais malheureusement... la politique nous a amenés... euh et moi j'en démordrai pas ! à ces... ces dérives ! Dans certaines unités ! où, effectivement... ! la contention est vue comme une solution par défaut ! Mais vous le voyez ailleurs ! y'a pas besoin d'être en psychiatrie ! (1.571-575)

Bien évidemment, y'a des patients qui nécessitent une chambre d'isolement parce qu'ils mettent en danger la vie des autres ! On n'est pas là non plus pour qu'il y est une charpie ! Mais... y'a des fois où, effectivement, on peut faire autrement ! Je pense ! Mais tout pareil, faut avoir les moyens pour... ! (1.590-598)

Oui, mais je suis pas à dire : « Il faut tout revenir comme avant ! » Mais... je sais qu'il y a certaines techniques qui, du coup ! ont été enlevées sous mauvais prétexte ! Pas parce qu'elles ne fonctionnaient pas, hein ! Mais parce qu'il fallait amener le côté sécuritaire ! Parce qu'on a décidé de... effectivement... manager ! en tout cas euh... diriger des hôpitaux comme des entreprises ! (1.648-652)

Ce type de patient qui vivent à l'extérieur ! en plus... seuls ! Ils venaient... Et là, non ! Parce qu'ils risquaient de nous contaminer, ou nous de les contaminer ! Mais... on a été hors-la-loi ! On a ouvert les portes ! Il n'y avait pas de masques, je vous rappelle, au début... Il y avait... (sourit) Il fallait des masques, mais on n'en avait pas ! Il en fallait, mais on n'en avait pas ! Mais il y a eu des aberrations dans les Ehpad ! Il y a eu des choses qui se sont faites ! qui ont été gravissimes ! Donc voilà... il faut faire très attention à ces privations de liberté ! Je vous le rappelle... je me réfère au Covid ! parce que ça a été quand même une des causes qui nous ont bien privées de liberté. Et malheureusement... certaines choses qui ont été mises en place à ce moment-là... ! sont restées ! Donc, sous couvert, je vous dis ! des choses perverses ! « Il y a le risque de passage à l'acte ! Il y a le risque de ça... ! Il y avait l'aspect sécuritaire ! » Et là hop ! on referme ! Et on referme ! Et on referme... Et là, pour moi, c'est complètement pervers ! Il y a des choses... des heures de visite... ! Je suis désolée, mais on ne les avait pas avant ! C'est pas pour autant qu'il y avait plus d'agressions, qu'avant ! (1.756-755)

On doit faire très attention à la privation de liberté... parce qu'on va toujours trouver une excuse ! Et... toujours des bonnes ! bonnes raisons ! pas une excuse ! une raison ! On va toujours trouver à justifier... ! (1.784-786)

Cadre de référence

« Entre atteinte à la liberté et aux droits des patients d'un côté, et devoir de protection et de soins de l'autre, la question des mesures restrictives au cours d'une hospitalisation apparaît d'emblée complexe et sensible, de part et d'autre »

Nous comprenons que la position des soignants est difficile et délicate. Ces soignantes souhaitent mettre le patient au cœur de ses soins pour qu'il puisse se réaliser et prendre confiance en lui.

Tout passe par l'autonomie et la capacité à prendre des décisions dans ses occupations quotidiennes puis sociales.

Gaëlle Riou, ergothérapeute, France Le Roux, infirmière

« Le pouvoir investit les corps des sujets. Changement radical riche de perspectives proches de nos interrogations en psychiatrie. Trois étapes ont rythmé la réflexion de Foucault sur le corps et la politique : l'analyse du pouvoir souverain, de la discipline et enfin du bio-pouvoir »

Son travail a pour but de dévoiler la façon dont le pouvoir est utilisé sur l'être humain, notamment sur le corps tout en y associant un sens logique, cohérent avec des arguments valides. *« Cette rationalisation sur la gestion de l'individu »* permet aux institutions de contrôler la conduite des gens.

(Saïd Chebili *« Corps et politique : Foucault et Agamben »*)

Les regards néfastes de la loi du 5 juillet 2011, une loi fortement désapprouvée, discutée par les professionnels du monde psychiatrique et les familles qui se sont battus pendant des générations *« pour redonner leur dignité aux personnes dont le psychisme est altéré »*.

Une proposition va accélérer la mise en place du projet de loi qui va voir le jour le 5 juillet 2011, celle d'insérer le juge des libertés et de la détention pour contrôler au quinzième jour de l'hospitalisation, la demande de soins sous contrainte qui sera réviser 6 mois plus tard si l'hospitalisation persiste. Bernard Durand *« Un quinquennat de santé (2007-2012), Soins psychiatriques : le retour de la contrainte et de la stigmatisation »*

« L'isolement consiste à placer la personne à visée de protection dans un espace fermé et séparé des autres patients lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique ».

On relève un accroissement important en 2020 en lien avec le confinement de la pandémie du Covid-19. Plusieurs hypothèses sont soulignées, celle du manque d'effectif pour arrêter maladie et garde d'enfants, ce qui a engendré des

difficultés de prises en charge déclenchant une augmentation des états de crise des patients. Ainsi qu'un accès limité aux soins causé par le confinement impactant psychologiquement les personnes atteintes de troubles psychiques.

Magali Coldefy, Coralie Gandré et avec la collaboration de Stéphanie Rollo « *Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre* » (juin 2022)

La décision de mise en chambre d'isolement est très fortement réglementée. Pouvez-vous me raconter une expérience de mise en chambre d'isolement, de sa motivation jusqu'à la sortie gérée du patient en passant par le séjour en chambre ? Comment l'avez-vous vécu ? Pouvez-vous me dire quelles étaient les indications thérapeutiques ?

Entretien n°1

UMD :

Ben

C'était une patiente ! une jeune patiente ! euh... difficile à gérer ! parce qu'il y avait des moments comme ça ! de... de de de... tension ! hyper fort ! et hyper soudain ! pour des trucs que... et elle avait ! elle avait un plâtre ! elle avait un plâtre et euh... parce que... elle s'était... elle s'était fait mal au poignet... euh genre en faisant des pompes à l'envers ! (lève les yeux au ciel) Et elle voulait se laver les cheveux en plein milieu de la journée ! et elle voulait qu'on lui lave les cheveux ! Et on lui dit que... on lavera pas les cheveux ! c'était une patiente pour lequel le cadre avait vraiment de l'importance ! parce qu'il était très contenant ! Et heum... on lui dit qu'on lavera pas les cheveux ! que que les soins d'hygiène ! c'est le matin ou alors sur les temps en chambre ! et que... on peut lui proposer de mettre une protection sur son plâtre pour qu'elle s'autonomise... ! enfin ! on allait pas lui laver les cheveux ! en plus je me demande si c'était pas un jour où on était que des hommes ! c'était une jeune femme ! tu vois c'est c'est... enfin on préfère sur les soins comme ça...

on ne... répond pas positivement à sa demande ! Elle a enlevé son plâtre ! elle nous l'a jeté dessus ! Premier temps ! (sourit) Donc là on fait ! bah tu vois on n'a même pas fait de... de retour en iso... je crois ! on avait fait un retour en chambre ! En mode bah... c'est pas possible euh... c'est pas possible ! Déjà le plâtre s'était mal mit ! (rit) parce qu'elle l'a enlevé... fuite ! comme ça ! (rit) Et euh... et en fait le dialogue était euh... était impossible ! parce que... parce que on était des enfoirés... de pas lui laver les cheveux ! quoi si tu veux ! Et un moment on lui dit, si ça continu ! ça monte trop loin ! ça s'ra ! euh... ça s'ra euh... une mise en iso ! car là c'est pas possible ! c'est... voilà... Donc déjà y'a une alternative ! Tu vois c'est... soit tu te cales ! tu te poses ! on revoit ça après ! soit ! bah... tu vas aller en iso ! Elle ne s'est pas du tout calmée !

Et donc du coup ! voilà... on a du physiquement... la contraindre ! ah... voilà ! Et en fait au milieu du couloir... elle s'agitait tellement qu'on a du passer au sol sur elle ! c'était ! on était 4 ! même 5... ! je pense...

Moi : 5 hommes ?

Ben : Non ! alors... euh... du coup c'est des conneries que j'te dis ! parce que... c'est une collègue qui s'est fait mal ! donc c'était... donc on devait pas du tout ! le... le... le truc des 5 hommes c'était pas ça ! mais voilà ! on était en mode... plus... enfin la faire... faire s'autonomiser ! tu vois... a se laver les cheveux seule ! plutôt qu'avec le plâtre ! Et en fait en la relevant pour l'accompagner jusqu'à... l'iso ! donc voilà ! elle a envoyé un coup de pied ! mais vraiment monumental... ! dans le genou de la collègue ! qui est tombé au sol... voilà ! on a dû la reposer au sol ! là on a posé les entraves ! on a posé les entraves... donc tu vois paf ! ça sécurisé le truc ! Si on... si on les avait posés avant ! bah... la collègue n'aurait pas été blessée ! on l'a amené jusque... jusque... dans l'iso ! et là on a ! Tu sais les entraves... tu les poses sur le patient et après tu les fixes au lit ! Avec ça là ! (me montre ses poignets) Donc du coup on les a fixés au lit ! Et là on a du... la deuxième intérêt d'avoir posé les entraves... ce qu'elle a essayé de se mordre ! Elle a donc... s'auto mutiler ! mais elle ne pouvait pas... parce que... voilà ! mais on voyait bien... qu'elle essayait de... tu vois ! c'est des choses qu'elle avait déjà faites ! bah après je pense qu'on avait dû l'injecter ! parce que bah... si tu lui avais proposé un traitement per os euh... je peux te dire qu'elle aurait jamais pris ! Donc là injection ! Et bah après tu laisses attendre ! ouuuu... (bouche cul de poule en faisant un bruit de vent et baisse sa main de haut en bas) voilà euh... bah vu par le médecin car c'est une obligation légale évidemment ! 0. Pour que le médecin prescrive ! etc. ! euh... voilà ! Et... de mémoire ! parce que vraiment c'était le pompon ! Euh... on avait ! on avait proposé de... la désentraver sur une main pour qu'elle puisse au moins manger... ou euh... je sais plus quoi seule ! Et elle en a profité pour essayer de nous mettre une pêche ! (rigole) donc on a dû la recontentionner... et voilà ! Et après le temps... euh le temps d'iso... c'est fait... jusqu'à ce que... bah ! jusqu'à c'qu'on voit que ça va mieux ! Puis des fois c'est des retours... d'abord ! avant de faire euh... iso au retour à la vie normale des UMD ! (l. 749-814)

Entretien n°2

Accueil crise fermée :

Léa

Donc si on prend une situation que j'ai trouvé justifié ! on avait un patient qui était très délirant ! dans le refus de soins ! et avec... associé à ça ! un trouble de la personnalité psychopathique ! Donc c'est un patient pendant ses états de... de... décompensation ! euh... qui était euh... très hostile ! persécuté ! euh... et avec qui il n'y avait aucune

alliance ! aucune adhésion ! Ajoutons à ça ! qui consommait régulièrement des stupéfiants ! du cannabis qui renforçait la persécution ! et cocaïne qui renforçait cette toute puissance du patient ! On a eu ! de grandes difficultés à chaque hospitalisation... ! a euh... a introduire un traitement ! et en fait ! à chaque fois qu'il ressortait... ! il sortait parce que la schizophrénie ! était traitée ! après les troubles ! types psychopathiques ! ça ! ça ne se traite pas ! et du coup il sortait parce qu'il faisait n'importe quoi dans le service ! mais que... il était compatible avec une sortie ! Mais en fait un jour ! il a été hospitalisé pour euh... une nouvelle décompensation ! et euh... il s'en prenait régulièrement aux autres patients ! il les frappait euh... en autre il les volait... les raquettait euh... c'était très compliqué dans le service ! et en même temps il était très délire ! avec beaucoup d'hallucinations auditives ! etc. ! Et en fait euh... on a pris la décision ! un jour où ça débordait trop ! on a pris la décision de lui donner un traitement si besoin... ! pour l'apaiser ! parce que c'était plus gérable dans le service ! en se disant... on va pas avoir besoin de la chambre d'isolement ! on va essayer... on le connaît depuis un moment ! on va essayer de gérer comme ça ! Au final ! au moment de lui proposer le traitement ! il a sauté sur ma collègue ! et... il l'a blessé ! vraiment physiquement ! il l'a vraiment agressé physiquement ! Euh... parce qu'il était persuadé dans son état délirant ! qu'elle était le diable ... ! etc. ! Donc il a fait une fausse reconnaissance ! en plus des éléments délirants de persécution ! Du coup ! il a fini par passer en isolement ! pendant l'isolement ! euh... il a euh... un jour on est allé le voir avec le médecin ! il a décidé ! de collecter ses excréments... ! et au moment où l'on a ouvert la porte ! il les a balancés à l'ensemble de l'équipe qui était présente ! Donc ! suite à ça ! on a dû le contentionner... ! Peu de temps après ! huit jours plus tard ! on a levé les contentions ! il est resté deux jours sans contentions ! et pendant... ! une sortie cigarette dans le patio d'isolement ! il est de nouveau passé à l'acte sur un autre collègue ! qu'il a aussi blessé ! donc il est repassé en contention ! ça... duré comme ça ! je dirai... peut-être un mois d'isolement ! il a dû faire ! parce qu'il y avait des passages à l'acte physique important ! il y avait une chimio... une chimiorésistance ! il était complètement résistant à tous les traitements qu'on pouvait faire ! et puis ! au fur et à mesure... ! on a réussi à le... à le stabiliser ! et il a pu sortir d'isolement ! Euh... suite a ça ! il est sorti de l'hôpital ! je pense... peut-être un mois après sortie d'isolement ! je dirai ! je pense qu'il a dû faire trois mois d'hospitalisation ! il est sorti ben... stable ! mais toujours avec ces éléments de

psychopathies euh... et par contre un programme de soins ! une obligation de soins derrière hein ! c'est un patient qui était en SDRE ! Donc euh... il a eu une obligation de soins ! (l. 608-644)

...voilà ! il passe à l'acte sur les patients ! il passe à l'acte sur les soignants ! un moment donné y'a besoin d'arrêter dans l'escalade de la violence ! finalement ! (l.655-656)

Et l'autre situation si je peux l'évoquer du coup ! c'est heum... un patient qui est admis en SPI ! pour... euh... une tentative de suicide ! euh... par IMV ! et en fait ! il est accueilli par un de mes collègues qui est euh... plutôt jeune diplômé ! Euh... il a un an de diplôme mon collègue ! c'était du coup ! ici à Avignon ! Euh... et ! mais il a une expérience à côté ! d'ancien aide-soignant quand même ! Et en fait ! le collègue fait son accueil... ! euh... et quand on accueille un patient en crise suicidaire ! on va évaluer du coup ! le risque suicidaire ! donc on fait une échelle RUD ! Risque, Urgence et Dangérosité ! En fait mon collègue ! fait son RUD, etc. ! euh... bref ! et en fait il part ! et il me dit « j'suis désolé j'peux pas finir l'entrée... ! est-ce-que tu peux voir le monsieur euh... euh... finir l'entrée ! et... faire l'entretien avec le psychiatre derrière ! » ok pas de problème ! Lui... ! il me dit rien ! mon collègue sur ce patient ! Moi je le vois le patient ! euh... donc effectivement il avait bien prémédité son geste ! Euh... donc il avait écrit une lettre... ! pris des traitements ! euh... il s'était assuré que personne pouvait le retrouver... ! euh... il avait fait ça pendant l'absence de sœur ! car il vivait chez sa sœur ! Donc c'était quand même ! vraiment un truc... y'avait vraiment une volonté de mourir derrière ! Bon ! euh... déjà on part du principe que de par mes formations ! et de par mon expérience ! je ne mets jamais un patient en iso ! qui sont de risque suicidaire ! Euh... voilà ! parce que c'est prouvé... hein ! que ça ne fonctionne pas ! Le patient ! il a qu'une envie c'est de mourir ! et de réfléchir comment mourir !

Donc ! ce que je fais quand je fais mon évaluation avec le patient ! il me dit ! qu'il ne regrette pas son passage à l'acte ! que si... il sort de l'hôpital ! il passera de nouveau à l'acte ! mais que ! le fait d'être à l'hôpital ! ça le sécurise... ! il sait très bien qu'il ne pourra pas passer à l'acte ! Heum... et je passe un contrat moral avec lui ! c'est quelque chose que je fais régulièrement avec les patients ! euh... du coup ! euh... suicidaire ! je lui demande de s'engager avec moi ! a ce qu'il soit présent sur les temps... euh... dans l'unité en permanence ! et pas dans sa chambre ! sauf pour dormir la

	<p>nuit ! euh... et qu'il soit toujours dans le champ de vision des soignants ! qu'on puisse le voir en permanence... ! quelque part ! dans les temps communs ! il me dit... ! ok pas de problème ! euh... du coup ! euh... y'a une heure qui s'écoule ! le patient... ! il appelle sa famille ! il se met devant la télé ! il respecte le contrat moral ! on le voit avec le psychiatre ! le psychiatre dit : « C'est un passage à l'acte grave quand même ! euh... y'a une réelle souffrance ! une réelle dépression qui est en train de s'installer... ! chez ce patient ! » euh... mais pas d'indication d'iso ! en soi ! Donc ! voilà ! la prise en charge continue ! Et plus tard ! mon collègue revient... ! et me dit ! pourquoi le patient n'est pas en iso ? Et je lui dis : « Bah... y'a pas d'indication d'iso ! euh... pour ce patient ! il me dit ! si si si... ! euh... y'a une indication ! il ne communique pas avec moi ! il va voir le psychiatre ! et finalement il convainc le psychiatre ! que ce patient a besoin d'un iso ! Donc moi ! je comprends pas ! j'essaie d'en discuter... ! euh ! Je venais d'arriver ! ça faisait une semaine et demie que j'étais là ! euh... c'était déjà compliqué pour moi ! mon intégration... ! donc j'essaie d'en discuter ! je vois que la discussion elle est close ! et euh... que la cadre me demande ! parce qu'en plus ! nous n'avons pas de chambre d'isolement disponible dans l'unité ! me demande d'accompagner ce patient dans une autre unité ! pour le mettre en chambre d'isolement !</p> <p>Voilà ! c'est ça ! moi j'ai refusé ! j'ai dit : « Pour moi y'a pas d'indication d'isolement ! je comprends pas pourquoi je vais le mettre en isolement ! donc je le mettrai pas ! » Mon collègue... ! lui c'est qui met en avant ! après qu'on en discute ! c'est que c'était super préméditer ! il avait tout organisé ! Sauf que la crise suicidaire ! elle intervient à un instant T ! C'est pas ! parce qu'il y a eu le passage à l'acte ! que une heure plus tard ! le patient ne va pas regretter son passage à l'acte duquel il a été sauvé ! finalement ! euh... ou qui va pas réfléchir à un autre moyen légal ! Là pour le coup ! je fais mon évaluation ! le patient a des idées suicidaires ! oui ! pas scénarisé ! et pas d'accès à un moyen légal ! Donc ! euh... le risque il est... il est... modéré ! (1.659-714)</p>
<p>Entretien n°3 Accueil crise fermée : Greg</p>	<p>C'est un... patient en agitation psychomotrice sur... les... extrêmement délirant, très persécuté ! euh... avec beaucoup d'altercations sur les autres patients, dû... par le délire de spoliation, de vol et tout ça ! Euh... donc euh... indication d'isolement pour le mettre à l'écart des autres ! pour le protéger aussi des autres, parce que ça mettait une grosse tension ! Y avait des problèmes d'observance du traitement ! Les chambres d'isolement, elles s'imposent... ! dans ce cas-là ! pour vérifier l'observance du traitement !</p>

	<p>Là, on est toujours avec... c'est plus facile de... en surveillance ! Euh... pour l'hypostimulation... ce patient-là euh... ça c'est toujours bien passé, dans le sens où là... là c'est du soin ! y'a une agitation où on peut régler toutes les problématiques avec cette pièce ! Une sorte de surveillance ! Ils sont pas abandonnés dans la pièce ! Mais l'hypostimulation, dans certains cas, c'est hyper important euh... sur des troubles euh... quand les patients sont complètement exaltés ! ou euh... complètement morcelés ! complètement délirants ! Hop ! on met dans une pièce, contention géographique encore plus que celle des murs ! et ça permet de... d'abraser aussi le délire par l'hypostimulation ! Y'a pas de la télévision qui va leur parler, le téléphone... c'est euh... donc là c'est eux... Pour moi, c'était la continuité du soin qui était attaquée au niveau des traitements ! euh... c'était pas très probant à ce moment-là ! C'était ! là, c'était une nécessité ! Mais y'a aussi, peut-être, l'expérience ! Ça permet d'apaiser les tensions ! D'apaiser les tensions qu'il y avait dans l'unité ! voilà aussi... d'ouvrir un peu la soupape du service ! Et pour le patient, c'était devenu nécessaire ! parce qu'il se mettait en danger ! le patient va beaucoup mieux, et il sait pourquoi il est là. On est revenu sur les nécessités. Là, il entend, et dit : « Ouais c'est vrai j'étais pas bien ! » C'est qui permet un discours beaucoup plus clair ! beaucoup plus cohérent ! Là, il est en sortie, les repas, donc il est quasi toujours dehors en la journée ! Euh... mais il y dort le soir ! Ça garde aussi un peu le... dire : « si ça va pas ! tu peux y retourner ! » Il peut très bien me solliciter en disant : « Bah là ! j'vais y retourner parce que je me sens pas bien ! » Voilà ! Il sortira probablement... lundi, peut-être ce week-end ! Là c'est du soin ! (l. 838-877)</p>
<p>Cadre de référence</p>	<p>L'isolement en psychiatrie, a pour but de protéger le patient lors d'une phase critique de son état de santé. Cela lui permet d'être dans un espace qui lui est dédié et adapté, où il peut circuler librement tout en étant à l'écart des autres. <i>« L'isolement est une mesure limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluripro-fessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation de l'isolement représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance, etc. réalisés par les</i></p>

différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité ». Celui-ci est limitée à 12h, il peut être renouvelé 12h si l'état du patient le nécessite. Si une prolongation est recommandée, la fiche de prescription doit-être renouvelée toutes les 24h. L'isolement a plus de 48h doit rester à caractère exceptionnel. Pour assurer la sécurité du patient, les visites médicales doivent être au nombre de 2 par 24h. Il est important de communiquer avec le patient pour expliciter le but et les bienfaits recherchés de cet isolement, puis le sujet de sa mise en place. L'isolement doit rester soignant et sécurisant. (HAS. has-sante.fr)

« l'isolement consiste à placer la personne à visée de protection dans un espace fermé et séparé des autres patients lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique ». Les auteures dévoilent que l'isolement est en forte augmentation depuis 2012, soit une augmentation de 19% entre 2012 et 2021 pour les patients en cours d'une hospitalisation à temps plein, dont 48% des patients hospitalisés sans leur consentement.

Magali Coldefy, Coralie Gandré et avec la collaboration de Stéphanie Rollo *« Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre »* (juin 2022)

**Pensez-vous qu'il existe une autre façon de faire ?
existe-t-il des pratiques alternatives ? Merci
d'argumenter votre réponse par des exemples cliniques
ou théoriques.**

Entretien n°1

UMD :

Ben

Alors ! beaucoup de retrait en chambre ! c'est en lien direct avec l'observation dont on parlait juste avant ! Donc un moment si on voit un patient qui ! on estime que son état ! euh... se dégrade et que le groupe ça pose problème ! on va le voir ! on discute ! on trouve que ça va pas ! euh... machin ! va faire un petit temps dans ta chambre ! alors c'est pas une journée entière ! Des fois c'est 1 heure ! Des fois c'est 8 heures ! des fois c'est euh... jusqu'à demain ! des fois c'est euh... le week-end ! voilà ! Et on fait voilà ! on fait un temps en chambre ! parce que tu vas te rassembler ! parce que machin ! Et on... va te proposer un si besoin ! on va te proposer un traitement ! c'est vraiment quelque chose que l'on utilise beaucoup beaucoup beaucoup plus... que la chambre d'iso ! (l. 638-646)

...chambre d'apaisement je mets mon joker dessus ! (l.666)

La privation de liberté ! les choses comme ça ! on leur place dans la prise en charge ! euh... encore une fois si elles sont argumentées ! intelligentes ! comprises... etc ! Alors oui ! il doit y avoir des alternatives ! Mais je pense que... les infirmiers psy d'y'a 30 ans ! s'ils nous voyaient faire maintenant ! ils vont dire... mais c'est quoi ça ! c'est pas possible... voilà !
(l.899-902)

Tous ces trucs qui donnent pas envie ! les murs ! les portes à clés... les machins ! ça... ça fait sens sur des patients qui... qui peuvent pas à l'heure actuelle ! vivre en société ! s'ils sont arrivés là ! c'est pas pour rien ! ...des patients ! des patients qui avaient passé mais des... des des des des... années en iso ! parce qu'ils étaient insortables ! on a fait une sortie thérapeutique à Disneyland Paris ! tu vois ! ça s'est super bien passé ! Et parce que voilà ! il faut... euh il faut... faut mettre du soin... quoi tu vois ! Alors Disneyland Paris pour tous ! non ! (l. 953-959)

J'peux pas dire non y'aura pas d'alternatives ! ça aurai ! ça aurai aucun sens de ma part de dire... non non Mais euh... mais euh je pense quand même qu'il faut garder euh... ces pratiques-là ! (l. 919-922)

Entretien n°2
Accueil crise fermée :
Léa

Oui ! il faut des formations ! mais aussi une politique d'établissement ! Euh... l'institution de (heum ! avec sourire) fait que... on a très souvent recours à l'isolement ! et c'est souvent le premier truc qu'on pense ! alors que ça devrait être le dernier ! Euh... c'était pas le cas où j'ai pu travailler avant ! en fait ! C'est un peu... quelque chose qui m'a déstabilisée quand je suis arrivée ici ! Ça a été très dur pour moi... ! y'a une culture de l'isolement... Un truc de fou ! (Hein... voilà ! avec soupir) Mais faut être formé ! en fait la formation des soignants ! Heum... et l'envie des soignants d'essayer des choses aussi ! parce que... y'a des formations mais y'a aussi faire appel à notre imagination ! en fait ! euh... sur quelque chose qu'on pourrait proposer aux patients qui pourrait fonctionner ! Faut... Faut s'faire confiance aussi ! (l.439-449)

La contention ! ici ! que ce soit ici ! ou à ! on la pratique quasiment jamais ! Euh... l'isolement ! ici un peu plus ici qu'à Orléans ! Mais parce que des soignants beaucoup moins formés aux méthodes alternatives ! Heum... mais c'est... y'a 15 % des hôpitaux en France qui utilisent... ni isolement ! ni contention ! ni unités fermées ! et ça fonctionne très bien ! Voilà ! et ils ont les mêmes patients ! et ça fonctionne ! c'est juste que... les soignants sont mieux formés ! (l. 430-435)

Y'a plein de méthodes alternatives ! Euh... alors ça peut être ! un entretien infirmier... ! une prise de traitement si besoin... ! aller fumer une clope avec lui... ! lui proposer un jeu de société... ! l'emmener marcher dans le parc... ! En fait ! ça va vraiment dépendre de la crise, comment elle est caractérisée... ! Est-ce que c'est que...le patient il est complètement euh...morcelé ! Du coup, faudrait peut-être faire du packing, un enveloppement ! Est-ce que c'est qu'le patient... il est... je sais pas moi ! il est euh... très exalté ! (soupire) il est euh... en phase maniaque ! etc. ! et du coup ! là ! il a besoin de contenance ! donc on va limiter les stimuli ! Donc ça peut passer par des consignes restrictives ! par exemple euh... plus de visites ! plus d'appels ! parce que le patient est sur stimulé ! ou on retire le téléphone la nuit ! pour qu'il puisse dormir ! euh... et après ! si y'a un état d'agitation... euh... a l'instant t avec un passage à l'acte ! auto ou hétéro agressif ! alors auto ! je vais enlever pour les crises suicidaires... ! je vais vraiment parler des passages à l'acte euh... auto-agressifs ! Par exemple, un patient qui a des injonctions qui lui disent... je sais pas ! de se manger les mains ou autre, ou euh... un patient qui nous tabasse ! euh...

	<p>littéralement ! là ! on peut... on peut faire appel à la chambre d'isolement ! (l. 403-417)</p>
<p>Entretien n°3 Accueil crise fermée : Greg</p>	<p>De l'enveloppement avec des draps très lourds ! Comme on a nous... dans les chambres d'isolement ! Ces draps un peu ignifugés, un peu sécuritaires, qu'on peut pas déchirés ! Ils sont très lourd ! Ce qui permet aussi de bien se sentir dedans ! Y'a des moyens ! y'a toujours parfois la nécessité de passer par la... par la contention ! sur de la... des grandes agitations ! voilà ! très grand euh... morcellement ! Mais le... j'trouve que c'est moins utilisé ! que... qu'il y a 15 ans ! p't-être quand j'ai commencé ! Je trouve qu'on contentionne beaucoup moins ! Après, ça dépend des unités ! Là comme à Alès, euh... un peu dans le fonctionnement de l'unité de ne pas contentionner ! C'était une psychiatrie très bienveillante ! ou voilà ! c'était... euh... pas mal vu, mais... ça faisait pas partie du soin ! Y'avait tout un tas d'alternatives avant... avant d'en arriver là ! Il faut vraiment utiliser toutes les... soit le si besoin... ! euh... la médiation par la parole ! euh... du packing, par exemple... Ça peut être par exemple, « Va marcher dans la cour, fume une cigarette et reviens ! et vois si ça va mieux ! euh... défoules toi ! aussi... Alors ! moi J'suis pas trop pour l'utilisation de tout ce qui va être euh... les points taper ! c'est pas trop... mon truc ! le punchingball, par exemple, ça c'est pas trop mon vecteur ! Mais si t'as besoin d'courir, cours !</p> <p>Des fois... ! (tape la main sur la table) prendre le patient ! (tape la main sur la table) l'amener dans la cour ! (tape la main sur la table) dire... ! « Maintenant tu hurles... aussi ! décharge ! » Alors, des fois, j'me demande comment faire... ! ça peut arriver ! (rires) tu tu tu... « ouais décharge ! essaye de trouver un moyen pour décharger ! puisqu'autrement tu sais ce qu'il va se passer ! parfois, ils sont mis sur le fait ! et des fois, les patients peuvent très bien aussi dire : « Ça va pas du tout ! et faut... agir... ! » Donc euh... dans ce cas là on appelle le médecin, s'il est ok ! voilà, c'est une prescription médicale ! de respecter... C'est pas la pénitencière... ! enfin ! j'prends un exemple ! J'pense qu'ils ne le font pas non plus ! mais euh... c'est pas... on a... on a d'autres moyens pour euh... pour éviter ça ! C'est vraiment le dernier... le dernier recours ! (l. 725-756)</p> <p>pt'être qu'il faudrait créer une unité vraiment... fermée ! fermée ! on va dire ! y'a déjà l'UMD, mais... entre les deux, y'a les intensifs et les psychiatriques... mais après faire de</p>

	<p>l'ouvert et le fermer... je l'ai vu, que ça fonctionne ! J'étais très réticent au départ... ! j'ai fait que du fermé ! donc ! pour moi, ça fonctionne bien ! J'étais assez réticent, on me disant... ! on va avoir plein de fugues ! ça va les hypers stimuler, c'est ouvert, fermé... ! mais en fait non, ça fonctionne super bien ! Y'a des très bons retours... et je trouve que pour l'alliance thérapeutique, c'est ce qui fonctionne le mieux ! (l.895-901)</p> <p>Parce qu'y a pas de... y a pas de dualité dans ce cas-là ! On n'est pas des matons... ! (l.903)</p>
<p>Entretien n°4 Formatrice IFSI : Célia</p>	<p>Moi, je me rappelle très bien ! le médecin avec qui je travaillais avant ! donc ! il est parti, y'a bien longtemps à la retraite ! lui, n'avait jamais de chambre d'isolement dans sa structure d'accueil crise fermée ! Parce qu'il pensait pouvoir prendre autrement... en charge ! Et ça fonctionnait très bien ! Voilà ! d'autres... ! y'avait besoin de chambres d'isolement ! Je pense aussi... que, franchement ! que ça a à voir aussi avec le personnel ! Moins y'a de personnel... forcément ! moins y'a de possibilités d'être avec le patient... plus on a besoin de chambres d'isolement ! ou de contention ! Donc forcément, je pense que moi... c'est un lien ! (l. 499-505)</p> <p>Oui ! D'ailleurs, dans ce reportage, ils parlent de maison de famille... ! Ils parlent d'entraide... au niveau des familles à côté... ! des suites ! Bien sûr qu'il peut y avoir des médecines alternatives ! Euh... moi, je pense qu'il y a aussi toutes ces médecines... complémentaires et alternatives ! euh... la sophrologie ! peut-être ! pour certains... ! L'hypnose... Les ateliers qui peuvent effectivement apaiser l'angoisse... ! l'anxiété pour certains ! mais tout ça, c'est toujours pareil... ! faut pouvoir ! euh... quand on voit qu'on ne trouve pas... enfin... ! à dans le reportage, on l'a vu ! sur cent-sept postes de psychiatres... ! ben y'en a que quarante-sept de pourvus ! Donc à un moment donné... on peut pas travailler sans les médecins ! (l. 601-609)</p> <p>Moi, j'ai connu le temps ! hein, où... en accueil crise fermée... ! on accompagnait le patient énormément sur l'extérieur ! On allait acheter des vêtements avec lui ! on allait voir comment... voilà... ! comment il allait, quoi ! C'est de moins en moins possible... ! Alors, on le voit un peu plus dans les structures ! de ce qu'on appelle... de réhabilitation ! Où y'a un peu moins de patients, voilà ! Mais généralement, pour ce type de patients... ! il faut un minimum de deux personnes pour l'accompagner ! On peut</p>

pas y aller seul ! Donc ça veut dire que pendant que les deux sont sortis avec un patient... ! il reste combien d'infirmier dans l'unité ? un ou deux ! Donc forcément...y'a des répercussions sur tout ! Donc oui, y'a beaucoup plus d'alternatives qui ont été utilisées avant... ! qui ne le sont plus... ! qui pourraient être encore utilisées ! ou même d'autres ! mais... malheureusement, on vit pas dans un monde « des bisounours » ! ce serait utopique de dire que ça peut se faire ! Dans le contexte actuel, et la façon dont on voit la société en général... ! vous voyez bien, on est dans un courant... quand même... vous allez dire ! les premiers de cordée, les meilleurs, la productivité, la rentabilité... ! enfin ! Moi, j'ai connu aussi ! ça va rebondir avec ce que vous dites ! c'est-à-dire que j'ai connu beaucoup de réunions cliniques, où on parlait du patient ! la qualité des soins et du patient dans les réunions cliniques ! Les derniers temps, dans les réunions et je parle de cadres ! même le mot « *patient* » n'apparaissait plus ! La qualité des soins n'apparaissait plus ! C'était ! euh... combien de temps il restait ? La durée moyenne de séjour ? Comment on va faire ? Voilà ! Y'a plus cet aspect clinique... autour ! donc encore moins pour parler de médecine alternative ! (l. 614-627)

Et toutes ces médecines alternatives, dont vous parlez... ! ben, ça peut permettre un petit peu... ! de donner une petite bouffée d'oxygène ! Il y a autre chose qu'on peut faire, plutôt que de fermer derrière... de claquer la porte ! ou d'attacher la personne âgée, parce qu'elle risque de tomber, etc. ! J'ose espérer qu'on va revenir à ça ! mais pour revenir à ça ! euh... c'est pas les soignants qui sont en cause ! Pas du tout ! C'est le système ! (l. 705-709)

Cadre de référence

« *la prévention des moments de violence reste de loin la meilleure réponse* ». Elle met l'accent sur le fait que la formation des professionnels de santé sur la désescalade est primordiale, qu'une équipe soignante formée et entraînée maîtrise de façon plus adaptée les crises du patient. La HAS recommande l'aménagement d'espace d'apaisement, portes ouvertes en alternative de la chambre d'isolement. Un endroit approprié pour apaiser les tensions et les angoisses du patient tout en lui laissant le choix de quitter la pièce s'il en ressent le besoin. « *Cet espace peut contenir des matelas et des fauteuils, du matériel pour écouter de la musique, des livres et être éclairé avec des lumières douces...* ». La HAS « *has-sante.fr* »

Ils abordent en premier lieu que l'aide apportée doit être en fonction de leurs besoins et « *non celles du maintien de*

l'ordre économique et social ». Ils proposent une mise en place de directives anticipées, rédigées par l'individu lorsque celui-ci est en état d'hors crise. Ainsi la personne peut exprimer ce dont elle souhaite et ce qui peut être mis en place si son état psychique se dégrade, altérant « *les capacités de discernement, de communication ou d'action. Cela donne les moyens de nous soutenir pendant une crise tout en respectant notre consentement* ». Dans cet article, les psychiatrisés évoquent différentes formes d'entraide auto-organisées qui sont en accès libre, gratuit et de proximité comme « *des refuges de toute petite taille, chaleureux et sécurisants, où rester le temps que ça aille mieux. Des cafés crise. Des numéros d'appel d'urgence. Des groupes d'entraide autour de vécus. Des maisons de passages en journée et soirée, avec un soutien démedicalisé et mutuel : pour recevoir et proposer du soutien et y trouver diverses pratiques de soins, infos, co-écoute, travaux pratiques, divers groupes de parole, etc.* ». Ils mentionnent également des interventions à domicile composées de personnes formées afin de désactiver la crise en appliquant des méthodes vers des principes de désescalade comme une communication ouverte ou la mise en place d'un traitement. Les psychiatrisés mettent en lumière que des habitations collectives auto-organisées peuvent permettre de briser la solitude, l'isolement tout en activant de l'entraide ainsi que des « *Coopératives de travail autogérées par des (ex)psychiatrisés, pour combattre notre exclusion sociale* ». zinzine.net « *Si c'est contraint, c'est pas du soin* », (2019)

Le psychiatre dévoile que la France détient des établissements d'exception où l'isolement et la contention sont bannis, comme l'hôpital de Valvert près de Marseille et La Ragne à Gap. Ces deux lieux à taille humaine, compte environ cinquante lits et fonctionnent très bien sans contention ni chambre d'isolement.

Mathieu Bellashen « Abolir la contention » expose dans son chapitre « *David et l'enveloppement* » (p.130-132), une alternative à la contention qu'il a pratiqué lorsque le patient était en très grande crise et que celui-ci n'arrivait plus à contrôler ses pulsions. Ainsi dire, placé en chambre d'isolement, le psychiatrisé tente d'étrangler l'infirmière qui lui apporte son repas. Le psychiatre intervient et propose à celui-ci un enveloppement avec des draps en lui expliquant doucement chaque étape. Une approche du psychiatre qui a permis d'éviter au patient la contention et de réactiver la communication, l'alliance et le relationnel soignant-soigné.

	Avez-vous des éléments à rajouter que nous n'aurions pas mentionné ?
Entretien n°1 UMD : Ben	On a parlé très longtemps ? non (l. 964)
Entretien n°2 Accueil crise fermée : Léa	Heum... non ! je pense pas ! (l.768)
Entretien n°3 Accueil crise fermée : Greg	<p>Il vaut mieux... ! une bonne hospitalisation ! On a pu euh... brosser un maximum de choses, sur l'alliance ! la nécessité d'observance du traitement ! bien border avec le... les centres médico-psychologiques ! peut-être un suivi extra... euh... extra-hospitalier ! avec un psychologue peut-être qui va faire de l'EMDR... ! sur l'extérieur... ! Pour limiter, de dire comme ça ! « Vous allez pas revenir aussi ! Le but ! c'est que vous soyez chez vous ! ça c'est... tout ce qu'on veut pour vous ! c'est que vous puissiez retravailler ! Retrouver la famille ! y'en a beaucoup qui sont mariés, qui ont des enfants ! euh... qui travaillent ! On leur dit : « Vous allez pouvoir retourner dans votre activité ! » Mais le but, c'est pas de revenir à l'hôpital aussi ! Donc on va vous donner les clés, les outils ! pour que euh... l'hospitalisation s'est bien passée ! y'a des choses que vous avez compris ! mais y'a encore ! voilà, on peut pas vous lâcher comme ça, du jour au lendemain ! à dire... ! « Vous allez retourner travailler ! y'a ! il faut continuer un suivi ! » Expliquer c'qui peut se passer à l'extérieur ! « Est-ce que... la problématique que vous avez eue, elle vient du travail ? Est-c'que... y'a d'autres choses à mettre en place ? Il y a un suivi à continuer... ! » L'hospitalisation, c'est pas juste les murs ici, de la porte fermée. L'hospitalisation continue encore bien après, avec les collègues extra-hospitaliers qui font un super boulot euh... avec les patients ! (l. 684-703)</p> <p>et après le... des fois même au niveau des collègues ! y'a... y'a des fantasmes aussi... sur ce qui peut se passer dans les... dans les unités ! euh... c'était... j'étais en Dordogne à ce moment-là ! aux soins intensifs psychiatrique ! y'a une collègue d'un autre service, c'était une collègue agent... service logistique ! qui était en remplacement, qui vient... le matin ! et euh... qui me demande à quelle heure on les détache ? pour qu'elle puisse faire le ménage ! et je... et ça m'avais choqué ! mais... pour quoi on passe ! mais nous... ! on attache jamais les patients ! Donc y'avait... ils étaient</p>

	<p>enfermés en chambre ! y'avait un protocole très spécifique ! ils étaient fermés en chambre ! mais... on les attache jamais les patients ici... ! c'est très rare qu'on... enfin sur des passages à l'acte ! des patients très problématique ! mais... on attache pas les patients la nuit ! quand même quoi ! Donc des fois... faut revenir un peu sur tout ! pourquoi on contentionne ! la logique du... remettre du sens et... remettre du soin ! aussi derrière ! mais ça les formations elles sont hyper importantes ! Alors que la collègue ! (tape la main sur la table) c'était le service juste à côté... (tape la main sur la table) y'avait une porte à passer ! elle était dans le nôtre ! Elle savait pas ! et elle pensait que... y'avait une sorte de rhumeur... ! (sourit) qui disait : « Mais vous les attachez la nuit ! » ça m'avait fait rire sur le moment ! et après ça m'avait profondément... ouais ça m'avait blessé ! (1.807-828)</p> <p>On n'est pas des matons... ! Changer le regard aussi ! sur l'infirmier en psychiatrie ! (1.909)</p> <p>ça vient progressivement ! y'a de plus en plus de... de choses qui se mettent en place, ça se développe ! Après, y a des fermetures de lits ! donc euh... y'a moins de place ! donc ça devient vraiment les cas euh... les urgences ! qui sont... des patients qui sont beaucoup moins bien ! Euh... Tu aurais pt'êtré dû rentrer avant ! mais faute de place... entre vraiment en urgence ! aussi ! Donc ça...ça questionnait aussi sur le euh... sur le nombre de lits ! Fermer des lits, c'est bien, mais... j'pense qu'on accueille vraiment les patients en crise ! alors qu'ils auraient pu, probablement venir avant ! et avoir des hospitalisations dans de meilleures conditions ! Mais bon ! ça j'sais pas... j'ai pas la main là-dessus... ! (1.917-924)</p>
<p>Entretien n°4 Formatrice IFSI : Célia</p>	<p>On continue à y aller, droit devant ! Donc c'est pour ça que je vous dis : j'ose espérer qu'on a fait le tour de ça ! du cycle ! Dernièrement, j'ai entendu quand même qu'ils se posaient la question de la T2A ! Parce que c'est ça, hein : la T2A, c'est quoi ? c'est en fait ! on a voulu rémunérer les hôpitaux... ! par rapport à l'activité qu'ils faisaient ! Donc plus ils faisaient d'activité, plus ils étaient payés ! Donc c'est biaisé, pareil ! Parce que... vous avez vu ? c'était dans « <i>Complément d'enquête</i> », peut-être ? Ils avaient fait une émission, sur la T2A, dans les hôpitaux somatiques ! l'hôpital psychiatrique aussi ! Ils payaient... ! côté pervers ! des cabinets d'experts pour rentrer des actes... ! que les infirmiers, les chirurgiens, les médecins, avaient oublié de</p>

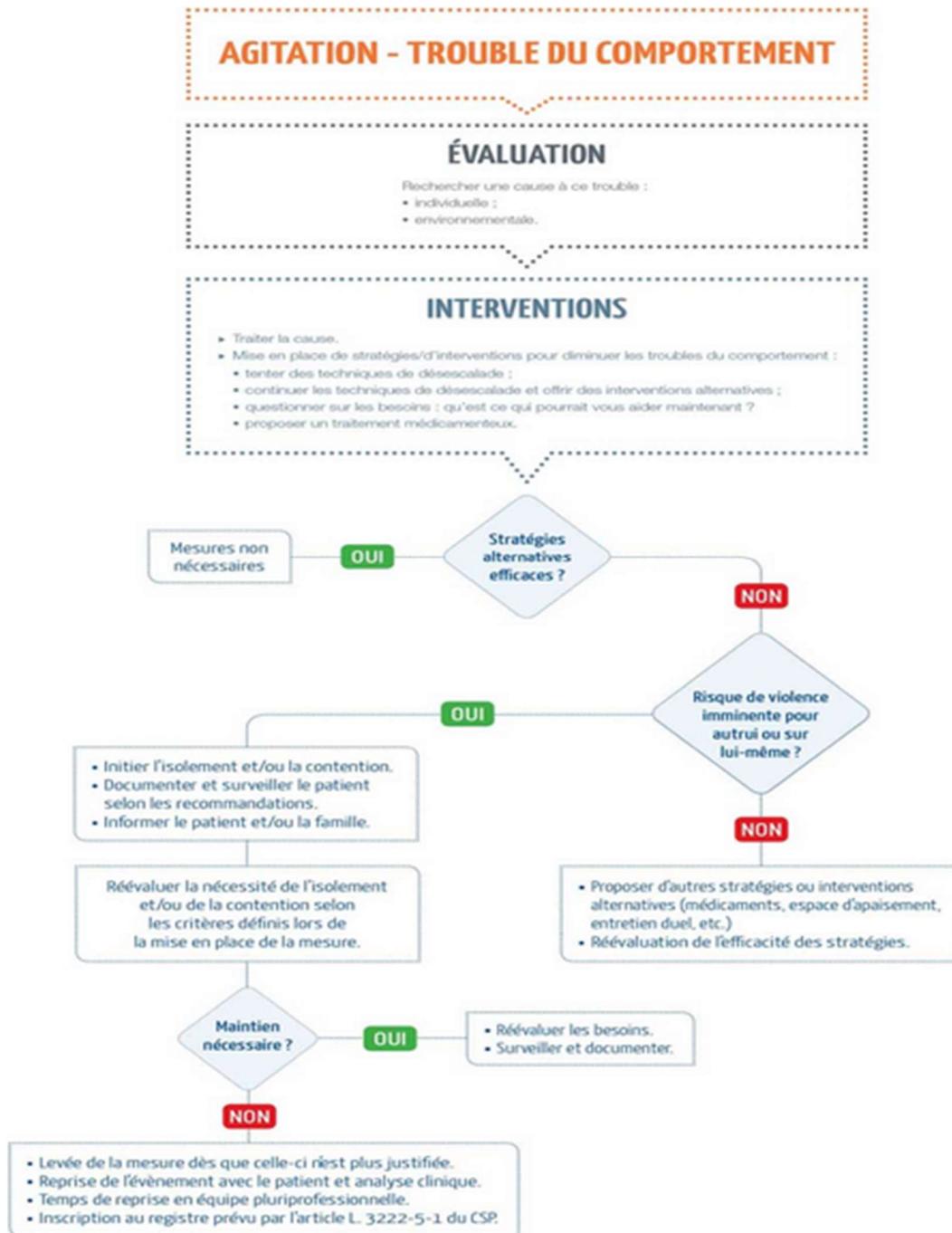
rentrer ! Mais... on marche sur la tête, quoi ! J'espère que ce côté-là ! il a fait son temps ! Et qu'on se dit... Pas forcément revenir en arrière... ! mais... qui y'a d'autres possibilités ! (l. 648-669)

La plupart des burn-outs des soignants ! C'est pas la charge de travail ! J'avais autant de charge de travail... au tout début de ma carrière... qu'après ! Parce que c'est juste que les charges de travail se sont déplacées ! Avant, on avait beaucoup d'écrit à faire, sur les classeurs à archiver... ! Après, tout a été informatisé ! Mais c'est d'autres charges... du coup ! qui ont été rajoutées ! La charge de travail a toujours été la même ! 95 % des burn-outs, c'est pas la charge de travail ! Les gens sont arrêtés parce qu'ils ont perdu le sens de leur travail ! C'est-à-dire qu'ils ont fait des choses qui étaient en dehors de leurs valeurs ! (l. 694-703)

Vous avez bien vu la période Covid... Dont les EHPAD, mais pas que... ! Ça a été quelque chose de très fermé, tout ce qui se passait à l'intérieur ! Moi, j'étais encore sur le terrain, pendant le Covid... parce que je suis arrivée à l'ifsi après, en 2021 ! Mais j'ai vu des pratiques incroyables ! On était en CMP, On nous interdisait de faire entrer les patients ! Mais de quel droit ? Voilà. Ça, je sais pas si vous comprenez... Mais... on a été hors-la-loi ! C'est-à-dire que... oui ! j'ai ouvert aux patients ! On me l'a interdit, institutionnellement ! "Vous ne faites rentrer aucun patient." Mais... qu'est ce que je faisais ! je les ai laissés dans le couloir ! « Non ! vous rentrez pas ! » Ils étaient à la porte du CMP ! (l.747-754)

Annexe VI : Carte mentale – Processus prise de décision

Patients en soins sans consentement – Stratégies de prise en charge en cas d'agitation ou de trouble du comportement



Annexe VII : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

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

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

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

Je soussignée (Prénom, NOM) : *Mélie Pasnig*

Promotion : *2022-2025*

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE) *Soigner l'irréparable, au sein de l'enfermement!*

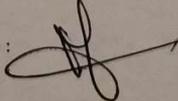
En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui non

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

oui non

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

Avignon, le *01/04/25* Signature : 

RESUME

Soigner l'intouchable, au cœur de l'enfermement !

Portes fermées à clés, barreaux aux fenêtres, cour grillagée en hauteur, chambre avec lit et petite table scellés au sol. Des individus déambulent en pyjamas bleus dans les couloirs, leurs affaires personnelles et denrées alimentaires sont enfermées dans des coffres, pas de téléphone portable autorisés, seul un appel par jour est accordé pour certains. Où suis-je ? Le soignant prend le rôle du « *gendarme* » en blouse blanche appliquant des protocoles de sécurité contre sa volonté. Ainsi « **En quoi les pratiques privatives de liberté, en accueil crise fermé, sont-elles un soin ?** » est la question de départ de ce mémoire. La phase exploratoire débute par la construction du cadre théorique qui s'appuie sur des auteurs en lien avec les thèmes abordés. Se poursuivant par la phase exploratoire centrée sur une méthode clinique et les entretiens que j'ai mené auprès d'infirmiers dans différents lieux comme les UMD et les unités crise fermées. Cette enquête a permis de découvrir les raisons qui se cachent derrière les privations de liberté en psychiatrie pouvant générer un univers sécuritaire et que des méthodes alternatives existent et ont leurs places.

Nombre de mots : 187 mots

Mots clés : Privation de liberté, unité crise fermée, soins psychiatriques, univers sécuritaire, méthodes alternatives

ABSTRACT

Cure the untouchable, in the heart of confinement !

Closed doors with keys, bars on the windows, high wire yard, bedroom with bed and small table sealed on the floor. Individuals wander in blue pajamas in the corridors, their personal belongings and food are locked in safes, no mobile phones allowed, only one call per day is granted for some of them. Where am I ? The caregiver takes on the role of the constable in a white coat applying security protocols against his will. Thus, « ***In what way are custodial practices, in closed crisis reception, a care ?*** » is the starting question of this thesis. The exploratory phase starts with the construction of a theoretical framework that is based on authors related to the themes discussed. Continuing through the exploratory phase centered on a clinical method and the interviews I conducted with nurses in different places such as the the unit for difficult psychiatric patients and the closed crisis units. This investigation has allowed us to discover the reasons behind deprivation of liberty in psychiatry that can generate a safe universe and that alternative methods exist and have their place.

number of words : 184 mots

Keywords : Deprivation of liberty, closed crisis unit, psychiatric care, safe universe, alternative methods