



I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P. du
G.I.P.E.S. d'Avignon et du
Pays de Vaucluse



MUSITELLI Adriane
Promotion 2023-2026

Travail de Fin d'Etudes

« Condamné à la double peine »

Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date du rendu : 26 mai 2026

Directeur de mémoire : Mme GEVAUDAN Annie

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. »

Remercîment

Je tiens à remercier :

Mme Annie GEVANDAN, ma directrice de mémoire, pour m'avoir accompagnée et guidée tout au long de ce processus, pour avoir su réveiller en moi la passion de lire et de m'interroger sur le monde de la psychiatrie, pour m'avoir aidée à forger une partie de moi et de mon avenir professionnel.

Mr Bernard Collet, mon formateur référent, qui m'a poussée tout au long de ces trois ans, à donner le meilleur de moi-même et d'avoir su trouvé les mots juste pour que je ne perde jamais ma motivation, de m'avoir donné cette nouvelle passion de la psychiatrie. Mais aussi d'avoir répondu du a tous mes caprices !

Les cinq professionnels de santé qui se sont rendus disponibles pour répondre à mes questions et pour leur investissement. *Les différents professionnels de santé que j'ai rencontrés tout au long de mon parcours* et qui m'ont aidé à forger mon identité en tant que future soignante.

Particulièrement *Alexandra*, qui m'a toujours soutenu même dans les situations les plus compliquées.

Baroudia, une infirmière passionnée par son métier avec qui travailler était un pur plaisir, une tutrice formidable sur qui je prendrais exemple.

Mais également *Samy*, le surveillant brigadier qui aurait pu m'ouvrir la porte de l'infirmierie plus rapidement, mais qui m'a malgré tout permis de comprendre plus facilement le fonctionnement de la pénitencier.

Mes proches pour leur soutien constant tout au long de mon parcours, en particulier ma grand-mère qui m'a transmis son amour pour son métier d'infirmière.

Mon oncle *Didier* sans qui tout ce projet n'aurais jamais vue le jour. On se retrouve à l'hôpital psy !

Mais aussi *FERNANDES* (*son nom de famille est trop long*) *Raquel*, sans qui ce mémoire n'aurait pas vu le jour, et sans qui les trois ans d'étude n'auraient pas été aussi simples. Avec qui j'ai vécu des souvenirs inoubliable et qui a sa place dans mon cœur.

Enfin *Theo*, qui m'a aidé et soutenu tout au long de la réalisation de mon mémoire, qui a su me motiver et m'écouter quand j'en avais besoin, et qui m'a poussé jusqu'au bout de ma formation. Merci d'avoir été disponible jour et nuit pour moi, malgré la distance qui nous sépare.

Table des matières

Introduction	1
1. situation d'appel	2
2. questionnement.....	7
3. question de depart.....	8
4. Cadre de référence	8
4.1. histoire de la psychiatrie	8
1.1.1. L'Antiquité	8
1.1.2. Le moyen âge.....	9
1.1.3. La renaissance.....	9
1.1.4. Naissance de la psychiatrie (XIXe-XXe siècle)	10
1.1.5. La psychiatrie de nos jours	12
4.2. La chambre d'isolement une prison ?.....	13
4.3. la stigmatisation.....	20
4.4. la relation soignant-soigné.....	23
5. Enquete exploratoire.....	26
5.1. outils utilise	26
5.2. population choisit et lieu d'investigation	27
5.3. Analyse	27
5.4. Limites de l'enquête	39
6. Problematique.....	39
7. question de recherche	41
8. conclusion.....	42
Bibliographie	44

INTRODUCTION

« On peut dire que l'infirmière psychiatrique, métaphoriquement, est née de l'union d'un maton et d'une bénédictine ! » (Didier Bourgoies, 2009).

Cette citation résume à elle seule toute la complexité du soin en psychiatrie : entre contrainte et bienveillance, entre enfermement et liberté, le soignant se retrouve constamment tiraillé entre deux logiques qui semblent parfois s'opposer.

C'est lors de mon dernier stage de deuxième année, dans un service d'accueil crise mixte, que j'ai été confrontée pour la première fois à cette tension. En quelques semaines, j'ai pris en charge deux patients aux profils très différents, mais qui avaient un point commun : un passé judiciaire. Face à ces patients, j'ai pu observer que le regard des soignants changeait. Les mots utilisés, les attitudes, les soins eux-mêmes semblaient influencés non pas par l'état clinique, mais par ce qu'il avait fait avant d'arriver dans le service. Un détenu n'était plus d'abord un malade, il était d'abord un prisonnier.

Ces situations m'ont questionnée. Comment soigner quelqu'un quand on le juge avant même de le connaître ? En quoi le passé judiciaire d'un patient change-t-il la façon dont on le soigne ? De ces interrogations est née ma question de départ :

« En quoi la stigmatisation des patients ayant fait de la prison et souffrant de troubles psychiques impacte-t-elle la relation de soin ? »

Pour tenter d'y répondre, j'ai d'abord décrit les situations qui m'ont amenée à ce questionnement, avant de construire un cadre de référence autour de quatre grands axes : l'histoire de la psychiatrie, la chambre d'isolement, la stigmatisation, et la relation soignant-soigné. J'ai ensuite mené une enquête exploratoire auprès de cinq infirmiers exerçant dans différents services de psychiatrie, dont une unité pour malades difficiles, un accueil crise fermé et un centre pénitentiaire. L'analyse de ces entretiens m'a permis de m'interroger également sur une nouvelle question.

1. SITUATION D'APPEL

Cette situation se déroule lors de mon dernier stage de 2eme année en tant qu'étudiante infirmière, durant la 3eme semaine. Je me trouve en service d'accueil crise mixte dans un hôpital psychiatrique public. L'équipe pluridisciplinaire est composée de 1 médecin psychiatre, de 4 internes, 1 médecin généraliste, 6 infirmiers de jour, et 3 infirmiers de nuit, 5 aides-soignants de jour et 3 aides-soignants de nuit, 3 agents de service hospitalier, 1 psychologue, 1 assistante sociale. Ce service accueille principalement des patients psychotiques qui arrivent durant une crise, ils peuvent venir de leur propre intention ou bien sous contrainte. La majorité des patients était placée à la demande d'un tiers d'urgence (SDTU), ainsi que des patients en soins en péril imminent (SPI). Cependant, l'accueil crise étant mixte, certaines personnes en soins libres se trouvent dans ce service. Le service prenait en charge des pathologies telles que la schizophrénie, les troubles bipolaires mais aussi la dépression. Durant ce stage, la cadre de santé ainsi que mes tutrices de stage proposent un parcours qui permet de découvrir les autres unités du bâtiment. N'ayant pas de chambre d'isolement dans mon service, je demande donc à en voir une. En effet, la chambre d'isolement étant très connue en psychiatrie, je souhaitais voir et émettre mon propre avis sur les chambres d'isolement. Je me rends donc un matin dans le service d'accueil crise fermé au-dessus de mon unité qui possède une chambre d'isolement. Je suis accompagnée d'une de mes tutrices qui était en renfort dans le service, cela lui permettait également de m'expliquer les chambres d'isolement plus en détail, car elle a une longue expérience en psychiatrie, elle a déjà travaillé en UMD mais également en accueil crise fermé avec des chambres d'isolement. Nous commençons la matinée par la distribution des traitements, afin de pouvoir découvrir les patients du secteur, nous nous rendons ensuite au petit-déjeuner, où se trouvaient nos collègues afin de les aider à observer les patients. À la fin du petit-déjeuner, nous prenons alors notre pause du matin, lors de cette pause, l'orientation appelle pour nous informer que le service recevra un détenu dans leur chambre d'isolement, car celle-ci est la seule libre sur l'hôpital. Cette situation se déroule lors de mon dernier stage de 2eme année en tant qu'étudiante infirmière, durant la 3eme semaine. Je me trouve en service d'accueil crise mixte dans un hôpital psychiatrique public. L'équipe pluridisciplinaire est composée de 1 médecin psychiatre, de 4 internes, 1 médecin généraliste, 6 infirmiers de jour, et 3 infirmiers de nuit, 5 aides-soignants de jour et 3 aides-soignants de nuit, 3 agents de service hospitalier, 1 psychologue, 1 assistante sociale. Ce service accueille principalement des patients psychotiques qui arrivent durant une crise, ils peuvent venir de leur propre intention ou bien

sous contrainte. La majorité des patients était placée à la demande d'un tiers d'urgence (SDTU), ainsi que des patients en soins en péril imminent (SPI). Cependant, l'accueil crise étant mixte, certaines personnes en soins libres se trouvent dans ce service. Le service prenait en charge des pathologies telles que la schizophrénie, les troubles bipolaires mais aussi la dépression. Durant ce stage, la cadre de santé ainsi que mes tutrices de stage proposent un parcours qui permet de découvrir les autres unités du bâtiment. N'ayant pas de chambre d'isolement dans mon service, je demande donc à en voir une. En effet, la chambre d'isolement étant très connue en psychiatrie, je souhaitais voir et émettre mon propre avis sur les chambres d'isolement. Je me rends donc un matin dans le service d'accueil crise fermé au-dessus de mon unité qui possède une chambre d'isolement. Je suis accompagnée d'une de mes tutrices qui était en renfort dans le service, cela lui permettait également de m'expliquer les chambres d'isolement plus en détail, car elle a une longue expérience en psychiatrie, elle a déjà travaillé en UMD mais également en accueil crise fermé avec des chambres d'isolement. Nous commençons la matinée par la distribution des traitements, afin de pouvoir découvrir les patients du secteur, nous nous rendons ensuite au petit-déjeuner, où se trouvaient nos collègues afin de les aider à observer les patients. À la fin du petit-déjeuner, nous prenons alors notre pause du matin, lors de cette pause, l'orientation appelle pour nous informer que le service recevra un détenu dans leur chambre d'isolement, car celle-ci est la seule libre sur l'hôpital. L'orientation fait une brève description du patient : c'est un homme, en primo-hospitalisation, qui vient pour hétéroagressivité. À la suite de cela, l'infirmier qui a réceptionné l'appel nous retranscrit ce qui a été dit, j'entends alors un infirmier se plaindre en disant : « Le service est suffisamment chargé, ce n'est pas à nous d'accueillir tous les prisonniers, encore moins s'ils sont agressifs, s'il est en prison c'est pas pour rien ». J'entends alors une des collègues aide-soignantes dire que : « c'est une primo-hospitalisation, il a dû faire ça pour sortir un peu de la prison ». On peut donc se demander si la prise en charge des détenus en psychiatrie n'est pas influencée par la représentation qu'ont les soignants sur ces patients ? Un détenu avec un comportement violent n'est-il pas toujours perçu à travers son acte judiciaire plutôt qu'à travers ses besoins ? Les détenus sont-ils d'abord vus comme une « personne malade » ou comme un « prisonnier » ?

Le patient arrive avant le repas du midi, la mère ainsi que le père du patient sont arrivés à l'hôpital. Le détenu semble sédaté, avec une thymie neutre, il est admis dans le service suite à un passage à l'acte grave hétéroagressif sur son codétenu ainsi que sur des gardes pénitentiaires. Après lui avoir montré sa chambre et effectué toutes les modalités d'entrée, le médecin

psychiatre demande donc à le voir. Lors de son entretien, il répond très peu aux questions posées par le médecin psychiatre ainsi qu'aux questions posées par le personnel soignant, il a un visage fermé et ne comprend pas où il se trouve, il reste encore assez sédaté comme à son arrivée. Cependant pendant l'entretien il ne présente aucun signe d'agressivité envers le personnel soignant. En revenant quelques heures plus tard après l'entretien, l'équipe soignante décide de retourner le voir afin de pouvoir créer une alliance thérapeutique et éviter de traumatiser le patient pour sa primo-hospitalisation. En effet, se retrouver dans une chambre d'isolement pour une première hospitalisation peut être traumatisant pour tout patient. En plus petit comité, le patient accepte de répondre aux questions de l'infirmière. Il exprime que son passage à l'acte est lié aux conditions de sa détention, selon ses dires, les gardiens de prison étaient maltraitants envers lui, de même pour son codétenu. Lors de son explication, il a un débit de parole lent, mais son discours n'est pas délirant, il est même assez cohérent. C'est un patient assez respectueux envers l'équipe soignante et qui parle de façon claire et appropriée. À la suite de son entretien, le médecin a prescrit une injection intramusculaire, ma tutrice me propose donc d'assister au soin, afin de voir comment est faite une injection en chambre d'isolement. Nous préparons l'injection et nous nous rendons dans la chambre accompagnées d'un certain nombre de nos collègues. À notre arrivée, je remarque que le patient semble avoir une tête un peu stressée par le nombre de personnes qu'il voit arriver ainsi que par la corpulence et le visage fermé des soignants. À ce moment-là, le patient était calme, je me suis donc demandé si le fait que ce détenu soit décrit comme violent nécessite autant de soignants pour un soin ? Tous ces soignants ne contribuent-ils pas à renforcer un climat de méfiance et donc à déclencher de l'agressivité ? De plus, autant de contention durant ce soin ne risque-t-elle pas de générer du stress ou un traumatisme pour le patient ? Comment réussir à trouver un équilibre entre sécurité et respect de la dignité du patient ? On peut également questionner le fait que son statut de détenu n'influence-t-il pas la manière dont nous anticipons et réalisons les soins ?

Le patient se retrouve donc maintenu par cinq personnes afin que l'on puisse l'injecter. Je demande alors à ma tutrice pourquoi autant de soignants sont nécessaires pour injecter ce patient alors qu'il était calme. Elle me répond que les patients les plus calmes sont souvent les plus imprévisibles. C'est ma tutrice qui doit piquer le patient. Lors du soin, je remarque qu'elle est beaucoup moins avenante qu'habituellement, elle était beaucoup plus renfermée, avec un visage plus froid. Durant le soin, elle n'adresse pas de mots au détenu, elle lui dit seulement qu'elle va lui faire une injection, elle n'essaie pas non plus de le rassurer sur le soin malgré que ce soit

une primo-hospitalisation. Cette situation vient se compléter avec un patient que nous recevons une semaine après ma première situation. C'est un patient qui a été muté d'un service d'accueil crise fermé car il vient de passer en soins libres. Il vient donc dans notre service puisque nous sommes un accueil crise mixte, et nous pouvons accueillir les soins libres. L'orientation nous informe du profil du patient, c'est un monsieur âgé de 63 ans avec un grand nombre de maladies somatiques (diabète, HTA, cholestérol, AVC...). Il a été hospitalisé pour tentative de suicide suite à une accusation d'attouchement sur mineur, il est sorti de sa garde à vue pour être hospitalisé. C'est également une primo-hospitalisation. Après nous avoir transmis les informations, l'équipe décide d'envoyer le seul aide-soignant que nous avons avec nous ce jour-là. Sur le chemin, le soignant décide d'effectuer un entretien informel avec le patient. À son arrivée dans le service, l'aide-soignant effectue les modalités d'entrée, lui présente le service et vient ensuite nous voir pour nous informer de nouveaux propos que lui avait dits l'équipe qui s'occupait de lui précédemment. En effet, le patient est venu dans notre service car il était assez problématique avec les autres patientes de l'unité, avec des propos et des gestes déplacés et pas adaptés à l'hospitalisation. Il avait également un comportement déplacé auprès des soignantes de l'unité, des regards très insistants, il suivait également quelques soignantes dans les couloirs. L'équipe nous informe aussi que le patient est passé en soins libres car il doit sortir prochainement afin de finir sa garde à vue. Nous avons aussi eu des informations sur son histoire de vie, il possède déjà un casier judiciaire pour agression sur mineur, tentative de viol et attouchement sur mineur, il a déjà été incarcéré plusieurs années auparavant. Lorsque nous sortons de la salle de soins, nous remarquons alors que le patient est très à l'aise dans le service, il n'hésite pas à parler avec tout le monde, il a tout de même un tempérament assez colérique puisqu'il n'hésite pas à s'enervier lorsqu'un patient passe trop proche de lui. Le psychiatre ainsi que l'interne demandent alors de le voir. Lors de l'entretien, il est logorrhéique et son discours est un peu délirant, il ne présente pas d'idées noires et a une thymie neutre. Cependant, son regard reste tourné vers l'interne et il semble s'adresser seulement à elle. Après le repas du midi, nous allons donc faire la relève à nos collègues de l'après-midi. Lors de cette relève, l'infirmière donne toutes les informations sur le patient, sur ses antécédents et sur comment s'est passée son hospitalisation dans l'autre service. Je vois alors la tête de plusieurs de mes collègues devenir livide, ils se plaignent alors des antécédents du monsieur et disent parfois : « Non mais c'est pas possible, on ne peut pas avoir ce genre de personne dans le service », ou bien « Il a fait exprès de se faire passer pour fou pour éviter la prison et la garde à vue », «

heureusement qu'il sort bientôt », « il faudrait dire au doc de le faire sortir rapidement ». Cependant, au vu de cette situation, est-il possible d'assurer une prise en charge neutre et bienveillante lorsque les antécédents judiciaires prennent le dessus sur l'évaluation clinique et les besoins de soins ? Les jours suivants, je remarque que le patient s'est bien adapté à son hospitalisation, ainsi qu'au service, il a beaucoup de demandes utilitaires et cherche constamment le contact avec les soignants, il ne parle pas souvent aux patients car selon lui ils sont tous « fous ». Chaque matin, l'infirmière présente avec moi me rappelle de ne pas rester seule avec lui mais également de ne pas trop m'approcher. Lors de la distribution des traitements un matin, Monsieur me demande, à moi et à ma tutrice, d'avoir uniquement des femmes qui s'occupent de lui. Ma tutrice répond alors fermement qu'il aura les soignants qui sont présents. Lorsque je prends sa tension, je lui demande alors pourquoi il souhaite avoir seulement des femmes. Il me répond que dans sa jeunesse il a été violé par un homme et qu'en conséquence il a peur qu'un homme s'approche de lui ou ait un contact physique avec lui. Une fois sorties de la salle de soins, l'une de nos collègues est arrivée et a fermé la porte, ma tutrice ainsi que l'autre infirmière se mettent alors à dire : « Non, il ne faut pas répondre à ses demandes, c'est un violeur, en plus il dit s'être fait violer plus jeune mais ça doit être une excuse », de plus elles me disent de ne pas trop faire ses soins et de ne pas trop l'approcher. Je suis alors étonnée par leurs réactions car j'avais pour habitude de les voir avec un comportement plutôt bienveillant. Elles cherchent souvent à créer une relation de confiance avec leurs patients, elles étaient à l'écoute et prodiguaient des soins de façon douce et appliquée. Je ne comprenais donc pas pourquoi leur comportement changeait autant avec ce patient, alors que certains patients avaient commis des actes tout autant égaux à ceux de ce monsieur. Durant la relève, lorsque l'on arrive au moment de ce monsieur, l'une de nos collègues ne se rappelait plus du nom de ce patient, j'entends alors l'infirmière dire : « C'est le vieux qui touche les mineurs ». Je me demande alors, n'est-ce pas déshumanisant de réduire un patient à l'acte qu'il a commis ? Ce type de langage n'influence-t-il pas la manière dont chaque soignant perçoit ce patient et, par conséquent, la qualité de sa prise en charge ? Nos valeurs professionnelles ne nous engagent-elles pas à considérer le patient dans sa singularité et dans sa souffrance psychique, plutôt que de l'enfermer dans son passé judiciaire ? L'infirmière qui fait la relève explique à nos collègues la situation du patient, elle ajoute également qu'il faut se méfier de ce monsieur car c'est un violeur et que l'on ne sait pas à quoi s'attendre. Elle dit aussi qu'il ne faut pas rester seul avec lui.

2. QUESTIONNEMENT

Ces situations m'ont mené à plusieurs réflexions, telle que celle de la représentation du détenu par les soignants. Lors de cette prise en charge, j'ai pu remarquer que le statut judiciaire du patient prenait parfois le dessus sur le statut de la personne soignée. On peut donc se questionner sur l'influence que peuvent avoir nos représentations, nos préjugés et nos émotions en tant que soignants sur la neutralité de cette prise en charge mais également la qualité de la relation de soins. Le détenu est-il perçu comme un patient avec une souffrance psychique ou comme un individu dangereux qui est défini par ses actes judiciaires ? Une fois pris en charge par l'administration pénitentiaire, la détention oblige le détenu à rester enfermé 23 h/24h. On peut donc émettre une comparaison avec la chambre d'isolement que l'on retrouve en psychiatrie. En effet la psychiatrie a occasionnellement recours à l'utilisation de la chambre d'isolement, cependant quels effets celle-ci pourrait avoir sur un patient au cours d'une hospitalisation. L'utilisation de cette chambre d'isolement sur un patient en primo hospitalisation n'est-elle pas traumatisante ? Mais un détenu n'est-il pas habitué à l'enfermement ? On peut aussi se demander si celle-ci ne va pas freiner dans l'alliance thérapeutique avec le patient ainsi que dans la confiance que celui-ci va accorder au soignant. En primo hospitalisation le patient ne connaît pas les pratiques de la psychiatrie (les lieux, les codes du service...) qui pourraient renforcer un sentiment d'incompréhension, d'angoisse et donc impacter la relation de soin. Cependant, en milieu carcéral, on peut s'interroger sur la place qu'a le soignant ? Le soignant ne faisant pas partie de l'administration pénitentiaire n'est-il pas perçu comme une personne de ressource auprès du patient avec des troubles psychiques ?

De plus, l'utilisation de certaines techniques de soin en psychiatrie peuvent être perçues comme violentes, à la fois sur le plan physique et psychique. La chambre d'isolement peut-elle être assimilée à une forme d'enfermement comparable à la prison ? Ne participe-t-elle pas au renforcement de la stigmatisation de la psychiatrie comme un lieu de contrainte et de privation de liberté ?

Enfin, je me questionne sur le lien entre l'utilisation de la chambre d'isolement et la représentation que les soignants ont des patients détenus. Cette représentation n'accentue-t-elle pas le recours à des mesures sécuritaires, parfois au détriment de l'évaluation clinique ainsi que des besoins spécifiques du patient ? On peut alors se questionner sur, comment en tant que futur professionnel infirmier, trouver un équilibre entre sécurité, respect de la dignité, éthique du soin

et construction d'une relation thérapeutique, notamment auprès de patients détenus en psychiatrie ?

3. QUESTION DE DEPART

Je me suis donc interrogé sur les patients ayant fait de la prison et souffrant de troubles psychiques pour voir si la relation de soins pouvait être impactée par la stigmatisation de leur situation actuelle ou passée.

« En quoi la stigmatisation des patients ayant fait de la prison et souffrant de troubles psychiques impacte-t-elle la relation de soin ? »

4. CADRE DE REFERENCE

4.1. HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

1.1.1. L'Antiquité

Durant l'Antiquité, la psychiatrie, le corps et l'esprit des patients ne sont pas soignés de manière distincte. En effet, dans l'Antiquité, toute maladie avec un aspect physiologique pouvait être soignée via un traitement somatique. « *Toutes les maladies sont des maladies physiques, toutes ont une explication physiologique, toutes relèvent de traitements somatiques* » (Postel et Quétel, 2012, p.4)

Hippocrate, élabore la théorie humorale, selon lui, les troubles mentaux proviendraient d'un effet biologique qui repose sur l'équilibre des humeurs, chacune liée à un organe (sang, bile jaune, bile noire, le phlegme). Elle est également basée sur l'équilibre des facteurs internes ou externes qui sont les quatre éléments (l'air, la terre, le feu, l'eau), un temps humide ou sec, les quatre saisons, les âges de la vie. Selon Hippocrate, un homme en bonne santé est composé de ses quatre humeurs dans un équilibre parfait, un homme avec une maladie aurait un déséquilibre de ses humeurs.

De ses idées sont ressorties plusieurs écoles qui ont chacune une approche différente de la maladie mentale. L'école méthodiste repose sur une approche épicurienne et s'inspire d'Asclépiade de Pruse qui met en avant le fait que la maladie somatique et psychique n'a pas

de distinction mise à part le fait du siège auquel se produit le trouble mécanique : « *la seule différence étant le siège où se produit le trouble mécanique, ainsi le cerveau pour la maladie appelée phrenitis* » (Postel et Quetel, 2012, p.5). Durant la période antique, les personnes considérées comme folles menaçant l'ordre public ou la paix étaient traitées de la même façon qu'un fauteur de trouble. Ils étaient chassés par la communauté et étaient passibles de la peine de mort car ils abritaient en eux « *esprit mauvais et de ces démons* » (Postel et Quetel, 2012, p.27). On retrouve la maladie mentale comme une punition du divin, qui était traitée par des prophètes et des prêtres de haut rang. En effet, à cette époque, la maladie mentale était traitée par les rêves considérés comme les forces supérieures qui pouvaient donner la clé d'un traitement, mais aussi par la musicothérapie, les prières et les paroles.

1.1.2. Le moyen âge

Au Moyen Âge, on retrouve une domination religieuse de la médecine, la communauté a une vision surnaturelle de la folie. Le fou est considéré comme un être dominé par des forces mystérieuses et supérieures, « *un enjeu de lutte la entre Satan et Dieu* » (Postel et Quetel, 2012, p.57). Le fou est associé à cette époque à plusieurs surnoms tels que les démoniaques, les pêcheurs insensés, les de Dieu, les simples d'esprit.

Cependant, durant le Moyen Âge, on retrouve également une approche plus naturelle de la folie, certains auteurs distinguent de la folie quatre grandes entités principales telles que : la frénésie, la mélancolie, la manie, la léthargie.

En parallèle, la littérature médiévale et les récits populaires entretiennent des images contrastées du fou : parfois un objet de peur et de rejet, parfois une figure marginale dotée d'une certaine sagesse. Cependant le fou reste quand même jugé comme dangereux pour la société et les principes de loi du Moyen Âge, ils sont donc exclus de la société, on ne les nourrit plus, on les emprisonne « *le droit permet ainsi d'enfermer de façon préventive les fous agités* » (Postel et Quetel, 2012, p.70).

1.1.3. La renaissance

Durant la Renaissance, Postel et Quetel mettent en avant que les textes d'Hippocrate et Galien sont redécouverts, ils restent sur le fait que la folie est quelque chose de biologique, de naturel et non pas divin, malgré la présence de la religion encore très marquée.

La psychiatrie est encore très marginalisée, les « fous » sont laissés à l'abandon et pas pris en charge, cependant pour certains artistes ils restent une métaphore de la société et de la condition humaine. La Renaissance marquera un tournant puisque, à partir du XVII^e siècle, va se créer le Grand Renfermement. L'État fait le choix de faire construire des maisons d'internement où sont enfermés plusieurs types de personnes avec différents statuts sociaux : les pauvres, les prostituées et les personnes avec des troubles mentaux. Ces maisons d'enfermement sont à l'époque plus à but d'enfermement qu'à but thérapeutique. Vient alors le courant des Lumières, renforçant cette dynamique. L'esprit critique et la philosophie rationaliste conduisent à questionner les croyances anciennes. Des penseurs comme Diderot ou Voltaire dénoncent la violence de certains traitements et plaident pour une approche plus humaine. La folie commence à être envisagée comme un phénomène universel, qui touche à la nature humaine et mérite d'être comprise plutôt que rejetée.

1.1.4. Naissance de la psychiatrie (XIX^e-XX^e siècle)

Tout cet historique a permis au début du XIX^e siècle, à la psychiatrie de devenir un domaine de médecine à part entière. Les patients souffrant de troubles mentaux ne sont plus enfermés dans des prisons, des asiles ou bien laissés à l'abandon. Philippe Pinel développe alors le traitement moral avec son image libérant les aliénés de leurs chaînes à Bicêtre, il affirme que le malade doit être pris en charge de façon bienveillante, tout en étant autoritaire. Le malade doit être enfermé dans un cadre où les horaires sont stricts, rythmés par des règles, des activités, de l'ordre et de l'hygiène. L'asile devient alors pensé comme un outil de soin et non plus seulement un lieu de réclusion. Cela va aboutir à la création d'asile publics qui sont maintenant considérés comme thérapeutiques ayant pour but :

- organiser le quotidien du patient,
- utiliser le travail, l'activité et la discipline comme moyens de guérison,
- offrir un environnement stable et surveillé.

Pinel va ensuite classer les maladies mentales, il distingue la manie, la mélancolie, la démence et l'idiotie. Se crée ensuite une loi, la loi de 1838, qui va donner à la psychiatrie un peu plus de reconnaissance, en donnant à la fois un cadre juridique et un ancrage territorial à la prise en charge des malades mentaux. La loi impose la création d'un asile public dans chaque département de France. Pinel va également mettre en place un nouveau dispositif thérapeutique,

la chambre d'isolement, qui permettrait aux malades de calmer les agitations en supprimant toute distraction extérieure qu'il jugeait néfaste. Ces chambres leur permettaient d'avoir un endroit de calme et de sérénité qui leur permettrait de les contenir et de regrouper leurs idées. Cependant, le peu d'hôpitaux psychiatriques fait que ceux-ci deviennent alors surchargés, tirant la chambre d'isolement vers une fonction de discipline pour maintenir l'ordre dans les asiles psychiatriques, donnant ainsi une dimension sécuritaire à la chambre d'isolement. Les chambres d'isolement illustrent l'ambivalence de la psychiatrie : un lieu pensé à la fois comme protection et soin, mais aussi comme mesure de contrainte.

Au XXe siècle, Freud introduit alors la psychanalyse, il remet en question la maladie mentale, en effet elle n'est pas seulement organique, elle peut être aussi un conflit psychique. Freud propose alors la méthode de la cure (définition), une méthode par la parole. Elle s'éloigne du modèle strictement médical et ouvre la psychiatrie à une dimension psychologique et symbolique. À cette époque, la chambre d'isolement est alors l'un des rares moyens permettant de contenir une crise, son utilisation est donc détournée dans le but de maintenir la sécurité dans le service ainsi qu'auprès des soignants. Les chambres d'isolement ressemblent notamment plus à des endroits fermés, vides, aux allures froides, semblables à une cellule. Débute alors également la découverte de traitements thérapeutiques. Dans les années 1930-40 apparaissent les électrochocs, l'insulinothérapie ou même la lobotomie, des traitements brutaux qui démontrent le peu de moyens thérapeutiques de l'époque ainsi que le manque de considération des malades. À partir des années 1950, la psychiatrie se développe sur le plan thérapeutique avec l'arrivée des psychotropes : neuroleptiques, antidépresseurs, anxiolytiques. Ces médicaments transforment la prise en charge, puisque pour la première fois on peut réduire les symptômes de la psychose ou de la dépression sans recourir à l'enfermement systématique.

Durant ce siècle, on peut également apercevoir une critique plus vive des méthodes utilisées en psychiatrie, les psychiatres dénoncent les conditions d'enfermement, notamment celles des chambres d'isolement, mais également leur caractère déshumanisant. C'est seulement dans les années 1970 que la psychiatrie tend vers le développement des soins ambulatoires, des foyers, afin de permettre de soigner le malade dans son environnement et non plus à l'écart de la société. Ajoutons que la psychiatrie cherche à tendre vers la liberté du patient avec des troubles mentaux, de plus en plus de lois sont créées afin que le patient puisse lui aussi avoir une certaine liberté.

1.1.5. *La psychiatrie de nos jours*

Au XX^e siècle, Au XX^eme siècle la vision de la psychiatrie est encore partagée, la question de la maladie mentale est de plus en plus abordée ouvertement dans les médias, elle prône une vision plus large de la santé mentale en ayant également pour but de promouvoir le bien-être à l'aide de campagnes de sensibilisation, mais également de faire de la prévention pour le bien-être mental. Cette évolution permet aux soins de se déplacer de plus en plus dans la société avec la création de CMP. De plus, de nos jours, les maladies mentales sont plus souvent vues comme des maladies que l'on peut soigner et non comme de la folie. Certaines nouvelles approches, comme les neurosciences, cherchent à identifier les mécanismes des troubles mentaux et ainsi proposer des traitements plus ciblés à la pathologie. La vision de la psychiatrie devient plus générale, en effet la psychiatrie devient une spécialité et s'englobe de plus en plus dans les soins généraux. De nos jours, la psychiatrie adopte le même schéma que les soins généraux, une demande très conséquente de soins se présente, de ce fait les patients sont pris en soins et sortent rapidement.

Cependant, la psychiatrie reste encore stigmatisée, en effet l'actualité et les médias renforcent parfois la vision négative de la psychiatrie en liant la folie à la violence. De plus, la vision des asiles de l'époque persiste malgré tout dans l'imaginaire collectif. Les hôpitaux psychiatriques sont encore vus comme des lieux d'enfermement et de contrainte, où l'on soigne le malade avec des techniques de soins dites « violentes » telles que la contention ou encore l'isolement. Ajoutons qu'à notre époque, la question de la chambre d'isolement reste toujours en suspens. En effet, certains psychiatres préfèrent abandonner l'utilisation de la chambre d'isolement qu'ils considèrent comme trop violente et contraire à la relation de soins.

Selon eux, la chambre d'isolement ne permettrait pas d'apaiser le patient, mais de renforcer son sentiment d'exclusion. De nos jours, l'utilisation de la chambre d'isolement est extrêmement réglementée et utilisée en dernier recours quand toute autre alternative a échoué. Cette réglementation permet d'éviter une gestion abusive de la chambre d'isolement car celle-ci prive le patient de ses droits. La psychiatrie a encore une dimension biomédicale très marquée, bien que les soins se soient modernisés, le contrôle et la sécurité restent très présents dans les soins. L'utilisation de la chambre d'isolement et de la contention chimique mettent en avant la volonté de soigner en maîtrisant, car celles-ci conduisent à un enfermement du corps et de l'esprit.

Je pense que de nos jours la psychiatrie reste plus ouverte au monde d'aujourd'hui, les personnes avec des troubles psychiatriques restent moins stigmatisées qu'à l'époque, les chercheurs ont

su mettre des mots sur les problèmes psychiques et ceux-ci ne sont plus liés à la religion. Cependant, malgré le fait que la psychiatrie soit plus reconnue, certaines pratiques restent inchangées de l'époque, comme la chambre d'isolement. Celle-ci me questionne sur ses bienfaits lors d'une prise en charge d'un patient, ne reste-t-elle pas semblable à de l'emprisonnement, une privation de liberté du corps et de l'esprit ?

4.2. LA CHAMBRE D'ISOLEMENT UNE PRISON ?

Chambre d'isolement : *« Placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté. »* (HAS, 2017)

Tout d'abord, la chambre d'isolement est un espace sécurisé, dont le patient ne peut pas sortir librement. Elle est utilisée pour protéger un patient en situation de crise, lorsqu'il présente un danger pour lui-même ou pour autrui. L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Elle sert à prévenir d'un dommage imminent ou immédiat pour le patient ou envers autrui. L'utilisation de cette chambre est encadrée par des règles strictes qui visent à garantir la sécurité tout en respectant les droits du patient. La loi du 26 janvier 2016 stipule que l'acte doit être tracé dans le dossier du patient, cette loi impose aussi une surveillance très stricte : chaque établissement doit tenir un registre détaillé de toutes les mesures. L'acte de soin doit être d'une durée maximale de douze heures renouvelable après décision du psychiatre dans la limite totale de 48h, tout en faisant l'objet de deux évaluations par 24h. Au-delà de ces 48 heures, le directeur de l'établissement est obligé d'informer le Juge des Libertés et de la Détention (JLD). La famille et le tuteur ou curateur du patient doivent aussi être prévenus. Le JLD peut alors décider de maintenir ou de lever la mesure d'isolement. Si l'avis n'est pas suffisamment motivé ou s'il y a une erreur dans la procédure, la mesure peut être annulée. Le juge doit rendre sa décision dans les 24 heures suivant la saisine.

L'histoire des chambres d'isolement et de la contention en psychiatrie est assez complexe, car celles-ci mêlent des enjeux de protection, de gestion des institutions, mais aussi de respect des droits des patients.

De nos jours, l'isolement et la contention ne doivent être utilisés qu'en dernier recours, dans des situations exceptionnelles, et sous contrôle médical strict. Lors de mon stage, j'ai remarqué

différentes formations qui prônaient l'arrêt de l'utilisation de la chambre d'isolement mais aussi de la contention, car ces pratiques posent encore beaucoup de questions d'ordre éthique, au soignant. La chambre d'isolement a pour but de protéger le patient, mais elle est souvent vue comme une punition par beaucoup de patients et de soignants ce qui mène à une privation de liberté semblable au modèle carcéral.

En effet, la psychiatrie reste tout de même marquée par ces pratiques passées. Michel Foucault, dans *Surveiller et punir*, met en avant le fait que malgré les nouvelles technologies mises en place, toutes visent à surveiller, contrôler et dresser les individus. Selon lui, l'hôpital psychiatrique entre dans une discipline qui dépasse le champ médical, en effet la prison et l'hôpital participent au même projet qui est celui de contrôler les corps et de réguler les comportements déviants en isolant le patient. L'isolement, selon lui, a pour but d'avoir une surveillance totale sur le patient, en le privant de tout contact avec autrui, mais également de tout objet, avec une surveillance constante. Michel Foucault compare donc cette expérience à celle d'un détenu. En effet, il énonce que la chambre d'isolement répond à un besoin de gestion de la dangerosité, c'est un outil qu'il décrit comme contrôlant et qui vise davantage à neutraliser qu'à une fin thérapeutique. Celle-ci aide à corriger les comportements déviants en soumettant le corps et l'esprit à une certaine autorité.

Il en est de même pour Mathieux Bellahsen dans son livre *Abolir la contention*, qui énonce le fait que la contention mécanique n'est pas un soin et qu'elle n'a selon lui aucun but thérapeutique. Cette contention serait principalement utilisée comme mesure de contrôle, à but d'immobilisation du patient lors d'une crise. En effet, il décrit dans son livre que la contention est quelque chose de traumatisant tant pour le corps que pour la psyché, de plus elle porte atteinte à la dignité du patient. L'auteur décrit plus particulièrement une culture de l'entrave : à l'heure actuelle, l'institution prône le contrôle, la domination et l'enfermement des personnes les plus vulnérables « *Étymologiquement, entrave vient de « trabes », la poutre percée qui sert à limiter le mouvement des pieds des détenus* ». (M.Bellahsen, p.69). En effet, le milieu carcéral possède une cellule, la CPROU (cellule de protection d'urgence), c'est une cellule semblable à celle d'une chambre d'isolement, tout le mobilier est inamovible, elle ne possède que le strict nécessaire (lit, toilette...), le détenu est vêtu d'un pyjama facilement déchirable. Cependant cette cellule est uniquement sous la responsabilité de la détention, seul un gradé peut avoir la décision sur l'utilisation de cette chambre. Cependant, un surveillant pénitentiaire est-il apte à repérer les situations de crise comme le fait un soignant ? Dans le milieu carcéral, le soignant

n'a pas la même place qu'en milieu de soins, c'est le surveillant pénitentiaire qui est présent régulièrement dans la vie du détenu. Ajoutons que l'administration pénitentiaire a parfois recours à certains quartiers tels que le quartier d'isolement, parfois en raison du profil du détenu (dangerosité...), ou parfois à la demande du détenu (menace...) dans un but de protection à la fois pour eux et pour l'établissement. Il existe aussi le quartier disciplinaire, qui a un but purement punitif, où est placé le détenu si il fait preuve de violence.

Cependant un détenu en décompensation psychique se retrouve en isolement, mais le but est-il objectif? On peut s'interroger sur l'objectivité du fait de placer un patient en isolement directement à son arrivée en hospitalisation. Le patient ne va-t-il pas être réfractaire à la relation de soins en pensant que celle-ci a un but purement punitif? La chambre d'isolement n'est-elle pas vue elle aussi comme un endroit punitif par les patients ? Certaines pratiques sont parfois semblables à celles de la pratique carcérale, en effet lorsqu'un patient est violent de nombreux soignants maîtrisent le patient, semblable au surveillant pénitentiaire.

Mais la chambre d'isolement reste tout de même un lieu de soins, à la différence du milieu carcéral. Lors d'un isolement, le soignant garde un œil régulier sur son patient, ce qui lui permet de surveiller la santé du patient. De plus, le soignant accorde une importance à la relation lors de l'isolement, il va avoir des entretiens réguliers avec le patient en isolement. En effet, la psychiatrie accorde une importance à garder une présence et une relation avec le monde extérieur lors de la prise en soin. Malgré que l'institution pousse de temps en temps le soignant à se conformer aux règles proches de celles de l'administration pénitentiaire dues au manque de temps et au nombre conséquent de patients. Le soignant garde quand même en tête l'aspect médical , il prend soin de son patient. Dans un service d'hospitalisation, lors des repas, le soignant est constamment présent dans la chambre d'isolement afin de permettre au patient de garder contact avec autrui. De plus, le soignant lors de sa surveillance accrue, va émettre une évaluation sur son état. En effet, l'observation est l'un des atouts principaux d'un soignant en psychiatrie, cela lui permet d'en référer au médecin et de pouvoir également émettre un jugement clinique. Ajoutons que la chambre d'isolement est décrite comme bénéfique par certains patients, celle-ci leur permet de se recentrer. Elle est souvent accompagnée d'une sédation pour permettre au patient de se reposer et réduire l'aspect effrayant de l'enfermement. En détention, l'administration pénitentiaire peut être amenée à placer des détenus en CPROU (cellule de protection d'urgence), pour les détenus avec un risque suicidaire élevé. En effet cet isolement a un objectif purement médico-légal, l'objectif est de garder le détenu en vie, et cela

en attendant d'avoir la possibilité de voir un médecin ou que le détenu soit calmé. Pinel énonce : *« J'ai la certitude que ces malheureux sont aussi violents et aussi insensés parce qu'ils sont enchaînés, et j'ai la conviction que, lorsqu'ils ne le seront plus, ils se calmeront et redeviendront peut-être raisonnables. (...) J'ai la conviction qu'ils sont intraitables parce qu'on les prive de liberté »*. (Pinel.P, 1793). En effet, depuis le Moyen Âge, les aliénés sont considérés comme des délinquants, des criminels. Ils sont enfermés car considérés comme dangereux. Pinel met en avant les inconvénients de l'enfermement, priver des patients de liberté n'est pas toujours bénéfique, elle peut parfois accentuer leur souffrance psychique, leur agitation ainsi que leur sentiment d'angoisse. En effet, Pinel défend une approche plus humaine du soin psychiatrique, fondée sur l'écoute, l'observation et un environnement apaisant, permettant au patient de retrouver une certaine stabilité psychique.

La psychiatrie prend en charge des patients qui ont été diagnostiqués par un médecin psychiatre, on peut définir les troubles psychiatriques comme, *« Les troubles psychiques, aussi appelés maladies mentales ou troubles psychiatriques, se caractérisent par une altération majeure des grandes capacités de l'être humain, comme la pensée, la mémoire, l'attention, la régulation des émotions ou du comportement. Ceci entraîne généralement un sentiment de détresse ou des déficiences fonctionnelles plus ou moins sévères ou handicapantes dans la vie quotidienne. Une prise en charge spécialisée est souvent nécessaire. Les troubles mentaux se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, des actions thérapeutiques ciblées et qui relèvent d'une prise en charge médicale. Ils sont notamment répertoriés dans la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé. »* (Info gouv, 2026). En effet, les personnes avec une maladie mentale et en isolement se retrouvent occasionnellement isolées sans donner leur consentement au préalable. Ils arrivent parfois suite à la décision d'un juge, certains sont parfois accompagnés par les forces de l'ordre à la suite d'un comportement inapproprié sur la voie publique. Cependant, comme l'énonce Pinel, la chambre d'isolement est un lieu de soin où sont pratiqués des soins malgré l'absence de liberté du patient. On peut d'ailleurs constater que la définition du prisonnier met en avant quelque point commun avec la chambre d'isolement.

« Retenir quelqu'un dans un lieu, en particulier en prison, pour différentes raisons officielles ou non, selon une décision légale ou arbitraire. » « Personne qui est maintenue dans un lieu où elle est privée de liberté d'action et de mouvement. » (CNRTL, s.d).

Le détenu est une personne privée de toute liberté et de tout mouvement, de plus cet enfermement est sur décision légale. Le prisonnier est enfermé dans un lieu où il doit payer une dette à la suite d'un comportement nuisant à la société. Il paie une dette qu'il doit juridiquement, son comportement jugé comme inapproprié n'est pas suite à des troubles mentaux, il en est de sa propre conscience et de sa propre décision. En prisons le détenu n'est pas rattaché à la vie sociale et extérieure, il peut communiquer seulement avec ses camarades ou bien avec les surveillants pénitentiaires. De plus, le surveillant pénitentiaire n'a pas pour rôle de prendre soin du détenu, mais uniquement de le surveiller et de l'empêcher de toute tentative pour s'écarter du droit chemin. On peut s'interroger sur différentes pratiques en psychiatrie, notamment sur les services des unités pour malades difficiles qui sont semblables à ceux des prisons. Mais sans la prise en charge des patients, ne peut-on pas comparer le travail de surveillant pénitentiaire et celui du soignant en UMD ? De plus, dans ce service on retrouve parfois des personnes qui sont enfermées dans leur chambre sur de plus longues durées. On peut donc penser que cet enfermement n'est pas une contention mais plutôt une manière de contenir le patient. On a vu cependant que l'isolement était utilisé en cas de dernier recours. Alors pourquoi enferme-t-on les patients en UMD ? Donald Winnicott parle du principe de « *holding* » qui repose sur le principe de prise en soin de la mère envers son enfant, celle-ci doit répondre au besoin physiologique et psychologique de son enfant. Lors de soins, le soignant peut être perçu comme une mère puisqu'il va s'occuper de son patient et essayer de répondre à ses besoins physiologiques et psychologiques.

Mais le principe de *holding* s'applique-t-il sur le détenu ? En effet, on peut avoir du mal à prendre soin d'un patient que l'on n'imagine pas comme « *sage* ». L'imaginaire collectif peut jouer un rôle dans la vision du soignant lors des soins d'un détenu.

Mattieux Bellashem s'interroge également sur la prise en charge de ses patients, pourquoi doit-on isoler un patient malade ? Il souligne que l'isolement n'est pas une nécessité médicale universelle, mais un choix d'organisation qui dépend de la culture soignante. En montrant que d'autres pays se passent de ces mesures, il met en évidence que l'isolement du détenu est moins un acte de soin qu'une réponse à une exigence de contrôle sociétal. Isoler le malade-détenu revient à nier sa part d'humanité pour ne gérer que son risque supposé, transformant l'hôpital en un simple prolongement de l'espace carcéral. Cela est-il dû à nos mœurs ou bien à la vision que nous avons de la personne avec une maladie mentale ?

Mais qu'en est-il d'un détenu avec des troubles psychiatriques ? En effet, un détenu avec une double peine qui a été jugé comme prisonnier mais également comme personne avec des troubles mentaux, on peut donc s'interroger sur la prise en charge de ces personnes qui ne possèdent plus aucune liberté et qui paient une dette à la fois à la société tout en étant prise en charge. L'existence d'unités spécialement conçues pour les détenues (UHSA : unité hospitalière spécialement adaptée), ces unités sont d'aspect extérieur semblable à une prison, elles sont d'ailleurs sous la responsabilité pénitentiaire. En effet, la prise en charge de détenues est parfois controversée, il est parfois difficile de travailler en accord avec la pénitentiaire, les détenues étant incarcérées par la pénitentiaire et le système juridique.

Cependant on peut également s'interroger sur le rôle de l'infirmier dans des unités telles que les UMD. En effet, on peut se questionner quant à la différence entre le rôle d'un soignant dans une unité spécialisée avec des patients possédant une certaine dangerosité (UMD : unité pour malade difficile). Ces services sont des services où le soignant se retrouve posté, il doit avoir un œil constant sur son patient et ses agissements, il doit aussi être capable d'agir en cas de décompensation d'un patient, ou d'une situation dangereuse. On peut donc avoir une difficulté à comprendre la différence entre un soignant et un surveillant pénitentiaire.

De plus, on peut s'interroger sur la capacité du soignant à prendre soin et établir une relation avec un patient possédant un passé ou présent juridique. En tant que soignant, on peut parfois s'interroger sur le fait d'enfermer les gens est-il un soin ? Que ressent-on lorsqu'on enferme une personne ? Soigner en enfermant est parfois contradictoire pour le soignant, il est difficile d'établir une relation de soins avec un patient que l'on voit à travers un œillet. Selon Friard : « *Tourner la clé est un acte qui pèse autant sur la main de celui qui ferme que sur l'esprit de celui qui est enfermé.* » (D.Friard, 1998). Dominique Friard met en avant la contradiction identitaire lors de l'utilisation de la chambre d'isolement, en effet le soignant prône une alliance thérapeutique basée sur l'empathie, la congruence et une équité entre le patient et le soignant. En revanche, il est compliqué d'établir cette relation lorsque le soignant est à la fois celui qui « *tourne la clé* », le soignant devient alors celui qui est l'instrument de la contrainte, celui qui prive de la liberté. Ce conflit de rôle crée une tension éthique permanente : comment soigner celui que l'on séquestre ? Pour Friard, cette situation peut induire une forme de détresse morale chez le professionnel, qui peut être tenté de se distancier émotionnellement pour supporter la violence symbolique de l'acte, au risque de perdre sa fonction soignante. En effet, regarder un patient à travers un œillet, c'est passer d'une relation de sujet à sujet à un rapport d'observation

d'objet. À travers l'œilleton, le patient est réduit à ses comportements visibles ou à sa dangerosité potentielle ; on ne voit plus l'homme dans sa globalité. Cette asymétrie dans la relation empêche toute réciprocité. Friard alerte sur le fait que ce dispositif technique, bien que sécuritaire, agit comme un filtre qui déshumanise le soin et peut conforter le patient dans un sentiment de persécution ou d'abandon. Pour Paul Ricœur, la procédure risque d'étouffer la sollicitude : en cochant des cases de surveillance horaire, l'infirmier se rassure, mais la relation humaine disparaît. Comme l'énonce, Michel Foucault le pouvoir disciplinaire prend le dessus sur la clinique.

Ajoutons que la chambre d'isolement est l'un des rares soins de psychiatrie à être protocolisé, cela met en avant la difficulté que l'on a à enfermer quelqu'un, en effet plus l'acte est décrit comme violent plus il a besoin d'être protocolisé, ce qui permet une rassurance pour le soignant. De plus, lors de l'arrivée d'un détenu en psychiatrie, il est constamment mis en chambre d'isolement, cela peut donc remettre en question l'intérêt médical de la chambre d'isolement. Si l'isolement est un outil thérapeutique de dernier recours, pourquoi devient-il un accueil systématique pour le détenu ? On peut penser qu'un intérêt médical s'efface derrière l'exigence de sûreté. On ne traite plus un patient qui décompense, on gère un statut judiciaire. On peut s'interroger sur la place du soignant : devient-il un surveillant pénitentiaire ? En enfermant d'emblée, on prive le patient de sa chance d'être acteur de son soin, renforçant l'idée que sa dangerosité supposée précède sa souffrance réelle.

Pourquoi un détenu entre-t-il nécessairement en chambre d'isolement ? Car aux yeux de la loi le détenu a commis un acte qu'il doit payer envers la société, mais ne peut-on pas mettre en avant le fait que le collectif sociétal a une vision dangereuse du détenu et du fou, qui impacte donc la vision du soignant et a un rôle dans la stigmatisation ? Ce regard stigmatisant transforme l'unité de soin en ce que Erving Goffman nomme une institution totale, où l'individu est dépouillé de son identité pour n'être plus qu'un corps à surveiller. Dès lors, la chambre d'isolement n'est plus seulement un outil de sécurité, elle devient le symbole d'une société qui préfère l'exclusion à la compréhension.

4.3. LA STIGMATISATION

« La stigmatisation est un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres. » (E. Goffman, s.d, 1963)

« L'attribut discriminant (stigmat) peut être d'ordre corporel (handicaps physiques, couleur de la peau, aspect et anomalies du corps, etc.) ou tenir à la personnalité et/ou au passé de l'individu (troubles du caractère, séjour passé en hôpital psychiatrique, alcoolisme et autres conduites addictives, SDF, préférences sexuelles, etc.). » (La santé de L'homme, n° 419, p.13, 2012) . La stigmatisation est créée par notre inconscient collectif. Depuis notre plus jeune âge, la société nous a habitués à une normalité. Le mécanisme de la stigmatisation, un processus social qui consiste à marquer un individu ou un groupe d'une étiquette qui va le marginaliser. Elle repose dans un premier temps sur la généralisation abusive, pour effacer la singularité des personnes au profit d'un stéréotype grossier.

« Les infirmières sont toutes hystériques, elles ne portent rien sous leur blouse. Les avocats sont véreux et défendent la pègre. Les psychiatres sont plus fous que leurs malades [...]. « Les schizophrènes sont tous dangereux. » (D.Friard, 2010). En réduisant l'infirmière à un objet sexuel, l'avocat à la corruption ou le schizophrène à la dangerosité, le discours crée une déshumanisation : l'identité réelle de l'individu va disparaître derrière une caricature dégradante, qu'émet la société. Ce mécanisme crée une frontière nette entre « nous » et « eux », où l'on perçoit l'autre comme une menace ou une déviance. De plus, au travers de cette citation, D. Friard met en lumière la violence symbolique du stigmat, qui ne se contente pas de décrire, mais cherche à discréditer l'autre pour justifier son exclusion ou son mépris social.

Dans l'inconscient collectif, la figure du détenu fusionne avec celle du "fou dangereux" entretenue par les médias, créant ainsi une peur systémique qui atteint également les soignants. Cette méfiance, si elle peut sembler légitimée par le jugement de la loi qui a acté une transgression, dérive souvent vers une stigmatisation de précaution. On ne regarde plus le patient pour ce qu'il vit (sa pathologie), mais pour ce qu'il a fait (acte juridique), justifiant ainsi un recours à l'isolement par principe plutôt que par nécessité clinique. En effet cette stigmatisation peut mener certains soignants à faire une distinction entre le « bon malade » (celui qui subit sa pathologie) et le « mauvais malade » (celui qui a commis un acte répréhensible), on assiste donc à un glissement du jugement clinique vers un jugement moral (acte commis, casier judiciaire...) Cela peut donc créer une barrière au soin, ou le soignant sera réticent à soigner un patient détenu considéré comme un intrus, car celui-ci vole la place d'un

patient plus méritant. Ajoutons que même dans le milieu carcéral les détenues sont référées à travers un matricule, le matricule D398 incarne la cristallisation du stigmate. En isolant les détenus souffrant de troubles psychiatriques sous un code spécifique, l'institution pénitentiaire crée une catégorie à part, celle des "individus doublement déviants". Comme l'analyse Goffman, ce marquage institutionnel participe à une dépersonnalisation, le sujet disparaît derrière le matricule, qui devient alors le seul prisme à travers lequel le soignant perçoit le patient. On peut donc parler de triple peine où le détenu est socialement délaissé par l'institution. Cependant n'est-il pas légitime pour le soignant d'avoir une certaine méfiance envers les détenues ? Le soignant est avant tout un être humain, qui face à une personne ayant commis des actes de violence fait preuve de méfiance. Cette méfiance est une réaction physiologique et psychologique normale liée à l'instinct de survie, on ne peut pas occulter que le fait de passer à l'acte reste grave et que cette méfiance est une forme de vigilance clinique, qui permet au soignant de se protéger ainsi que de protéger le service. On peut ajouter que cette méfiance est une réponse à la "dangerosité réelle", les faits qu'a commis le détenu, alors que la stigmatisation est une réponse à la "dangerosité supposée" (le stigmate). Si un détenu a commis un crime qui heurte les valeurs morales du soignant, il est normal que ce dernier ressente des émotions négatives (rejet, peur, colère). Le risque réside alors dans le fait que cette méfiance légitime se transforme en un rejet définitif. Le but pour le soignant est donc de reconnaître cette méfiance pour ne pas la laisser dicter le soin, pour pouvoir passer d'une relation de méfiance à une relation de prudence où le patient est considéré pour sa souffrance et non plus seulement pour son acte. Cette barrière se manifeste parfois au sein même de la formation infirmière : le refus d'un stage dans un milieu carcéral peut être analysé comme une forme de stigmatisation institutionnelle. En supposant que l'étudiant ne saura pas gérer la violence supposée du détenu, l'institution projette ses propres craintes et verrouille l'accès au soin avant même qu'il ait commencé. Ce manque de confiance fait écho à la méfiance envers le patient : dans les deux cas, on juge une capacité (à soigner ou à être soigné) sur des représentations fantasmées plutôt que sur des faits. Pourtant, si la loi a jugé l'acte, le rôle du soignant n'est pas de prolonger la peine. Il devient donc difficile pour le soignant de faire preuve de neutralité et de bienveillance auprès de son patient. En effet cette stigmatisation pousse le soignant à endosser consciemment ou non le rôle de juge.

Le patient se retrouve quant à lui conscient de cette stigmatisation. Comment soigner un patient qui se sent lui-même marginalisé par la société ? Cela ne le pousse-t-il pas à devenir ce qui lui

est « reproché » ? De plus, il devient donc difficile d'établir une relation avec un patient susceptible d'avoir peur de sa propre personne. De nos jours, la psychiatrie reste tout de même vue comme une annexe du carcéral, où les médias, l'État ne parlent que d'enfermement, de chambre d'isolement et de privation de liberté. *« Si au plus haut sommet de l'État on considère que schizophrénie égale dangerosité, comment vivre avec une telle maladie, comment se dire que l'on a une sorte de petite bombe atomique prête à éclater dans un bain de sang ? Si le soin en psychiatrie devient de plus en plus carcéral, si l'on ne parle plus que de chambres d'isolement, de bracelets GPS, comment accompagner et soigner des personnes doublement atteintes, et par leur maladie, et par les commentaires méprisants ou apeurés d'une presse et de politiques qui les stigmatisent ? »* (D.Friard, 2010). Cette vision sécuritaire, où l'enfermement devient la seule réponse à la peur, crée une véritable rupture de l'alliance thérapeutique. En assimilant la psychiatrie à la prison, on prive le patient de sa dignité de sujet. Pour le détenu atteint de troubles mentaux, la stigmatisation devient une triple peine : il est sanctionné par la loi, emprisonné par sa psyché, et banni par le regard social. Dans l'imaginaire collectif, cela a mené à des soins de plus en plus sécuritaires.

De même, lorsqu'on interroge notre entourage ou des personnes qui ne sont pas nécessairement dans le soin, ceux-ci ont une vision négative de la personne avec des troubles psychiatriques. Au même titre qu'un détenu, en effet les détenus sont également stigmatisés, auprès des médias et de la société, ils sont vus comme dangereux. On peut voir un lien entre les détenus et les patients en psychiatrie qui sont aussi enfermés contre leur gré. Cet enfermement peut mener la société à les voir comme des personnes dangereuses car ils sont aussi parfois privés de liberté. Comme le souligne la sociologie des représentations, l'enfermement devient, dans l'imaginaire collectif, le marqueur d'une dangerosité. Ce lien est alimenté par une confusion entre la sanction et la protection. Pour les personnes extérieures au soin, la privation de liberté n'est plus vue comme un outil thérapeutique, mais comme une mesure de sécurité publique. Cette stigmatisation médiatique et sociale transforme alors le service de soin en un lieu d'exclusion, où le patient ne perd pas seulement sa liberté de mouvement, mais aussi son statut de citoyen fréquentable.

4.4. LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

Une relation peut être définie comme un lien que l'on tisse entre deux ou plusieurs personnes, en effet la relation présente toujours un émetteur et un récepteur qui changent de façon constante. Chaque rencontre est à la fois singulière et unique, chacune d'elles est particulière car toute personne est différente.

La relation soignant-soigné est une relation définie par un soignant et un soigné. Le soignant est celui qui possède le savoir, qu'il soit technique ou médical, il aide à soulager des souffrances psychiques ou physiques. Le patient, quant à lui, est celui qui est malade, celui qui se trouve en situation de grande vulnérabilité. La relation soignant-soigné est de ce fait une relation asymétrique, elle repose sur des grands principes tels que l'empathie, la congruence, la vulnérabilité.

Chaque homme présente en lui une certaine vulnérabilité, c'est dans cette fragilité qu'en ressort l'humanité de n'importe quelle relation. La relation de soins est une relation de partage où la vulnérabilité devient la condition même de l'authenticité, les deux parties se rencontrent dans leur humanité partagée. La relation est inscrite en nous depuis notre plus jeune âge, on la retrouve principalement avec la figure d'attachement. Dès la naissance, nous retrouvons la notion de caregiving, que l'on peut définir comme les soins que les parents apportent à l'enfant, physiquement et émotionnellement. Ce "prendre soin" primaire, qui englobe la réponse aux besoins physiques et psychiques, constitue le modèle archaïque de toute relation ultérieure. L'être humain possède un besoin inné de sécurité, Bowlby explique que toute situation de détresse intense, de vulnérabilité ou de maladie réactive de manière automatique le système d'attachement. En psychiatrie, face à la déstructuration psychique et à la perte des repères induits par la pathologie, le patient a ce besoin primitif de protection et de réassurance. Le professionnel de santé se voit alors investi d'une fonction essentielle de base sécurisante. Par sa posture stable, permanente et empathique, l'infirmier offre un repère fiable qui permet au patient de s'apaiser. En lien avec Winnicott qui lui aussi aborde le holding et les soins psychiatriques. Selon lui, l'édification du moi de l'enfant dépend de la capacité de la mère, qualifiée de « suffisamment bonne », à contenir et à métaboliser les angoisses de morcellement de son nourrisson. En lien avec la clinique des maladies psychiatriques, le soignant représente la capacité de l'équipe et de l'infirmier à offrir un environnement institutionnel et relationnel suffisamment bon, qui sera capable d'apaiser la souffrance du patient. Comme le souligne J.Oury, « *Le soin commence par la construction d'une ambiance, d'un espace de liberté et de*

sécurité où le geste quotidien devient thérapeutique. » (J.Oury, 1986). Cela va permettre au soigné de s'appuyer sur la présence contenante du professionnel et la sécurité de l'environnement de soins pour rassembler ses morceaux identitaires et restaurer son intégrité. Néanmoins, l'efficacité de cette base sécurisante est conditionnée par la qualité de l'alliance thérapeutique et l'absence de préjugés. Si le soignant, influencé par la stigmatisation sociale liée au passé carcéral du patient, adopte une posture défensive de méfiance systémique, la fonction contenante s'effondre.

Carl Rogers développe quant à lui la notion de congruence dans le cadre de son approche centrée sur la personne. Selon lui, le soignant doit être pleinement lui-même afin de pouvoir créer un climat de confiance authentique : lorsque le thérapeute est congruent, il réduit la distance qui le sépare du patient et devient un véritable catalyseur du changement. En acceptant de dévoiler sa propre part d'humanité, le soignant réduit l'asymétrie initiale de la relation. La vulnérabilité n'est plus alors perçue comme une faiblesse du seul patient, mais comme la condition même de l'authenticité de l'échange. De plus, Rogers décrit cette relation comme une relation d'aide dans laquelle le patient est acteur de sa prise en charge, porteur de son propre potentiel de guérison. Il met en place une relation empathique et bienveillante, fondée sur l'écoute inconditionnelle et le respect de l'autre dans sa singularité.

Cette vision rejoint la conception holistique de la santé promue par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social* » (OMS, 1946). Pour prendre en charge un patient dans sa globalité, on peut enrichir cette réflexion en s'appuyant sur la distinction philosophique proposée par Maurice Merleau-Ponty, qui aborde le Corps-Objet et le Corps-Sujet. Selon lui, le Corps-Objet renvoie au corps biologique, anatomique et technique, appréhendé par le modèle biomédical. C'est ce corps qui est principalement investi dans les soins somatiques à forte technicité. À l'inverse, le Corps-Sujet désigne le corps vécu, sensible, qui abrite la conscience et l'identité du patient. En psychiatrie, l'approche centrée sur la personne impose de considérer le patient comme un corps-sujet.

C'est dans l'articulation de ces deux dimensions que réside toute la complexité de la posture infirmière. Si l'OMS définit la santé de manière holistique, la pratique quotidienne met souvent ces concepts en tension. Le risque, au sein d'un système de santé de plus en plus axé sur la performance et la rentabilité des actes, est de réduire le patient à un simple corps-objet, une pathologie, un numéro de dossier ou de chambre, en évacuant la relation thérapeutique.

Pour autant, le soin ne peut faire l'économie des nécessités somatiques. Le soignant se trouve alors face à un défi éthique constant : maintenir une vigilance technique rigoureuse pour dispenser les soins essentiels, ce que Walter Hesbeen désigne sous le terme de *cure*, tout en préservant une écoute et une présence relationnelle qui honorent la dignité du patient en tant que corps-sujet, c'est-à-dire *le Care* (Hesbeen, Prendre soin à l'hôpital, 1997). L'équilibre de l'agir repose ainsi sur cette capacité à faire cohabiter la réparation du corps biologique et l'accueil du sujet souffrant.

C'est précisément à la lumière de cette tension entre *Cure* et *Care* que l'on peut comprendre l'évolution historique de la relation soignant-soigné en psychiatrie. Bourneville, a contribué à construire cette relation en opposition à la figure du « gardien » et à la violence institutionnelle qui caractérisait les asiles. L'émergence du *caring* professionnel a exigé des soignants qu'ils développent des compétences relationnelles spécifiques comme l'empathie, l'accueil de l'agressivité sans contre-violence afin de préserver la dignité du patient, même au cœur de la crise. Cela éclaire de façon notable la prise en charge actuelle des détenus atteints de troubles psychiatriques. Face à un patient marqué par la justice comme dangereux, le risque majeur pour le soignant est d'opérer une régression identitaire due à la peur ou à la stigmatisation : le professionnel peut être tenté de délaisser la posture thérapeutique pour endosser à nouveau le costume du « gardien », axé sur la surveillance et la suspicion.

Pour que la relation soignant-soigné conserve son authenticité et son efficacité auprès de ces personnes, le soignant doit s'efforcer de refuser la logique carcérale au sein de son soin, en maintenant le *Care* sur la punition et en garantissant ainsi que l'hôpital reste un lieu de traitement clinique, et non un prolongement de la peine judiciaire.

5. ENQUETE EXPLORATOIRE

L'enquête exploratoire a pour but de recueillir des témoignages auprès de professionnels de santé sur le terrain. Recueillir leurs avis va permettre d'avoir un avis, un ressenti à propos de la question de la prise en charge de patients, à la fois détenus et avec des troubles psychiatriques. Il est également intéressant de connaître les valeurs qu'il prône ainsi que les difficultés qu'il rencontre. Ajoutons que cette enquête exploratoire a permis de recueillir des données qualitatives.

Pour cela, j'ai décidé d'interroger des professionnelles de santé afin de pouvoir analyser leurs perceptions et leur pratique dans la relation de soins avec des détenues hospitalisées en psychiatrie.

5.1. OUTILS UTILISE

L'objectif d'un entretien semi-directif est de récolter des réponses subjectives et anonymes qui appartiennent à la personne en tant qu'être unique. J'ai choisi d'utiliser comme outil l'entretien semi-directif, il était le plus adapté pour répondre à ma problématique, puisqu'il va laisser aux professionnels de santé l'opportunité d'exprimer pleinement ses idées et son ressenti sur la stigmatisation des détenus et la relation soignant-soigné. Il permettra également au soignant de pouvoir énoncer certaines situations professionnelles dans l'anonymat. Ces entretiens vont me permettre d'analyser des réactions, des faits et des comportements à propos du sujet questionné. De plus, l'entretien semi-directif permettra d'avoir une discussion axée sur le sujet souhaité. Chaque entretien comportera plusieurs séries de questions qui serviront de guide à l'infirmier pour pouvoir répondre aux questions avec les éléments qui lui semblent pertinents. La méthode qualitative va permettre de recueillir des données subjectives grâce à l'ensemble des questions ouvertes.

Chaque entretien durera environ 20 à 25 minutes, ils seront réalisés en face-à-face dans un lieu calme et confidentiel, afin de pouvoir laisser au soignant la liberté de s'exprimer comme il le souhaite. Les entretiens seront enregistrés avec l'accord de l'infirmier. J'ai d'abord commencé par questionner le parcours de chaque soignant, afin de comprendre la raison de leur envie de travailler en psychiatrie. J'ai ensuite posé une question inaugurale qui m'a par la suite permis d'adapter mes questions.

5.2. POPULATION CHOISIT ET LIEU D'INVESTIGATION

J'ai choisi d'interroger des infirmiers en psychiatrie et plus particulièrement dans des services qui accueillent des détenues. J'ai choisi d'interroger un infirmier en UMD puisque les Unités pour Malade Difficile accueillent des personnes qui font l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement. De plus, je trouvais intéressant d'interroger un infirmier d'accueil crise fermée qui a lui aussi des patients hospitalisés sans consentement, et qui reçoit parfois des détenus. L'intérêt de choisir ces deux lieux est d'avoir l'expérience relationnelle de soignants qui sont plus souvent confrontés à des détenues, mais aussi d'avoir l'expérience d'un infirmier qui a une patientèle en psychiatrie, mais qui est moins souvent confronté aux détenus. J'ai également interrogé des infirmiers avec différentes anciennetés en psychiatrie.

5.3. ANALYSE

J'ai réalisé mes cinq entretiens auprès d'infirmiers diplômés d'État.

Le premier entretien est réalisé auprès d'Orion, un infirmier diplômé depuis 10 ans, avec un parcours fluctuant qui a dans un premier temps travaillé dans un service de chirurgie, en SSR puis s'est ensuite réorienté vers la psychiatrie, dans le but de trouver un sens à sa pratique soignante.

Le second entretien est auprès de Lysandre, un infirmier diplômé depuis 1 an qui a débuté sa carrière au sein d'un accueil crise fermé.

Le troisième entretien s'est déroulé avec Ulysse, qui est également un infirmier diplômé d'État depuis 1 an, mais qui travaille en psychiatrie depuis près de 10 ans, dans un premier temps en tant qu'aide-soignant.

Mon quatrième entretien était avec Théa, une infirmière qui est diplômée depuis 24 ans. Elle a effectué toute sa carrière en psychiatrie.

Pour finir, la cinquième infirmière est Luvanie, diplômée depuis 4 ans, mais qui exerce dans un service de psychiatrie depuis 25 ans, dans un premier temps en tant qu'aide-soignante puis en tant qu'infirmière diplômée d'État.

Tout d'abord, avant de commencer mon entretien, Orion a tenu à me faire visiter le service où il travaillait, car aucun de mes stages ne m'avait permis de visiter un UMD. Cela m'a permis de découvrir les conditions d'hospitalisation des patients. Orion m'a également présenté l'équipe des UMD. Nous avons ensuite pu nous installer dans une salle isolée afin qu'il puisse s'exprimer sans retenue. Lors de la planification de l'entretien, celui-ci m'avait proposé de venir en fin d'après-midi car c'est le moment le plus calme et le plus opportun pour la tranquillité. Lors de mon entretien, j'ai tenu à commencer par une présentation de l'infirmier, afin de pouvoir avoir un aperçu plus global de son parcours. De cette question, j'ai pu en tirer la vision qu'avait l'infirmier sur sa définition de la relation de soins. En effet, dans son parcours, Orion avait déjà travaillé 1 an en tant qu'infirmier dans un service de chirurgie (l.13) où il exprimait avoir le sentiment d'être seulement un soignant qui obéissait à des protocoles et qui se sentait coincé dans sa réflexion. Il se compare d'ailleurs comme une « *machine à pansement* » (l.15). Il a donc souhaité aller en SSR pour avoir une prise en charge plus longue du patient car il était également dérangé par la rapidité des hospitalisations en chirurgie. En effet, malgré le changement de service, il met toujours en avant l'automatisme des soins que l'on retrouve dans les soins somatiques (l.22). On peut faire l'hypothèse qu'Orion a une vision du soin qui prône la relation soignant-soigné, il met en avant un soin qui repose sur l'empathie, l'écoute, la congruence, qu'il a eu du mal à retrouver dans la réalisation d'un soin technique où il se sent enfermé par un protocole qui le bloquerait dans sa réflexion. Il en est de même pour Lysandre, qui lui aussi met en avant la difficulté qu'il avait à créer une relation de confiance durant ses stages dans des lieux de soins où l'aspect technique du soin était plus en avant.

Ajoutons que lors de l'entretien avec Thea, celle-ci mettait également en avant la difficulté à travailler dans les soins somatiques. Selon elle, son rôle propre est défini par la prise en charge d'un patient dans sa globalité. De plus, ajoutons qu'elle utilise elle aussi la métaphore de « *une usine* » (l.10) en mettant en avant le manque de relation dans les soins somatiques, et la standardisation des soins. En effet Canguilhem prône une approche du soin plus basée sur l'authenticité et l'empathie. On peut émettre l'hypothèse que la difficulté organisationnelle des établissements de santé, le sous-effectif, ne permet pas de prendre le temps d'adapter son soin à chaque patient. Selon l'OMS, le patient doit être pris en charge dans sa globalité (biopsychosocial), cependant cette approche du soin ne permet pas à l'infirmier de s'investir dans son rôle propre. N'a-t-on pas une approche du soin dégressive ? Déjà à l'Antiquité la médecine ne se basait que sur un corps et une maladie, celle-ci avait évolué grâce à certains

philosophes tels qu'Hippocrate et sa théorie des humeurs. Hippocrate a rompu avec la pensée divine de la maladie pour introduire l'observation clinique, mais il considérait déjà l'homme dans son environnement (climat, eaux, lieux). Au cours de mes entretiens, de nombreux soignants se plaignent du manque de relation de soins, on revient au dualisme de Descartes qui nous dit que le corps est une machine indépendante de l'esprit. On traite la pathologie en oubliant le malade.

Pour Canguilhem, la maladie n'est pas qu'un dysfonctionnement biologique, c'est une autre forme de vie, une autre normalité. En effet, si le soignant n'a pas le temps d'écouter le patient, il ne peut pas comprendre comment ce patient "vit" sa maladie. Cette approche refuse au patient son statut de sujet. En revanche en psychiatrie, la relation est l'outil, c'est la rencontre humaine qui est l'instrument d'aide pour la guérison. Pour citer Rogers, l'empathie et la congruence permettent au patient de se sentir en confiance avec le soignant. C'est cette sécurité qui lui permet d'explorer sa propre souffrance. Si l'on extrait la dimension relationnelle, la prise en charge bascule inévitablement vers une dérive purement carcérale ou sédative. On ne propose plus un soin mais un enfermement physique ou une contention chimique, réduisant la psychiatrie à une fonction de surveillance et de contrôle social. Sans cette interface humaine, le patient est privé de sa singularité : il n'est plus un « sujet » mais un objet de soins, subissant son traitement sans pouvoir y donner de sens.

En revanche, lors du questionnement auprès d'Ulysse, celui-ci me répond qu'il ne souhaite plus travailler en psychiatrie, car il n'y trouve plus d'intérêt. Après 10 ans en accueil crise fermé, il souhaite partir dans un service qui lui permettrait de faire plus de soins techniques. Ulysse met en avant le fait que notre travail est basé sur une complémentarité entre soins techniques et soins relationnels. On retrouve peu de soins techniques en psychiatrie et notre épanouissement en tant que soignant passe aussi par la technique : accomplir un soin technique complexe apporte une satisfaction narcissique positive. Comme tout être humain, le soignant a besoin de nourrir son estime de soi par la réussite d'actions. Dans un service d'accueil crise, les résultats sont souvent fragiles et la charge émotionnelle constante, le narcissisme du soignant peut être mis à mal par le sentiment d'impuissance. Le soin technique offre une alternative réparatrice : il permet de réinvestir son « Idéal du Moi » professionnel à travers une efficacité visible et mesurable. Ajoutons que l'accomplissement d'un geste technique réussi procure une gratification immédiate qui vient compenser la fatigue du rôle propre relationnel. Ajoutons que l'identité du soignant est construite sur deux principes, le Care (le prendre soin, le rôle propre) et le Cure (le

traitement, la technique). Si le milieu somatique souffre d'un manque de care, la psychiatrie de longue durée ou de crise peut parfois souffrir d'un manque de cure.

Ulysse nous montre que le déséquilibre est devenu trop important. Son souhait de partir montre que, pour se sentir complet dans sa prise en charge, l'infirmier a besoin de mobiliser l'ensemble de ses compétences, y compris celles acquises durant ses études et qui sont parfois délaissées en psychiatrie.

Après avoir abordé avec les soignants leur intérêt à travailler en psychiatrie, afin de mettre en avant leur valeur du soin et de la prise en charge, je les ai questionnés sur une situation vécue au cours de leur parcours impliquant un détenu. Tous parlent d'une situation qui les avait marqués, sauf Théa et Luvanie qui sont infirmières à l'USMP du Pontet. De ce fait, elles côtoient de manière régulière des détenues, ce qui rend difficile l'identification d'une situation singulière tant elles font partie de leur quotidien professionnel.

Au fil des entretiens, une première réalité s'est imposée : celle des a priori que portent les soignants envers les patients détenus. Orion est le premier à aborder ce sujet avec franchise. Il reconnaît que cet a priori est à la fois conscient et inconscient : « *il y a les deux qui jouent* » (l.121). Selon lui, la principale source de cette appréhension réside dans l'opacité qui existe entre les services judiciaires et les services de santé. En effet, le soignant reçoit très peu d'informations sur le motif d'incarcération du patient, car celui-ci ne le concerne pas dans sa mission de soin. Pourtant, cette absence d'information génère paradoxalement une forme de suspicion diffuse : « *automatiquement, il y a une espèce de petite alerte qui va se mettre dans notre cerveau en disant attention, il est en tôle* » (l.127). On peut émettre l'hypothèse que cette alerte est une réponse défensive du soignant face à l'inconnu, une forme de protection identitaire face à ce qu'il ne maîtrise pas. Ce mécanisme rejoint directement ce que Goffman théorise dans *Stigmate* (1963) : avant même la rencontre clinique, le statut de détenu vient jouer un rôle sur la perception que le soignant va avoir du patient. Celui-ci n'est plus d'abord un sujet souffrant, il est d'abord un détenu, et ce qui modifie la posture soignante avant même que la relation ne soit engagée. On retrouve ici la généralisation abusive décrite par Friard, qui efface la singularité de l'individu au profit d'un stéréotype : le détenu dangereux, imprévisible, celui dont on ne sait pas ce qu'il a fait. Orion ajoute un second élément d'explication : le comportement des patients détenus eux-mêmes, qu'il qualifie de « *frontal* » (l.146), hérité d'un mode de survie propre à l'univers carcéral. Ce rapport de force avec l'environnement, nécessaire en prison pour se faire entendre et obtenir ce dont on a besoin, se transpose dans le service de soins et vient

renforcer les représentations négatives que le soignant pouvait déjà avoir. On peut donc parler d'un cercle vicieux : le comportement du détenu, façonné par l'institution carcérale, confirme et amplifie les a priori du soignant, qui à son tour adopte une posture défensive, rendant la relation de soins encore plus difficile à engager.

Cependant, tous les soignants ne partagent pas ce vécu de la même manière. Ulysse affirme clairement ne pas avoir d'a priori : « *Il est détenu, chez nous il est patient* » (l.145). Thea et Luvanie rejoignent cette posture, en insistant sur le fait que le motif d'incarcération n'entre pas en compte dans leur évaluation clinique. On peut émettre l'hypothèse que cette différence tient en grande partie à la familiarité avec cette population. En effet, plus le soignant côtoie régulièrement des patients détenus, plus il est en mesure de dépasser la représentation collective du détenu dangereux pour retrouver derrière elle un sujet souffrant. Orion lui-même le confirme en évoquant le patient de son anecdote, un patient détenu dont il avait totalement oublié le statut judiciaire tant la prise en charge avait été centrée sur sa clinique psychiatrique : « *quand la pénitentiaire est venue le récupérer, et je me suis dit putain, c'était un détenu, j'avais oublié* » (l.249). Cela illustre ce que Rogers met en avant, le regard inconditionnel positif, qui se traduit par la capacité du soignant à percevoir l'autre dans sa singularité, indépendamment de ses attributs sociaux ou judiciaires. Lorsque cette posture est atteinte, le stigmate s'efface donc au profit de la rencontre humaine. Néanmoins, comme le montrent les entretiens, cette posture n'est pas naturelle ni immédiate : elle s'acquiert par l'expérience, par une posture réflexive et par une réflexivité constante sur ses propres représentations.

Ajoutons également que c'est à travers les situations vécues que l'on peut constater la complexité de la relation soignant-soigné avec un patient détenu. Orion nous cite une anecdote qu'il a vécue en début de carrière, lors de la prise en charge d'une détenue. Il tente d'établir un lien avec le patient en abordant le sujet des enfants, une accroche qu'il pensait bienveillante. Or, le patient, dans un état de persécution, interprète immédiatement cette approche comme une menace : « *Pourquoi tu parles de ma fille, qu'est-ce que tu veux lui faire ?* » (l.72)

On peut analyser cette situation en se basant sur le concept de holding développé par Winnicott. La fonction contenante du soignant ne peut s'exercer que si celui-ci est en mesure de proposer un environnement suffisamment bon, stable et sécurisant. Or, Orion, en cherchant à tout prix une accroche rapide, a involontairement touché un point de vulnérabilité extrême chez un patient déjà très persécuté, fragilisant ainsi la fonction contenante au lieu de la renforcer. On retrouve également ici ce que Bowlby décrit sur le système d'attachement : face à la détresse et

à la déstructuration psychique, le patient a un besoin primitif de réassurance. En percevant l'approche d'Orion comme une intrusion menaçante, le patient ne peut pas accéder à cette base sécurisante et se réfugie dans une réponse défensive et agressive.

Ajoutons que la situation de Lysandre soulève une autre approche de la relation soignant-soigné avec un patient détenu : celle de la contrainte institutionnelle qui vient entraver la prise en charge. Il évoque un patient dépressif, incarcéré depuis vingt-deux ans, hospitalisé dans le service et maintenu en chambre d'isolement non pas pour des raisons cliniques, mais en raison de la présence simultanée de mineurs dans le service. « *En soi il aurait pu être apte à sortir, mais à cause de la problématique qu'on accueille aussi des mineurs, ce n'est pas une prise en charge optimale* » (1.43). Cette situation illustre de manière concrète la tension entre le Care et le Cure décrite par Hesbeen : ici, ce n'est même pas la clinique qui dicte la décision, mais une exigence juridique et organisationnelle. Le soignant se retrouve alors dans l'impossibilité d'offrir à son patient un environnement suffisamment bon au sens de Winnicott, non pas par manque de volonté, mais parce que l'institution impose ses propres contraintes qui priment sur la logique thérapeutique. On peut également y voir le risque décrit par Friard d'une transformation du soignant en instrument de la contrainte, où la clé qu'il tourne n'est plus au service du soin mais au service d'une exigence réglementaire. Ulysse a lui aussi une approche de la relation soignant-soigné différente. Il décrit une approche qu'il centre sur la création d'un lien de confiance, en s'intéressant à la personne dans sa globalité : « *Je m'intéresse à ce qu'il faisait dans la vie, s'il a des enfants, s'il a des proches* » (1.121). Il insiste sur l'importance d'expliquer au patient le fonctionnement de la chambre d'isolement, de lui donner du sens à ce qu'il vit, de l'impliquer dans sa prise en charge. On peut constater que son approche est en lien avec l'hypothèse émise par Roger, une approche centrée sur la personne, dans laquelle le patient est acteur de son soin et non simple objet de la prise en charge. On retrouve également ici la notion de corps-sujet de Merleau-Ponty. Ulysse ne réduit pas son patient à sa pathologie ou à son statut judiciaire, il l'appréhende comme un être vivant, sensible, porteur d'une histoire et d'une identité propre. Cependant, la situation qu'il décrit avec le patient radicalisé met en lumière les limites de cette approche lorsque la clinique se heurte à un tableau très sévère. Face à un patient contenu pendant cinq jours, menaçant, imprévisible, dont on ne sait pas avec certitude s'il présente une pathologie psychiatrique ou s'il joue un rôle, la relation soignant-soigné devient quasiment impossible à établir. Le soin se réduit alors à sa dimension la plus

sécuritaire, ce que Foucault décrirait comme un glissement du soin vers la surveillance et le contrôle, où la dangerosité supposée prend le dessus sur la souffrance réelle.

Thea et Luvanie apportent un éclairage complémentaire sur la relation soignant-soigné en milieu carcéral. Pour elles, le cadre change mais la posture reste la même : « *Ça ne change strictement rien, je suis infirmière et peu importe le lieu où je suis, ma fonction c'est d'évaluer la souffrance de la personne* » (l.91). Luvanie souligne que la relation est moins présente qu'en hospitalisation, non pas moins importante, mais moins continue : « *tu les vois sur un temps donné pour un entretien et tu les revois pas à moins de les reconvoquer* » (l.97). Cette différence rejoint ce que Bowlby décrit sur la figure d'attachement : la relation thérapeutique ne peut véritablement remplir sa fonction de base sécurisante que si elle s'inscrit dans une certaine continuité et une certaine régularité. En milieu carcéral, cette continuité est structurellement limitée, ce qui fragilise la construction du lien et rend la relation d'aide plus difficile à ancrer dans la durée.

La question portant sur ce qu'évoque la chambre d'isolement a permis de recueillir des témoignages nuancés, révélant une ambivalence commune à l'ensemble des soignants interrogés que l'on retrouvait déjà dans le cadre de référence.

Orion est celui qui décrit avec le plus de détails l'évolution de sa perception au fil de son parcours. À son arrivée en psychiatrie, la chambre d'isolement lui évoquait quelque chose d'« *archaïque* » (l.150) avec un côté punitif qui le dérangeait. Il met en avant le fait qu'il ne comprenait pas pourquoi on isolait un patient, pourquoi on le mettait seul. Avec l'expérience, il a découvert que cela pouvait être du soin, notamment grâce aux retours de patients qui lui ont dit que la chambre d'isolement leur avait fait du bien, qu'elle leur avait offert un endroit calme, loin du bruit ambiant du service. Cette évolution de la perception rejoint directement ce que Pinel décrivait à l'origine : la chambre d'isolement pensée comme un outil thérapeutique de contenance, permettant au patient de se recentrer et de rassembler ses idées dans un environnement apaisé. Cependant Orion souligne également que plus les années passent, moins il l'utilise, et ce pour des raisons essentiellement juridiques et administratives. La loi impose désormais une prescription toutes les douze heures, ce qui implique de trouver un médecin disponible dans les délais, sous peine de voir la mesure annulée par le juge des libertés et de la détention. On peut émettre l'hypothèse que cette contrainte administrative, si elle vise à protéger les droits du patient, produit paradoxalement un effet inverse en poussant les équipes à renoncer à un outil qui pourrait parfois être cliniquement indiqué, faute de pouvoir en assumer la charge

administrative. Orion nous parle alors de la chambre d'apaisement, qu'il juge plus adaptée car elle restitue au patient une forme d'autonomie : « *L'apaisement, c'est lui qui sort quand il n'en a plus besoin, alors que l'isolement, c'est toi qui as la clé.* » (l.185) Cette distinction fait directement écho à ce que Friard décrit sur le conflit de rôle du soignant : en détenant la clé, le soignant devient l'instrument de la contrainte, et cette posture entre en contradiction avec sa fonction soignante fondée sur l'empathie et la relation de confiance. On retrouve ici la tension éthique permanente : comment soigner celui que l'on séquestre ?

Lysandre rejoint cette vision en décrivant la chambre d'isolement comme une « *privation encore plus grande des droits des patients* » (l. 51), tout en reconnaissant qu'elle reste parfois nécessaire pour assurer la sécurité du patient, du personnel et des autres patients. Il met, lui aussi, en avant l'existence d'une chambre d'apaisement dans son service, qu'il privilégie systématiquement en premier recours, avant d'envisager la chambre d'isolement. Cette démarche illustre parfaitement ce que l'on retrouve dans la pensée soignante actuelle : la recherche d'alternatives moins contraignantes, qui permettent de contenir la crise sans priver totalement le patient de sa liberté. Lysandre évoque également une formation suivie par son pôle, visant à réduire l'utilisation de la chambre d'isolement en s'inspirant des pratiques d'autres établissements. On peut y voir un mouvement institutionnel qui cherche à rompre progressivement avec l'héritage carcéral de la psychiatrie décrit par Foucault, où la surveillance et le contrôle primaient sur la clinique.

Ulysse apporte quant à lui un témoignage particulièrement intéressant sur l'évolution historique de la chambre d'isolement au sein de sa propre expérience. Il décrit les anciennes chambres d'isolement qu'il a connues comme des endroits austères, aux murs ternes, aux portes en ferraille qui claquaient et résonnaient dans tout le couloir, empêchant les autres patients de dormir. Cette image est frappante car elle renvoie directement à la déshumanisation décrite par Goffman : l'individu enfermé, réduit à un comportement à surveiller, dépouillé de son identité au profit d'un statut. Ulysse met en avant l'évolution significative des pratiques : des contentions cuir vers les contentions tissu, des chambres froides et austères vers des espaces pensés pour l'apaisement, des services où les patients n'avaient pas accès à leur chambre toute la journée vers des services ouverts où chacun dispose de son propre espace. Cette évolution illustre le mouvement progressif de la psychiatrie vers une prise en charge plus respectueuse de la dignité du patient, en lien avec ce que défendait Pinel lorsqu'il affirmait que priver un patient de liberté pouvait accentuer sa souffrance psychique plutôt que la soulager. Ulysse ajoute un élément particulièrement éclairant : certains patients demandent eux-mêmes la chambre d'isolement

lorsqu'ils sentent qu'ils vont se mettre en danger, préférant cet espace contenant à la salle d'apaisement pourtant disponible. Cela confirme l'idée que la chambre d'isolement, lorsqu'elle est utilisée à bon escient et dans une relation de confiance, peut être vécue par le patient comme un espace de protection et non de punition, rejoignant ainsi le principe de holding de Winnicott : un environnement contenant qui permet au sujet de rassembler ses morceaux identitaires dans un moment de déstructuration psychique.

Thea est sans doute la plus tranchée dans son propos. Elle qualifie la chambre d'isolement d'« *enfer* » (1.61), une formule qui résume à elle seule la violence symbolique que peut représenter cet acte de soin. Elle reconnaît néanmoins son utilité temporaire dans les situations de crise aiguë, lorsque les thérapeutiques ne sont pas encore suffisamment efficaces pour contenir certains symptômes. Elle établit elle-même un lien avec la prison, en évoquant la capacité de l'enfermement carcéral à contenir certains comportements psychotiques, soulignant ainsi que la contenance psychique peut parfois s'exercer à travers l'enfermement physique. Mais elle insiste sur le caractère nécessairement temporaire de cet outil : maintenir un patient en chambre d'isolement pendant plusieurs mois relève selon elle d'une dérive qui appelle d'autres réponses institutionnelles. Cette réflexion rejoint directement ce que Foucault décrit dans *Surveiller et punir* : lorsque l'isolement se prolonge au-delà de la crise, il cesse d'être un outil thérapeutique pour devenir un mécanisme de contrôle, où la surveillance prime sur le soin et où l'hôpital psychiatrique se rapproche dangereusement de la prison.

Luvanie apporte enfin une perspective complémentaire, en définissant la chambre d'isolement avant tout comme un espace de protection et de recentrage psychique. Elle insiste sur le fait qu'elle ne l'a jamais utilisée comme lieu punitif, qu'elle la considère comme un soin en elle-même, une mesure qui permet au patient de traverser la décompensation dans un cadre sécurisé avant de retrouver un état plus stable. Elle reconnaît néanmoins que la mise en chambre d'isolement représente une atteinte psychique réelle pour le patient, car elle lui est imposée sans son consentement. On retrouve ici la tension décrite par Ricœur entre la sollicitude soignante et la procédure de surveillance : en cochant les cases de contrôle horaire, le soignant se rassure, mais le risque est que la relation humaine disparaisse derrière le protocole.

La question qui traverse l'ensemble de ces témoignages est donc celle du sens que l'on donne à la chambre d'isolement. Outil de soin ou prolongement de la logique carcérale ? Les entretiens montrent que la réponse dépend largement de la posture du soignant, de sa capacité à maintenir une présence relationnelle même derrière la porte fermée, et de la culture soignante du service

dans lequel il exerce. Comme le soulignait M. Bellahsen, l'isolement n'est pas une nécessité médicale universelle, mais un choix d'organisation qui reflète une certaine vision du soin. Ce sont précisément ces représentations que les soignants interrogés remettent en question, en cherchant des alternatives moins contraignantes, plus respectueuses de la dignité du patient, et qui permettent de préserver la relation soignant-soigné comme fondement de la prise en charge psychiatrique.

La dernière question posée aux soignants portait sur l'influence que ces expériences avaient pu avoir sur leur façon de prendre en charge les patients. Les réponses obtenues révèlent des positionnements très différents selon le parcours et l'ancienneté de chacun, mais elles convergent toutes vers une même réalité : la rencontre avec le patient détenu ne laisse jamais le soignant totalement inchangé.

Orion nous dit que la situation vécue en début de carrière avec le patient persécuté l'a profondément marqué dans sa façon d'entrer en relation. Cette situation l'a conduit à remettre en question cette approche : « *Aujourd'hui je suis beaucoup plus méfiant, dans le bon sens, parce que je suis passé par là* » (l.89). Le souvenir de ce patient lui sert désormais de piqure de rappel chaque fois qu'il entre dans une chambre, qu'il s'agisse d'un détenu ou non. On peut faire l'hypothèse que cette expérience a permis à Orion de développer une posture plus proche de la congruence décrite par Rogers : être pleinement présent, sans forcer la relation, sans chercher à imposer une accroche artificielle, mais en laissant la rencontre se construire au rythme du patient. Il évoque également l'apprentissage de l'humilité dans le soin et la valeur du travail en équipe, en acceptant que certains soignants soient parfois mieux placés que lui pour établir le contact avec un patient donné. Cette capacité à passer son tour, à reconnaître ses propres limites dans une relation, rejoint ce que Bowlby décrit sur la fonction de base sécurisante : elle ne peut s'exercer que si le soignant est en mesure d'évaluer honnêtement ce qu'il peut offrir au patient à un moment donné. Cependant Orion soulève également quelque chose de plus troublant : il retient davantage les situations difficiles, les patients qui l'ont insulté ou agressé, que ceux qu'il a réussi à soigner dans une relation de confiance. « *On retient souvent ceux qui cassent tout, beaucoup plus que ceux qui sont très malades et qu'on arrive à soigner.* » (l.252) On peut y voir l'effet de la stigmatisation décrite par Goffman : les expériences négatives viennent renforcer les représentations collectives du détenu dangereux, au détriment des expériences positives qui restent dans l'ombre.

Lysandre adopte quant à lui une position plus nuancée. La situation vécue avec le patient dépressif n'a pas modifié sa façon de prendre en charge individuellement les patients détenus, mais elle a ouvert une réflexion d'ordre institutionnel. Il évoque la question de l'accueil simultané de détenus et de mineurs dans le même service comme une problématique structurelle qui nuit à la qualité de la prise en charge des deux populations. Cette réflexion a remonté jusqu'à la direction, ouvrant des discussions sur la création d'une unité intersectorielle psychiatrique. On peut émettre l'hypothèse que cette situation a mis en lumière ce que Foucault décrit comme les limites du cadre institutionnel : lorsque l'organisation de l'institution prime sur la logique clinique, le soignant se retrouve dans l'impossibilité d'exercer pleinement sa fonction soignante, quelles que soient ses compétences relationnelles. La transformation chez Lysandre ne s'opère donc pas au niveau de sa posture individuelle, mais au niveau de sa réflexion sur le système de soins dans lequel il s'inscrit.

Ulysse, lui, situe la transformation à un niveau plus global. Ce n'est pas une situation particulière qui a modifié sa pratique, mais l'accumulation de dix ans d'expérience en accueil crise fermée. Il décrit une sérénité acquise face aux situations de crise, une capacité à gérer des situations complexes avec plus de recul, nourrie par la formation reçue d'anciens soignants qui avaient quinze à vingt ans de psychiatrie. Il note d'ailleurs que ce type de transmission se fait de plus en plus rare dans les services, où l'ancienneté devient une denrée précieuse. « *C'est très rare dans les hôpitaux qu'il y ait des infirmiers qui sont en unité depuis plus de dix ans.* » (l.155) On peut y voir un appauvrissement de la culture soignante: sans la transmission d'une ambiance, d'une façon d'être au soin, les nouvelles générations se retrouvent à construire leur posture clinique sans filet, comme Orion le décrivait dans ses six premiers mois. Ulysse évoque également l'évolution positive de la psychiatrie depuis 2016, sur le plan des droits des patients, de l'humanisation des espaces, de la réduction des pratiques coercitives. Cette évolution confirme que la transformation ne touche pas seulement les individus, mais aussi les institutions, qui cherchent progressivement à rompre avec l'héritage carcéral de la psychiatrie. Thea est sans doute celle qui affirme avec le plus de conviction que sa pratique n'a pas été modifiée par la prise en charge des patients détenus. Pour elle, la posture soignante reste la même, peu importe le lieu ou le profil du patient : « *Je suis infirmière psy, que ce soit en prison ou ailleurs, c'est pareil.* » (l.59). Elle insiste sur le fait que son rôle est d'évaluer la souffrance du patient, indépendamment du contexte judiciaire, et que cette mission ne change pas selon que le patient est libre ou incarcéré. On peut analyser cette stabilité de posture à la lumière de

ce que Rogers décrit sur la congruence : lorsque le soignant est profondément ancré dans ses valeurs et dans son identité professionnelle, il est moins vulnérable aux représentations collectives et aux pressions institutionnelles qui pourraient l'amener à modifier sa façon de soigner. Cependant, Thea souligne que le patient qu'elle évoque l'a marquée cliniquement, non pas parce qu'il était détenu, mais parce qu'il représentait un cas psychiatrique complexe et riche sur le plan clinique. On peut donc faire l'hypothèse que pour Thea, la transformation s'opère non pas dans la posture soignante mais dans la réflexion clinique, nourrie par la rencontre avec des profils de patients que l'on ne retrouve pas ailleurs.

Luvanie rejoint cette position en affirmant que la prise en charge des détenus n'a pas changé sa façon de soigner, car pour elle le détenu reste avant tout un patient. Elle précise néanmoins que le motif d'incarcération reste présent en tête, non pas pour modifier le soin, mais pour adapter les précautions nécessaires à sa propre sécurité et à celle du patient. Cette nuance est importante : il ne s'agit pas d'une méfiance stigmatisante au sens de Goffman, mais d'une vigilance clinique raisonnée, similaire à celle que l'on exerce avec tout patient hospitalisé sous contrainte. Elle ajoute que son stage préprofessionnel en détention a conforté son choix de travailler auprès de cette population, ce qui laisse penser que la transformation chez elle s'est opérée en amont, avant même l'entrée dans la vie professionnelle, à travers la confrontation précoce avec la réalité du terrain.

Au fil de ces témoignages, on constate que la question de la modification de la pratique ne peut pas recevoir de réponse uniforme. Pour certains, comme Orion, la transformation est visible et tangible dans les gestes quotidiens du soin. Pour d'autres, comme Thea ou Luvanie, elle est moins perceptible en surface mais s'ancre dans une identité professionnelle solide qui résiste aux représentations collectives. Ce qui unit cependant l'ensemble de ces soignants, c'est la capacité de remise en question que chaque rencontre avec un patient détenu semble avoir suscitée, qu'elle soit individuelle, institutionnelle ou réflexive. On peut donc émettre l'hypothèse que c'est précisément cette réflexivité, cette capacité à interroger ses propres représentations et ses propres pratiques, qui constitue le véritable moteur de l'évolution du soignant face à une population aussi complexe que celle des patients détenus atteints de troubles psychiatriques.

5.4. LIMITES DE L'ENQUETE

Dans un premier temps, mener des entretiens sur un thème encore tabou en psychiatrie, c'est révéler assez compliqué. En effet, la direction doit accepter ou non la rencontre avec les soignants. J'ai eu du mal à voir une réponse suite à mon mail. De plus, interroger des infirmiers sur leur lieu de travail est compliqué de par l'interruption de plusieurs personnes ou encore la difficulté à donner son avis malgré le fait d'être isolé. Ajoutons que j'aurais souhaité m'entretenir avec plus d'infirmiers de différents services, un autre accueil crise fermé, un service de resocialisation, l'addictologie, et également un service de soins somatiques. Il aurait été intéressant de voir leur point de vue sur la relation de soin avec un détenu. De plus cela aurait ajouté un nouveau regard à mon analyse, en axant aussi ma recherche auprès des soins somatiques. Pour finir, réaliser plus d'entretiens m'aurait également permis d'être plus à l'aise avec les suivants et de pouvoir axer la discussion plus facilement sur le sujet que je souhaitais aborder.

6. PROBLEMATIQUE

Au terme de ce travail, une question continue de me questionner. Tout au long de mes entretiens, j'ai pu observer que les soignants sont capables de prendre du recul sur leurs propres représentations et de remettre en question leurs a priori envers les patients détenus. Mais lors de l'entretien avec Lysandre, celui-ci soulève quelque chose qui m'a particulièrement interpellée. Selon lui, le problème ne vient pas uniquement du soignant lui-même. C'est parfois l'institution qui, sans s'en rendre compte, entretient et banalise la stigmatisation. Les pratiques sont reproduites d'une équipe à l'autre, les a priori circulent dans les couloirs, dans les transmissions, dans les façons de parler des patients. Et personne ne les remet vraiment en question parce que tout le monde fait pareil depuis toujours. Le soignant se retrouve alors dans une position difficile. D'un côté, il essaie de soigner avec bienveillance et sans jugement. De l'autre, il évolue dans un environnement qui ne l'aide pas toujours à aller dans ce sens. On peut se demander comment un soignant peut transcender ses propres représentations stigmatisantes si l'institution dans laquelle il travaille les induit et les banalise au quotidien. Est-ce vraiment possible de changer sa façon de soigner quand tout autour de soi fonctionne de la même façon depuis des années ?

Goffman nous explique dans *Stigmate* (1963) que la stigmatisation n'est pas quelque chose qui vient uniquement d'une personne. C'est un processus qui se construit collectivement, dans les

habitudes, dans les discours, dans les façons de parler des gens. En institution, ces habitudes se transmettent naturellement d'une équipe à l'autre. Les a priori passent dans les transmissions, dans les mots qu'on choisit pour parler d'un patient, dans les attitudes que les nouveaux soignants observent dès leur arrivée et qu'ils reproduisent sans forcément se poser de questions. On peut donc penser que dans certains services, la stigmatisation fonctionne un peu comme une norme qu'on ne voit plus vraiment parce qu'elle fait partie du quotidien. Foucault, dans *Surveiller et punir*, va encore plus loin. Il montre que l'hôpital psychiatrique est lui-même construit sur une logique de contrôle. Cette logique produit une certaine façon de regarder le patient, non plus comme une personne qui souffre, mais comme un corps qu'il faut surveiller et gérer. Quand le patient est en plus détenu, cette logique se renforce. Il cumule deux statuts qui font peur : celui de malade mental et celui de prisonnier. L'institution reproduit alors ce que la société projette déjà sur lui. Et le soignant, sans s'en rendre compte, peut se retrouver à surveiller plus qu'à soigner, parce que c'est ce que le système autour de lui lui demande de faire.

Ajouton que Friard parle aussi de ce glissement. Sous la pression du quotidien, le manque de temps, le manque de soutien, le soignant peut perdre peu à peu sa posture soignante et se réfugier dans des automatismes. Ces automatismes sont souvent porteurs de stigmatisation parce qu'ils reposent sur des représentations que personne n'a jamais vraiment questionnées. Bellahsen rejoint cette idée en montrant que des pratiques comme l'isolement systématique à l'arrivée d'un détenu ne sont pas toujours des décisions cliniques. Elles font partie de la culture du service, et c'est pour ça qu'elles sont si difficiles à changer. Alors comment faire autrement ? Oury nous rappelle que le soin commence par la construction d'une ambiance, d'un espace où le patient peut se sentir en sécurité. Si cette ambiance est construite sur la méfiance, le soin ne peut pas vraiment s'exercer. C'est donc à l'institution de créer les conditions qui permettent au soignant de soigner autrement. Cela peut passer par des formations, par des temps de supervision, par des espaces où les soignants peuvent parler de ce qu'ils ressentent et questionner leurs représentations sans avoir peur d'être jugés. Rogers mais également en avant le fait que le soignant ne peut pas être pleinement lui-même dans la relation si l'environnement dans lequel il travaille ne le soutient pas. Si l'institution valorise la surveillance plutôt que la relation, le soignant se retrouve coincé entre ses valeurs et ce qu'on lui demande de faire. Cette contradiction peut créer une vraie souffrance, et pousser paradoxalement le soignant à se distancier encore plus de son patient pour se protéger. En effet transcender la stigmatisation ne peut pas reposer uniquement sur le soignant seul. C'est quelque chose qui doit se faire

collectivement. Tant que l'institution ne questionne pas ses propres pratiques et ses propres représentations, le soignant restera seul face à ses préjugés, sans vraiment avoir les outils pour faire autrement. La vraie question n'est donc pas seulement comment le soignant peut changer son regard sur le patient détenu, mais aussi comment l'institution peut changer le regard qu'elle porte sur elle-même.

7. QUESTION DE RECHERCHE

J'en suis donc venue à me questionner sur :

« Comment transsander la stigmatisation alors que l'institution dans lequel le soignant travail l'induit, la banalise ? »

8. CONCLUSION

Ce travail de fin d'études m'a permis d'aborder une problématique qui me tenait vraiment à cœur. Après plusieurs situations vécues en stage qui m'ont interpellée, je me suis lancée dans une recherche sur la prise en charge des patients détenus en psychiatrie, et plus particulièrement sur l'impact que peut avoir la stigmatisation sur la relation de soin.

Au fil de ce travail, j'ai pu explorer différentes dimensions de cette problématique. L'histoire de la psychiatrie m'a d'abord permis de comprendre que la vision que l'on a du patient psychiatrique, et en contrepartie du patient détenu. Elle est le fruit de siècles de représentations, de peurs et de pratiques qui ont peu à peu façonné notre façon de soigner, parfois sans que l'on s'en rende vraiment compte. La chambre d'isolement, la contention, la méfiance envers certains profils de patients, tout cela s'inscrit dans une histoire longue que le soignant porte en lui, même sans le savoir.

La stigmatisation est au cœur de cette réflexion. Comme Goffman nous l'a montré, elle ne vient pas uniquement de la mauvaise volonté d'une personne. Elle se construit collectivement, dans les habitudes, dans les discours, dans les façons de parler des patients. Et c'est justement ce qui la rend si difficile à combattre. Au cours de mes entretiens, j'ai pu constater que les soignants en sont souvent conscients. Ils savent que leurs a priori existent, ils essaient de les travailler. Mais comme le soulignait Lysandre, le problème ne s'arrête pas à l'individu. L'institution elle-même peut induire et banaliser cette stigmatisation, sans que personne ne la remette vraiment en question.

La relation soignant-soigné reste pourtant au centre de tout. C'est elle qui permet au patient de se sentir reconnu dans sa souffrance, et non dans son acte. C'est elle qui transforme une chambre d'isolement en espace de soin plutôt qu'en cellule. C'est elle qui fait la différence entre un soignant et un surveillant. Les cinq infirmiers que j'ai rencontrés me l'ont tous montré, chacun à leur façon : soigner un patient détenu, c'est avant tout choisir de le voir comme un patient, et non comme un détenu.

Je l'espère sincèrement, ce travail pourra contribuer, même modestement, à faire reculer la stigmatisation envers ces patients qui cumulent souvent plusieurs formes d'exclusion. Un patient détenu avec des troubles psychiatriques porte une triple peine : celle de la loi, celle de sa maladie, et celle du regard des autres. Si ce mémoire peut offrir à ceux qui le liront une opportunité d'ouverture d'esprit, s'il peut inviter chaque soignant, chaque étudiant, chaque personne à se questionner sur ses propres représentations, alors il aura atteint son objectif.

Car se questionner, c'est déjà soigner autrement. C'est refuser les automatismes, c'est choisir de regarder la personne derrière le dossier, derrière le matricule, derrière l'acte. Et c'est peut-être là, dans ce questionnement permanent, que réside le cœur du métier infirmier.

BIBLIOGRAPHIE

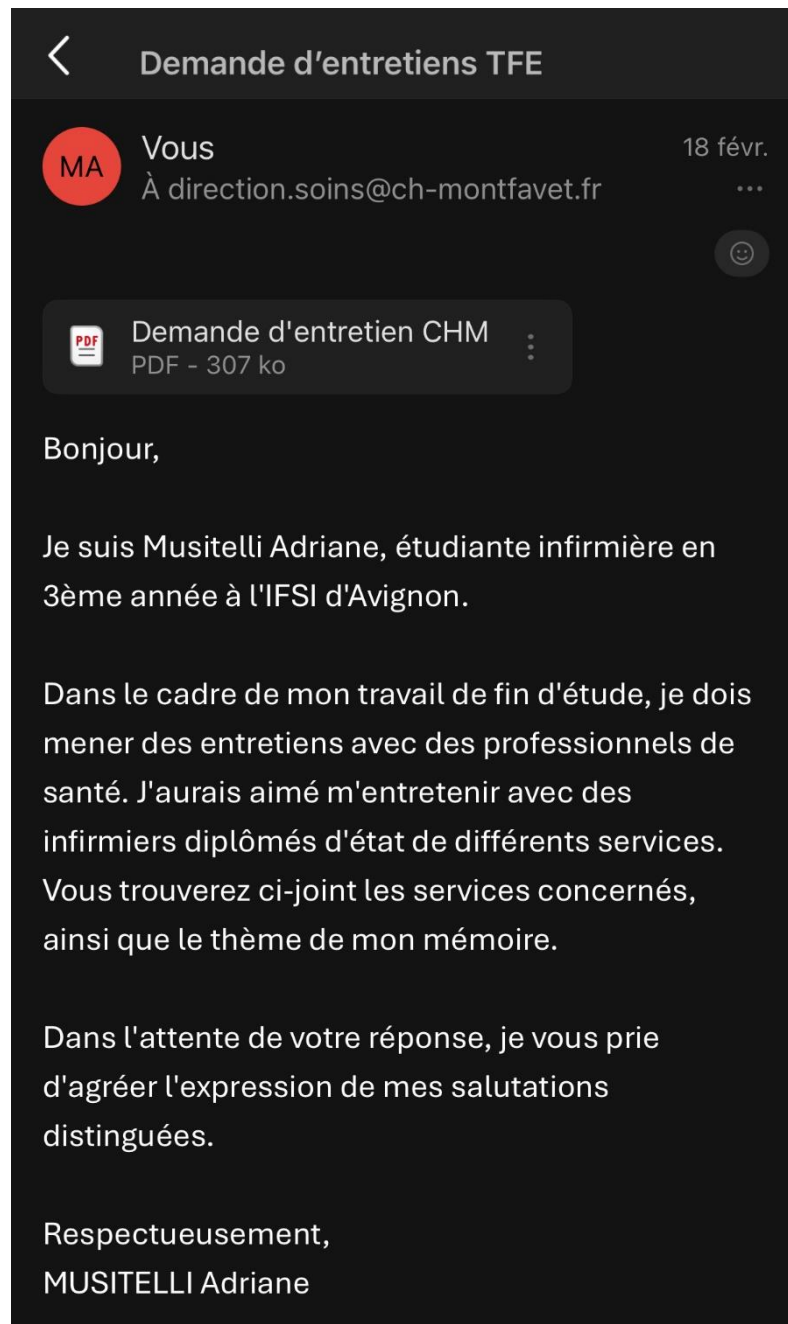
- Bellahsen, M. (2023). *Abolir la contention : Sortir de la culture de l'entrave*. Libertalia
- Boukobza, C. (2003). *La clinique du holding : Illustration de D.W. Winnicott*. Le Coq-héron, 173(2), 64-71. <https://doi.org/10.3917/cohe.173.0064>
- Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte : Volume 1, L'attachement*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bourgeois, D. (2009). L'architecture symptôme en psychiatrie. *Psy Cause*, 54(2), 16-20. <https://doi.org/10.3917/psca.054.0017>
- Code de la santé publique, Article L3222-5-1. (version en vigueur au 1er septembre 2024). *Légifrance*. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042686162/
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). *Origines et concepts de la théorie de l'attachement*. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Gallimard
- Fortin, J., & Fayard, A. (2012). Titre de l'article. *La Santé de l'homme*, (419), 12–13, [14264_doc00000121.pdf](https://doi.org/10.3917/soh.419.12-13)
- Friard, D. (2010). Schizophrénie et dangerosité, les plus dangereux ne sont pas ceux qu'on pense. *Empan*, 77(1), 95-103. <https://doi.org/10.3917/empan.077.0095>
- Goffman, E. (1963). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Éditions de Minuit
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Isolement et contention en psychiatrie générale*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836074/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale
- Infirmiers.com. (s.d.). *Philippe Pinel, fondateur de la psychiatrie "par amour de l'humanité"*. <https://www.infirmiers.com/profession-ide/histoire-et-sante/philippe-pinel-fondateur-de-la-psychiatrie-par-amour-de-lhumanite>
- Info-gouv.fr. (2025, 11 février). *Troubles de la santé mentale : connaître les différents troubles*. <https://www.info.gouv.fr/grand-dossier/parlons-sante-mentale/les-differents-troubles>
- Jodelet, D. (1989). Représentations sociales : un domaine en expansion. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (p. 45-78). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656-page-45>

- Moon, K. A. (2006). *La congruence du thérapeute non directif : un paradoxe éthique, pas un conflit théorique. Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 3(1), 28–54 <https://doi.org/10.3917/acp.003.0028>
- Oury, J. (1986). *Le Collectif : Le Séminaire de Sainte-Anne*. Paris : Le Champ social éditions.
- Postel, J., & Quétel, C. (2012). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod
- Prayez, P. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 77-84. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0077>
- Vulser, H., & Lanvin, V. (2018). *Chapitre 1. Aspects historiques*. Dans C. Lemogne, P. Cole, S. M. Consoli & F. Limosin (dir.), *Psychiatrie de liaison* (pp. 1-9). Lavoisier <https://stm.cairn.info/psychiatrie-de-liaison--9782257206923-page-1?lang=fr>
- Winnicott, D. W. (1956). « La préoccupation maternelle primaire ». Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot (1969).
- Zielinski, A. (2011). *La vulnérabilité dans la relation de soin : “Fonds commun d’humanité”*. *Cahiers philosophiques*, 125(2), 89–106. <https://doi.org/10.3917/caph.125.0089>

Annexe I. Demande d'autorisation d'entretiens	I
Annexe III : Guide d'entretien.....	III
Annexe IV : Entretien 1	IV
Annexe V : Entretien 2	XIII
Annexe VI : Entretien 3	XVII
Annexe VII : Entretien 4	XXIII
Annexe VIII : Entretien 5	XXVII
.Annexe IX : Autorisation de diffusion	XXXI

Annexe I. Demande d'autorisation d'entretiens

Annexe I.I demande d'entretien au CHM



ANNEXES I.II. DEMANDE D'ENTRETIEN CHM DIRECTION DES SOINS



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme. MUSITELLI Adriane
Étudiante en soins infirmiers
391 Rue Henri Nogueres, 84100 ORANGE
07 62 19 79 16
musitellia6@gmail.com

à Monsieur le Directeur des soins

Orange, le 10/02/2026

Monsieur le Directeur des soins,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans :

- vos services unités pour malades difficiles
- votre service d'accueil crise fermée, du pôle des Aigues et du Ventoux, les cèdres 2
- votre service U.S.M.P - Centre pénitentiaire Le PONTET

Auprès d'infirmier(e)s Diplômé(e)s d'État.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

La prise en charge des détenus présentant des troubles psychiatriques.

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par ma Directrice de Mémoire.

Généralités (expérience professionnelle)

- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) et depuis combien de temps travaillez-vous en psychiatrie ?
- Qu'est-ce qui vous a amené(e) à travailler en psychiatrie ?
- Avez-vous le sentiment que votre expérience influence votre manière de prendre soin aujourd'hui ?

Question inaugurale

- Pouvez-vous me parler d'une situation vécue avec un patient détenu, présentant des troubles psychiatrique ?

Questions de relance

- Qu'évoque pour vous la chambre d'isolement ?
- Que pouvez-vous me dire sur la relation soignant-soigné lors de la prise en charge d'un détenu ?

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

 MUSITELLI Adriane

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

Annexe III : Guide d'entretien

Généralités	- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé et depuis combien de temps travailler-vous en psychiatrie ? - Qu'est-ce qui vous a amené à travailler en psychiatrie ? - Avez-vous le sentiment que votre expérience influence votre manière de prendre en soin ?
Question inaugurale	- Pouvez-vous me parler d'une situation vécue avec un patient détenu, présentant des troubles psychiatrique ?
Question de relance	- Qu'évoque pour vous la chambre d'isolement ? - Que pouvez-vous me dire sur la relation soignant-soignée lors de la prise en charge d'un détenu ?

Annexe IV : Entretien 1

- 1 ADRIANE (ESI) : Bonjour, je suis Adriane étudiante infirmière en 3^{ème} année, je suis venue
2 vers toi pour que nous puissions discuter autour de la prise en charge des patients qui a la fois le
3 statue de patient et de détenu.
- 4 ORION (IDE) : Bonjour, moi c'est orion, infirmier en UMD.
- 5 ADRIANE (ESI) : Je vais d'abord commencé par les questions plus générales. Donc, depuis
6 combien de temps est-ce que tu es diplômé et depuis combien de temps tu travailles en
7 psychiatrie ?
- 8 ORION (IDE): je suis diplômé depuis 2016. et je travaille en physiatrie depuis 2018.
- 9 ADRIANE (ESI) : Ok et la psychiatrie a toujours était ton choix
- 10 ORION (IDE) : Non pas du tout. À la base c'était le libéral, que je voulais.
- 11 ADRIANE (ESI) : Et du coup qu'est-ce qui t'a amené à travailler en psychiatrie ?
- 12 ORION (IDE) : Ce qui m'a amené, je pense que c'est la quête de mettre du sens aux choses que
13 je fais. J'avais envie de mettre du sens parce que j'ai fait de la chirurgie et au bout d'un an à faire
14 des pansements, d'aller toujours plus vite pour préparer les blocs. J'avais du mal avec ce côté
15 un peu machine à pansement. Puis je me demandai ce qu'était ma plus-value, pourquoi je fais
16 ça et puis j'étais pas heureux dans ce que je faisais. Parce que moi ce que j'aimais, c'était le
17 contact et en fait les gens je leur parlais très peu puisqu'ils partaient le soir ou le lendemain.
18 Donc du coup j'étais pas épanoui là où j'étais. C'est là où je me suis rappelé que j'avais fait des
19 stages en psy qui m'avaient plu.
- 20 ADRIANE (ESI) : Donc en 2016, t'as été diplômé. ensuite t'as fait de la chirurgie 1 an et ensuite
21 tu est parti directement aux UMD
- 22 ORION (IDE) : Non j'ai d'abord fait 1 an SSR. Je me suis dit, que j'aurais plus de temps pour
23 être auprès du patient. Non, En fait, c'était mieux au niveau du contact parce que les gens
24 restaient trois semaines. Donc là j'avais quand même le temps d'avantage les connaître. Par
25 contre j'étais de nuit, j'étais seul infirmier, j'avais 60 patients . Il y avait deux aides-soignantes,
26 l'équipe était très clivée. Donc j'ai fait un an et je me suis dit c'est pas là non plus et c'est là où
27 je me suis dit la psychiatrie ça pourrait me plaire. J'ai demandé les UMD parce qu'en fait moi
28 en 2015, j'ai fait mon stage de psy en troisième année ici.
- 29 ADRIANE (ESI) : Ok, le préprofessionnel ou pas du tout ?

30 ORION (IDE) : Non pas le préprofessionnel parce que je voulais faire de la chirurgie. Mais
31 mon stage de psy qui est tombé au début de ma troisième année, je l'ai fait du coup il y a 11 ans
32 ici dans ce service. Donc j'ai demandé les UMD il m'on dit qu'il n'y avait pas de place. Comme
33 souvent en fait quand tu sors de l'école. Quand tu sors d'école ou que tu n'a pas trop d'expérience
34 en psy, on t'envoie pas direct aux UMD. Donc on m'a proposé un accueil crise fermé, j'ai fait
35 trois ans et là ça a été vraiment très dur pendant six mois. Les six premiers mois, je ne
36 comprenais rien, j'étais perdu car il n'y a pas vraiment de formation sur comment accompagner
37 les jeunes diplômés, en tout cas les gens qui ne sont pas trop aguerris en psychiatrique. Donc
38 j'ai eu vraiment l'impression d'être délaissé, tout les soirs, je reprenais mes cours de
39 psychopathologie parce que j'étais perdu. Les collègues ont pas forcément le temps de
40 t'expliquer le pourquoi du comment, c'était souvent à la pause, ils essayaient de me donner un
41 peu des techniques d'entretien de la clinique, des choses que j'avais pas appris en tout cas pas
42 pratiquer, ou que je faisais des fois sans savoir. Et du coup ces six mois ont été durs, mais en
43 fait très très formateur. C'est pour ça que je conseille à tous les gens qui veulent faire de la psy,
44 de commencer par de l'accueil crise fermée, c'est vraiment une très très bonne école et puis c'est
45 là souvent il y a les équipes en plus les plus soudées, solidaires parce que les conditions sont
46 quand même assez dures. On a pas trop de moyens, donc aller à trouver des lits, on galère à
47 trouver des solutions pour soigner les patients, on galère à avoir des médecins. Tu galères pour
48 beaucoup de choses, mais du coup entre dans l'équipe généralement ça crée des liens de
49 solidarité importants, et qui fait que rapidement tu te lis d'amitié avec une partie de ton équipe,
50 tu fais des trucs à l'extérieur avec eux. Puis quand t'es dans la galère, tu sais que tu peux compter
51 sur eux aussi quoi donc ça m'a vraiment aider.

52 ADRIANE (ESI) : Donc maintenant que je connais ton parcours je voulais te questionner sur
53 est-ce que tu peux me parler d'une situation que t'as vécu avec un patient détenu qui avait des
54 troubles psychiatrique ?

55 ORION (IDE) : J'en ai plusieurs, mais tu voudrais une situation sur quoi ?

56 ADRIANE (ESI) : Une situation qui t'a vraiment marqué et dont tu te rappelles encore et qui t'a
57 aider à devenir qui tu es.

58 ORION (IDE) : Il y a une situation qui m'a beaucoup marqué qui c'est passer dans mes six
59 premiers mois. Voilà donc il y a un patient qui arrive détenu, donc chambre d'isolement, il y a
60 parfois ce préjugé, tu vois cette appréhension du détenu qui est là, mais il est pas vraiment fou,
61 il est là parce que ça se passe mal en prison, on va se le coltiner trois jours puis il va repartir, tu

62 vois parce qu'il va sentir que les conditions matérielles sont moins bien que en prison, du coup
63 ça va le saouler d'accord. Donc moi j'entendais beaucoup ça, j'avais pas trop vu de détenu avant,
64 donc j'étais plus dans le monde des bisounours avec on va dire des psychotiques chroniques
65 avec qui tu parles de la pluie, du beau temps. J'étais plus dans la création du lien, à rechercher
66 peut-être un atome crochu avec la personne. Je me souviens plus de son prénom, mais je vois
67 son visage encore, en parlant avec lui, j'avais lu dans son dossier qu'il avait des enfants, moi je
68 venais d'être papa à l'époque du coup je me dis bon c'est une accroche, je vais peut-être réussir
69 à accrocher quelque chose. Et ben ce jour-là ça n'a pas du tout était le cas, c'est-à-dire que je
70 pense qu'il était pas bien psychiquement, il était pas dans un bon état, très persécuté, et du coup
71 le fait que je lui parle des enfants, il s'est mis en mode défensive. Il m'a demander pourquoi tu
72 parles de ma fille qu'est-ce que tu veux lui faire, et puis le ton monte, il devient agressif, il
73 m'insulte. Donc en isolement on est toujours deux t'as pu voir donc là il y avait moi et ma
74 collègue. Elle avait plus de bouteilles que moi ça faisait 10 ans qu'elle était en accueil crise
75 ferme, elle a repris le vide, on va dire pour parler avec donc je pense que le fait que ça soit une
76 femme ça l'a un peu détendu, tu vois. Elle l'a embrailé sur d'autres sujets, comment ça se passe
77 en prison... elle a vraiment tout fait pour éloigner le sujet des enfants qui avaient réveillé des
78 choses chez lui pas bien, et puis cliniquement qui montrait aussi qu'il était pas bien, tu vois
79 parce que j'avais touché un truc. Moi ça a été vraiment un travail d'apprentissage aussi parce
80 que le patient en fait chaque fois qu'il parlait avec ma collègue pour donner des réponses, il me
81 regardait toujours comme ça en disant et toi ferme ta gueule sur ma fille t'as rien à dire sur elle,
82 et donc moi j'étais là à me faire insulter et il fallait que je garde mon sang-froid parce que t'es
83 infirmier t'es pas dehors t'es pas dans la rue, t'es professionnel. Cette expérience elle m'a appris
84 que parfois se taire, c'est la bonne solution. Là je me suis dit surtout ne rentre pas dans le conflit
85 avec lui, tu n'as rien à gagner rien à perdre, laisse ta collègue faire, elle a l'habitude et comme
86 tu vois ça c'est vraiment une situation qui me marque aujourd'hui. Maintenant quand je rentre
87 dans une chambre d'isolement et qu'il y a un détenu ou pas d'ailleurs, j'évite justement cette
88 accroche peut-être trop rapide, que je pouvais avoir au début. Je suis beaucoup plus méfiant,
89 mais parce que je suis passé par là.

90 ADRIANE (ESI) : Il a passé combien de jours en isolement et combien de temps est-il resté

91 ORION (IDE) : il est pas resté longtemps une petite semaine, je dirais.

92 ADRIANE (ESI) : Et après au fil des jours ça s'est amélioré avec lui ou tu n'y est plus retourné

93 ORION (IDE) : En fait l'équipe comme j'étais nouveau entre guillemets, l'équipe m'a comment
 94 dire ils me l'ont même pas dit si tu veux, mais ils ont fait en sorte que ça soit pas moi qui aille,
 95 tu vois. Pour un peu comme ça peut être le cas des fois dans une équipe quand t'as du mal avec
 96 un certain patient, souvent tu as l'équipe naturellement qui te met un peu à l'écart de cette prise
 97 en charge pour prendre le relais. Là c'est vraiment ce qui s'est passé et ça m'a. Ça m'a aussi un
 98 peu appris à travailler en équipe. Tu vois parce que t'es le sauveur de personnes quoi en
 99 psychiatrie. Il y a un moment que tu vas être le bon élément comme le jour d'après ça va pas le
 100 faire, tu vois. Donc il faut apprendre aussi à être humble dans le soin et te dire que là voilà je
 101 passe mon tour parce que des gens qui ont un meilleur contact avec lui parce que voilà. Donc
 102 non je l'ai pas revu et je sais qu'il est parti rapidement après.

103 ADRIANE (ESI) : Et t'as pas de regrets de pas y être retourné. de regrets personnels

104 ORION (IDE) : non j'ai pas un regret le seul que j'aurais, c'est de me dire que là ce jour-là j'ai
 105 merdé, j'y étais trop direct parce que je me disais il faut que je trouve une accroche avec lui, il
 106 faut que je Et j'y repense dans le sens en me disant tu vois ce jour-là t'as été très mal vis-à-vis
 107 du patient vis-à-vis de ton équipe, mais ça a été un jour où t'as beaucoup appris. Et qui te sert
 108 des années après, tu vois. Voilà donc et ce patient alors je l'ai pas recroisé lui-même, mais j'en
 109 ai recroisé d'autres. Oui j'en Des détenus aussi Des détenus ou même des patients un peu dans
 110 le même état assez, on va dire envahis, persécutés ou si tu sais que tu vas toucher un sujet
 111 sensible et tout et du coup souvent les gestes piquê de rappel qui me revient. Parce que j'ai un
 112 naturel qui va tenter l'accroche, tu vois et j'ai ce souvenir qui me reste, tu vois.

113 ADRIANE (ESI) : Et est-ce que parce que là aux UMD vous avez des détenus mais vous avez
 114 aussi pas forcément des détenus des personnes Qui sont vraiment décompensées ou Et est-ce
 115 que tu fais est-ce que dans ta tête t'as quand même un a priori quand tu prends en charge un
 116 détenu en te disant c'est un détenu donc il a plus de dangerosité que quelqu'un qui est quelqu'un
 117 qui n'est pas détenu. Inconsciemment, est-ce que tu penses.

118 ORION (IDE) Oui oui c'est sûr c'est sûr je pense qu'elle est consciente, mais elle est aussi
 119 inconsciente. Il y a les deux qui jouent, il y a les deux qui jouent Alors ça serait difficile
 120 d'expliquer pourquoi c'est un inconscient un a priori qu'on a sur les priori qu'est ça. Mais la
 121 première raison, moi si je devais mettre du sens un peu à tout ça, parce que vu que j'aime bien
 122 du sens dans les for en fait il y a une très mauvaise communication entre les services de santé
 123 quand t'es à la prison et les services judiciaires. Et nous, on a très peu d'infos souvent sur
 124 pourquoi les gens ont été en prison parce que entre guillemets ça ne nous concerne pas. On est

125 censé prendre en charge de santé. Le patient en tant que tel et pas la personne qui est.
126 Exactement. Et du coup nous dans notre inconscient, on se dit qu'il est quand même détenu.
127 Mais on ne sait pas pourquoi. Donc automatiquement, il y a une espèce de petite alerte qui va
128 se mettre dans notre cerveau en disant attention, il est en tôle. Il a peut-être tué des gens, il a
129 peut-être fait tu vois ce que je veux dire Oui je vois, je vois alors qu'un des tenu peut-être un
130 patient ultra dangereux une fois qu'il est décompensé ou tu as tout son dossier, tu sais tout ce
131 qu'il a fait à telle date, tel jour, tel heure et tout. Alors qu'il factuellement, il a peut-être été plus
132 dangereux que le détenu. Le fait que tu saches C'est de savoir en fait. de pas rester dans dans le
133 côté flou et inconnu de ce manque de clarté entre pourquoi il est incarcéré. Exactement qui crée
134 justement un peu cette appréhension du détenu. Et il y a un autre truc aussi que j'ai remarqué la
135 plupart des détenus que j'ai pris en charge, il y a toujours ce comportement un peu atypique
136 qu'on retrouve en prison, c'est-à-dire qu'ils ont un peu ce que j'appelle un peu les traits
137 psychopathiques, c'est-à-dire que tu vas essayer d'obtenir tout ce que tu peux par tous les
138 moyens que tu peux parce que t'as rien donc il te faut te faire entendre et je pense qu'ils sont ce
139 rapport très frontal avec les surveillants pénitentiaires. Et du coup ils sont souvent comme ça
140 avec toi. Et ce qui te tu vois moi les premières fois je dis mais putain mais il a peur de quoi
141 pourquoi il me rentre dedans tu vois

142 ADRIANE (ESI) : Oui ils sont comme ça et même avec les autres détenus entre eux, ils sont
143 vraiment très.

144 ORION (IDE) : C'est ça, c'est très frontal comme ça Et donc c'est pour ça que je pense qu'il y
145 a ces deux choses qui expliquent peut-être nos a priori et nos peurs qu'on peut avoir clairement
146 qu'on

147 ADRIANE (ESI) : Donc j'avais une autre question après c'est qu'est-ce que ça évoque pour toi
148 la chambre d'isolement ? Qu'est-ce que t'en penses ?

149 ORION (IDE) : Attends, je peux te lire les deux Alors quand je suis rentré en psy pour moi
150 c'était archaïque, tu vois, il y avait un côté punitif. Après je me suis rendu compte que souvent
151 c'était un peu la chambre aussi d'appoint, c'est-à-dire que il n'y a plus de place, il faut un lit, on
152 te met, on héberge des gens d'autre pôle, enfin tu vois. Et puis j'ai découvert aussi que ça peut-
153 être du soin. Voilà c'est pas le premier truc qui m'était venu quoi parce que chambre d'isolement
154 déjà on le met seul pourquoi est-ce que ça le de le mettre seul tu vois Mais parce que j'ai eu des
155 patients des retours de patients qui m'ont dit bah ça m'a fait du bien c'est. Tu vois C'est vrai qu'on
156 a souvent les retours négatifs et très peu les retours positifs. Alors que il y a des gens qui le

157 demandent à avoir un endroit calme. Pour se recentrer. Exactement. Et quand justement un
158 endroit où tu as moins de stimuli, t'as pas ce bruit ambiant que tu peux avoir dans les accueils
159 crise, comme on dit souvent dans le bocal là tout le monde qui rend les gens qui tournent. Les
160 entrées, les sorties, les portes, le brouah, les familles, tu vois quand t'es bien envahi, bien
161 décompensé que t'as 100 plus, je pense que ça doit te tendre et l'isolement peut être un endroit
162 calme, ressourçant, apaisant. Uer à bon escient, c'est toujours pareil, tu peux pas mettre
163 quelqu'un deux mois en isolement comme ça. Tu le mets en isolement, tu le revois dans 12
164 heures comment ça va qu'est-ce qu'on dit on essaye des sorties tu vois. Voilà mais je trouve que
165 c'est un bon outil de soin en fait. Et par contre ce que je remarque, c'est que plus là ça fait depuis
166 je te dis depuis 2018 que je suis en psychiatrie. Plus les années passent moins je l'utilise.

167 ADRIANE (ESI) : Ah bon Pour qu'elle il y a une raison particulière

168 ORION (IDE) : oui oui raison, elle est clairement juridique administrative, c'est-à-dire que
169 maintenant typiquement. avant les médecins devaient prescrire l'isolement toutes les 24
170 heures. Maintenant c'est toutes les 12 heures. c'est toutes les 12 heures. Déjà tu vois ça a réduit
171 au niveau du temps. Donc comme on a moins de médecins. temps il faut trouver un médecin
172 qui te prescrit. Et si c'est pas prescrit, la justice intervient et donc là tu as le juge des libertés
173 qui débarque avec l'avocat et compagnie. Et si les papiers ont pas été faits, ils pèt l'iso. Donc le
174 mec sort, tu vois ce que je veux dire Donc on se bat beaucoup avec ça Et en fait finalement on
175 se dit plutôt que de se battre à faire des papiers, est-ce qu'on pourra essayer de gérer sans
176 chandiso ? Tu vois ce que je veux dire ?

177 ADRIANE (ESI) : Donc tu serais plus, on va dire pour que la chambre d'isolement elle soit
178 moins utilisée

179 ORION (IDE) : à l'heure d'aujourd'hui. Il faut une chambre d'apaisement. On entend beaucoup
180 de parler de chambre d'apaisement. et je pense que c'est plus adapté, on va dire à l'air du temps
181 finalement. Voilà parce que notre chambre d'apaisement c'est moins entre guillemets
182 contraignant t'as pas ce côté prescription. Oui, toutes les 12 heures les 12 heures, tu vas rester
183 comme ça là surveillance, tous les quarts d'heure, le truc le machin. Voilà Et l'apaisement, c'est
184 un différent, c'est-à-dire que tu mets ton patient dans l'apaisement et c'est lui qui sort de la
185 chambre quand il n'en a plus besoin. Oui alors que l'isolement, c'est toi qui sort. C'est plus vous
186 qui avez la décision. C'est toi qui a la clé, c'est toi qui tu vois que ça fait très carcéral finalement.
187 Oui comme la chambre d'ailleurs elle fait très. Exactement. Donc je pense que la je vais pas te
188 dire l'avenir, mais je veux dire l'évolution pour moi ça serait de la chambre d'apaisement. Et j'ai

189 écouté des anciens qui me disaient qu'à une époque il y avait des services en psy qui étaient
190 gérés sans chambre d'isolement. Il y a eu des époques où il n'y avait pas de d'orange. Il y a
191 même des pays où il n'y a pas de d'accord d'accord. Donc pour moi la chambre de deuxièmement
192 n'est pas nécessaire. Mais c'est pas non plus à exclure, enfin c'est pas. Il faut au moins qu'il y
193 ait une chambre d'apaisement comme je te dis. Et je crois qu'à certains endroits, typiquement
194 qui est l'accueil crise UMD où on reçoit des patients dangereux, décompensés et tout. Je pense
195 que il faut maintenir quelque chose d'isolement ou à des endroits quand même assez
196 stratégiques, tu vois.

197 ADRIANE (ESI) : Oui je vois Et du coup qu'est-ce que tu peux me dire sur la relation soignant
198 soigné lorsque tu prends en charge un détenu ? Même si tu m'en as parlé un peu tout à l'heure.
199 J'en ai pas mal parlé qu'est-ce que je pourrais te dire de plus de relation soignant soigné ? En
200 toi, tu m'en as parlé tout à l'heure, mais si t'as des choses à rajouter.

201 ORION (ESI) : choses à jouter J'ai beaucoup développé, mais je crois, je te redis ce côté a priori
202 pour moi il est dû à deux choses à l'opacité justice, santé. Les a priori que nous on peut avoir
203 des détenus et leur comportement aussi qui quand même souvent nous renforce cette idée, et en
204 même temps je te dis ça, il y a quoi il y a il y a trois semaines il y a un patient détenu qui est
205 reparti. Il est arrivé, il était fou comme un lapin, il avait pas d'attitude psychopathique pour le
206 coup il était vraiment très très fou et on l'a bien remis sur pied, tu vois en ayant une prise en
207 charge tout à fait classique ça aurait pu être n'importe quel patient lambda. Tu vois ce que je
208 veux dire, je n'ai pas vu la différence. Mais pour autant ces patients, tu t'en souviens moins.
209 Alors que ça arrive qu'il y ait des patients détenus qui je ne vois aucune différence avec les
210 autres. Tu vois ce que je veux dire je vais plus retenir le mec qui m'avait insulté comme un
211 moins que rien, j'en avais un autre ici qui avait qui avait arraché un câble dans un qui nous
212 attendait. Tu vois c'est plus eux que je vais me rappeler. eux que je vais me rappeler.

213 ADRIANE (ESI) : Mais il y a des détenus dont tu te rappelles quand tu les as pris en soins
214 quand même.

215 ORION (IDE) : Oui oui voilà ça arrive aussi heureusement. Mais bon typiquement Jérémy Ak
216 qui t'a dit bonjour lui il s'est fait bomber par un détenu quand il est sorti. Oui, il approche, il y
217 a ça aussi, et je pense ça contribué à renforcer parce que quand une équipe se fait agresser
218 physiquement, tu vois en plus que le mec est détenu, bon déjà qu'il y a de la priori sur le détenu,
219 tu vois.

220 ADRIANE (ESI): Oui ça renforce l'a priori.

221 ORION (IDE) : On est d'accord. Oui oui totalement. Donc cette relation soignant soignée, elle
 222 existe pour moi, elle existe avec les détenus comme avec les autres patients parce que ça reste
 223 des patients. Mais voilà il faut réussir à passer un peu de temps entre ces barbelés de la
 224 détention. Tu vois ce que je veux dire. Et ça c'est pas toujours facile. C'est pas toujours facile
 225 et parfois pour venir à ma situation originale, t'es pas forcément le soignant adapté à la situation.
 226 Oui Mais voilà clairement en plus on le voit la psychiatrie crée et amplifie des problèmes. Tu
 227 vois ce que je veux dire parce qu'il y a des gens qui ont pas forcément de pathologie psy qui
 228 font 20 ans de tôle et qui se retrouvent à avoir des alus et compagnie. Donc c'est là où tu te dis
 229 des fois l'enfermement c'est pas forcément. C'est pas forcément super bien au niveau santé.

230 ADRIANE (ESI): Donc voilà. dernière question du coup c'est est-ce que bah non mais tu m'as
 231 répondu aussi tu m'as répondu c'était est-ce que t'as le sentiment que ton expérience elle a
 232 influencé ta manière de prendre en charge maintenant Donc oui tu m'avais dit que c'est

233 ORION (IDE): Bah je crois que c'est humain en fait je crois que c'est humain c'est de la remise
 234 en question c'est comme ça qu'on évolue dans notre sens ça évolue'est ça. Alors ce qui est
 235 important avec ces préjugés, c'est justement par les les figés. Ils sont là, t'en as conscience, faut
 236 travailler avec et il faut justement les remettre en question. Parce que comme je t'ai dit Félix, tu
 237 vois je m'en souviens ben c'est qui est parti il y a 15 jours lui c'était vraiment on m'aurait pas
 238 dit qu'il était détenu, j'aurais pas ses codes pour déconner le décoder ce que je veux dire Il était
 239 il y avait un délire très fleuri, alors je sais plus c'était sur quoi où il était persuadé d'être un grand
 240 grand sorcier, je crois avec des des pouvoirs extraordinaires, tu vois il arrivait vraiment très
 241 Ouais ouais très délirant. Et puis voilà une fois que on a trouvé la bonne molécule, le bon
 242 traitement qu'il a remis à peu près dans la réalité, tu vois lui, il était persuadé que du coup ce
 243 qu'il avait dit à ce moment-là, il le critiquait pas, mais il disait que c'était du coup de la magie
 244 noire qu'on lui avait fait, tu vois il rationalisait comme ça. Et puis c'était un mec, on lui a donné
 245 des responsabilités à faire plier le linge, il a fait, je sais plus, il nous a fait des trucs dans le
 246 service et puis c'est un mec plutôt agréable même au quotidien avec un contact très très bien et
 247 pas toujours comme je te disais dans la faille à vouloir gruger des trucs, avoir des choses plus
 248 que les autres, du bénéfice secondaire en permanence et pourtant c'était un détenu. Et c'est vrai
 249 que la fois où quand la pénitenciaire étranglée récupérée, et je me suis dit putain, mais ouais
 250 c'était un détenu tu vois, j'avais oublié. Ouais ouais j'avais oublié. Après ça fait évoluer aussi
 251 nos façons de prendre soin de travailler. Mais parce qu'il faut aussi mettre ce genre de patient
 252 en avant comme je te disais, on retient souvent ceux qui cassent tout qui cassent les patients qui

253 cassent les couilles clairement tu les retiens beaucoup plus que ceux qui finalement sont très
254 malades et que t'arrives à soigner mais
255 ADRIANE (ESI) : oui je suis d'accord, bah voilà t'as répondu à toutes mes questions. Merci
256 beaucoup.

Annexe V : Entretien 2

- 1 ADRIANE (ESI) : Alors du coup je te laisse te présenter vite fait parce que de toute façon j'ai
2 des questions de présentation.
- 3 LYSANDRE (IDE): Bonjour, et du coup moi c'est Lysandre, je suis infirmier dans le service
4 d'accueil crise fermer depuis août 2023.
- 5 ADRIANE (ESI) : Du coup, depuis quand t'es diplômée et depuis quand tu travailles ici, t'as
6 commencé directement dans cet accueil crise fermé ?
- 7 LYSANDRE : Oui toujours dans cette accueil crise fermée.
- 8 ADRIANE (ESI) : Et t'as été diplômé en Juillet ?
- 9 LYSANDRE (IDE) : Oui parce que c'était mon stage pré-pro le service et du coup j'étais
10 embauché dans le service où j'étais en stage.
- 11 ADRIANE (ESI) : Ok ça marche. Ah c'est cool ça et du coup qu'est-ce qui t'a amené à travailler
12 en psychiatrie ?
- 13 LYSANDRE (IDE) : C'était vraiment ce côté de prendre soin du patient, mais vraiment qu'il
14 soit vraiment au centre du soin. C'est un peut en fait mon mémoire le sujet, c'était le Cair. Et du
15 coup c'était prendre soin vraiment au niveau du sujet et c'est ce que j'ai retrouvé en psychiatrie
16 et que j'avais pas retrouvé en soin somatique, c'était surtout de l'enchaînement de soins et de la
17 rentabilité pour vite faire sortir les patients.
- 18 ADRIANE (ESI) : ok, du coup on va passer à la question principale. C'est est-ce que tu as une
19 situation vécue avec un patient détenu qui avait des troubles psychiatriques ?
- 20 LYSANDRE (IDE) : Oui, j'en ai eu plusieurs parce que depuis que je suis là vu qu'on est à trois
21 prisons sous le secteur. entre la prison du (ville). Puis celle qui va ouvrir, le CD de (ville) et
22 (ville). Du coup on a une grosse population de détenus qui sont pris en charge. Et du coup dès
23 qu'on a une demande et on est obligé d'aller les chercher les hospitaliser dans nos services, dans
24 les plus brefs délais, pour répondre à cette demande de soins. Après nous ça dépend, j'ai pas
25 vraiment de situation vraiment ciblée.
- 26 ADRIANE (ESI) : Une qui t'a marqué que tu gardes encore en tête.
- 27 LYSANDRE (IDE) Il y a un patient qui était dépressif, qui du coup était en incarcération depuis
28 22 ans à la prison. Et qui a fait une dépression suite à une ses longue peines. Il lui restait encore
29 trois ans à purger. Et du coup, nous, ça a été surtout une prise en charge avec des anxiolytique
30 et la mise en place d'un antidépresseur. Et après, du coup, sa prise en charge au début, il était
31 plutôt dans l'opposition parce qu'il était hospitalisé dans un service fermé. Donc c'est vrai qu'il

32 devait s'imaginer qu'il allait être un service ouvert, mais au vu du de sa problématique et de sa
33 peine, il pouvait pas être un service ouvert. Donc il en plus ça, ce même moment, on avait des
34 patients mineurs. Du coup, il a été obligé de rester en chambre d'isolement parce qu'on n'a pas
35 le droit de faire sortir des détenus avec des mineurs. Donc c'était d'autant plus compliqué, on
36 avait dû aménager la chambre tout pour qu'il ait un minimum de confort, c'était pas un vrai
37 isolement du coup.

38 ADRIANE (ESI) : Et au début il a été quand même en isolement strict ?

39 LYSANDRE (IDE) : oui et après ça a été aménagé.

40 ADRIANE (ESI) : Et pourquoi il t'a marqué du coup ce patient

41 LYSANDRE (IDE) : Parce qu'on a d'autres patients qui sont atteintes de dépression et qui
42 peuvent sortir dans le service, mais lui vu qu'il était détenu, il avait pas le droit. Mais en soi il
43 aurait pu être apte à sortir, mais à cause de la problématique qu'on accueille aussi des mineurs.
44 Et de plus, en plus jeunes en plus pas juste 17 ans. Du coup ça nous questionne. Parce que quand
45 ils sont hospitalisés, ils sont des patients, des patients comme tous les autres. Mais du coup c'est
46 quand même pas une prise en charge optimale.

47 ADRIANE (ESI) : Du coup après j'ai une question c'est qu'est-ce que ça évoque pour toi la
48 chambre d'isolement ?

49 LYSANDRE (IDE) : Après c'est vrai que c'est qu'est-ce que c'est malheureusement partie de
50 notre quotidien. Après la chambre d'isolement, c'est vraiment une mesure de dernier recours.
51 On essaye tant qu'on peut d'éviter de les mettre en isolement parce que c'est une privation encore
52 plus des droits des patients.

53 ADRIANE (ESI): Et toi qu'est-ce que t'en penses à mettre les patients ? Disons pas t'es pour ou
54 t'es contre, mais pour toi quels sont les avantages et les inconvénients on va dire ?

55 LYSANDRE (IDE) : Les avantages c'est mise en sécurité du patient du personnel et des autres
56 patients aussi. Après dans certains cas, ça peut sur des états maniaques ça diminue les stimuli
57 aussi. Donc ça aide à faire redescendre la manie avec la mise en place d'un traitement aussi et
58 du coup pour sortir le plus rapidement l'isolement Après, c'est vrai que nous ici, on a un salon
59 d'apaisement. Du coup on aime bien dans un premier temps voir négocier patient, faire des
60 entretiens. l'installer dans le salon d'apaisement, lui donner un si besoin et des fois on arrive à
61 éviter l'isolement comme ça. Après souvent l'isolement, nous c'est pour les entrées surtout. Un
62 domicile qui est hétéro agressif envers sa famille qui est hospitalisé par les pompiers, qui est
63 opposant. Qui se montre violent à son arrivée dans le service, là il va être classé en isolement

64 pour un temps d'observation. Mais avec la réinstauration d'un traitement Souvent sa
65 décompensation est due à une rupture des soins. Et après dès que ça va mieux de trois jours
66 après, il sort d'isolement et Soit par des séquentiels, soit directement. Mais c'est vraiment un
67 outil pour mettre en sécurité les autres et le patient. Mais un outil de dernier recours qu'on qu'on
68 essaye de diminuer. Surtout qu'on a une formation plein deaire sur notre pôle. Et du coup c'est
69 une formation qui nous montre les autres hôpitaux comment ils font pour diminuer cet isolement
70 les techniques qu'ils mettent en place. parce que vous visez à attendre vers une diminution de
71 la l'utilisation la chambre d'isolement. d' il faut réorganiser notre système d'entrée avec plus
72 d'annonces aux urgences d'hospitalisation plutôt que certains le découvrent ici. Ce qui augmente
73 la tension interne et des fois provoque des passages à l'acte. Qui pourrait être évité.

74 ADRIANE (ESI) : Ensuite, alors du coup sur la relation soignant soigné avec un détenu qu'est-
75 ce que ça t'a apporté même la situation ou la prise en charge de détenus sur ta relation soignant
76 soignée Ce que ça m'a apporté par exemple est-ce que tends, je reformule. Lors de ta situation
77 avec ce détenu. Comment ça a impacté ta façon de prendre soin maintenant ou est-ce que ça
78 m'a pas impacté ou comment tu vois les détenus les patients détenus ?

79 LYSANDRE (IDE) : Après lui c'est vrai qu'on savait du coup dans son souvent on sait pas,
80 mais lui il nous avait dit qu'il était incarcéré par rapport à un meurtre. Qu'il avait une peine de
81 25 ans. Mais du coup il y a toujours un peu d'appréhension tant qu'on l'a pas vu, mais après une
82 fois qu'on a vu le patient, on se rend compte que c'est un patient comme un autre souvent et
83 C'est un peu comme les patients qui sont hospitalisés aux UMD. C'est Après, c'est vrai que
84 nous, on travaille pas mal en lien avec les UMD ou la détention, donc il n'y a pas trop d'a priori.
85 Oui, il y en a moins que C'est ça Après, le seul truc, c'est quand il y a toujours un peu de méfiance
86 au début quand même. Oui. Parce qu'il peut y avoir un risque d'évasion. Et c'est pas la même
87 méfiance qu'avec les patients que vous prenez. c'est que ça ressemble avec les autres patients
88 qui à leur entrée aussi on se méfie parce qu'ils sont aussi hospitalisés sous contrainte. Et ils
89 pourraient essayer aussi de fuguer du service. C'est une méfiance similaire, disons. Si ce met
90 quasiment la même. Ça marche. Et du coup

91 ADRIANE (ESI) : Ah bah c'est à peu près la même question, mais est-ce que ta situation ça a
92 influencé maintenant la façon dont tu prends en charge les patients même par exemple. Ou pas
93 forcément ça peut.

94 LYSANDRE (IDE) : Tu peux avoir pas forcément parce que du coup j'ai toujours essayé de
95 faire attention à ça. Après c'est impacte que disons d'un point de vue De la direction et tout on

96 se questionne sur le fait d'accueillir des détenus et des mineurs en même temps ou est-ce qu'on
97 n'accueillerait pas que des mineurs ou que des détenus, mais pour pouvoir prendre le mieux
98 en charge possible, je les deux. Vous vous êtes quand même questionné même à la direction. la
99 direction, la case, mais le problème c'est que ça bloque parce que le 12 17 l'unité mineure n'a
100 pas assez de place donc ils sont obligés de se décharger sur nous. Mais d'un autre côté, il y a
101 une prise en plus qui arrive. Donc il y a une question sur la mise en place d'un UIP, mais qui
102 n'a pas encore commencé à être créée. Ça serait dans les projets, mais c'est les projets quasiment
103 impératifs. Parce qu'avec une qu prison sur le secteur, sinon on va avoir une surcharge De prise
104 en soin des patients et ça va bloquer soit pour nos accueils et des urgences, soit pour eux.
105 ADRIANE (ESI) : Eh bah c'est bon t'as répondu à toutes mes questions. Merci beaucoup.

Annexe VI : Entretien 3

- 1 ADRIANE (ESI) : Donc du coup depuis combien de temps t'es diplômée ?
- 2 ULYSSE (IDE) : Depuis juillet 2025.
- 3 ADRIANE (ESI) : Et depuis combien de temps tu travailles en psychiatrie ?
- 4 ULYSSE (IDE) : Depuis 2016.
- 5 ADRIANE (ESI) : Ok, oignant Et qu'est-ce qui t'a amené à travailler en psychiatrie ?
- 6 ULYSSE (IDE) : Oula Le destin, j'ai pas forcément c'était pas une voix qui m'attiré de base,
- 7 mais on m'a proposé un poste, j'ai signé. Et au finalement je me suis plus. Et dans les soins
- 8 somatiques, c'était pas la même. Bah je n'en avais pas fait tant que ça, j'ai fait quelques j'ai fait
- 9 quoi un an d'intérim, on va dire où j'ai fait un peu de maison de retraite, des services de SNG,
- 10 etc. Mais ils prenaient pas en poste donc c'était que des missions intéribles. Et ici quand je suis
- 11 arrivé, ils m'ont proposé un poste en stagiisation. Du coup je l'ai pris directement ici et j'ai appris
- 12 à aimer la psychiatrie quoi.
- 13 ADRIANE (ESI) : Ok, et pendant tes stages infirmiers t'as fait des soins somatiques ?
- 14 ULYSSE (IDE) : Et ça c'est le but après en fait j'essaie de partir d'ici.
- 15 ADRIANE (ESI) : Ah ok à la psychiatrie tu veux veux plus y rester.
- 16 ULYSSE (IDE) : C'est bon, j'ai fait t'en as marre. Surtout ici, j'ai fait 10 ans d'ac crise fermée
- 17 donc.
- 18 ADRIANE (ESI) : Ah ouais et tu veux pas changer de service pour un autre.
- 19 ULYSSE (IDE) : Non parce que les services me en fait d'autres services m'intéressent pas
- 20 forcément. En fait quand tu goûtes à la crise fermée, après c'est le cursus, c'est souvent accueil
- 21 crise fermée, CMP, UMD ou CMP urgence. Mais tu retombes pas dans le médico-social ou
- 22 dans les ressources etc. enfin c'est étant jeune, c'est compliqué parce que c'est des services qui
- 23 bougent moins déjà. Donc c'est un peu compliqué de retourner en arrière.
- 24 ADRIANE (ESI) : Donc du coup la question générale c'est est-ce que tu peux me parler d'une
- 25 situation que t'as vécu avec un patient détenu qui avait des troubles psychiatriques ? Une
- 26 situation qui t'a marqué n'importe. patiente détenue qui avait des troubles psychiatriques.
- 27 ULYSSE (IDE) : On parlait duquel. Il y en a beaucoup.
- 28 ADRIANE (ESI) : Bah celui que tu veux qui t'a le plus marqué.

29 ULYSSE (IDE) : C'est C'est bon, on a reçu un patient détenu de Tarascon. Je sais pas s'il faut
30 que je dise les choses ou pas. patient détenu de Tarascon qui avait 21 ans. Qui était ultra
31 radicalisé radicalisé de ses propos, je sais qui dit qu'il a été radicalisé par via les réseaux sociaux.
32 TikTok les vidéos en fait YouTube etc. Et en fait ce jeune homme est venu chez nous parce
33 qu'il y a eu des grosses violences en détention avec des passages à l'acte sur des tenues, des
34 passages à l'acte sur des matons en très peu de temps sur une période très courte, avec beaucoup
35 de dégâts, avec des comportements bizarres du style jeter ses excréments sur les matons quand
36 ils ouvraient. C'était quand même chaud Ce monsieur se revendiquait des aides mafia, etc. Donc
37 c'est un patient qui est arrivé chez nous, c'est un patient qui avait quoi 22, 23 ans. Qui vivait sur
38 Marseille de base et du coup il a été transféré chez nous et arrivé chez nous nous il faut savoir
39 que les passants arrivent contentionnés. Et ils sont décontentionnés selon leur état, une fois
40 qu'ils sont en chambre. Ce monsieur, au vu de sa dangerosité, il est arrivé contentionné et il
41 est resté contentionné. Nous du coup on avait comme médecin un médecin qui était
42 anciennement médecin en détention qui avait dit qu'il resterait pas forcément longtemps et qu'il
43 repartirait en détention parce que les troupes étaient plus du trouble, on va dire du style
44 sociopathe, psychopathe, plus que psy. Et ce monsieur est resté contentionné chez nous, on va
45 dire presque cinq jours. Avec un comportement entre la limite du délire et un peu du théâtre
46 parce qu'en fait on ne savait pas trop s'il jouait un jeu. Mais c'était compliqué à gérer parce qu'on
47 pouvait pas le détacher Et te pousser à bout en t'insultant, te menaçant de mort en étant agité,
48 malgré qu'il ait contentions, ta veste crainte de te dire que ce monsieur sortait dans quelques
49 mois ou très peu de mois d'ailleurs, il sortait, je crois dans huit ou neuf mois qu'il allait aller à
50 l'extérieur ce monsieur. Que tu c'est possible de rencontrer aussi à l'extérieur que c'était
51 compliqué à gérer quoi. Et du coup il est resté combien de tionné chez nous cinq jours en mode
52 pervers, t'insulté, menacé, menace de mort, insulte, t'es dans la séduction avec les femmes. Dans
53 le sens où il demandait de lui faire la toilette où il se faisait faisait exprès de surimer dessus. Ah
54 pour qu'on lui qu'on fasse la toilette et il exigeait que ce soit des femmes qui lui fassent la
55 toilette, il voulait aucun contact avec les hommes. Il se revendiquait, il disait ils revendiquaient
56 pas, mais il disait qu'en gros il voulait tuer tous les hommes. Mais c'était réel, il est passé que
57 sur sur des hommes. Dans le sens où il voulait qu'il y ait plus d'hommes sur la terre comme ça
58 toutes les femmes étaient pour lui. Mais il était convaincu en fait de son idée donc Il nous nous
59 disait clairement que si on détachait, il nous exploserait la gueule sans crainte et sans remords.
60 Après les femmes ça se assez bien, mais du coup ils étaient en séduction, ils n' plus de puissance

61 avec elle On ouvrait, c'était les femmes qui parlaient parce que nous on pouvait pas rentrer en
62 contact avec lui. Mais du coup elle se faisait harceler, elle se faisait insulter, menacer À chaque
63 couverture quoi Et voilà. Et après il est resté que cinq jours. Ouais il est resté cinq jours après
64 il est pas reparti en détention parce que son état n'était pas forcément non plus stable, mais nous
65 on ne pouvait pas le garder chez nous le contentonné en. Donc il est parti à l'UHSA. Service à
66 Marseille pour les détenu.

67 ADRIANE (ESI): Ok, et du coup sur les cinq jours il y a eu aucune amélioration avec vous ?

68 ULYSSE (IDE) : Absolument aucune zéro pourtant il prenait des traitements qui ne faisaient
69 pas forcément effet. Et puis non il y a évolution, c'est-à-dire qu'on ne l'a pas détaché une seule
70 fois à part la même pour pouvoir manger. détacher une main, mais sinon on l'a pas détaché du
71 séjour qui a passé chez nous. Donc d'un côté, ça peut-être d'un côté les contentions, on sait que
72 c'est pas forcément puditif. Mais là c'était vraiment pour notre sécurité à nous et éviter tout
73 passage à l'aide parce qu'il y avait vraiment un risque de dangerosité qui est même assez élevée.

74 ADRIANE (ESI) : Et du coup qu'est-ce que ça t'évoque pour la chambre d'isolement ?

75 ULYSSE (IDE) : Qu'est-ce que La chambre du zoo Oui pour moi c'est un lieu d'apaisement.
76 Avant tout, un lieu pour recentrer le patient qu'il puisse éviter d'être morcelé et de se
77 désorganiser pour les patients en crise aiguë, surtout. Moi j'ai connu avec l'expérience que j'ai
78 les chambres d'isolement sur les chaînes vert deux qui étaient rustre, je sais pas si ça se dit. Qui
79 était on va dire vieille. Et ça ressemble à ça ressemblait en fait aux chambres du zoo qu'on peut
80 avoir actuellement, sauf que les murs étaient plus solides, les couleurs elles étaient terne.
81 c'était pas. T'avais pas envie d'aller en chambre, tu vois la chambre elle était là pour t'apaiser,
82 mais les couleurs elles étaient pas là pour. C'était un bleu, un peu pâle, un peu bizarre. C'était
83 sombre, les lumières étaient vieilles. En fait le bâtiment était vieux donc les chambres étaient
84 très vieilles. Les portes, c'était des portes un peu de cellules très épaisses, mais qui claquaient
85 très fort, tout en ferraille, donc les patients quand ils tapaient dans les chambres du d'isolement,
86 ça faisait énormément de bruit, ça résonnait énormément. Les chambres d'isolement étaient
87 comment ça s'appelle dans le même couloir que les autres chambres, c'est-à-dire que si un
88 patient rentrait en chambre d'isolement et qu'il agité en chambre d'isolement, passer la nuit à
89 taper, personne dormait clairement t Et j'ai connu du coup toute l'évolution des lois qu'ils
90 peuvent avoir sur les chambres d'isolement, les surveillances qu'il y a à faire etc. Et c'est Avant,
91 on mettait des patients en chambre pré au moindre passage à l'acte, sans forcément voir attendre
92 ou voir un comportement s'améliorer ou quoi. Nos pratiques, ils ont bien évolué. D'autant plus

93 qu'on a maintenant des chambres des salles d'apaisement. Qui du coup évitent la chambre
94 d'isolement ou le patient s'il est pas agité, on lui demande de se poser un peu en salle
95 d'apaisement, il se pose le temps qu'il faut Et en fait ça nous évite d'appeler le médecin de
96 faireifcat, etc et donc ça nous nous enlève pas mal de contraintes et du coup ça fonctionne
97 comme une chambre d'isolement aussi. Et ça fonctionne assez bien de plus que du coup les
98 textes de loi ont changé et que la politique de l'hôpital sur le futur est de réduire les chambres
99 d'isolement petit à petit. Donc il va falloir que nous aussi on sache gérer s'adapte. Au fait de
100 plus mettre des patients en champ d'isolement. Ce qu'on fait déjà depuis un moment avec les
101 locaux aussi. Mais Voilà moi la chambre du roman, ça reste vraiment le dernier recours. Quand
102 il y a vraiment un risque et pour nous soignants et surtout pour le patient avec les risques
103 suicidaires ou des passages auto-agressifs. Mais ça reste. Je l'ai jamais utilisé. Moi de mon être,
104 je l'ai jamais utilisé en tant que lieu punitif, on va dire. Je l'ai toujours mis impatient en champ
105 d'isolement parce qu'il nécessait une d'isolement. Et t'as déjà eu des retours positifs de J'ai des
106 patients qui me demand d'aller en Oui qui veulent qui se connaissent et qui me disent les tu
107 peux me mettre en chambre du allemands. Je me sens pas bien, je sens que ça que j'angoisse,
108 que je peux me faire du mal ou que je vais faire du mal à quelqu'un. J'ai pas envie, mais
109 moi je change d'isolement et on change d'isolement. Le temps qu'il faut Même s'ils savent qu'on
110 a la chambre d'apaisement, enfin la salle d'apaisement, ils demandent quand même la chance.
111 La chambre d'is. C'est bizarre parce qu'ils savent quand même qu'on a une chambre, enfin une
112 salle qui est dédiée pour ça etc. Mais t'en as les anciens, surtout les anciens passants qu'on
113 connaît depuis longtemps nous demandent la chambre d'is pardon. Ils veulent vraiment être
114 contenus dans la chambre.

115 ADRIANE (ESI) :Et du coup alors qu'est-ce que tu peux me dire sur la relation soignant- soigné
116 lors de ta prise en charge avec un détenu ?

117 ULYSSE (IDE) : Ben moi sur la relation soi soignée, j'essaie de créer une relation de confiance.
118 Moi je suis une personnalité, on va dire plutôt joyeuse, un peu l'infirmier et copain quoi. Même
119 si je mets le cadre à chaque fois et que je respecte le patient etc., j'essaye d'être celui On plaisante
120 de tourner l'hospitalisation et la prise en charge sur l'humour sur le ludique, on va dire. Donc je
121 m'intéresse dans un premier lieu à ce qu'il faisait dans la vie, s'il a des enfants, s'il a des proches
122 qui sont loin, si comment se passe la détention ? Je pose pas trop de questions en fait sur la
123 détention. enfin pas sur la détention, mais sur s'il délire, s'il entend des voix, si il est persécuté,
124 si on lui veut du mal, sur les symptômes en fait de psy. J'essaie vraiment de créer une relation

125 de confiance avec lui ou on discute de tout de rien Voilà d'apaiser les choses le mieux possible.
126 Et puis après par la suite lui poser des questions comment il se sent Savoir comment gérer la
127 chambre parce que les patients qui sont détenus, il faut savoir que légalement dans les textes,
128 ceux qui ont un chambre en détention, ils ont le droit en chambre d'isolement. Donc beaucoup
129 de détenus viennent en pensant que ça va être comme en détention. Avec une télé, de la radio,
130 enfin ce qu'ils ont en détention. Et quand ils arrivent chez nous, ils sont déçus parce que nous
131 on part un lit et un lit et des m, ils ont pas grand-chose quoi. Donc je leur explique comment
132 comment se passe la chambre d'isolement s'ils arrivent à la gérer. Je leur explique comment va
133 se dérouler la prise en charge que voilà on va avoir des heures d'ouverture qu'on va avoir des
134 traitements à prendre et que des traitements à prendre c'est pas forcément que pour son état
135 psychique, mais c'est aussi pour gérer de façon bienveillante, l'isolement, parce que l'isolement
136 sans traitement c'est très compliqué à gérer. Du coup j'essaie de créer cette relation de confiance
137 et puis souvent ça se passe bien. le sens où t'as pas d'a priori à prendre en charge Pas du tout.
138 On te dit, tu vas prendre en charge un détenu, tu déjà on sait pas de quoi. Oui pourquoi il est en
139 détention. Donc à part si on lui demande et qu'il nous répond, mais de base on n'est pas au
140 courant de pourquoi il rentre en détention. Et non, après la détention, moi ça me change rien.
141 La détention il est détenu, nous il est plus détenu, il est patient. On ne dit pas, je vais vais
142 m'occuper du détenu. Je vais m'occuper du patient en Donc non, j'ai pas d'a priori sur le patient
143 qui est détenu.

144 ADRIANE (ESI) : ça marche. Alors du coup dernière question, c'est est-ce que t'as le sentiment
145 que ton expérience vécue ? Elle a une influence sur ta prise en charge maintenant ?

146 ULYSSE (IDE) : Totalement oui J'ai J'ai l'ancienneté, les connaissances psychiatrie pour
147 prendre en charge des patients d'une manière plus comment dire plus sereine. Que d'autres
148 collègues infirmiers qui sont n'ont pas encore pas les compétences, mais qui ont pas encore.
149 Oui, mais qui sont pas habitués à C'est compliqué en fait j'ai vécu tellement de situations qui
150 m'ont mis dans des des expliquer dans des J'écu tellement de situations qui m'ont permis plutôt
151 de gérer des situations maintenant plus facilement que je gère plutôt bien les situations de crise
152 quoi ou pas du tout d'ailleurs. Ok ton expérience ça t'a permis d'être plus à l'aise avec la psych'
153 à l' c'est sûr psy Après j'ai été j'ai été formé aussi par des gens qui étaient extrêmement anciens
154 dans la psychiatrie. J'ai été formé par des gens qui avaient 15 20 ans de psychiatrie. Ce qui est
155 plus le cas maintenant d'ailleurs. C'est très rare sur les hôpital qu'il y ait des infirmiers qui sont
156 en unité depuis plus de 10 ans quoi. Bah oui Donc c'est vrai que ça y joue donc. Et par rapport

157 à 2016, c'est ça que t' 2016, du moins Tu trouves que la psychiatrice a évolué par rapport à
158 2016, mais évolué en bien ou plus bien Oui en bien oui a beaucoup évolué en c'est rien à voir.
159 C'est un monde franchement la prise en charge c'est rien à voir. Les structures qui peuvent
160 ouvrir autour sans plus rien à voir non plus. Le souci qui se passe, mais après ça c'est partout,
161 c'est le manque de médecins. qu'on avait pas peut-être en 2016. Mais du coup ça tient en fait, il
162 trouve des alternatives au manque de médecins par des UT plus guidantes en fait à l'extérieur
163 pour maintenir les patients le plus possible à l'extérieur. pour éviter en fait des hospitalisations.
164 et que que les patients reviennent en fait. Mais oui, sur le droit des patients, le droit des patients.
165 Avant, ils avaient pas le droit au téléphone en service. Personne n'avait son téléphone. Ah oui
166 Personne n'avait son téléphone, ils appelaient, ils avaient le droit à un ou deux appels par jour.
167 Nous c'est tout bête, mais en chaîne verd, ils avaient pas accès à leur chambre toute la journée.
168 Ils avaient pas d'intimité. Il avait que des chambres doubles, pratiquement. Ouais, là on a Donc
169 là dans le service là, du moins alors que le service NF, le service a été travaillé par l'équipe donc
170 c'est un service fait par une équipe qui a vécu dans des services compliqués. anciens. Donc tous
171 le service a été réfléchi en clinique etc. par des infirmiers qui ont travaillé des années dans des
172 conditions compliquées. Donc chaque patient a sa chambre, le service est ouvert toute la journée
173 accès au champ toute la journée. Mis à part le mot la fait le ménage. Tout le reste c'est ouvert,
174 ils ont des badges, ils sont autonomes Ils ont dans leur téléphone. Oui, ils ont plus de liber. Ils
175 ont beaucoup plus de lib. Ils sont moins restrets rest. On compte plus les couverts. humanisés
176 si on peut C'est clair. On compte plus les couverts comme avant. Les contentions ont changé
177 aussi. Les contentions, on avait des contententions cuir, c'est devenu des consensions tissu
178 maintenant. Ouais donc ça a quand même ben c'est évolué. Oui, le seul truc qui, c'est les on
179 peut Ça c'est peut rien y faire.

180 ADRIANE (ESI) : Voilà Ok merci beaucoup

Annexe VII : Entretien 4

1
2 ADRIANE (ESI) : Je te pose des questions générales d'abord. Donc depuis combien de temps
3 t'es diplômé depuis combien de temps tu travailles en psychiatrie ?

4 THEA (IDE) : Je suis diplômée depuis 200 deux, je travaille depuis deux mille deux en
5 psychiatrie.

6 ADRIANE (ESI) : Et qu'est-ce qui t'a amené à travailler en psychiatrie ?

7 THEA (IDE) : Alors, je choisis de travailler en psychiatrie parce que pour moi en soins
8 somatiques se qui me déplaisait pas, je pouvais pas être dans mon rôle propre de la manière
9 dont je l'envisageais. Pour moi, dans les soins somatiques à l'époque déjà je trouvais que ça
10 ressemblait trop à une usine où en fait l'infirmière elle est vraiment dans le rôle prescrit du
11 médecin et en fait toute la partie propre vraiment prendre soin de la personne dans sa globalité,
12 elle a pas sa place enfin ou en tout cas il y a pas le temps ou j'en sais rien bref et du coup ça me
13 convenait pas donc en fait c'est pas que j'ai choisi la psychiatrie par défaut c'est que je me disais
14 que c'était un univers où je pourrais où je me sentirais mieux.

15 ADRIANE (ESI) : Ok, t'as commencé par quoi t'as commencé par travailler où ?

16 THEA (IDE) : J'ai travaillé dans une clinique privée pendant jusqu'en 2009, dans une clinique
17 privée où en fait la spécialité de cette clinique c'est qu'en fait je n'avais que des patientes
18 femmes. Voilà et c'était un pavillon de psychiatrie libre, 36 patientes. Voilà et c'étais toute
19 pathologie confondu. C'est une clinique associative, c'est une clinique privée mais associative
20 donc du coup ça change quand même la donne au niveau du rapport aux soins pour des patients
21 et au niveau aussi de ce qui va se passer au niveau des soins parce qu'on est plus dans le soin
22 que dans l'aspect un peu financier de la clinique privée quoi. Et après en 2009, donc je suis
23 rentrée à l'hôpital, j'ai travaillé jusqu'en 2013, à Lile-sur-Sorgue à l'époque, c'était un centre
24 d'accueil. Hôpital de jour CMP, CATTP. On était une équipe de 11 infirmiers. En fait on
25 tournait sur les structures mais dans la semaine en fait. C'était dans la semaine, tu pouvais être
26 soit d'accueil donc quand tu étais d'accueil, tu étais sur une plage horaire de six heures où en
27 fait tu n'avais aucun rendez-vous et tu étais disponible pour toute personne qui passait la porte
28 sans rendez-vous. Après tu avais des temps de CMP, tu avais des temps d'hôpital de jour et
29 t'avais des temps de CATTP et on travaillait aussi les week-ends et les fériés. Et quand on est
30 travaillait sur les week-ends et les fériés, on était venu uniquement en accueil. OK, voilà c'était
31 des amplitudes de 10 heures.

32 ADRIANE (ESI) : Ah ouais c'est pas mal ça.

33 THEA (IDE) : Ouais c'était bien c'est super intéressant. Et après en 2013, je suis arrivée en
 34 détention, j'ai fait un an au centre de détention de ... et en 2014, je suis arrivée au centre
 35 pénitentiaire du

36 ADRIANE (ESI) : Alors du coup est-ce que tu peux me parler d'une situation que t'as vécu avec
 37 un patient détenu avec des troubles psychiatriques qui t'a marqué une qui t'a vraiment marqué

38 THEA (IDE) Alors comment dire Non bah alors je vais te une situation après j'ai des patients
 39 qui m'ont marqué.

40 ADRIANE (ESI) : Oui bah ou des patients des patients,

41 THEA (IDE) : j'ai un patient, j'ai toujours mon patient chouchou. Parce que c'était un gros
 42 patient psy qui se retrouve incarcéré dans un passage à l'acte qui était quand même très imprégné
 43 de la pathologie psychiatrique. Il a eu une altération partielle du discernement, mais il a pas eu
 44 une altération totale. Donc il a quand même été condamné à une peine de prison Mais c'était un
 45 magnifique patient psychotique. Voilà. Voilà si tu me parles d'un patient, forcément lui il me
 46 vient en tête quoi Alexandre.

47 ADRIANE (ESI) : Ok. Et du coup est-ce que ce patient il t'a influencé la manière que t'as
 48 maintenant de prendre en charge les patients détenus.

49 THEA (IDE) : Pas spécialement parce que en fait c'était un patient psy et que moi en fait je suis
 50 si je suis en présence pour faire de la psychiatrie. Donc en fait non c'était juste qu'en fait
 51 pourquoi il m'a marqué parce que cliniquement c'était un patient qui était vraiment hyper
 52 intéressant voilà et que du coup effectivement l'accompagnement il était particulier parce que
 53 Il fallait faire un accompagnement psychiatrique dans le milieu particulier de la prison avec
 54 aussi la pénitentiaire qui était à la fois effrayée par ce patient qui était pourtant pas dangereux
 55 Et du coup tout et puis l'hôpital psychiatrique qui en voulait pas et il fallait faire un projet de
 56 sortie et voilà c'était très compliqué parce que bah la pénitentiaire il était psy l'hôpital il était
 57 détenu enfin voilà mais après non en soi il a pas il a pas influencé ma pratique dans le sens où
 58 je sais pourquoi enfin certes je travaille en prison, mais en fait je suis infirmière psy quoi donc
 59 que ce soit en prison ou ailleurs c'est pareil quoi.

60 ADRIANE (ESI) : Et du coup alors qu'est-ce que ça évoque pour toi la chambre d'isolement ?

61 THEA (IDE) : Un enfer La chambre d'isolement, ça reste un lieu d'enfermement. Effectivement
 62 qui peut être nécessaire par moment quand effectivement les thérapeutiques elles sont pas
 63 encore là pour tenir ce qui est de l'ordre du symptôme qui va être trop bruyant et effectivement

64 des fois il y a besoin d'une contention. Alors contention dans le sens où je parle pas forcément
65 de la question des entraves et tout ça c'est comment on peut contenir psychiquement parce
66 qu'il voit bien que la prison qui est aussi un lieu d'enfermement peut contenir les patients
67 les patients psychotiques, leurs délits, voilà parce qu'on le sait que quand même enfin dans la
68 problématique, surtout de la psychose, quand la personne elle est dans un moment trop aigu où
69 elle se met en danger, surtout elle se met en danger et elle met en danger aussi les autres. C'est
70 un lieu qui va pouvoir contenir la personne, mais après c'est quelque chose qui est pour moi et
71 c'est qui a une utilité temporaire. On peut peut pas s'en servir, on peut pas maintenir quelqu'un
72 en CI pendant des mois ou alors si on en arrive là, c'est qu'il faut se poser des questions et penser
73 à d'autres lieux de soins comme les UMD ou voilà d'autres solutions. D'autres solutions, bien
74 sûr, c'est pas une solution de mettre quelqu'un dans une CCI pendant trois mois et après de le
75 faire sortir dehors. Enfin c'est complètement délirant.

76 ADRIANE (ESI) : Et du coup qu'est-ce que tu peux me dire sur la relation soignant soigné
77 quand tu prends en charge un déni

78 THEA (IDE) : Bah après de ma place d'infirmière psy, bah déjà je suis là pour évaluer sa
79 demande de soin en fait. Nous on fait du soin libre donc c'est des gens qui viennent demander
80 quelque chose. Après bon c'est vrai que il y a nous au milieu, il y a y a un biais dans les
81 demandes qui sont l'aspect judiciaire, mais auquel nous la psychiatrie, on n'a pas d'obligation
82 de répondre en fait parce que nous on fait du soin donc quand on rencontre un patient La
83 première chose qu'on fait, c'est évaluer sa demande et la demande c'est sur la question de la
84 souffrance morale en fait de la souffrance psychique, de la mise en danger de lui, des autres
85 enfin parce que par exemple un patient psychotique va pas forcément exprimer une souffrance
86 morale, ce met pas forcément en danger, mais peut être potentiellement danger. Enfin s'il peut
87 se mettre en danger sans s'en rendre compte, mais il peut aussi mettre en danger les autres. Donc
88 en fait moi mon travail quand je rencontre un patient, c'est d'évaluer ça. Mais comme je le faisais
89 en centre d'accueil et comme je le faisais en clinique,

90 ADRIANE (ESI) : Oui, pour toi ça ne change rien.

91 THE (IDE) Ça ne change rien en fait. Ça ne change strictement rien parce que je suis infirmière
92 aussi et peu importe le lieu où je suis, ma fonction, mon rôle, c'est ça, c'est d'évaluer la
93 souffrance de la personne, l'impact que ça va avoir dans sa vie à l'instant T où je le reçois et
94 après bah effectivement l'orientation qu'on va faire ça c'est la première rencontre les moyens
95 thérapeutiques qui vont être les plus adaptés ou pas parce qu'il y a des fois des gens qui viennent

96 et puis finalement c'est un moment là à l'instant T et puis derrière il n'y a pas de demande et il
97 n'y a pas nécessité de suivi parce qu'on a aussi tendance un peu On a tout psychiatrisé. Et faut
98 savoir faire la différence entre une souffrance, enfin dire ordinaire qui peut être de la vie parce
99 que dans la vie on souffre, on peut souffrir pour plein de choses, mais entre une souffrance qui
100 va être pathologique où ça a des vrais répercussions dans la vie de la personne et une souffrance
101 morale parce que effectivement on vit un évènement qui entraîne une souffrance morale, mais
102 pour lesquelles la personne elle va avoir quand même des ressources pour continuer sa vie. Et
103 ça c'est pas forcément psychiatrique.
104 ADRIANE (ESI) : Ok. Bah c'est bon t'as répondu à toutes tes questions.
105 THEA (IDE) : Je'étais trop forte.

Annexe VIII : Entretien 5

ADRIANE (ESI) : Depuis combien de temps t'es diplômé et depuis combien de temps tu travailles en psychiatrie ?

LUVANIE (IDE) : Bonjour. Je suis diplômé depuis juillet 2022 et je travaille en psychiatrie depuis octobre 2011.

ADRIANE (ESI): Tu peux nous expliquer ton ton parcours ?

LUVANIE (IDE) : Alors je suis aide-soignante de formation initiale depuis juillet 2011. J'ai intégré l'hôpital psychiatrique de mon favé en octobre 2011 Et ensuite j' suis partie en formation promotionnelle, enfin j'ai fait une reconversion une évolution de professionnelle professionnelle. Donc en 2019, je suis partie à l' Et je suis diplômée infirmière depuis juillet 2022.

ADRIANE (ESI) : Et avant t'as fait quoi comme service en tant qu'infirmière En tant qu'aide-sante.

LUVANIE (IDE) : Alors en tant qu'aide-soignante, je suis arrivée en gériopsychiatrie, puis en accueil très ouvert, puis aux UM des femmes. J'ai ensuite eu une période de quelques mois où j'ai arrêté de travailler pour ma grossesse. Et quand j'ai réintégré l'hôpital quatre mois, six mois après, j'ai été affectée dans un service de long cours, puis dans un service de réhabilitation sociale. Et ensuite donc en tant qu'infirmière une fois le diplôme obtenu, j'ai été affectée dans un service d'autiste adulte cas complexe. Et maintenant depuis octobre 2024, je travaille au centre de pénitencier du Pontet.

ADRIANE (ESI) : Du coup qu'est-ce qui t'a amené à travailler en psychiatrie ?

LUVANIE (IDE) : C'est un projet que j'ai depuis que je suis au collège, donc ça remonte 14 ans. Je disais toujours, je serai infirmière en psychiatrie donc tu vois quelques années plus tard, je suis 20 et quelques années plus tard, je suis infirmière en psychiatrie. La psychiatrie c'est quelque chose qui m'a toujours questionné Cette complexité sans avoir toujours de réponse, ça m'a toujours intrigué et j'ai voilà voulu travailler en psychiatrie pour pour essayer de comprendre, même si on n'a pas toutes les réponses, mais en tout cas essayer de comprendre le fonctionnement psychique et la pathologie.

ADRIANE (ESI) : Ok, du coup on va rentrer dans la question principale, c'est est-ce que tu peux me parler d'une situation que t'as vécu avec un patient détenu et qui avait des troubles psychiatriques une situation qui t'a marqué ou qui te reste en tête et qui te vient là

32 LUVANIE (IDE) : Alors j'ai pas eu forcément de situation qui m'a marqué et qui me questionne
33 et qui fait que j'y pense encore.

34 ADRIANE (ESI) : Même en tant qu'aideoignante si t'en avais

35 LUVANIE (IDE) : c'est plus ici du coup mais après oui t'as toujours des personnes qui tu reçois
36 des patients pour un entretien d'accueil et où tu t'aperçois qui ont des pathologies psy et qui
37 sont décompensés et qui peuvent se mettre en danger au milieu de la population carcérale
38 et où tu dois agir oui dans l'urgence pour les protéger et stabiliser leur état, mais après j'ai
39 pas de situation qui m'a marqué vraiment, on va dire. attends, du coup je te pose.

40 ADRIANE (ESI) : Mais du coup est-ce que prendre en charge les détenus ça a changé ta façon
41 de prendre en soin ?

42 LUVANIE (IDE) : Non parce que pour moi c'est pas des détenus, mais ça reste des patients.
43 Effectivement, on est dans un lieu où en premier lieu ils sont incarcérés parce qu'ils
44 ont commis un délit ou un crime. Merci qui fait que ils sont ici, mais après ça reste des patients.
45 Moi quand je les reçois la raison de l'incarcération ne rentre pas en compte dans la façon dont
46 je les prends soin. Bien qu'effectivement bah tu l'as en tête pour pas te mettre en danger si
47 danger il y a mais un patient suivi en psychiatrie dans tous les cas, tu prends des précautions et
48 tu prends toutes les mesures pour pas te mettre en danger pour te protéger pour le protéger Donc
49 non ça a pas changé ma façon de les prendre en soin.

50 ADRIANE (ESI) : Et t'as toujours voulu faire de la détention ou pas du tout

51 LUVANIE (IDE) : c'est Quand je suis rentrée à l'IFSI, effectivement, j'envisageais d'avoir un
52 poste en détention pour justement confronter la pathologie psy, l'incarcération et la prise en soin
53 dans un lieu particulier. Donc j'ai orienté mon stage prépro. Je l'ai fait ici au Pontée sur 10
54 semaines et ça a conforté mon choix effectivement de pouvoir continuer d'exercer auprès de
55 cette population-là.

56 ADRIANE (ESI) : Qu'est-ce que ça évoque pour toi la chambre d'isolement ?

57 LUVANIE (IDE) : La chambre d'isolement, ce que ça évoque pour moi c'est la protection du
58 patient, la protection de l'autre et le fait de pouvoir recentrer le patient au moment où il est
59 décompensé et où il a besoin d'être contenu, on va dire pas physiquement, mais contenu
60 psychiquement. Effectivement, la chambre d'isolement, ça va permettre de faire diminuer les
61 troubles avec une prise en charge plus intensive. En tout cas pour que la décompensation elle
62 Elle elle cède et qui redevienne un état non décompensé, on va dire après la chambre
63 d'isolement, ça évoque aussi une privation de liberté et une atteinte psychique dans le sens où

64 c' c'est pas décidé par le patient. La chambre d'isolement et du coup ça a forcément un impact
65 psychique, mais nécessaire à ce moment-là s'il est mis en chambre d'isolement.

66 ADRIANE (ESI) : T'as déjà quand t'étais infirmière, t'as déjà eu des situations où t'as dû mettre
67 un patient en France ?

68 LUVANIE (IDE) : Oui même en tant que qu'aide-soignante ou la seule issue était la chambre
69 d'isolement et même la chambre d'isolement, c'était compliqué à gérer parce que le patient il est
70 isolé, ça a un un impact psychique, tu vas le voir, il peut être subtendu, il peut être tendu, il peut
71 y avoir des passages à l'acte. En tout cas tant que Il est pas stabilisé c'est compliqué, mais oui
72 j'ai déjà sur décision médicales, humide des patients, chambre d'isolement avec des
73 surveillances spécifiques mises en place sur prescription

74 ADRIANE (ESI) : Et ça t'a pas ça t'a pas marqué ou ça t'a pas ?

75 LUVANIE (IDE) : C'est toujours compliqué parce que ça reste une situation de soin qui est
76 difficile, mais nécessaire. Donc quand après le patient il se stabilise, tout le monde est OK pour
77 dire que c'était nécessaire. Donc c'est marquant parce que des fois il peut y avoir une
78 confrontation physique avec le patient qui qui est pas OK pour aller en chambre d'isolement.
79 donc du coup ben oui t'es obligé d'appeler du renfort t'es obligé tout le monde se met en danger
80 si c'est voilà dans l'urgence en tout cas. Donc oui ça reste marquant mais nécessaire.

81 ADRIANE (ESI) : Ok et pour toi t'as pas de mal à mettre un patient en chambre d'isolement enfin
82 tu trouves que la chambre d'isolement c'est assez bénéfice comme

83 LUVANIE (IDE) : Oui tout à fait. Il faut pas que la chambre d'isolement elle soit utilisée à tort
84 parce que il y aura des conséquences psychiques Et qui peuvent être délétères plus que
85 bénéfiques, mais non il n'y a pas de pour moi, la chambre d'isolement c'est pas c'est pas une
86 punition et c'est pas et ça doit être c'est un soin en lui-même. enfin la mise en chambre
87 d'isolement, c'est un soin qui permet après qui permet après que le patient soit mieux. En tout
88 cas et qu'il y ait une prise en charge plus adaptée sur le moment.

89 ADRIANE (ESI) : Alors ensuite est-ce que tu peux me parler de la relation soignant-sé quand
90 tu prends en charge un détenu ? Est-ce que qu'est-ce que t'as à dire dessus ? Est-ce que tu trouves
91 qu'elle est différente de quand t'étais soignante quand t'étais à l'hôpital ou ?

92 LUVANIE (IDE) : La relation soignant soignée, peu importe ça soit un détenu ou que tu sois à
93 l'hôpital elle est là alors oui elle est moins présente dans le sens où Ici en détention fonctionne
94 comme un CMP, donc même si tu prends soin impatient et que tu le vois régulièrement, ça reste
95 ponctuel parce qu'après il retourne en cellule, c'est pas comme à l'hôpital où tu viens travailler

96 huit heures pendant huit heures tu crées autre chose. Là tu vas voir le passant sur un temps
97 donné pour un entretien et tu le revois pas à moins de le reconvoquer. mais la relation soignant-
98 soignée, elle se crée quand même dans le sens où le patient il a il te fait confiance, il t'emmène
99 des choses, tu lui proposes des choses donc il y a une alliance qui se crée et Et cette relation
100 elle existe même si on n'est pas à l'hôpital. Pour moi elle existe aussi ici, même si elle est
101 différente et moins.

102 ADRIANE (ESI) : Tu la trouves moins importante ici.

103 LUVANIE (IDE) : Pas moins importante, mais en tout cas moins présente dans le sens où tu
104 les t'as pas les patients avec toi pendant huit heures quoi Comme quand tu es en poste Et quand
105 t'étais en poste, tu voyais beaucoup les patients t'allais souvent il y a toujours surtout en
106 psychiatrie, les patients ils vivent avec toi dans le service. Enfin tu vis avec eux plutôt dans le
107 service. Et de ce fait tu partages avec eux les soins quotidiens, les repas, même les moments où
108 il n'y a rien à faire, t'as toujours le patient avec toi et t'as toujours des entretiens informels
109 comme on peut dire ou le patient vient te trouver voilà discuter avec toi et cherche des réponses
110 et donc effectivement à l'hôpital elle est beaucoup plus présente en tout cas est mise en avant
111 que ici où tu es dans un lieu spécial ou encadré et où tu peux pas non plus les voir autant que
112 qu'ils en auraient besoin en tout cas

113 ADRIANE (ESI) : C'est bon, t'as répondu à toutes mes questions. Merci

.Annexe IX : Autorisation de diffusion



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 soussigné(e) (Prénom, NOM) : **MUSITELLI Adriane**

Promotion : **2023-2026**

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)

Condamné à la double peine

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 18/06/2026 Signature :

Condamné a la double peine

Résumé en français

Mon travail de fin d'étude porte sur la prise en charge des détenues, la difficulté d'entretenir une relation de soins avec ces patients et l'enfermement comme soins envers ses patients. J'ai donc décidé d'aborder dans mon mémoire la question de la relation soignant-soigné en psychiatrie avec des patients stigmatisés de par leurs passés ou présent juridique.

Cette question à émerger de mon imagination « *En quoi la stigmatisation des patients ayant fait de la prison et souffrant de trouble psychique impacte la relation de soin ?* »

J'ai lue des livre mais aussi des articles sur ce sujet puis je me suis entretenue avec cinq infirmier, qui avais tous différentes expérience professionnelle, et un nombres d'années de diplôme différent. J'ai interrogé différent service comme : les Unités pour malades difficiles l'Accueil crise fermée et la prison. Au cours des entretiens j'ai recueillis des données qualitatives, grâce a des entretiens semi-directif, afin d'obtenir le ressenti de chaque soignants sur le sujet.

En analysant les résultats il est apparue que la relation de soin a un rôle très important en psychiatrie, que l'enfermement est encore très présent en psychiatrie. Et qu'il reste difficile de soigner des patients marginaliser de la société. Au cours de mon stage en psychiatrie, j'ai pu côtoyer différent patients avec des casiers judiciaires voir même qui était en prison. Je me suis retrouvée dans des situation qui mon questionner sur la prise en soins de ses patients que l'on peut stigmatiser de par leurs actes ou leurs passé

Mots-clefs : Prison, Stigmatisation, Psychiatrie, Contentions, Relation soignant-soigne

Nombres de mots : 250

Sentenced to double punishment

Abstract :

My end of course assignment focuses on prisoner care plan, difficult to entertain relationship between the carer and these patients, and confinement as patient care. So I decided to address in my dissertation the question of the relationship between caregivers and patients in psychiatry, with patients stigmatized by their legal past or present.

This question emerge from my interrogation : "*How does the stigmatization of patients who have been in prison and suffer from a mental disorder impact the care relationship?*"

I read books but also articles on this subject and then spoke with five nurses, who all had different professional experience, and a different number of years of diploma. I asked different departments like: the difficulties sick unit, the Crisis reception closed, and the prison. During the interviews, I collected qualitative data through semi-structured interviews in order to obtain the feelings of each caregiver on the subject.

In analyzing the results, it appeared that the care relationship has a very important role in psychiatry, that confinement is still very present in psychiatry. And that it remains difficult to treat patients who are marginalized in society. During my work placement in psychiatry, I have something been faced different patients with criminal records or even who was in prison. I found myself in situations that challenged me about the care of patients who can be stigmatized by their actions or their past.

Keywords : Prison, Stigmatization, Psychiatrie, Restraints, Relationship between the carer and the patient

Numbers of words : 231