



HAL
open science

La contrainte : un outil de soins en psychiatrie ?

Julien Dubreucq

► **To cite this version:**

Julien Dubreucq. La contrainte : un outil de soins en psychiatrie ?. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00684124

HAL Id: dumas-00684124

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00684124>

Submitted on 30 Mar 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2012

LA CONTRAINTE :
UN OUTIL DE SOIN EN PSYCHIATRIE ?

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

JULIEN DUBREUCQ

Né le 18/09/1984 à Boulogne sur Mer

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE GRENOBLE*

Le : 26/03/2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Professeur Thierry BOUGEROL

Membres :

M. le Professeur Jean Louis TERRA

M. le Professeur Régis DE GAUDEMARIS

M. le Docteur Jean Paul CHABANNES

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Plan:

1. Aspects historiques, philosophiques, éthiques et légaux de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie :
 - 1.1. Evolution historique de la perception de la maladie mentale et de l'utilisation de mesures de contrainte dans sa prise en charge:
 - 1.1.1. Dans l'Antiquité :
 - 1.1.2. Au Moyen Age :
 - 1.1.3. De la Renaissance au siècle des Lumières :
 - 1.1.4. De la naissance de l'aliénisme à la fin du XIXème siècle :
 - 1.1.5. De la fin du XIXème siècle au XXème siècle :
 - 1.2. De la philosophie de la contrainte à son éthique:
 - 1.3. Evolution du cadre légal de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie :
2. Utilisations possibles de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie : Objectifs, justifications éthiques, limites, résultats et illustrations cliniques
 - 2.1. Utilisations possibles, objectifs et justification éthique de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie :
 - 2.1.1. Mesures physiques de contrainte :
 - 2.1.2. Mesures morales de contrainte ou obligations :
 - 2.2. Limites et résultats de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie :
3. Etude qualitative des représentations sociales de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie chez des infirmiers travaillant en milieu psychiatrique, en milieu ordinaire, chez des élèves infirmiers et en population générale :
 - 3.1. Concept de Représentation Sociale :
 - 3.2. Problématique et Objectifs de l'étude :
 - 3.3. Matériel et méthode :
 - 3.3.1. Méthodologie :
 - 3.3.2. Caractéristiques des interviewés :

3.4. Résultats

3.4.1. Représentation des mesures légales de contrainte :

3.4.1.1. Représentation de l'hospitalisation sous contrainte :

3.4.1.2. Représentation des soins ambulatoires obligés :

3.4.2. Représentation de l'obligation de la prise d'un traitement :

3.4.2.1. Représentation du traitement obligé en urgence :

3.4.2.2. Représentation du traitement obligé au long cours :

3.4.3. Représentation des mesures physiques de contrainte :

3.4.3.1. Représentation de la contention physique :

3.4.3.2. Représentation de l'utilisation de la mise en pyjama :

3.4.4. Représentation de l'utilisation des obligations (ou contraintes morales) :

3.4.4.1. Représentation de l'utilisation des obligations à but citoyen :

3.4.4.2. Représentation des restrictions dans le projet de vie :

3.4.5. Représentation de l'arrêt de la contrainte :

3.4.6. Vision générale de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie :

3.5. Discussion :

3.6. Conclusion :

4. Conclusion générale :

5. Références bibliographiques :

6. Annexes :

6.1. Guide d'entretien :

6.2. Verbatim des focus groups :

6.2.1. Service d'Accueil et de Garde Infirmier (Sagi), Chai St Egrève :

6.2.2. Pavillon ouvert, Chai St Egrève :

6.2.3. Infirmiers Centre de réhabilitation psycho-social / hôpital de jour, Chai St Egrève :

6.2.4. Infirmiers pavillon fermé, Chai St Egrève :

6.2.5. Infirmiers généraux :

6.2.6. Etudiantes infirmières 2ème année :

6.2.7. Population générale

La prise en charge de la maladie mentale est un important problème de santé publique en France (la schizophrénie, par exemple, touche 1% de la population générale) et a un impact considérable sur la vie des patients qui en souffrent mais aussi plus généralement sur la société tant en terme de coût entraînés par leur prise en charge au long cours qu'en terme de nécessité parfois de protection de la communauté.

Cette maladie, et notamment la schizophrénie, se complique parfois d'un déni (quasi constant au début des troubles) et d'un refus d'adhérer à toute prise en charge thérapeutique quelque soit l'information qui leur est délivrée.

Cet état de fait mène souvent à une hospitalisation sous contrainte au cours de laquelle sont mises en place un certain nombre de mesures thérapeutiques, souvent aussi contraintes : prescription d'un traitement psychotrope ; règles comportementales. Le but est de prévenir les risques que ces patients peuvent occasionner à eux-mêmes mais aussi pour autrui.

Cependant, il est malheureusement fréquent que ces patients, alors même que la symptomatologie aigue s'est amendée sous traitement et que leur état clinique permet leur sortie d'hospitalisation, restent dans une position de déni partiel ou complet des troubles.

Ce déni persistant entrave notablement la relation médecin-malade en rendant impossibles les notions de consentement éclairé et d'alliance thérapeutique. Il entraîne souvent un arrêt complet des soins et du traitement conduisant quasi inéluctablement à la rechute et son cortège de conséquences (réhospitalisation, perte d'autonomie,...).

Se pose également pour le médecin, compte tenu du caractère péjoratif de cette évolution « naturelle » de la maladie, la question de la poursuite ambulatoire des soins sous contrainte.

Mais cette utilisation de la contrainte peut-elle réellement être qualifiée de thérapeutique et donc d'outil de soins ou ne s'agit-il que d'une mesure de contrainte limitante de la liberté du patient ?

Cette question s'est posée à tous les intervenants à rôle thérapeutique depuis l'antiquité.

Le but de ce travail de thèse est d'étudier cette utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie et d'en évaluer l'intérêt.

La première partie en étudiera les aspects historiques, philosophiques, éthiques et légaux.

La seconde partie décrira les utilisations possibles de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie, les objectifs et les résultats. Elle illustrera au moyen de vignettes cliniques ces divers aspects.

La troisième partie sera consacrée à l'étude de la perception (dites représentations sociales sous jacentes) de cette utilisation de la contrainte par le personnel soignant chargé de la mettre en œuvre, qu'elle évaluera puis comparera, au moyen d'une étude qualitative. Elle se comparera ensuite à celle de la population générale ainsi qu'à celle d'infirmiers travaillant en milieu ordinaire et à celle d'étudiants infirmiers.

1. Aspects historiques, philosophiques, éthiques et légaux de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie :

Le meilleur soin est celui dans lequel une notion contractuelle est intégrée avec consentement éclairé et adhésion du soigné. Il s'agit de l'alliance thérapeutique où le fait de se soigner est librement choisi par le patient qui y coopère activement.

Cependant, certaines pathologies psychiatriques, comme la schizophrénie, entraînent une altération du jugement provoquant fréquemment un déni des troubles présentés dont la conséquence logique est le refus des soins proposés.

Toutefois, cette altération du jugement (longtemps appelée aliénation mentale, du latin alienatus signifiant « étranger à lui-même ») a fréquemment un impact social majeur, en raison des comportements souvent étranges voire parfois agressifs présentés par les malades qui en souffrent.

Ces troubles comportementaux ont donc, à toutes les époques de l'Histoire et dans toutes les sociétés indépendamment de leur culture, amené les représentants légaux de la société, en tant que garants de l'ordre social, à se poser la question de l'utilisation de mesures de contrainte dans leur prise en charge.

Cependant, l'objectif de l'utilisation de la contrainte dans la prise en charge des malades mentaux, ainsi que la manière dont celle-ci est appliquée ont profondément varié en fonction des époques.

Tantôt mesure de protection du malade et de la société, tantôt mesure répressive et discriminatoire, mais aussi parfois comme outil de soins à certaines périodes, cette utilisation s'est modifiée de manière concomitante aux variations de la conception de la maladie mentale et de sa perception par le groupe social.

Quelle a donc été l'évolution historique de la conception de la maladie mentale ainsi que celle de l'utilisation de la contrainte au cours de la prise en charge des malades mentaux ?

Sur quelles variations des concepts philosophiques repose cette évolution ?

Quel en a été l'impact pour les malades ?

Par ailleurs, il apparaît également nécessaire de s'interroger sur les fondements éthiques d'une utilisation thérapeutique de la contrainte ainsi que sur l'évolution de son cadre légal.

Cette utilisation est-elle éthique ?

Par quels textes légaux est elle régie ?

1.1. Evolution historique de la perception de la maladie mentale et de l'utilisation de mesures de contrainte dans sa prise en charge :

On peut individualiser schématiquement deux grandes conceptions radicalement différentes de l'articulation entre l'âme et le corps, dont la prédominance a varié au cours de l'Histoire, modifiant ainsi nécessairement celle de la maladie mentale et donc sa prise en charge :

- Une conception dualiste où l'âme et le corps sont totalement séparés et relèvent donc de spécialistes différents, prêtres et philosophes pour l'âme et médecins pour le corps.

Dans celle-ci, qui est issue de la philosophie platonicienne, la part mystique tient une place importante dans l'origine de la maladie mentale ce qui explique qu'elle ait perduré tout au long de l'Histoire et ait été reprise par le Christianisme.

Sur le plan médical, ses tenants principaux sont Hippocrate et Galien ce qui explique donc son influence majeure dans la prise en charge des malades mentaux jusqu'au XVIIIème siècle.

Une conception moniste de l'articulation âme / corps, où ceux-ci forment un tout unique en s'influçant réciproquement et dans laquelle il ne peut y avoir de santé de l'âme sans santé du corps et réciproquement.

Là, médecine et philosophie sont liées et le médecin philosophe peut agir par des traitements moraux sur des maladies physiques et par des traitements physiques sur des maladies de l'âme.

Cette conception moniste est essentiellement retrouvée en philosophie dans les doctrines stoïcienne, de Spinoza et d'Hegel et a présidé à la fondation du modèle médical psychiatrique par Philippe Pinel au XVIIIème siècle.

La médecine a évolué en fonction de la prédominance de l'une ou de l'autre conception au cours des âges, avec prédominance du dualisme de l'Antiquité au XVIIIème siècle et prédominance du monisme depuis.

L'utilisation de la contrainte dans la prise en charge de la maladie mentale a elle aussi évolué en fonction de cette prédominance variable ce qui explique qu'elle se soit tantôt exprimée comme mesure de protection, tantôt comme mesure de répression mais aussi parfois comme un outil de soins.

1.1.1. Dans l'Antiquité:

Dans les sociétés antiques, et ce jusqu'au début de la période gréco-romaine, la conception mystique de l'origine de la maladie mentale apparaît omniprésente.

L'origine de la maladie mentale apparaît fréquemment démoniaque comme dans la société babylonienne [1] où chaque maladie a son démon (Idta pour la folie) ou la société perse où Ahura-Mazda est le dieu du Bien mais aussi de la Santé et Ahriman le dieu du Mal et de la Maladie.

Elle est aussi souvent divine, comme dans la société grecque archaïque (par exemple, Héraclès où la « *mania* » qui le conduit à égorger ses enfants est envoyée par la déesse Héra) La guérison dans ce cadre, est le fait des prêtres et s'effectue dans des sanctuaires religieux comme, en Grèce le temple d'Asclépios à Epidaure. [2]

C'est également le cas des sociétés judéo-chrétiennes où la maladie mentale est souvent d'origine démoniaque, comme le montre l'Ancien Testament : « *L'insensé (incipiens) a dit dans son cœur qu'il n'y a pas de Dieu.* » (Psaume 52). [4]

La guérison dans ce cadre est miraculeuse, et souvent le fait d'un Saint, comme en témoigne le récit de la guérison par Jésus Christ d'un possédé, qualifié de démoniaque (Luc, VIII, 26-39). [4]

La folie peut aussi être considérée comme sacrée : « *Car puisque le monde, avec sa sagesse, n'a point connu Dieu dans la sagesse de Dieu, il a plu à Dieu de sauver les croyants par la folie de la prédication... (...). Car la folie de Dieu est plus sage que les hommes, et la faiblesse de Dieu est plus forte que les hommes.* » (Paul, Epître aux Corinthiens, 22-25). [4]

La maladie mentale peut également être considérée comme un châtement divin punissant des actes horribles ou contre nature comme dans la mythologie grecque, par exemple, où Oreste est poursuivi par les Furies qui le rendent fou après avoir commis un matricide.

Elle est aussi fréquemment associée à la notion de péché comme par exemple, dans la tradition biblique (« *La pensée de l'insensé est péché* » Proverbes XXIV, 9) et l'état de fou est alors le plus triste : « *Pleures un mort : il a perdu la lumière, pleures un insensé : il a perdu l'esprit; pleures plus doucement le mort, car il a trouvé le repos, pour l'insensé la vie est plus triste que la mort. Pour un mort le deuil dure sept jours, pour l'insensé et l'impie, tous les jours de leur vie.* » (Ecclésiastique XXII, 11-12). [4]

Dans ces deux cas, l'exclusion sociale est de mise comme le souligne la Bible : « *N'adresses pas de longs discours à l'insensé, ne va pas au-devant du sot, gardes-toi de lui pour n'avoir pas d'ennuis, pour ne pas te souiller à son contact. Ecartes-toi de lui, tu trouveras le repos, ses divagations ne t'ennuieront pas.* » (Ecclésiastique XXII, 13). [4]

Dans cette conception mystique de la maladie mentale dans l'Antiquité, la seule mesure de contrainte qui semble de mise dans la prise en charge est l'exclusion sociale, mesure prise en raison de la différence des fous qui les place de fait hors de la société.

Elle est cependant tempérée par les débuts de la philosophie grecque qui établit le concept d'âme et l'articulation entre les maladies de celle-ci et leur traduction somatique. Pour Platon, en effet, une folie sacrée peut être bonne si elle est inspirée et d'origine divine mais aussi mauvaise si elle se traduit physiquement par des signes de maladie mentale.

De même, pour Platon (*La République*, Livre IV) [5] mais aussi Aristote (*De l'âme, Métaphysique*) [6], toute passion n'est pas nécessairement mauvaise : la colère qui siège dans le « *thymos* » par exemple est qualifiée de « *nerf de l'âme* », quand elle agit pour aider la raison à contrôler les désirs du corps.

Cette distinction repose sur la conception platonicienne (*La République*) et aristotélicienne (*De l'âme*) des rapports entre l'âme et le corps, qui sont qualifiées de dualiste, c'est-à-dire individualisant radicalement la raison d'une part qui siège dans l'âme et les désirs du corps de l'autre.

Les maladies de l'âme relèvent ici du philosophe ou du théologien et celles du corps du médecin.

Dans ce cadre, le médecin n'est amené à intervenir que si l'affection de l'âme a un impact physique se traduisant somatiquement, comme dans le cas de la « *phrénitis* » ou délire fébrile par exemple, tandis que le philosophe n'agit quant à lui qu'en l'absence de traduction somatique de la perturbation de l'âme. [3]

Sur le plan médical, cette conception duelle a un impact avec recherche du siège de la perturbation physique à l'origine des manifestations de la maladie mentale, de son mécanisme et tentative de classification nosographique en fonction de celui-ci.

Elle se retrouve dans le corpus hippocratique où l'on considère la maladie mentale comme une désorganisation des humeurs régissant l'ensemble du corps humain (c'est par exemple, le cas de la mélancolie ou « bile noire ») à analyser par l'étude anatomique mais où continue à subsister une part occulte, relevant cette fois non du médecin mais du philosophe ou du prêtre (comme on le constate dans le titre *De la Maladie Sacrée* d'Hippocrate concernant l'Épilepsie).

Hippocrate [7] et l'école dogmatique qui lui a succédé cherche donc à catégoriser les maladies mentales (« *phrénitis* » ou délire aigu, « *mania* » ou délire chronique, « *melancholia* ») et à en apporter une conception étiologique.

Dans la tradition hippocratique, la thérapeutique de la maladie mentale repose sur la doctrine humorale (et est donc à base de purgatifs comme l'ellébore visant à évacuer la folie) et sur des pratiques d'hygiène de vie, évoquées dans *Du Régime*.

L'inefficacité du régime hygiénique seul en est cependant constatée sans cependant qu'il n'y ait mention d'une utilisation de la contrainte dans la maladie mentale.

Cependant, d'autres doctrines philosophiques, la doctrine épicurienne [8] et la doctrine stoïcienne, plus dégagées d'implications mystiques, vont naître en Grèce au II^{ème} siècle et fortement influencer la conception de la maladie mentale ainsi que sa prise en charge thérapeutique.

La doctrine épicurienne, tout d'abord, caractérisée par l'atomisme (notion que le corps est formé d'atomes) propose la guérison des passions qualifiées de mauvaises et notamment la douleur, par la substitution à celles-ci de passions inverses, agréables comme le plaisir et qu'il convient, selon Epicure, de rechercher.

Dans la doctrine épicurienne, le sage est celui qui ne souffre pas, et cette sagesse le conduit au bonheur.

La doctrine épicurienne aura peu d'influence sur la thérapeutique antique (le seul médecin majeur issu de cette mouvance est Asclépiade de Bythinie) et ne comporte logiquement aucune utilisation de la contrainte.

La doctrine stoïcienne, par contre, va étudier la maladie mentale sous l'optique du couple liberté/ contrainte et va avoir une influence majeure dans la construction du modèle médical de la maladie mentale et de sa thérapeutique.

Les principaux théoriciens du stoïcisme ayant réfléchi sur la nature de l'âme et l'origine de la maladie mentale sont Chrysippe, son fondateur, Epictète, mais aussi et surtout Cicéron dans les *Tusculanes* [10] et Sénèque (*De ira, De Tranquillitate animi*) [11].

Chrysippe (-200 av JC) [9], son fondateur, définit tout d'abord sa conception de l'articulation entre l'âme et le corps, qui est qualifiée de moniste.

Pour lui, en effet, l'âme et le corps forment un tout, réuni par trois différentes sortes de « *pneuma* » ou souffle vital, le *pneuma* hectique, le *pneuma* physique et le *pneuma* psychique. Il considère la médecine et la philosophie comme intimement liées puisqu'agissant toutes deux à la fois sur les maladies de l'âme et sur celles du corps.

Le médecin peut agir sur la traduction physique de la maladie mentale, comme prôné par Hippocrate, mais aussi sur la partie psychique qui en est à l'origine : c'est le début de l'utilisation de moyens dits moraux comme thérapeutique, c'est-à-dire de l'utilisation de tout moyen capable d'avoir une action sur le psychisme du malade, du traitement par la parole à l'utilisation de la contrainte.

Cette utilisation de moyens moraux comme thérapeutique de la maladie mentale, qui a fortement influencé Philippe Pinel au XVIIIème siècle dans l'élaboration du traitement moral, repose sur l'origine passionnelle supposée des maladies mentales.

En effet, pour les stoïciens, l'aliénation mentale (« *alienatio mentis*») provient du déchaînement inconsidéré de passions dont la correction est possible éventuellement sous contrainte.

La « *furor* », ou fureur, traduction latine de la manie grecque, n'est en effet qu'une colère qui dure anormalement longtemps et n'est plus contrôlée par la raison, donc devient disproportionnée, comme en témoigne le proverbe latin : « *ira furor brevis est* » ce qui signifie « *la colère est une fureur brève* ».

Cette conception sera reprise par Sénèque (1^{er} siècle après JC) [11] qui assimile la colère à une folie brève (« *iram... brevem insaniam* », I, 2) et compare les symptômes de la folie à ceux de la colère, description reprise au XIXème siècle par Esquirol.

Il faut d'ailleurs noter que le terme passion provient du latin « *passio* » qui signifie « *maladie, perturbation morale (passion), souffrance* », traduit lui-même du grec « *Pathi* » (maladie) ce qui montre que dans la doctrine stoïcienne, l'existence en elle-même de passions est déjà une maladie qu'il faut vaincre.

Le stoïcisme définit donc le chemin vers la sagesse et donc vers le bonheur comme la nécessité de se vaincre soi-même (Cicéron, *Tusculanes*) [10] pour arriver à les contrôler, voire à les éradiquer.

Il faut toutefois différencier les passions qui sont à éradiquer, des émotions qui sont à conserver sous peine d'inhumanité.

L'éradication totale des passions étant impossible, Cicéron définit le concept de « *folie du sage* » qui éprouve certes des passions, mais parvient à les maîtriser et à les adapter aux nécessités du monde, ce qui lui permet de conserver sa sagesse.

En effet, Chrysippe définit également l'*Oikeosis* comme la loi naturelle régissant hommes et animaux, les poussant à vivre en société mais impliquant certaines contraintes liées à la vie en communauté.

Pour lui, la sagesse est donc d'accepter les contraintes liées à l'*oikeosis* et de savoir se servir soi-même de ce qui est utile et rejeter ce qui est nuisible pour soi (ce qui, selon Chrysippe concerne également l'animal).

Il définit également la liberté comme la faculté de changer ses désirs, de contrôler ses passions pour arriver à les faire coïncider avec l'ordre du monde et d'accepter les contraintes liées à celui-ci.

C'est ce qui apparaît impossible pour le patient malade mental qui ne parvient pas à différer la réalisation de ses désirs et est donc nécessairement frustré.

Le stoïcisme pose donc la problématique de l'« *insensé* » (*alienatus*) qui est celui qui ne sait pas contrôler ses désirs et s'abandonne à ses passions et n'est donc de ce fait plus apte à se prendre en charge lui-même, c'est à dire à prendre ce qui lui est nécessaire dans l'environnement et rejeter ce qui lui est nuisible.

Dans la conception stoïcienne l'insensé se retrouve donc ravalé en dessous de l'animal qui lui est adapté à sa nature et à son environnement, ce qui justifie donc l'intervention du sage et de la société pour le prendre en charge et tenter de le ramener à la raison.

L'insensé est donc défini comme l'opposé du Sage qui partage cependant avec lui des devoirs dont le principal est de l'inspirer par son exemple afin de le ramener à la raison (Cicéron, *Tusculanes*).

Le sage stoïcien est celui qui ayant contrôlé ses désirs et ses passions pour les adapter aux contraintes imposées par le monde extérieur, ne souffre plus puisque n'étant plus frustré dans la réalisation de ses désirs et accède ainsi au bonheur par la paix dans laquelle il vit avec lui-même, qui est appelée *euthymie* (« *âme bienveillante à l'égard d'elle-même* ») par Sénèque, par opposition à la *dysthymie* (« *âme se déplaçant à elle-même* ») qui est à l'origine de la maladie mentale (*De Tranquillitate Animi*).[11]

L'objectif d'un traitement de la maladie mentale dans ce cas viserait donc à ramener le malade en situation d'*euthymie*, c'est-à-dire de l'état d'insensé à celui de sage.

Dans le stoïcisme, et plus particulièrement chez Sénèque et Cicéron, philosophie et médecine sont fort liées car bien qu'ils ne soient médecins ni l'un, ni l'autre, ils définissent des notions médicales et utilisent des termes encore en vigueur, même si leur sens a évolué.

La conception stoïcienne a également influencé la conception judiciaire romaine de la maladie mentale où l'« *insensé* » qui s'abandonne à ses passions est considéré comme ayant perdu sa capacité à exprimer sa liberté ce qui le rend irresponsable sur le plan civil et pénal, de manière proportionnelle à la sévérité de ses troubles (*Tusculanes*, III). [10]

Cicéron pose, cependant, comme constat que tout individu a une action sur ses passions et leur contrôle et donc une part de responsabilité quant à sa conduite (*Tusculanes*, IV).[10]

Sur le plan médical, le stoïcisme marque l'apparition et le développement de plusieurs écoles médicales :

Tout d'abord, l'école pneumatique de Rufus d'Ephèse, qui va développer au maximum le concept de *pneuma* (en latin *spiritus*) et la description de la *phrénitis*, mais aussi et surtout l'école méthodiste de Soranos d'Ephèse et Caelius Aurélianus qui va avoir une influence majeure dans la médecine antique.

En effet, l'école méthodiste de Soranos d'Ephèse (2^{ème} siècle ap JC) et son traducteur latin Caelius Aurélianus [12] (date discutée, pour certains du 2^{ème} siècle et pour d'autres du 5^{ème}), fortement inspirée de la doctrine stoïcienne, va adopter une position intermédiaire entre doctrine empiriste, doctrine pneumatique et doctrine humorale, et introduira les concepts de l'origine passionnelle de la maladie mentale et de sa possible guérison par des moyens moraux.

C'est à cette école méthodiste qu'on doit la première utilisation de la contrainte comme outil de soins au cours de l'Histoire dans le cadre d'une conception moniste de l'être humain permettant donc l'utilisation de moyens moraux dans le traitement des malades mentaux.

Cette école va tenter de prendre en charge les malades mentaux sans les maltraiter et, tout en continuant les prescriptions hygiéniques hippocratiques, va recommander un isolement de ces malades du reste de la société ainsi qu'une contention douce si nécessaire, au cours des crises et l'utilisation de la parole au cours des phases de rémission.

En effet, Caelius Aurelianus, pendant les périodes de crise, préconise tout d'abord un isolement du malade mental dans sa chambre et la réduction des stimulations sensorielles :

« Et pour commencer, il convient que le malade soit couché dans une pièce qui ne soit ni trop éclairée ni trop chauffée, qui ne soit troublée par aucun bruit ni décorée d'aucune peinture, [...] située au rez-de-chaussée plutôt que dans les étages. En effet, ceux qui souffrent de manie souvent se jettent par la fenêtre. Il faut également fixer solidement le lit, mais ne pas le tourner en direction de la porte [...]. En outre, il faudra interdire que beaucoup de gens puissent entrer dans la chambre, interdire surtout les visiteurs inconnus du malade. » (*Maladies aiguës, Maladies chroniques*, I, V, 155). [12]

On le voit, ces conceptions antiques de l'isolement ne sont pas si éloignées des méthodes actuelles dont elles diffèrent essentiellement par l'absence à cette époque de structure hospitalière et le caractère uniquement privé de ses soins, entraînant donc logiquement le maintien du malade dans sa famille.

En cas d'agitation, il préconise le recours à une contention douce pour protéger le malade et les autres :

« Si les malades sont agités en voyant des gens, il faudra faire usage de liens, mais sans leur faire de mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après. » (I,V,157) [12]

Caelius propose également l'utilisation de moyens moraux au cours de la crise, caractérisés par l'alternance d'une écoute bienveillante et de raisonnements avec l'utilisation de l'autorité (qui peut être médicale, mais pas uniquement), qui doit rester ponctuelle afin de conserver son effet :

« Il faut également charger les domestiques de corriger leurs erreurs en leur accordant une écoute bienveillante. C'est-à-dire éviter que, en donnant leur assentiment à tout ce qu'il dit, ils n'augmentent la manie du malade en confirmant toutes ses élucubrations ; mais aussi éviter qu'ils n'aillent au contraire, en s'opposant à tout, aggraver l'accès de sa maladie, établissant que tantôt, en lui cédant, en le persuadant, ils lui fassent des concessions, tantôt par l'insinuation, ils redressent ses illusions en lui montrant le vrai. [...] Mais si ces malades ont l'habitude de manifester de la crainte (*terror*) ou du respect (*reverentia*) à l'égard de quelqu'un, cette personne ne devra pas être admise souvent dans la chambre. Car une présence fréquente provoque un manque d'égards. Mais, quand les circonstances l'exigent, ou quand les malades n'acceptent pas l'administration d'un remède, alors on devra faire entrer cette personne, vu la nécessité d'inspirer au malade la peur et le respect. » (*Maladies*, I, V, 156-158). [12]

Pour Caelius, on le voit, cette autorité repose sur deux principes, celui de crainte (« *terror* ») mais qui doit nécessairement être accompagné de respect et d'estime (« *reverentia* ») pour avoir un impact sur le malade, afin de pouvoir le traiter, sans avoir à user de violence.

Cette conception de C. Aurelianus a fortement inspiré Pinel dans la genèse de son traitement moral et notamment dans sa définition de l'autorité médicale et de son application, comme le montre son commentaire dans son traité sur l'aliénation mentale :

« Caelius Aurelianus, [...] recommande de ne point augmenter la fureur des aliénés, soit par trop de complaisance, soit par des contrariétés déplacées. Ce dernier auteur avait senti la nécessité de les faire diriger par un chef propre à leur inspirer un sentiment mêlé de crainte et d'estime. » (*TAM*, An IX, p 46) [13]

Caelius Aurelianus, s'oppose en effet à toute brutalité ainsi qu'à l'utilisation de mesures violentes envers les patients, comme le jeûne, les privations, les purgations, les saignées ou l'utilisation du fouet. (I,V, 171-176). [12]

Au cours des phases de rémission, Caelius Aurelianus préconise également le recours à des moyens moraux de traitement de la maladie mentale et notamment le traitement par la parole, par la philosophie : « Car ils (les philosophes) enlèvent, par leurs paroles, crainte, chagrin, ou colère ce qui n'est pas un mince soulagement. » (I,V, 167) [12]

Il précise aussi sa conception des moyens moraux appliqués au traitement des malades, en disant qu'il faut traiter les passions par leurs contraires :

«Et d'autre part, après la lecture, il faut leur présenter une pièce comique, ou du mime, si ces fous souffrent de tristesse ; ou, inversement, une pièce offrant tristesse ou crainte tragique, si ces fous sont atteints de gaieté puérile. Car il convient de corriger les caractéristiques particulières de l'aliénation par leurs contraires, pour qu'aussi l'état de l'âme recouvre la condition moyenne qu'est la santé. » (I,V,163).

Il est également à noter que Caelius Aurelianus, en héritier des théories stoïciennes prônant le contrôle des passions, déconseille les relations sentimentales chez les malades mentaux : *« Il est absurde de penser que l'amour, qui est souvent une fureur, puisse réprimer une agitation furieuse » (I,V, 176). [12]*

« Et il ne faut pas mépriser tous ceux qui ont appelé l'amour même une forme de folie, en raison de la similitude de ce qui arrive à ceux qui souffrent de ces deux maladies. Et c'est un traitement impie et absurde de recommander cela même que l'on soigne. » (I,V,177) [12]

Ces pratiques antiques ne semblent pas si éloignées de la psychiatrie de l'époque de Philippe Pinel sur les œuvres duquel, elles auront un impact majeur, comme le montre son commentaire :

« Caelius Aurelianus [...] semble avoir ambitionné une autre gloire dans son article sur la manie. [...] Il recommande de faire éviter aux aliénés des impressions trop vives sur les organes des sens. Il passe aux mesures de surveillance propres à corriger leurs erreurs, et il indique deux écueils à éviter par ceux qui les dirigent : une indulgence illimitée et une dureté repoussante. Le même auteur donne à entendre un juste milieu à tenir entre ces deux extrêmes, le talent heureux de prendre à propos avec les aliénés tous les dehors d'une gravité imposante ou le ton simple d'une sensibilité vraie, de se concilier leur respect et leur estime par une conduite franche et ouverte, de s'en faire constamment chérir et craindre. » (Traité sur l'aliénation mentale, An IX, p 11) [13]

Celse (1^{er} siècle ap. JC), issu de l'école eclectique qui tente de regrouper les différentes écoles médicales antiques, va quant à lui définir dans son traité *De medicina*, la maladie mentale, qu'il appelle « *insania* » et dans laquelle il regroupe ses différentes formes, *phrénitis*, *mania*, *melancolia*, *dementia*.

Cette nosographie de Celse sera reprise par Philippe Pinel à la fin du XVIII^{ème} siècle.

Celse préconise également le recours à la contention à visée de protection du malade et des autres : *« Mais ceux qui se comportent violemment, il convient de les enchaîner, afin qu'ils ne nuisent ni à eux-mêmes ni à un autre. » (III, XVIII, 4). [14]*

Celse préconise toutefois également le recours à des méthodes dures pour « réprimer l'audace des malades » mais aussi dans un but pédagogique : *« Si la raison fait défaut au fou, le meilleur moyen est d'utiliser certaines corrections (tormentis). Quand il dit quelque chose de travers, il doit être corrigé par le jeûne, les chaînes, les coups. Il doit être contraint à être attentif, à apprendre quelque chose, à s'en souvenir. On obtiendra en effet ce résultat que, peu à peu, il sera contraint de réfléchir à ce qu'il fait. Des terreurs soudaines, des craintes sont aussi utiles dans cette maladie, et, d'ordinaire, tout ce qui ébranle violemment l'esprit. » (III, XVIII, 21) [14]*

Cette utilisation, bien qu'outrageusement rude et maltraitante, est cependant intéressante, puisque Celse la recommande comme un outil de soins au malade ayant un objectif thérapeutique.

Il faut également noter que Celse n'est pas cruel en préconisant l'utilisation de ces méthodes de déconditionnement agressif de la maladie mentale, qui n'est pas sans rappeler la forme de traitement moral tout aussi démesurée appliquée au XIX^{ème} siècle par F. Leuret.

En effet, Celse la recommande dépourvue de colère et de brutalité inutile puisque, selon lui, elle a un but thérapeutique et qu'elle doit être l'exception et non la règle qui est la bienveillance envers les malades mentaux, comme en témoigne ce commentaire de Philippe Pinel [13]:

« Les préceptes que donne Celse portent encore plus directement le caractère d'une utilité immédiate pour la guérison des aliénés, et d'une certaine habitude de leurs écarts ; règles pour les diriger ou pour rectifier dans certains cas leurs fausses idées, indications des moyens de répression à mettre quelquefois en usage ou des voies de bienveillance et de douceur si souvent propres à les désarmer. » (Traité sur l'aliénation mentale, An IX, p 10)

Galien (2^{ème} siècle ap. JC), va synthétiser les notions existantes en médecine en conservant la doctrine humorale en y ajoutant toutefois le pneuma et la notion de la maladie mentale trouvant son origine dans le déchaînement des passions.

Il développe ses concepts dans le traité *Des passions de l'âme et de ses erreurs*, [9] et est d'ailleurs toujours actuellement le seul accès aux écrits de Chrysippe qu'il commente abondamment.

Galien va réaffirmer la conception platonicienne du dualisme de l'articulation âme-corps, avec sa part rationnelle d'une part et corporelle de l'autre, tout en affirmant que le corps et ses maladies ont une influence sur l'âme (« *Quod animi mores* » ou « *Que les mœurs de l'âme suivent les tempéraments du corps* » dans *Œuvres*, (T1 p47-91).

Galien ne s'intéressera pas à l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie bien que suggérant l'idée du soin des malades mentaux par un surveillant pédagogue pour les aider à se vaincre eux-mêmes.

Le dualisme de Galien ainsi que sa conception hippocratique du traitement des maladies mentales va entraver la genèse du modèle médical psychiatrique en séparant durablement médecine du corps et médecine de l'âme, empêchant ainsi l'élaboration d'un traitement moral ou psychologique de la maladie mentale.

Cette séparation perdurera en effet, jusqu'au XVIII^{ème} siècle où la domination du galénisme sera discutée grâce à d'autres textes anciens et notamment, pour la maladie mentale, ceux de Caelius Aurelianus (la première édition moderne de Caelius Aurélianus date en effet de 1709) qui seront redécouverts et commentés.

L'émergence de la doctrine chrétienne va favoriser la conservation du dualisme platonicien et rétablir la prédominance de la conception mystique de la maladie mentale, avec notamment une origine divine de celle-ci.

Il faut toutefois noter que de nombreux écrits de Pères de l'Eglise, comme Clément d'Alexandrie ou Origène sont fortement imprégnés par le stoïcisme ce que montre, par exemple, l'assimilation de l'Esprit Saint (*Spiritus Sancti*) au *pneuma* stoïcien ou la reprise de l'idéal du *Sage* (remplacé par le Saint) dont la vertu est de permettre par son exemple, le progrès moral de ses concitoyens.

La différence essentielle entre stoïcisme et christianisme est bien entendu la notion de foi, qui se substitue à celle de raison (*ratio*) et modifie donc radicalement la prise en charge de la maladie mentale, puisque dans ce cadre, elle est considérée comme envoyée par Dieu pour éprouver la foi du malade et constitue une étape vers son Salut s'il s'y soumet.

Dans cette conception sacrée de la folie, la contrainte n'est pas évidemment pas de mise hormis des mesures d'isolement du reste de la société quand la situation le nécessite.

Cette période de fin d'Antiquité et début de l'ère chrétienne, voit également la naissance du premier hôpital en 374 (du latin « *hospitalis* » signifiant maison où l'on reçoit des hôtes), celui de Césarée en Cappadoce.

Cette prise en charge hospitalière repose sur deux vertus chrétiennes, la charité (« *caritas* ») et l'assistance (« *infirmitas* ») qui permettent aux fidèles qui les pratiquent d'accéder au Salut par les Œuvres, fondement de la doctrine catholique. [15]

Il est également à noter qu'aucune mesure discriminatoire n'est appliquée à cette période comme en témoigne le concile de Carthage de 348, qui autorise les malades mentaux à accéder aux églises et même à recevoir les sacrements pourvu qu'ils ne troublent pas la cérémonie.

Jusqu'à la fin du Moyen Age, l'utilisation de la contrainte chez les malades mentaux est plus une mesure de protection du malade et de son entourage qu'un outil de soins.

1.1.2. Au Moyen Age :

Cette conception de la maladie mentale restera en vigueur pendant toute la période du Bas Empire Romain (fin en 476 avec la chute de Rome) et celle du Haut Moyen Age (476 à l'an mille).

La réflexion théorique sur la conception de la maladie mentale et sa prise en charge se poursuivent dans l'Empire Romain d'Orient (Alexandre de Tralles, Oribase) et surtout dans le monde arabe avec les travaux de Rhazés (865-925) et surtout d'Avicenne (980-1037) qui va élaborer dans son *Canon*, la synthèse des connaissances antiques sur la maladie mentale et aboutir à un essai de classification.

Avicenne a étudié également les rapports entre la philosophie et la médecine et s'est orienté vers une position rappelant les travaux de Platon et d'Aristote sur la nature de l'âme.

En effet, comme ceux-ci, il place la maladie mentale à l'articulation de deux domaines, d'une part somatique appartenant à la médecine et de l'autre une part mystique d'origine divine.

Cette réflexion va entraîner pour lui, la nécessité de fonder des lieux de soins spécifiques aux malades mentaux, les bimaristans qui furent les premiers hôpitaux psychiatriques.

Sur le plan thérapeutique, il préconise une utilisation de la contrainte comme mesure de protection, mais aussi comme outil de soins, suivant toutefois les méthodes héritées de Celse.

En Europe Occidentale, c'est à partir du XI^{ème} siècle que va redémarrer la théorisation sur la maladie mentale, à partir de l'école de médecine de Salerne, où l'arrivée en 1077 de Constantin l'Africain a permis la redécouverte des textes antiques et des enrichissements apportés par les médecins arabes. [16]

Il faut noter à cette période (XII^{ème}-XIII^{ème} siècles) l'important développement des structures hospitalières avec la fondation d'Ordres Hospitaliers et de multiples « Hôtels Dieu » auxquels leur règle impose de s'occuper des déshérités et donc des fous, comme en témoignent les statuts de l'Hôpital du Saint Esprit à Montpellier : « *S'il y a des fous dans la ville, vous les accueillerez et vous rechercherez l'origine de leur folie pour y porter remède. Vous les mettrez seuls, de peur qu'ils se fassent mal les uns aux autres* ». [16]

Là encore, pas d'utilisation recommandée de la contrainte hormis l'isolement, mais le développement de ces communautés hospitalières ainsi que l'absence de structures spécifiques aux malades mentaux (fondation du 1^{er} dispositif spécifique à Valence en 1410) va toutefois poser le problème de l'agitation voire de l'agressivité de certains. Cela va donc entraîner l'utilisation de contentions physiques: « *La médecine est qu'ils soient liés pour ôter tout doute qu'ils se blessent eux et les autres* » (Barthélemy l'Anglais, XIII^{ème} siècle) [16].

La thérapeutique de la maladie mentale à cette période est toujours marquée par la théorie hippocratique des humeurs et se traduit donc par des essais d'évacuation de la folie au moyen de divers purgatifs associée à des mesures d'hygiène de vie.

La contrainte ne semble toujours utilisée que comme mesure de protection et non comme outil de soins, bien que certains médecins, tels Arnaud de Villeneuve (1250-1313) professeur de la faculté de médecine de Montpellier (fondée en 1220) recommandent à nouveau les méthodes fortes déjà préconisées par Celse, et ce toujours comme outil de soins en association avec les thérapeutiques hippocratiques.

Parallèlement, la réflexion sur les rapports entre foi et raison s'est également poursuivie à cette période, ce que l'on constate à travers la *Summa theologiae* de Saint Thomas d'Aquin [17] qui rappelle beaucoup la philosophie de Platon et d'Aristote sur la nature de l'âme et lie conception mystique et philosophique de la folie avec différenciation de deux folies, sacrée et profane.

Dans la doctrine thomiste, l'esprit humain apparaît constitué de deux parties : l'*animus* qui est la partie régissant le fonctionnement du corps et la satisfaction des plaisirs et l'*anima* qui est l'âme spirituelle et le siège de la raison (« *ratio* »).

La folie a dans cette conception plusieurs visages :

- L'*amentia* (ou *furor*) qui est une situation passagère où seul l'*animus* s'exprime et où l'*anima*, bien que présente est annulée par le déchaînement de passions comme l'amour et la tristesse.

- L'*insania* qui a un caractère plus définitif et où le malade s'est abandonné à ses passions et à son *animus* et qui, sur un plan médical recouvre *manie*, *phrénitis* et *melancolia*.

- La *stultitia* (« *stupidité* »), qui elle est la folie « sacrée » déjà évoquée par Saint Paul dans l'épître aux Corinthiens.

La conception d'*insania* rappelle les thèmes stoïciens et les conceptions médicales antiques.

Il faut toutefois noter que cette conception d'*insania* peut laisser supposer un abandon volontaire à ses passions et à son *animus* ce qui est un péché et a donc ouvert la porte à l'étiologie démoniaque de la maladie mentale.

Cependant, le terme le plus employé au Moyen Age pour désigner la maladie mentale demeure *stultitia* ce qui traduit bien la nette prédominance de la conception mystique de cette époque.

Il faut également noter que cette conception mystique est dépourvue de sens péjoratif et est toujours considérée comme d'origine divine.

Elle n'empêche donc toujours pas l'accès aux églises et aux sacrements religieux, comme l'eucharistie ou le baptême. Il semble toutefois important de noter que dans le droit canonique, les sacrements religieux accessibles aux malades mentaux ne comprennent pas celui du mariage et peuvent même entraîner sa nullité, en raison de l'irresponsabilité supposée héritée du droit civil romain.

Cette irresponsabilité est d'ailleurs toujours largement reconnue dans le droit médiéval ce qui entraîne des mesures fréquentes d'incapacité civile, lorsque le malade mental possède des biens.

Toujours dans cette conception de la *stultitia*, le moyen-âge voit également le développement de pèlerinages spécifiques aux malades mentaux, à visée curative. [18]

C'est notamment le cas de celui de Gheel en Belgique (à partir du Xème siècle), où les malades mentaux sont placés sous le patronage de Sainte Dymphne et qui est à l'origine de la première expérience de colonie psychiatrique, toujours active à ce jour.

Les malades mentaux sont ainsi, à cette période, recommandés à la protection de nombreux Saints réputés guérir leur pathologie, comme Saint Côme, Saint Damien, Saint Acaire (à l'origine du pèlerinage d'Haspres) et beaucoup d'autres.

On remarque également, depuis Saint Paul et l'épître aux Corinthiens, que de nombreux hommes saints sont réputés souffrir ou avoir souffert de cette *stultitia* ou folie de Dieu.

C'est notamment le cas à Byzance, où de nombreux Saints sont qualifiés de *Saloi* (de *Salos*, qui signifie fou en grec).

En Europe Occidentale, en pleine époque des Croisades, cette folie sacrée est toujours prônée, comme le montrent les textes de Saint Bernard [19], fondateur de l'abbaye de Clairvaux, qui dit lui aussi, dans *De l'amour de Dieu*, que « *la seule mesure d'aimer c'est d'aimer sans mesure* » ou ceux du cistercien Guillaume de Saint-Thierry [20], qui souligne le « *caractère*

admirable » de la folie de la Croix et affirme que « *tout le discernement du novice doit être de devenir insensé en toutes choses pour le Christ* ».

Cette *stultitia* est également à l'origine de la fondation des ordres mendiants, comme celui des franciscains, qui recommande la pauvreté et l'ascèse, et dont le fondateur Saint François d'Assise dit au XIIIème siècle : « *Le Seigneur m'a dit qu'il voulait faire de moi un nouveau fou dans le monde* ». [21]

Il faut aussi noter que cette *stultitia* est peu appréciée par la hiérarchie ecclésiastique de l'époque, comme en témoigne cette lettre au XIème siècle de l'évêque de Rennes à Robert d'Arbrissel, fondateur de l'abbaye de Fontevrault : « *Un habit abject sur une chair écorchée par le cilice, un capuchon troué, les jambes à demi nues, la barbe hirsute (...) tu t'avances pieds nus dans la foule et tu offres un incroyable spectacle à l'assistance. On dit que seule te manque une massue pour avoir l'air d'un fou (lunaticus)* ». [22]

Cette folie sacrée du XIème au XIIIème siècle va également entraîner la prolifération sur les routes de nombreux fous errants, tous se recommandant de Dieu mais souvent atteints de maladie mentale, qui annonçaient la fin du monde et parfois troublaient l'ordre public.

Cette prolifération de fous errants entraîne assez logiquement, à partir du XIVème siècle l'obligation pour la société de s'en protéger par des mesures exclusives qui se traduisent souvent assez violemment par l'expulsion hors des villes des fous dits « sans aveu » c'est-à-dire sans famille. C'est ce que l'on voit, par exemple, à Nuremberg au XVème siècle où sur 62 fous présents en ville, 31 étaient l'objet de mesures de déportation (T. Kirchoff). [23]

Elle entraîne également l'utilisation de plus en plus fréquente de mesures d'isolement des malades mentaux soit par un enfermement dans sa famille, soit dans une communauté religieuse, soit en prison ou dans des structures spécifiques comme par exemple la Tour des Fous de Caen, le Châtelet de Melun ou les Narrturmer d'Allemagne.

Au Bas Moyen Age (XIVème-XVème siècles), la représentation de la folie dans la population va en effet se modifier considérablement, avec le glissement d'une vision plutôt positive et peu contraignante de la folie vers une vision plus sombre où la folie est indissolublement liée au péché et à la damnation.

Sur le plan théologique en effet, à la suite de la prolifération de multiples hérésies au Moyen Age, souvent propagées par des malades mentaux, faux messies ou prophètes, la conception démonologique de la maladie mentale est devenue prédominante et a entraîné la fondation en 1202 de l'Inquisition afin de les réprimer. [18]

Cette conception démonologique a par ailleurs été alimentée par la survivance de coutumes païennes comme la fête des Fous, héritée des Saturnales romaines, à l'origine de multiples débordements et d'impiétés, réprimée par la hiérarchie ecclésiastique.

La conception démonologique de la maladie mentale se retrouve également dans la production littéraire et artistique, comme le montre notamment l'ouvrage de S.Brant [24] paru en 1494, *Das Narrenschiff* ou *la Nef des Fous* (le *Stultifera Navis* de M.Foucault [25]), où le monde est peuplé de fous (« *infinitus est stultorum numerus* ») et où d'une part une nef de

pieux élus est tirée sur la rive par Saint Pierre tandis que d'autre part une nef brisée, où les fous se noient est dominée par l'Antéchrist.

D'autres écrits vont aller plus loin comme par exemple le *Triomphe de Haulte Folie* (début du XVIème siècle) qui va lier la folie au péché et notamment à celui de luxure dont la femme est présentée comme responsable en raison du péché originel mais aussi et surtout le *Malleus Maleficarum* qui ouvre la période de la chasse aux sorcières en 1486.

Il est d'ailleurs intéressant de noter que le terme « *insensé* » est souvent remplacé à cette période par celui de « *démoniaque* » y compris dans les textes médicaux où l'on observe une assimilation fréquente de la mélancolie à la sorcellerie, comme en témoigne l'ouvrage d'un médecin du XVIème siècle, J.Wier : « *Car le diable se mêle très volontiers avec l'humeur mélancolique, comme la trouvant apte et fort commode pour exécuter ses impostures* ». [26] Cette période verra donc de nombreux malades mentaux brûler sur les bûchers de l'Inquisition.

Il faut toutefois noter que J.Wier émet aussi l'idée que beaucoup des possédées brûlées sont en fait des malades mentales et est le premier à recommander que chacune d'elles soit examinée par un médecin au cours de son procès.

Au cours de cette période, l'utilisation de contraintes à l'égard des malades mentaux est fréquente mais dans un but uniquement répressif.

1.1.3. De la Renaissance au Siècle des Lumières :

Si le début de la Renaissance reste toujours marqué par la conception démonologique de la maladie mentale et la chasse aux sorcières, la fin de cette période voit, quant à elle, la diminution progressive de sa prédominance.

En effet, la Réforme au XVIème siècle et de sa conception du Salut par la Foi et non plus par les Oeuvres puis la Contre Réforme qui s'en est suivie vont occulter l'importance des vertus de Charité et d'Assistance mais aussi et surtout entraîner une laïcisation de leur prise en charge.

Cette laïcisation, va donner la charge des malades mentaux aux pouvoirs publics qui la considèrent sous l'optique de la conservation de l'ordre public. Cela va donc provoquer la mise en place de mesures d'enfermement des malades mentaux, mais aussi des mendiants, des vagabonds et des prostituées, possibles vecteurs de trouble. [18]

Cette politique va se traduire par la promulgation de multiples Edits Royaux à cette période et va finalement aboutir à la fondation en 1656 de l'Hôpital Général à Paris, début de ce que M. Foucault appelle le « Grand Renfermement ». [25]

Ce « Grand Renfermement », va entraîner un internement massif des malades mentaux, dans les Hôpitaux Généraux (Bicêtre pour les hommes et la Salpêtrière pour les femmes) pour les miséreux et dans les Maisons de Force pour les autres.

Il faut noter que ces mesures d'enfermement sont à but uniquement répressif, comme en témoigne la procédure d'admission dans ces structures qui relève uniquement de lettres de cachet, sans nécessité d'avis médical.

Dans ces structures, on retrouve une large utilisation des moyens de contrainte, notamment physiques, mais dépourvue de tout but thérapeutique et même de présence médicale.

Les conditions de détention sont souvent très rudes voire inhumaines avec une fréquente maltraitance.

Il faut cependant à ce stade noter que cet enfermement massif est lié à la transformation des représentations populaires de la maladie mentale.

En effet, au XVII^{ème} siècle Descartes [27] va reprendre les théories stoïciennes à son compte dans le *Traité des passions de l'âme* (1649) et va décrire les passions comme les « *mouvements de l'âme* » aboutissant à une traduction somatique qui est la maladie mentale en cas d'abandon excessif à celles-ci.

Descartes modifie le dualisme platonicien et définit deux entités séparées, la « *res cogitans* » ou *chose pensante*, siège des fonctions de la raison et du doute et la « *res extensa* » qui définit le corps, ses désirs et ses besoins.

Il va également par sa philosophie du doute et de la prédominance de la raison, dépouiller la maladie mentale de son caractère mystique, pour reprendre certaines thèses stoïciennes développées par Cicéron dans les *Tusculanes* sur la responsabilité de chacun quant à ses passions.

Cette conception cartésienne de la maladie mentale comme déchaînement des passions va donc rendre, dans l'imaginaire populaire, les malades mentaux responsables de leur état, en raison de leur immoralité supposée.

Leibnitz (1646-1716) reprendra cette conception mais c'est surtout Hobbes (1588-1679) dans *Leviathan* qui va associer durablement vice et maladie mentale.

En effet, Hobbes, dans le *Leviathan* (1651), [28] défend l'idée d'un contrat social imposé par un état souverain pour régir les rapports entre les hommes et les faire passer de l'état de nature, marqué par la guerre de tous contre tous (« *Bellum omnium contra omnes* », *Leviathan*, XIII), à un état civil où les rapports des hommes entre eux sont régis par l'Etat au moyen des lois.

Pour Hobbes (*Leviathan*, chapitre VIII), la maladie mentale résulte de la volonté individuelle du malade qui a choisi de l'être ou du moins de s'abandonner à ses passions et à ses tendances immorales.

Dans cette conception, le malade mental qui présente un danger pour l'ordre social est non plus assisté, comme dans les cultures catholiques, mais accusé de son état, dont il porte seul la responsabilité et qui doit donc être sanctionné par un emprisonnement issu de l'autorité souveraine pour assurer la pérennité de l'ordre social.

Beausobre, un philosophe et moraliste exprimera cette position de manière encore plus radicale en 1759 dans *Réflexions sur la nature et les causes de la folie* où il dit :

« *Ce sont nos vices qu'on doit accuser du dérangement de notre raison.* » (p 456). [29]

Les malades mentaux sont alors fréquemment qualifiés de population vicieuse, libertine et fainéante portant atteinte à l'ordre social et il n'est dès lors guère surprenant que des mesures d'enfermement soient prises, associées à l'observance forcée des conventions religieuses et à un travail obligatoire, censés promouvoir les vertus morales.

La pratique de la charité à leur égard est également déconseillée car supposée entretenir leurs vices et notamment l'impiété et la débauche.

Il faut toutefois noter, à partir du XVII^{ème} siècle et notamment de la pensée de Spinoza (1632-1677), une modification de la conception de l'articulation entre l'âme et le corps qui aura une grande influence sur le développement du modèle médical psychiatrique.

En effet, Spinoza [30] (*Ethique ; Métaphysique*) plaide pour une conception moniste de l'articulation entre l'âme et le corps et reprend beaucoup des théories stoïciennes, notamment dans sa vision du couple Liberté / Contraintes auquel il ajoutera la notion de déterminisme.

Dans la pensée de Spinoza, la maladie mentale est le domaine d'action du philosophe et du médecin réunis et elle influencera directement le retour à un concept de philosophie médicale qui inspirera Pinel et Hegel puisque permettant l'utilisation de moyens moraux dans la prise en charge des malades mentaux.

Cette conception s'oppose directement à celle de Kant (1724-1804), dualiste (*Essai sur les maladies de la tête*, 1761), qui voit le malade mental comme « coupé des lois de l'expérience » et à définitivement retrancher de la communauté (G. Swain *Deux époques de la folie*, p 176 [41]), car non curable psychiquement.

Par ailleurs, sur le plan médical, on observe à cette période une dissociation entre l'utilisation à but répressif de moyens de contrainte dans les Hôpitaux Généraux ou les Maisons de Force et la réflexion médicale sur la maladie mentale qui redémarre grâce à la redécouverte d'autres textes médicaux anciens que ceux de Galien et notamment, dans le cas de la maladie mentale, ceux de Caelius Aurelianus en 1701.

Cette réflexion médicale est conduite tout d'abord en Angleterre, par Sydenham (1624-1689) et surtout Thomas Willis (1621-1675) dans *Pathologia cerebri* (1667) [31] où il réfute la théorie démonologique de la folie mais aussi la théorie humorale et la théorie cartésienne rationaliste.

Pour lui, en effet, la raison est une fonction au sens médical du terme (rôle et action d'un organe) et non une faculté (la Raison).

Au niveau de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins, Willis reprend l'idée déjà développée par Celse et Arnaud de Villeneuve, de provoquer par des chocs une amélioration de l'état clinique et décrit l'utilisation de *supplicia* (bain de surprise) dans le traitement de la manie comme supérieure aux médicaments.

Toujours en Angleterre, la réflexion est poursuivie au XVIII^{ème} siècle par William Battie (1703-1776) dans *A Treatise on Madness* (1758) [32] où il considère la folie plus comme une perturbation des sensations et de l'imagination avec de fausses perceptions que comme une annulation de la raison et de l'intelligence.

Au niveau thérapeutique, Battie recommande le « *management* » des malades mentaux qui consiste dans la gestion totale du malade dans un lieu spécifique.

En France, la réflexion sur la folie est le fait d'abord de Dufour dans *Essai sur l'entendement humain et sur les maladies qui le dérangent* (1770) [33] où il prône un rapprochement entre philosophie et médecine ainsi que la création d' « *une maison particulière pour le traitement de la folie* » et sur le plan philosophique de Voltaire qui propose dans son *Dictionnaire philosophique portatif* (1764) la première définition de la folie. [34]

Rousseau (1712-1778) émet l'idée (inspirée du *Timée* de Platon) que l'homme est naturellement bon mais corrompu par la société et énonce un contrat social qui doit régir les rapports entre les hommes, tout en respectant leur liberté : « *Trouver une forme d'association qui défende et protège de toute la force commune la personne et les biens de chaque associé, et par laquelle chacun, s'unissant à tous, n'obéisse pourtant qu'à lui-même, et reste aussi libre qu'auparavant.* » (*Du Contrat social*, 1762, chapitre 6) [35]

Ce contrat social basé sur l'exercice de la liberté, aura un impact fort sur la genèse de la *Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen*, et c'est sur lui que repose la notion actuelle de citoyenneté.

En 1785, paraît la circulaire Colombier-Doublet (*Instructions sur la manière de gouverner les Insensés et de travailler à leur guérison dans les Asiles qui leur sont destinés*) [36] qui fait le point sur les différentes thérapeutiques utilisables et notamment sur l'utilisation de la Contrainte comme outil de soins.

En effet, cette circulaire préconise tout d'abord la création d'asiles psychiatriques remplaçant les hôpitaux généraux et les maisons de force où l'isolement des malades est à but thérapeutique mais cite aussi l'utilisation de la « commotion électrique » dans le traitement de la manie, sans toutefois en préciser les résultats.

En 1788, Tenon dans son *Mémoire sur les Hôpitaux de Paris* souligne l'état déplorable de la prise en charge des malades mentaux et la nécessité d'un changement, changement qui sera différé dans la tourmente de la Révolution Française. [37]

1.1.4. De la naissance de l'aliénisme à la fin du XIXème siècle :

La Révolution Française, bien que la *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen* vienne établir les principes de liberté et d'égalité, va différer les mesures préconisées à la fin de l'Ancien Régime dans la prise en charge des malades mentaux et ne libérera aucun de ceux-ci.

Elle va cependant fixer un principe novateur par le *décret du 27 mars 1790* qui marquera l'entrée des médecins dans les hôpitaux généraux et insèrera ainsi la notion de soins dans la prise en charge des malades mentaux.

Cela va permettre le rapprochement de la réflexion théorique sur la maladie mentale et de son application pratique.

Sur le plan médical, plusieurs rapprochements entre philosophie et médecine vont être tentés à cette période :

Joseph Daquin (1757-1815), tout d'abord, tente, dans *La Philosophie de la folie* (1791) [38] de réaliser ce rapprochement et théorise l'idée d'un traitement philosophique de la maladie mentale dans lequel il voit « *le seul secours peut être à apporter* » consistant en « *bonnes raisons* », « *secours moraux* » et « *propos consolants* » à tenir « *dans les intervalles lucides dont ils jouissent quelquefois.* »

En effet, il propose une position particulière dans son traitement philosophique de la maladie mentale, entre prêcher la raison au malade et le laisser délirer, dont la contrainte est absente: « *Il y a donc un terme moyen à saisir pour la guérison des fous entre contrarier l'objet de leur folie et le flatter.* » (p51-52)

Philippe Pinel (1745-1826), quant à lui, va également tenter ce rapprochement entre médecine et philosophie en s'inspirant notamment des thèses stoïciennes dans *Nosographie philosophique* (1803, p 15-16) [39] :

« *Il est une étroite union, une dépendance réciproque entre la philosophie morale et la médecine, comme le remarque Plutarque. Combien il importe, pour prévenir les affections hypocondriaques, mélancoliques, ou la nausée, de suivre les lois immuables de la morale, de prendre de l'empire sur soi même, de maîtriser ses passions, de se rendre, en un mot, autant familier avec les écrits d'Epictète, de Platon, de Sénèque, de Plutarque qu'avec les résultats lumineux de l'observation qui nous ont été transmis par Hippocrate, Arétée, Sydenham, Stahl... ; Cicéron, dans le 3^{ème} et le 4^{ème} livres des Tusculanes, ne regarde t'il point les passions comme des maladies et ne donne t'il point des règles fondamentales pour les guérir ?* »

On constate donc bien chez Pinel, une forte imprégnation des thèmes stoïciens, avec une conception de la maladie mentale comme trouvant son origine dans les *passions* (Cicéron, *Tusculanes*), ainsi que la nécessité de les maîtriser pour arriver à la sagesse.

Il se distingue toutefois des stoïciens dans son « *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie* » (1800) [13] où à la différence de ceux-ci qui proposaient d'éradiquer les passions, Pinel demande de « *les contrebalancer les unes par les autres.* »

Il réfute également l'idée d'une séparation entre l'âme et le corps, ainsi que l'incurabilité des malades mentaux puisque totalement séparés du monde (rompant ainsi avec les conceptions de Kant) et défend l'idée d'un traitement moral de la maladie mentale :

« *L'idée de manie doit être loin de porter avec elle celle d'un renversement total des facultés de l'entendement ; le désordre au contraire n'attaque le plus souvent qu'une faculté partielle comme la perception seule des idées, le jugement, le raisonnement, l'imagination, la mémoire ou la sensibilité morale. [...] la raison finit par reprendre ses droits, si le fou est conduit avec sagesse et se livre à des travaux réguliers ou à quelque objet de diversion.* » (*Observations sur la manie*, p 17-20, 1794). [40]

Par cette conception, Pinel apparaît comme le père de la psychiatrie (dont le terme apparu en 1802 lui est contemporain) en préconisant, comme les médecins de l'antiquité et les stoïciens, un traitement moral s'appuyant sur la raison.

Les conceptions de Pinel seront reprises par un philosophe Hegel (1770-1831) dans son *Encyclopédie des sciences philosophiques* (1817, p376) qui lui reconnaît le mérite d' « avoir découvert ce reste de raison dans les aliénés et les maniaques (et) l'y avoir découvert comme contenant le principe de leur guérison ». [42]

Pinel définit le traitement moral de la maladie mentale comme « *l'art de consoler les aliénés, de leur parler avec bienveillance, de leur donner quelquefois des réponses évasives pour ne pas les aigrir avec des refus, de leur imprimer d'autres fois une crainte salutaire, et de triompher sans aucun acte de violence de leur obstination inflexible.* » (*Traité sur l'aliénation mentale*, p 47). [13]

Il définit la conduite à tenir par le médecin dans la prise en charge des malades mentaux : « *Un des principes fondamentaux de la conduite qu'on doit tenir avec les insensés est d'allier avec intelligence la douceur à la fermeté, de prendre avec eux quand ils s'obstinent le ton le plus imposant et le plus inébranlable pour bien les convaincre qu'ils doivent faire la volonté de ceux qui les dirigent, mais de s'abstenir de toute contrainte superflue et de n'user que de la force nécessaire pour les contenir.* » (*Observations sur la manie*, 1794, p24) [40]

Ce traitement moral est donc la synthèse de l'utilisation de la parole et de l'attention bienveillante envers les malades mentaux avec l'utilisation comme outil de soins de l'autorité médicale et de la contrainte.

En effet, si Pinel insiste sur la nécessité d'employer la parole et le raisonnement au cours de la prise en charge des malades mentaux, il la recommande surtout au cours des périodes de rémission, comme pouvant prévenir les rechutes, associée à des mesures d'hygiène et de pédagogie :

« *La sensibilité profonde qui constitue en général le caractère des maniaques, et qui les rend susceptibles d'émotions les plus vives et de chagrins concentrés, les expose sans doute à des rechutes ; mais ce n'est qu'une raison de plus de vaincre ses passions suivant les conseils de la sagesse, et de fortifier son âme par les maximes de morale des anciens philosophes ; les écrits de Platon, de Plutarque, de Sénèque, de Tacite, les Tusculanes de Cicéron, vaudront bien mieux pour les esprits cultivés que des formules artistement combinées de toniques et d'antispasmodiques. Lors même que ces remèdes moraux ne peuvent être mis en usage, la médecine préservative et fondée sur des principes élevés n'apprend-elle point [...] à produire une heureuse diversion par des occupations sérieuses ou des travaux pénibles durant les intervalles de calme, à comprimer, pendant le rétablissement, les travers et les caprices des insensés par une fermeté inflexible et un appareil de crainte, sans cesser de prendre en général le ton de la bienveillance et les voies de la douceur.*» (*Nosographie philosophique*, 1798, p38) [39]

Pinel insiste sur l'autorité que le médecin, par sa fonction, a légitimement sur le malade au cours de l'hospitalisation et sur l'utilisation qui doit en être faite :

« *Le (traitement) plus puissant de tous, celui qu'on ne peut guère trouver que dans un hospice bien ordonné, celui qui consiste dans l'art de subjuguier et de dompter, pour ainsi dire, l'aliéné, en le mettant dans l'étroite dépendance d'un homme qui par ses qualités physiques et morales, et l'application continuelle des principes de la plus pure philanthropie, soit propre à exercer sur lui un empire irrésistible et à changer la chaîne de ses idées.*»

(*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*, An IX, p58). [13]

On retrouve bien là le thème, cher aux stoïciens, du sage amenant par la démonstration de ses vertus l'insensé à retrouver la raison.

Pinel, dans *Observations sur la manie* (1794, p35), précise cette utilisation de la contrainte à but thérapeutique en psychiatrie et insiste sur le rôle préventif de la violence qu'a la contention du malade agité par les équipes soignantes :

«Un des grands principes du régime moral des maniaques est donc de rompre à propos leur volonté et de les dompter non par des blessures et des travaux violents, mais par un appareil imposant de terreur qui puisse les convaincre qu'ils ne sont point les maîtres de suivre leur volonté fougueuse et qu'ils n'ont rien de mieux à faire que de se soumettre. Qu'un insensé dominé par sa fureur extravagante ne voie marcher contre lui que deux ou trois gens de service, le sentiment de sa force l'emporte ; il les attaque, il les blesse, il les terrasse et son délire ne fait que s'accroître par cette espèce de triomphe ; qu'il en voie au contraire arriver un grand nombre, son imagination est frappée de l'inégalité du combat ; sa fureur paraît se désarmer par l'idée de son impuissance et en se soumettant sans résister, il devient plus calme et plus tranquille.» [40]

Pinel précise également que, si cette utilisation de l'autorité médicale et de la fonction contenante des équipes soignantes est insuffisante pour apaiser le malade et qu'une contention physique est nécessaire, l'autorité médicale permet tout de même chez les malades mentaux agités, d'éviter la survenue d'épisodes de violence au cours de la mise sous contention, potentiellement délétères pour lui-même et les autres :

«Qu'un insensé retombe tout à coup dans son accès d'une manière inopinée et qu'il ait saisi quelque arme offensive comme une bûche, un bâton, une pierre, le directeur [le médecin], toujours fidèle à sa maxime de réprimer les fous sans leur laisser porter le moindre coup, se présente à lui avec le ton le plus déterminé et le plus menaçante, mais sans aucune espèce d'arme pour éviter de l'aigrir davantage. Il parle d'une voix foudroyante et s'avance vers le furieux jusqu'à une certaine distance pour attirer ses regards ; en même temps, les gens de service viennent à un signal donné par derrière ou par les côtés et chacun d'eux saisit un membre de l'insensé. [...] C'est ainsi qu'on se rend maître des insensés en fureur en respectant les droits de l'humanité car il est expressément défendu aux gens de service de donner des coups même lorsqu'ils en reçoivent.» (p 33-34, *Observations sur la manie*, 1794) [40]

On le voit, cette scène de contention non violente d'un épisode d'agitation n'est pas si éloignée des pratiques actuelles.

Il est toutefois important de noter que si Pinel recommande l'utilisation de l'autorité médicale et de la contrainte dans le soin psychiatrique, c'est comme outil de soins à visée thérapeutique et doit donc être réalisée sans brutalité ni colère :

« Les exemples précédents montrent les heureux effets d'une sorte d'appareil de crainte, d'une opposition ferme et invariante aux idées dominantes et à l'obstination inflexible de certains aliénés, d'une détermination courageuse et imposante, mais exclusive de tout

outrage, exempte de tout sentiment d'aigreur ou de colère, et conforme aux droits sacrés de l'humanité.» (Traité médico-philosophique, p 61) [13]

En effet, selon Pinel, cette utilisation de l'autorité médicale perdrait tout but thérapeutique et donc toute légitimité si elle ne s'appliquait pas selon ces principes.

Il précise aussi que la contention physique n'est légitime que si elle peut être levée quand elle n'est plus nécessaire :

« C'est encore un grand art que de ne tenir enfermés les insensés dans les loges que le temps nécessaire et seulement pendant qu'ils sont capables des actes extrêmes de violence. La règle générale des hospices bien ordonnés est de suivre avec soin toutes les périodes de leur accès, de prévoir leur terminaison prochaine, d'accorder en général autant de liberté qu'il est possible aux fous [...] qui ne nuisent à personne. Enfermer de pareils fous, sous prétexte d'entretenir l'ordre, c'est leur imposer une contrainte superflue, c'est les révolter, c'est provoquer leur fureur et rendre leur manie plus invétérée et souvent incurable. » (p25-26, Observations sur la manie, 1794) [40]

Pinel remarque également, reprenant ainsi les travaux de Caelius Aurelianus, que le but thérapeutique de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins ne peut être atteint que si celle-ci a été réalisée de façon mesurée et légitime, afin de permettre une stabilisation durable du malade :

« Enfin, l'expérience la plus constante n'apprend-elle point que pour rendre durable et solides les effets de la crainte, ce sentiment doit s'allier avec celui de l'estime à mesure que la raison reprend ses droits ? Ce qui suppose que la répression n'a point porté le caractère de l'emportement ou d'une rigueur arbitraire. » (TAM, An IX, p 65) [13]

La conception du traitement moral de la maladie mentale de Pinel, on le voit, est celle d'un traitement utilisant certes la contrainte physique mais dans un but de protection du malade uniquement, mais privilégiant surtout l'application de contraintes morales ou obligations qui résultent de l'autorité médicale et dont le but de provoquer, associées à une utilisation de la parole et des raisonnements surtout au cours des périodes de rémission, une amélioration de son état clinique et de son devenir.

Le génie de Pinel a été la relecture et l'amélioration des ouvrages des médecins de l'Antiquité, qui a permis de générer le modèle médical psychiatrique actuel, moniste, où le malade est reconnu comme doué de raison et donc accessible à un traitement moral, basé sur le rapport de la parole.

Jean-Etienne Esquirol (1772-1840) va poursuivre la réflexion de Pinel sur le traitement des malades mentaux, et comme lui, va reprendre certains thèmes stoïciens.

On le voit dès sa thèse (1805) qui est intitulée *« Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale »*. [43]

Esquirol, s'il recommande également dans le traitement moral des aliénés, l'utilisation de la parole et des raisonnements pendant leurs périodes de rémission, il n'en pointe pas moins la nécessité d'utiliser la contrainte comme outil de soins pendant les périodes de crise :

« Si l'on a regardé le traitement moral comme vain et illusoire, c'est qu'on ne s'entendait point. Il ne se borne point à consoler les aliénés, à relever leur courage, à réprimer leur fureur, à raisonner avec eux, à combattre les écarts de l'imagination ; on n'a jamais prétendu les guérir en argumentant avec eux, cette prétention serait démentie par l'expérience journalière : les passions cèdent elles aux raisonnements ? » (Des passions, 1805, p82). [43]

Esquirol va définir l'approche thérapeutique de la maladie mentale, c'est-à-dire le traitement moral, comme la synthèse de l'utilisation de la parole et celle de la contrainte, basée sur l'autorité médicale, comme un outil de soins.

Dans la suite de Pinel, il prône en effet l'utilisation du traitement moral de la maladie mentale, comme permettant la maîtrise des passions :

« Il me reste à parler de l'emploi des passions pour le traitement de ces malades. Rien n'est plus difficile que de maîtriser les passions de l'homme sain, combien la difficulté augmente lorsqu'on veut diriger les passions des aliénés. Il faut une certaine adresse dans l'esprit et une grande habitude pour saisir les nuances infinies que présente l'application du traitement moral, et pour se déterminer sur l'opportunité de cette application. Tantôt il faut en imposer et vaincre les résolutions les plus opiniâtres, en inspirant aux malades une passion plus forte que celle qui domine leur raison, substituer une crainte réelle à une crainte imaginaire ; tantôt il faut acquérir leur confiance, relever leur courage abattu, en faisant naître l'espérance dans leur cœur. (...) tout ce qui pourra agir sur le cerveau, directement ou indirectement et modifier notre être pensant, tout ce qui pourra dominer et diriger les passions fera l'objet du traitement moral.» (Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, 1838, cité par J. Postel p262) [44]

On retrouve donc les thèmes stoïciens du Sage et de l'origine passionnelle de la maladie mentale, et au niveau thérapeutique un savant mélange de contrainte et de réconfort apporté aux malades mentaux.

Esquirol insiste sur la légitimité que cette contrainte doit avoir pour être thérapeutique, et donc recommande l'absence de tout sentiment de colère lors de l'utilisation de mesures de contraintes et recommande comme Pinel avant lui une contention sans brutalité.

Il faut noter également qu'Esquirol envisage l'arrêt des mesures de contrainte lorsqu'elles ne son plus nécessaires :

« Il faut être soigneux de faire sentir à l'aliéné que si on le réprime, c'est parce qu'il a tort ; il faut le bien convaincre que lui seul a forcé de recourir à ces moyens : ainsi dès qu'il se soumet, il faut faire cesser la répression. » (p 57, Des passions) [43]

Par ailleurs, Esquirol s'intéresse également à la situation des malades mentaux dans *Des établissements d'aliénés en France, et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés*

(1818) [45] et est un acteur majeur de la promulgation de la loi de 1838 et de la fondation de l'hôpital psychiatrique.

Dès 1805, en effet, il est le premier théoricien de l'isolement thérapeutique, qui va être l'élément clé de cette fondation et qui, selon lui, suffit parfois à « rendre la raison aux aliénés, tantôt par l'impression profonde qu'ils éprouvent de se trouver dans une maison de fous, tantôt par l'étonnement dans lequel les jettent les objets environnants. » (*Des passions*, p34) [43]

Plus loin, il précise davantage le rôle thérapeutique de l'isolement :

« Les soins qu'on prodigue à l'aliéné dans une maison étrangère sont appréciés... parce qu'ils ne lui sont pas rigoureusement dus. Les prévenances, les attentions, la douceur agissent sur lui parce qu'il ne les attend point de gens qu'il ne connaît point. Qu'un homme exercé et habile profite de cette heureuse disposition, fruit du premier étonnement ; qu'il en impose par un ton ferme et assuré qui commande l'estime en inspirant la confiance, bientôt le maniaque trouvera dans cet étranger un homme résolu et puissant qu'il faut ménager, un homme généreux et bon aux soins duquel il peut s'abandonner. Une salutaire frayeur, la nécessité d'une dépendance à laquelle on ne peut se soustraire, l'espérance le feront rentrer en lui-même, commenceront de lui faire entrevoir la possibilité qu'il est malade ; et ce résultat n'est il pas le gage le plus certain de la guérison de l'aliéné ? » (*Des passions*, p 35) [43]

Il s'agit donc d'une poursuite du travail de Pinel sur le traitement moral des malades mentaux mais insistant beaucoup sur le rôle thérapeutique de l'autorité médicale associée au traitement par la parole mais aussi et surtout celui de l'hospitalisation elle-même comme isolement.

Ces travaux mais aussi ceux de Ferrus (*Des aliénés*, 1834), vont entraîner la naissance du premier texte législatif consacré exclusivement à la maladie mentale et combler le vide juridique entraîné par la Révolution.

Il s'agit de la *Loi du 30 juin 1838* [64], qui restera en vigueur jusqu'au 21 juin 1990.

Cette Loi va entraîner une réorganisation de l'assistance psychiatrique avec adoption de l'isolement thérapeutique proposé par Esquirol, et création des hôpitaux psychiatriques départementaux.

Elle va également entraîner la définition des mesures juridiques d'hospitalisation sous contrainte (Placement Volontaire et Placement d'Office) en assurant à la fois la protection du malade mental et celle de l'ordre social.

E. Georget (1795-1828), élève de Pinel et d'Esquirol, va définir lui aussi le traitement moral et le divise en deux parties :

D'une part, une action passive sur la maladie mentale par la séparation d'avec son environnement habituel, via l'isolement, puis la préparation d'une réintégration progressive dans la société et de l'autre, une action active via l'éducation thérapeutique qu'il appelle éducation médicale et qu'il base sur trois principes :

« 1. Ne jamais exercer l'esprit des aliénés dans le sens de leur délire ; 2. Ne jamais attaquer de front, ouvertement les idées, les affections et les penchants exaltés des fous. 3. Faire naître par des impulsions diverses, des idées nouvelles, des affections, des commotions morales,

réveiller ainsi des facultés inactives, lesquelles auront pour objet d'occuper l'esprit du malade d'un autre côté, et lui faire oublier les idées déraisonnables. » (p140-144, *De la folie*, 1820) [46]

On retrouve là les conceptions de l'isolement thérapeutique d'Esquirol.

Cependant, la notion d'éducation médicale amène Georget, à se poser la question de l'autorité médicale, indispensable selon lui dans le traitement moral de la maladie mentale.

En effet, pour lui, cette autorité doit être incontestée et suffisante pour permettre l'éducation médicale, ce qui peut donc être assimilé à une forme de contrainte morale ou obligation posée au malade.

Il définit l'autorité médicale ainsi : « *Le gouvernement des fous doit être absolu ; toutes les questions doivent être décidées sans appel par le médecin qui pourra, si les demandes, réclamations des malades devenaient trop importunes, leur opposer le règlement de la maison.* » (p137). [46]

F. Leuret (1797-1851) [47], autre élève d'Esquirol et son successeur à la Salpêtrière, définit également l'utilisation de l'autorité médicale dans le traitement de la maladie mentale : « *Beaucoup de sang froid et quand cela devient nécessaire, de la sévérité. Que votre raison soit leur règle de conduite.* »

Il poursuit la réflexion sur le traitement moral et les thèmes stoïciens dans *Du traitement moral de la folie* (1840, p154) où il décrit également des pratiques de déconditionnement dans qui en font un précurseur des thérapies comportementales :

« *J'entends par traitement moral de la folie, l'emploi raisonnable de tous les moyens qui agissent directement sur l'intelligence et les passions des aliénés (...) Je me suis attaché à rendre pénibles les idées déraisonnables, afin que le malade fit un effort pour les repousser ; et alors j'ai toujours le soin d'en suggérer d'autres, conformes au bon sens, et auxquelles je tâchais de donner l'attrait du plaisir* ».

Quant à l'utilisation de la contrainte comme outil de soins, il la recommande « *énergique car les aliénés sont des hommes qui se trompent* » mais est très critiqué pour son autoritarisme, sa brutalité et sa violence.

En effet, Leuret prône l'utilisation de la douche forcée pour faire reconnaître au malade sa maladie, ce qui aboutit à des scènes paradoxales :

« *-Vous avez donc été fou ?*

-Non, je n'ai pas été fou.

-Vous n'avez pas été fou ?

-Je ne le crois pas du moins.

Douche.

-Avez-vous été fou ? Jusqu'à ce que le malade cède et réponde : Eh bien ! Monsieur, c'est de la folie » (*Du traitement moral de la folie*, p 126-127) [47]

L'erreur de Leuret, semble donc être d'avoir oublié les principes de Pinel sur la nécessité de s'appuyer sur le malade pour le soigner et sur l'absence de violence nécessaire à l'utilisation

du traitement moral, pour basculer dans l'utilisation de la contrainte seule et donc dans l'autoritarisme.

Cette erreur peut être rapprochée de la dérive des théories d'inspiration stoïcienne du XVIIème siècle, à savoir la responsabilité qu'a le malade mental de son état et de sa guérison : en effet, s'il est un être raisonnable qui s'abandonne à ses passions, il doit être rééduqué par le biais du traitement moral de Leuret, jusqu'à révéler son reste de raison et redevenir sain.

L'erreur de Leuret, en somme, selon G. Swain [48] serait d'avoir poussé la logique du traitement moral de la maladie mentale et la conscience de la permanence d'une part de raison chez le malade, jusqu'à une négation de la maladie elle-même et des exigences de normalisation imposées violemment au malade, par un déconditionnement agressif.

Jean-Pierre Falret (1794-1870), lui aussi élève de Pinel et d'Esquirol, a également défini le traitement moral et son application :

« Provoquer la réaction intérieure du malade sur lui-même, écrit-il, tel doit être, en définitive, le but de tous les moyens moraux employés chez les aliénés. On doit sans doute chercher à modifier indirectement la puissance des tendances malades, en leur enlevant leur principal aliment qu'elles rencontrent dans leur manifestation, par la parole et les actes [...] ; mais la chose la plus importante doit être de créer, dans l'intimité même de l'individu, une lutte contre ces dispositions malades. Le médecin doit chercher son auxiliaire le plus puissant dans le malade lui-même, parce qu'alors la lutte est de chaque instant et peut, par cela même, devenir plus efficace ; il doit s'efforcer de faire naître chez le malade la réflexion, provoquer l'empire sur lui-même, réveiller son énergie qui sommeille, en un mot, profiter de ce qui reste de normal chez l'aliéné pour combattre sa maladie. » (*Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Paris, 1864, p 686) [49]

La conception de Falret du traitement moral marque le basculement progressif du traitement moral vers la notion de psychothérapie, préfigurant l'arrivée des théories de Charcot puis de Freud, avec une utilisation de plus en plus restreinte de la contrainte et de l'autorité pour privilégier l'écoute, l'attention bienveillante et le consentement du malade.

Falret est aussi connu par ailleurs pour avoir introduit le terme de maladie mentale à la place de celui d'aliénation mais aussi pour avoir fondé le premier établissement extrahospitalier de soins post-hospitalisation pour les malades mentaux (les *Œuvres Falret*, encore actifs).

En effet, à partir du milieu du XIXème siècle, la prise en charge des malades mentaux sera marquée d'une part par la remise en question du caractère thérapeutique de l'isolement induit par les hospitalisations et de l'autre par les travaux de J. Conolly (1794-1866) et l'émergence du concept de « *non restraint* » (« *pas de contraintes* », ce qui signifie surtout l'abolition de la contention mécanique) en Angleterre, en 1839. [50]

Sur le plan médical, Marandon de Montyel [51] attaque en 1896 le principe de l'isolement thérapeutique et prône sa modification vers une utilisation moindre de la contrainte et plus de liberté accordée au malade au sein de l'hôpital dont il préconise la destruction des murs.

Cette remise en question progressive de l'isolement thérapeutique et le concept de « *non restraint* » ont entraîné l'apparition du concept d'« *open door* », des *colonies agricoles*

(comme celle de Fitz James fondée par Ferrus en 1847) et des *colonies familiales* (« *family system* ») inspirée de l'expérience de Gheel, en Belgique.

Ces expériences ont cependant du être arrêtées en raison de dérives importantes.

Cette dynamique a été favorisée par l'émergence de critiques sévères sur d'éventuels internements abusifs dans les asiles psychiatriques à la suite de plusieurs affaires et notamment l'affaire Sandon en 1863.

En effet, cet avocat fut interné pendant dix huit mois à Charenton, sur un diagnostic de manie raisonnante et dénonça après sa sortie les conditions de son internement qu'il qualifiait d'abusif.

Cette affaire fit scandale parce que la décision d'internement de Sandon fut influencée par un collègue haut placé politiquement, Billault, sur lequel il exerçait un chantage et que sa sortie ne fut possible qu'après le décès de celui-ci en 1864.

Pour l'opposition au pouvoir impérial, il s'agissait en effet d'un internement arbitraire perpétré par le gouvernement, avec la complicité des psychiatres tandis que pour ceux-ci il s'agissait d'un cas typique de manie raisonnante, confirmé par trois expertises psychiatriques.

Cela a conduit l'apparition d'une réflexion sur la *Loi de 1838* (Tanon, *Etude critique de la Loi de 1838, 1868*) où se posait déjà la question d'un pouvoir trop élevé laissé au monde médico-administratif en France (Hautsgein, 1985). [52]

Ces essais d'ouverture de l'hôpital psychiatrique et de non contrainte, ainsi que l'émergence de la notion de psychothérapie vont marquer la fin du XIXème siècle et le passage vers le XXème siècle.

1.1.5. De la fin du XIXème au XXème siècle :

La fin du XIXème siècle et le début du XXème, verront des évolutions majeures dans la conception et la prise en charge des maladies mentales.

En effet, c'est l'époque des grandes classifications nosographiques, comme celle de Magnan mais aussi et surtout celle d'Emil Kraepelin (1856-1926) dans son *Traité de psychiatrie* (1899), qui a préfiguré la nosographie actuelle.

Dans le domaine des psychoses, la réflexion est menée par Bleuler (1857-1939) qui introduit en 1911 le terme de schizophrénie puis par G. de Clérambault qui définit en 1920 l'automatisme mental.

Dans celui des névroses les travaux de JM Charcot (1825-1896) sur l'hystérie suivis par ceux de Pierre Janet (1859-1947) sur la dissociation, et bien sûr le concept de psychanalyse proposé par S. Freud au début du XXème siècle, vont reprendre la conception moniste de l'être humain et proposer une forme de traitement moral, la psychothérapie, dépourvue toutefois de toute utilisation de la contrainte ou de l'autorité.

Deux grandes évolutions vont marquer l'utilisation de la contrainte dans les soins en psychiatrie :

-D'un côté, l'avènement de la psychanalyse au début du XXème siècle va imprégner durablement le monde psychiatrique et son vocabulaire (utilisé même par ses détracteurs), modifier la vision des malades mentaux, et transformer la médecine des symptômes en médecine de la relation (Palazzolo, 2000) [53] avec l'avènement de la psychothérapie et l'accès à celle-ci d'intervenants non médicaux, les psychologues.

Aucune utilisation de la contrainte dans ce contexte, évidemment.

Il faut cependant noter que les thérapeutiques de choc qui vont connaître à cette époque leur heure de gloire, avec la malariathérapie (1917), l'insulinothérapie (Sackel, 1932) et surtout l'électroconvulsivothérapie (ECT) en 1938 (Cerletti et Bini) vont alimenter par leurs effets indésirables le discours des opposants à la psychiatrie.

-De l'autre, la révolution pharmacologique, avec l'apparition des médicaments neuroleptiques (chlorpromazine 1952) puis des autres classes de psychotropes, va marquer durablement les pratiques médicales, en introduisant la possibilité d'une stabilisation des troubles mentaux par la correction des désordres biologiques sous jacents et donc la possibilité d'une réinsertion des malades mentaux stabilisés au sein de la société.

A la suite de ces évolutions et après la 2nde Guerre Mondiale qui a vu la mort de nombreux malades mentaux dans les asiles psychiatriques, la seconde moitié du XXème siècle verra l'essor des positions antipsychiatriques :

- En Italie, Basaglia, (*L'institution en négation*, 1970) [54] considère que la maladie mentale résulte de la société qui est aliénante et non du malade lui-même.

Pour lui, la guérison de la maladie mentale passe donc obligatoirement par la lutte des classes et l'hôpital psychiatrique est dans ce cadre considéré comme un outil non de soins mais comme un outil de coercition politique utilisé contre les déviants à la norme sociale.

Basaglia s'attaque également à la politique de sectorisation de 1960 en France qu'il qualifie de « *tardive adaptation des modalités du contrôle social du comportement pathologique* ». [54]

Les travaux de Basaglia vont entraîner, en Italie, la promulgation de la *Loi 180* en 1978 qui va tout bonnement supprimer l'hôpital psychiatrique.

L'utilisation de mesures d'hospitalisation sous contrainte, demeurent cependant possibles mais dans des unités de psychiatrie intégrées aux hôpitaux généraux, et sont de courte durée. Il faut par contre noter la possibilité d'« *un traitement sanitaire obligatoire* » ambulatoire pour les malades mentaux (comme pour les malades porteurs d'une maladie contagieuse) qui est instauré au sein des unités de psychiatrie.

- Dans les pays anglo-saxons, Cooper (1978) [55] considère que la maladie mentale résulte de multiples invalidations et répressions des actes d'une personne par son milieu familial et social, répressions validées par le corps médical, responsable selon

lui d'une pathologisation du malade. Laing (1980), quant à lui qualifie le délire schizophrénique de « *métanoia* » qui serait selon lui l'unique moyen dont disposerait l'individu pour échapper à l'action aliénante de la société. [56]

Cela a entraîné un mouvement de désinstitutionnalisation et l'essor de la psychiatrie communautaire (héritière du « *non restraint* ») validé aux USA par le *Community Mental Health Act* (Kennedy, 1963) qui prône le développement de structures extra hospitalières de réinsertion sociale pour les malades mentaux. Cela a eu un impact mitigé en raison de la diminution concomitante des budgets alloués à la santé mentale aux USA (Hochmann, 1994). [57]

- En France, R. Castel (1981) qualifie l'hôpital psychiatrique d'« *institution totalitaire* », de « *figure monstrueuse de l'inhumanité* » et assimile l'hospitalisation à une « *mort au monde (...) mort volontaire s'il s'agit de vocation religieuse dans les couvents, mort par exclusion sociale du déviant criminel, malade ou politiquement dangereux* ». [58]

Le concept d'isolement thérapeutique d'Esquirol est ici violemment attaqué avec selon les tenants de l'antipsychiatrie, rupture du cadre social mais aussi du cadre thérapeutique avec la modification de la relation médecin/malade impliquée par la contrainte qui est vue par R. Castel comme « *un conflit entre deux groupes antagonistes revêtant tous les attributs objectifs d'une lutte des classes, puisque d'un seul côté se trouvent monopolisées le savoir, le pouvoir et la liberté, et de l'autre l'ignorance, la dépossession de soi, la dépendance* » (1976). [58]

D'autres vont même plus loin comme M. Foucault qui, dans *Histoire de la folie à l'âge classique* (1974) suppose même que la folie aurait été l'invention des psychiatres eux-mêmes dans le but de légitimer leur existence. [25]

L'antipsychiatrie a cependant eu peu d'impact pratique en France, en raison de la politique de secteur, apparue à la suite des travaux de Daumezon et de Bonnafé (1959) [59] suivis de la *circulaire du 15 mars 1960* qui a entraîné une désinstitutionnalisation des malades mentaux avec des essais de réinsertion et de réhabilitation sociale.

Cette politique de secteur, selon Sivadon (1967) « *servira de rempart à la contamination antipsychiatrique, et fera le lit du mouvement des structures intermédiaires* ». [60]

Cette position intermédiaire française, entre l'antipsychiatrie et la psychiatrie asilaire, s'est développée au cours de la fin du XXème siècle, avec l'extension de la sectorisation à la province en 1972, et création de multiples structures extrahospitalières de prise en charge : les Centres Médico Psychologiques bien sûr, mais aussi de CATTP (Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel) et même de structures visant à la réinsertion professionnelle en milieu ordinaire ou protégé.

La fin du XXème siècle a également vu l'essor de psychothérapies, comme les TCC (Thérapies Cognitivo Comportementales), dont cette réhabilitation psychosociale du malade mental est un des objectifs.

Cependant, quelle place dans ce cadre donner à l'utilisation de la contrainte en psychiatrie ? Il faut en effet rappeler que cette contrainte s'avère souvent indispensable dans la prise en charge de la maladie mentale, et notamment au cours de ses phases aiguës, pouvant entraîner un risque pour le malade lui-même voire pour les autres.

Cela complique donc nécessairement la position du psychiatre amené à les prendre en charge en raison de l'aspect double de sa fonction à leur égard, psychothérapeutique du malade d'une part et garant de l'ordre social de l'autre.

Afin de pouvoir se justifier dans la pratique clinique, l'utilisation de la contrainte en psychiatrie ne se conçoit que comme un outil de soins et nécessite donc une définition plus approfondie ainsi que le retour à des conceptions philosophiques et surtout éthiques.

1.2. De la Philosophie de la contrainte à son Ethique :

En premier lieu, il semble important de préciser, avant de débiter une réflexion sur les bases philosophiques de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie, quelques notions régissant la spécificité de la relation médecin-malade dans cette discipline, à savoir :

-La notion d'*éthique* elle-même qui provient du grec *ηθική*, « la science morale », de *ήθος* ("éthos"), « lieu de vie ; habitude, mœurs ; caractère » et du latin *ethicus*, la morale. Elle désigne, selon le dictionnaire *Larousse*, la partie de la philosophie qui envisage les fondements de la morale et l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un.

Le *Larousse* individualise de cette notion l'éthique médicale : ensemble des règles de conduite des professionnels de santé vis-à-vis de leurs patients.

La bioéthique comporte en effet des règles déontologiques, édictées dès le V^e siècle av. J.-C. (serment d'Hippocrate), qui en appellent aux notions de compétence, de générosité, de dévouement, de désintéressement et de secret médical mais aussi des règles morales protégeant le malade des dérives possibles de la science et des règles scientifiques, enfin, qui imposent au corps médical de vérifier que toute attitude médicale, surtout thérapeutique, repose sur des notions dont la rigueur scientifique est réelle.

- Les notions impliquées dans l'établissement d'une relation médecin-malade à savoir le transfert qui, « *en psychanalyse, est essentiellement le déplacement d'une conduite émotionnelle par rapport à un objet infantile, spécialement les parents, à un autre objet ou à une autre personne, spécialement le psychanalyste au cours du traitement* » (D.Lagache, p33) [61] et le contre-transfert défini dans le *Larousse* comme « *l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste vis-à-vis du patient et qui peuvent interférer avec son interprétation.* » [62]

- La notion d'*observance* : C'est la vie en conformité avec une règle (religieuse, morale, thérapeutique). Elle n'implique pas nécessairement l'accord de la personne et implique toujours une relation de subordination entre les personnes. Dans le domaine médical, cette

observance est le plus souvent considérée comme l'observance aux soins. Il ne faut cependant pas oublier que dans le contexte spécifique de l'observance en psychiatrie, cette définition doit être comprise dans son sens premier, plus vaste, puisqu'elle comprend à la fois l'observance aux soins mais également l'observance de règles morales et comportementales régissant la vie en société. Cette observance peut être libre mais aussi sous contrainte.

- La notion d'*adhésion*: C'est une notion radicalement différente de l'observance car il s'agit d'une notion contractuelle où les deux parties travaillent dans un rapport d'égalité. Elle implique le consentement mais il doit être systématiquement éclairé et met en jeu le principe de liberté. Dans le domaine médical, on envisage plus souvent la problématique de l'adhésion aux Soins, premier stade de l'alliance thérapeutique. En psychiatrie, cette notion doit nécessairement aussi s'envisager de manière plus vaste, avec adhésion non seulement aux soins, mais aussi à l'adaptation du projet de vie et aux règles sociales.

- La notion d'*alliance thérapeutique* : Il s'agit d'une relation contractuelle où médecin et malade collaborent activement dans la prise en charge thérapeutique. Cette alliance thérapeutique est l'objectif de toute relation médecin malade même débutée sous contrainte.

- La notion de *contrainte* : Il s'agit d'une règle obligatoire qui entrave la liberté de choix et d'action. Il s'agit d'une obligation de fait et non de principe. Il faut toutefois nuancer cette notion de contrainte fréquemment associée à ses aspects physiques uniquement. Il existe en effet une contrainte morale ou psychique, autrement appelée obligation. Dans le cas du soin en psychiatrie, la contrainte peut s'appliquer sous ces deux formes dans les différents aspects de la vie du patient : les mesures physiques de contrainte se traduisent, par exemple, par les hospitalisations sans consentement, l'isolement ou la contention mécanique tandis que les obligations, quant à elles, s'expriment par des adaptations dans le comportement ou dans le projet de vie du malade. Il faut également noter que l'utilisation de mesures de contrainte dans le soin transforme nécessairement l'adhésion aux soins en observance.

- La notion d'*outil de soins* qui décrit toute action réalisée à but thérapeutique quel qu'en soit le moyen.

Ensuite, l'étude des conceptions philosophiques de la Contrainte passe nécessairement, comme on l'a vu au cours de l'évolution historique, par les conceptions stoïciennes et leurs réactualisations, par Descartes sur le plan philosophique et par Pinel et Esquirol sur le plan médical.

On relève notamment plusieurs aspects de cette philosophie pouvant s'appliquer à la psychiatrie, à savoir :

-La définition de la liberté comme la faculté de contrôler ses passions et ses désirs pour les conformer aux contraintes imposées par le monde.

Cette conception est reprise par Spinoza qui exprime que la liberté au sens du libre arbitre n'est qu'illusion puisque nécessairement déterminée par des contraintes telles que la nécessité de satisfaction des appétits du corps ou des désirs de l'âme. Pour lui, la liberté ne peut

s'exercer qu'à travers la connaissance des causes qui nous déterminent à agir, qui s'acquiert par l'étude de la philosophie, afin de tenter d'en contrôler l'impact.

Dans cette conception, le principe même de liberté est indissociable de la notion de contrainte : la maladie mentale serait donc une altération de l'exercice de la liberté, qui se croit absolue et donc dépourvue de contraintes mais n'est en réalité qu'illusion puisque déterminée par la contrainte des passions qui s'exercent sans contrôle.

-L'aspect du Sage, développé par Cicéron et repris par Pinel : le psychiatre est dans cette conception le Sage, qui par son exemple et ses qualités va amener le malade mental vers une acceptation des contraintes nécessaires, à un meilleur contrôle de ses pulsions et donc à une amélioration de son état.

-L'utilisation de son autorité, voire de la contrainte pour amener l'Insensé vers cette amélioration qui est légitimée par la perte chez celui-ci de la faculté d'agir selon la raison et son intérêt et donc d'exprimer sa liberté.

L'application à la pratique psychiatrique de ces notions pourrait donc se traduire ainsi par deux questions :

Faut-il donc contraindre les malades mentaux à se prendre en charge de la façon, qu'en tant que professionnel de la santé mentale, nous savons la plus adaptée à l'amélioration de leur état, c'est-à-dire à la restauration de leurs facultés de raison, de jugement et de leur capacité à exercer leur liberté ?

Est-il éthique et juste que la communauté soit mise en danger par un des individus la composant qui refuse les soins nécessaires à sa condition et qu'elle doive assumer un coût supérieur pour assurer son bien être alors que sa prise en charge aurait pu être plus adaptée ?

Si l'on considère ces questions selon l'optique de la philosophie stoïcienne, et en tenant compte des données scientifiques actuelles sur l'effet délétère sur le psychisme des rechutes multiples, on peut en déduire que, si un patient n'est pas en état psychique de prendre un traitement fondamentalement nécessaire à sa survie, il apparaît licite pour le psychiatre en tant que « Sage » désigné par la société pour veiller à la santé de ses membres de le lui imposer dans le but de lui permettre par la suite de réexercer sa liberté de choix (et donc sa capacité ultérieure à décider de son devenir).

De même, la philosophie stoïcienne (mais aussi Montaigne et Pascal) nous indique que le principe même de la liberté est qu'elle ne peut s'exercer sans contrainte, la liberté des uns s'arrêtant ou débute celles des autres.

Il apparaît donc fondamentalement injuste qu'un individu, par son refus de soins et son comportement désadapté, entrave la liberté des autres membres de la communauté en les mettant possiblement en danger et en leur imposant le coût d'une prise en charge trop lourde.

La responsabilité du psychiatre en tant que représentant commissionné par la société pour assurer la santé mentale mais aussi la sécurité de ses membres est donc également de s'assurer que toutes les mesures nécessaires sont prises pour effectuer la prise en charge la plus

adaptée au patient avec le coût le plus bas possible, pour limiter l'impact de cette prise en charge sur les autres membres de la communauté.

On constate donc que la philosophie stoïcienne nous apporte, par sa vision du couple liberté/contraintes, des éléments de réponse au problème posé.

Cependant, elle pose également un autre problème majeur, celui du rôle social du psychiatre, de son autorité et de la légitimité de celle-ci.

Il faut donc à ce stade préciser la notion d'autorité :

L'autorité vient du latin « *auctoritas* » qui désignait une caractéristique d'un individu ou d'une institution augmentant la portée et l'efficacité d'un acte ou d'une décision donnée par son prestige.

C'est le droit de pouvoir commander et d'être obéi. Elle implique nécessairement plusieurs notions, à savoir :

- La légitimité : c'est ce qui différencie l'autorité de l'autoritarisme qui est une autorité sans légitimité s'imposant par la contrainte physique ou psychique.

Elle est accordée par la Loi en fonction de compétences ou de caractéristiques personnelles (par exemple les études pour le magistrat ou le médecin mais aussi la parentalité dans le cas de l'autorité parentale sur les mineurs).

Il s'agit d'une notion fondamentale dans le cadre de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie.

- Le pouvoir qui différencie l'autorité active de l'autorité contemplative et implique les notions de commandement et d'obéissance (action de se soumettre à l'autorité).

Cette autorité représente un élément essentiel de la vie en société.

Son but est de sauvegarder le groupe social et son intégrité tout en le conduisant vers des objectifs collectivement consentis.

Ce concept dépend fondamentalement de la question de la légitimité à exercer cette autorité qu'a la personne qui l'exerce.

Cette légitimité d'exercer une autorité sur le malade mental est accordée au psychiatre par la société par l'intermédiaire de son instrument, la Loi.

Le rôle social du psychiatre est donc celui d'une personne qui, en raison de sa compétence reconnue par le corps social dans le traitement de la maladie mentale, est missionnée par celui-ci auprès du malade mental pour combattre la maladie, tenter de le ramener à la raison et ainsi préserver l'intégrité de la communauté.

Le psychiatre apparaît donc comme le « sage » (au sens stoïcien du terme), l'« expert » missionné par la société pour traiter la maladie mentale et est donc investi légitimement par celle-ci de son autorité et de son pouvoir de contraindre, la contrainte devenant même partie intégrante de son devoir social.

Sa charge sociale semble être dans cette optique d'apprendre au patient ce qu'est l'autorité et les règles faisant autorité dans la société ou il vit en utilisant pour ce faire tous les moyens mis à disposition, légaux, scientifiques (les psychotropes) et éducatifs.

Par ailleurs, en plus de l'autorité sociale dont il est investi, il existe une autorité personnelle du psychiatre liée à la fois à des traits personnels et des compétences particulières que l'on appelle autorité naturelle ou charisme et qui influe considérablement sur la relation thérapeutique et la prise en charge du patient.

Ce charisme personnel du psychiatre est donc comme un des facteurs importants conditionnant l'observance thérapeutique (plus vaste que la simple observance médicamenteuse) et donc, parfois, comme une des raisons de l'échec de la prise en charge thérapeutique.

Cet échec n'apparaît toutefois pas lié à un défaut de compétences chez le psychiatre mais plutôt à un manque d'impact dans l'intégration de la contrainte sociale dans le psychisme du patient, c'est-à-dire dans son « *Surmoi* », ce qui conditionne son observance aux règles prescrites.

Le « *Surmoi* » est une des trois instances de la personnalité selon Freud [63] et la psychanalyse.

C'est la structure, inconsciente, qui représente l'identification à l'autorité parentale et sociale et qui régule les pulsions primaires inspirées par le « *Ça* ».

Il faut d'ailleurs noter à ce stade les similarités entre la conception psychanalytique de Freud et la conception stoïcienne : il semble en effet assez légitime d'assimiler le « *Ça* » aux passions décrites par les stoïciens ou à l'*animus* de Saint Thomas.

Pour Freud, le « *Surmoi* » est l'héritier du complexe d'Œdipe ou l'enfant assume les interdits de parricide et d'inceste et s'identifie au parent de même sexe. C'est aussi la structure qui témoigne de la prise de conscience du monde extérieur et permet à l'enfant de gérer ses rapports avec le monde.

Cette structure est souvent dysfonctionnelle chez le patient psychotique avec une conscience très partielle des normes et interdits sociaux.

La question de cette symbolique du « *Surmoi* » semble donc fondamentale dans la question de la relation thérapeutique et du traitement médicamenteux chez le patient psychotique.

En effet, le fait qu'un patient psychotique adhère à son traitement psychotrope après la phase aiguë de la maladie, et ce d'autant plus qu'il la niait et refusait toute prise en charge, témoigne d'une intégration du psychiatre et de ses consignes au « *Surmoi* » du patient et donc d'un début de réintégration à la communauté.

Le psychiatre joue alors un rôle de substitution parentale et sert de référence sociale pour le patient qu'il guide dans ses retrouvailles avec le monde à travers une éducation aux normes sociales pour présenter un comportement plus adapté, à sa pathologie (la psychoéducation ou éducation thérapeutique) pour lui permettre de se prendre en charge convenablement et de se fixer des objectifs adaptés.

La contrainte et notamment l'observance de règles thérapeutiques et comportementales qu'elle implique n'est alors, à ce moment de la relation thérapeutique, finalement plus perçue par le patient comme une contrainte mais comme un des éléments nécessaires à son intégration sociale.

Dans cette optique psychanalytique, et en suivant la logique du « *Surmoi* » déficient chez le psychotique, il semble donc indispensable de le traiter, voire parfois sous contrainte, pour lui permettre par la suite d'intégrer à son *Surmoi* les règles qui y manquent.

Leur prescription initialement sous contrainte (position dite paternelle) permet donc le travail sur la relation thérapeutique en vue de la faire évoluer vers une relation de type alliance.

Dans cette optique, un des rôles du psychiatre est donc bien d'assumer cette position de substitution parentale et de prendre les décisions nécessaires à la survie et au confort du patient même parfois contre sa volonté (exactement comme un parent vis-à-vis de son enfant).

Enfin, dans le passage de la conception philosophique de la contrainte à son Ethique, il faut également rappeler la spécificité majeure de la prise en charge thérapeutique population des malades mentaux qui est la méconnaissance des troubles présentés et le refus de soins occasionné par celle-ci.

Ces éléments rendent, en effet, souvent impossibles dans un premier temps, l'établissement d'une relation médecin malade standard, c'est-à-dire médiée par l'adhésion libre aux soins, le consentement éclairé et l'alliance thérapeutique pour lui substituer une situation de domination du médecin par rapport à son malade qui est contraint à l'observance, souvent contre sa volonté, de tout un ensemble de prescriptions allant du traitement psychotrope aux règles sociales.

Cette substitution d'une observance, éventuellement contrainte, des soins à l'adhésion libre à ceux-ci entraînent donc une perturbation majeure de la relation médecin / malade, avec une modification de son équilibre et de l'établissement du transfert et du contre-transfert.

En effet, ces notions, sur lesquelles se fonde l'établissement de la relation médecin/malade, reposent sur une égalité supposée entre le malade et son médecin.

L'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie implique nécessairement une composante de subordination du malade à son médecin dans la relation médecin/malade. Cette subordination entraîne la transformation inévitable de la relation d'alliance thérapeutique qui nécessite une adhésion libre aux soins en une relation d'observance contrainte des prescriptions médicales par le malade et crée donc une inégalité de fait entre celui ci et son médecin, à qui une puissance importante est conférée par le corps social.

Cette subordination a fait le lit des théories antipsychiatriques et amène donc nécessairement la question fondamentale qui se pose à tout professionnel de santé mentale dans sa pratique quotidienne :

L'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie est elle éthique?

Tout d'abord, cette contrainte est un outil de soins puisqu'elle a un but thérapeutique et s'effectue dans l'intérêt du malade en visant à lui redonner ses capacités de jugement, son autonomie et à améliorer ainsi sa qualité de vie.

Elle est également un outil de soins puisque, en permettant l'intégration au « *Surmoi* » du malade mental des règles sociales indispensables à sa réinsertion dans la communauté, elle constitue donc le premier pas vers sa réhabilitation.

Ensuite, cette contrainte est légitime, puisque résultant de l'autorité médicale conférée par la société au psychiatre afin d'assurer la santé mentale de ses membres et qu'elle s'applique à des malades ayant perdu leur capacité à reconnaître leur maladie elle-même et donc la nécessité des soins dans leur état.

En effet, cette incapacité à reconnaître leur maladie et donc à se prendre en charge de manière adaptée, entraîne nécessairement, de la part de ces malades des conduites de mise en danger d'eux-mêmes mais aussi possiblement du reste de la société.

Or, la protection du malade, mais aussi de la communauté fait partie du rôle social du psychiatre, et l'utilisation par celui-ci, dans ce cadre, de mesures de contrainte du malade aux soins nécessaires à sa conservation et à celle du groupe social est donc légitime

Cette utilisation de la contrainte est également légitimée par le fait qu'elle n'est pas considérée comme une fin, visant à asservir le malade pour des raisons personnelles, politiques ou religieuses, mais comme un moyen, un outil de soins qui ne constitue qu'une étape au cours de la relation médecin/malade dont le but demeure l'adhésion libre aux soins et l'alliance thérapeutique.

L'utilisation de la contrainte comme outil de soins semble donc trouver sa justification éthique, et être un instrument thérapeutique fondamental dans la prise en charge d'une population spécifique, celle des malades mentaux, dont le problème particulier est de ne pas pouvoir librement consentir aux soins.

Chez cette population, en effet, le bénéfice retiré des soins apparaît nettement et significativement supérieur à l'inconvénient de la limitation de la liberté que la contrainte peut entraîner et ce d'autant plus que le but des soins est de permettre au patient de conserver son autonomie et de réexercer ultérieurement sa liberté de choix et d'action, qui était entravée davantage par la maladie que par la contrainte thérapeutique.

Cependant, il est important de garder à l'esprit ce but et de donner au patient au cours de la prise en charge les moyens nécessaires à ce réexercice de sa liberté par la suite, à savoir une information claire, loyale et intelligible sur sa maladie et son traitement, pour permettre un consentement éclairé ultérieur aux soins qui est la base de toute alliance thérapeutique.

En effet, la contrainte comme instrument légitime de l'autorité doit nécessairement pouvoir s'arrêter quand la situation ne la requiert plus, sous peine de perdre alors sa légitimité et de devenir l'arme arbitraire de l'autoritarisme.

Dans le cadre de cette réflexion sur l'éthique de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie, il faut donc nécessairement à ce stade envisager son cadre légal ainsi que son évolution.

1.3. Evolution du cadre légal de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie :

Jusqu'au XIX^{ème} siècle, la Loi s'est peu préoccupée de la maladie mentale, si ce n'est pour, dans la tradition du Droit Romain, frapper d'incapacité civile et d'irresponsabilité pénale les malades qui en souffraient, ou, pendant la période du Grand Renferment, déterminer arbitrairement un internement en raison de la possibilité d'un trouble à l'ordre public.

Au XIX^{ème} siècle, l'irresponsabilité pénale a été la première mesure spécifique aux malades mentaux, actée légalement dans le *Code Pénal de 1810 (Article 64)* remplacé depuis par l'*Article 122-1* en 1992.

Cependant, la première Loi à s'intéresser spécifiquement à la maladie mentale et donc à l'utilisation de la contrainte au cours de sa prise en charge a été celle du **30 juin 1838, intitulée Loi n°7443 sur les aliénés**, dans la foulée de la Révolution française de 1789. [64]

En ce qui concerne l'utilisation de la contrainte en psychiatrie, seule l'hospitalisation sous contrainte est définie par la loi de 1838, avec création de deux modes de placement : le Placement Volontaire où la demande est formulée par un membre de la famille du malade ou une personne portant intérêt au patient ou le curateur dans le cas d'un majeur interdit et est validée par un certificat médical et le Placement d'Office qui est réalisée par l'autorité préfectorale, après avis médical, en raison d'un trouble à l'ordre public.

Des placements volontaires.

Art. 8. – « *Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :*

1° Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formulera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande sera écrite et signée par celui qui la formulera, et, s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte.

Les chefs, préposés ou directeurs, devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formulé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police.

Si la demande d'admission est formulée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction ;

2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir renfermée.

Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur ; s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement. » [64]

Des placements ordonnés par l'autorité publique

Art. 18. – « *A Paris, le préfet de police, et, dans les départements, les préfets ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite, ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes.*

Les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux articles 19, 20, 21 et 23, seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article 12 ci-dessus, dont toutes les dispositions seront applicables aux individus placés d'office. »

Art. 19. – « *En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.* » [64]

Cette Loi marque l'entrée de l'avis médical dans la décision d'internement des malades mentaux et est donc tout à fait révolutionnaire pour l'époque.

Elle est cependant rapidement critiquée en raison d'un excès de pouvoir qui aurait été accordé au monde médico-administratif, avec un contrôle jugé insuffisant de l'autorité judiciaire qui n'intervient pas en première instance mais uniquement en cas de recours.

En effet, en France, le pouvoir de privation de liberté est normalement le fait de l'autorité judiciaire mais est donné à l'autorité administrative en cas de maladie mentale uniquement. Cela pose donc la question de la légitimité de l'hospitalisation sous contrainte dans ce cadre : l'autorité administrative est elle suffisante pour légitimer une décision de privation de liberté ?

En Angleterre, la Loi dite de l'*Habeas Corpus*, promulguée en 1679, stipule que toute personne privée de sa liberté, quelqu'en soit le motif doit être présentée dans les trois jours qui suivent à un juge qui statuera sur cette privation.

L'Allemagne et l'Espagne en 1978, suivies de la Belgique en 1990 vont rejoindre la position anglaise en adoptant le principe de l'*Habeas Corpus*.

La législation européenne semble donc répondre, via le principe d'*Habeas Corpus*, que l'autorité judiciaire a seule la légitimité nécessaire à une hospitalisation sous contrainte.

La nécessité d'harmoniser la législation européenne concernant les malades mentaux a entraîné, en France comme ailleurs, une nécessité de réforme du système d'assistance psychiatrique avec une meilleure prise en compte des droits des malades et de leur protection.

Il faut cependant noter que le pouvoir de privation de liberté, accordé en France à l'autorité administrative, ne sera pourtant pas modifié par la Loi qui viendra remplacer la *Loi de 1838*, la *Loi du 27 juin 1990*, intitulée ***Loi n° 90-527 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation.*** [65]

Cette Loi permet donc toujours l'hospitalisation sous contrainte (selon deux modalités l'Hospitalisation à la demande d'un tiers ou HDT et l'hospitalisation d'office ou HO) dans les situations où des soins s'imposent et où la personne n'est pas en mesure d'y consentir.

Art. L.333. – « *Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement à la demande d'un tiers que si :*

1° Ses troubles rendent impossible son consentement ;

2° Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. »

Art. L.342. – « A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les préfets prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L.331 des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. »

Art. L.343. – « En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L.342. » [65]

Par extension, cette loi permet la réalisation de traitements sous contrainte dans le respect des règles déontologiques et éthiques pendant l'hospitalisation pour préserver la sécurité du malade et des personnels soignants comme le montre ces extraits :

Art. L.326-3. – « Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions du chapitre III du présent titre, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en oeuvre de son traitement. » [65]

Art. L.326-4. – « Tout protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en oeuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur. » [65]

Ce texte aborde également la période suivant les hospitalisations (ou entre les hospitalisations) mais n'aborde absolument pas la question de la prise en charge en post-hospitalisation et notamment celle du maintien de la contrainte dans les soins ambulatoires :

Art. L.326-5. – « A sa sortie de l'établissement, toute personne hospitalisée en raison de troubles mentaux conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions des articles 492 et 508 du Code Civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés. » [65]

La seule mention dans les textes légaux jusqu'à la Loi du 5 juillet 2011 de soins ambulatoires obligés est l'obligation de soins qui consiste pour le condamné à « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation » (article 132-45 du Code Pénal). [66]

Elle constitue une mesure judiciaire applicable uniquement aux condamnés souvent en alternative à la prison ou comme condition à un allègement de peine ou à une libération conditionnelle.

Cela n'est évidemment pas le cas de la plupart des malades mentaux qui, bien que souvent en refus de soins et nécessitant impérativement des soins, sont rarement le fait de condamnations à cette mesure qui concerne plus particulièrement les toxicomanes.

La Loi du 5 juillet 2011 [67], relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, a remplacé la *Loi de 1990* et si elle a conservé deux mesures d'hospitalisation sous contrainte (Soins à la Demande d'un Tiers et Soins à la Demande Du Représentant de l'Etat) recouvrant largement les mesures d'HDT et d'HO de la *Loi de 1990*, elle en a radicalement modifié les modalités :

-Tout d'abord, elle a intégré le principe anglais de l'*Habeas Corpus* dans l'hospitalisation sous contrainte et introduit l'obligation de présenter le malade contraint dans les quinze jours à un magistrat, de façon systématique et en première instance.

Art. L. 3211-12-1.-I. – « *L'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention, préalablement saisi par le directeur de l'établissement lorsque l'hospitalisation a été prononcée en application du chapitre II ou par le représentant de l'Etat dans le département lorsqu'elle a été prononcée en application du chapitre III du présent titre, de l'article L. 3214-3 du présent code ou de l'article 706-135 du Code de Procédure Pénale, n'ait statué sur cette mesure.* » [67]

-Par ailleurs, elle a introduit la notion de soins ambulatoires obligés, ce qui est un changement majeur, puisqu'elle individualise la notion d'hospitalisation et celle de soins et permet l'application légale de la contrainte à l'extérieur de l'hôpital. Cela se fait via la rédaction d'un programme de soins.

Art. L. 3211-2-1.- « *Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est prise en charge :*

1° Sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du présent code ;

2° Sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, des séjours effectués dans un établissement de ce type.

Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2°, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ce programme de soins ne peut être modifié que par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient, afin de tenir compte de l'évolution de son état de santé.

L'avis du patient est recueilli préalablement à la définition du programme de soins et avant toute modification de celui-ci, à l'occasion d'un entretien avec un psychiatre de l'établissement d'accueil au cours duquel il reçoit l'information prévue à l'article L. 3211-3 et est avisé des dispositions de l'article L. 3211-11.

Le programme de soins définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. » [67]

-Enfin, elle a intégré un versant sécuritaire, en renforçant les contrôles quant à la sortie d'hospitalisation des patients en Soins à la Demande du Représentant de l'Etat reconnus

irresponsables selon l'article 122-1 du *Code Pénal*, ou ayant séjourné en Unité pour Malades Difficiles dans les 10 ans précédents.

Cette Loi a été rapidement critiquée en raison de sa logique double, pouvant apparaître contradictoire, avec le renforcement d'une part des mesures de contrainte et de l'autre de la protection des malades (multiplication des certificats médicaux émanant de psychiatres différents, contrôle par l'autorité judiciaire).

La protection des malades et de leurs biens avait toutefois déjà été abordée sur le plan légal :

-**Par la Loi de 1838**, qui accordait de fait une protection des biens aux malades hospitalisés sans consentement, avec désignation d'un administrateur provisoire :

Art. 32. – « Sur la demande des parents, de l'époux ou de l'épouse, sur celle de la commission administrative ou sur la provocation, d'office, du procureur du Roi, le tribunal civil du lieu du domicile pourra, conformément à l'article 497 du Code civil, nommer, en chambre du conseil, un administrateur provisoire aux biens de toute personne non interdite placée dans un établissement d'aliénés. Cette nomination n'aura lieu qu'après délibération du conseil de famille, et sur les conclusions du procureur du Roi. Elle ne sera pas sujette à l'appel. » [64]

Cette disposition de la *Loi de 1838* a cependant été critiquée puisqu'elle associait hospitalisation et protection automatique des biens par l'autorité administrative et a donc été remplacée par la *Loi du 3 janvier 1968* sur la protection des incapables majeurs qui a remis ce pouvoir à l'autorité judiciaire. [68]

La loi de 1968 a été complétée par la ***Loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs***, qui réforme les conditions nécessaires à la mise en place des mesures de protection, en s'appuyant d'une part sur une incapacité de la personne constatée par un certificat médical et d'autre part sur le consentement de celle-ci. [69]

-La protection des personnes, quant à elle, a été légiférée par la ***Loi du 4 mars 2002, intitulée Loi sur les droits des malades***, notamment à être informés de manière éclairée et à consentir aux soins, et sur la qualité du système de santé.

« Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. » [70]

Art. L. 1111-4. – « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. » [70]

Il s'agit d'un texte généraliste applicable à l'ensemble des domaines médicaux mais n'abordant pas les spécificités de la psychiatrie et notamment la conscience partielle des troubles et leur déni par le malade mental.

Il faut toutefois noter que la *Loi de 2002* permet de réaliser quand la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté et avec l'accord de sa famille les soins indispensables à la survie du patient et donc par extension la réalisation de traitements psychotropes sous contrainte. Le médecin doit d'abord tout mettre en oeuvre pour informer le malade de sa pathologie, de ses risques évolutifs et de la nécessité du traitement et tenter de le raisonner et de le persuader s'il le refuse.

Si cela n'est pas possible, des traitements psychiatriques sous contrainte visant à améliorer l'observance thérapeutique et le pronostic de la maladie peuvent être réalisés, uniquement pendant la période où le malade est « hors d'état d'exprimer sa volonté » et avec l'accord de sa famille, dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur et des données scientifiques actuelles.

La protection des personnes a été complétée par **la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées** qui a défini les notions de handicap et d'égalité des droits puis a organisé les modalités d'exercice de ces droits. [71]

« Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

« Art. L. 114-1. - Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. »

Il faut cependant noter que ce texte est lui aussi généraliste puisque n'envisageant pas uniquement la question du handicap psychique et de ses implications en tant qu'altération des facultés et de l'exercice de la liberté.

Que peut-on conclure de cette évolution?

Le statut d'irresponsabilité pénale semble clair et acquis depuis l'époque romaine et a été clarifié par les *articles 64* puis *122-1* du *Code Pénal*.

La protection des personnes et de leurs biens, défaillante dans les *Lois de 1838 et 1990*, a été clarifiée et renforcée par les *Lois de 1968* pour les biens et par les *Lois de 2002, 2005, 2007 et 2011* pour les personnes.

Par contre, si les mesures d'hospitalisation étaient claires dans la *Loi de 1838* et la *Loi de 1990*, la question du maintien des mesures de contrainte en ambulatoire n'était pas définie mais souvent utilisée de manière détournée par la notion de sortie d'essai.

Cette situation s'est modifiée avec la *Loi du 5 juillet 2011*, avec l'apparition des soins ambulatoires obligés, avec des modalités d'application précises fixées dans le programme de soins.

Cependant, si cette contrainte oblige le malade, en ambulatoire, à se présenter physiquement dans le lieu de soins dont il dépend, il faut souligner l'absence de clarté des textes quant à l'obligation pour lui de suivre effectivement les mesures thérapeutiques proposées, tant médicamenteuses que concernant son projet de soins ou de vie.

Cela amène donc, maintenant, nécessairement une réflexion sur les moyens de contrainte possibles en psychiatrie, sur l'éventualité de leur utilisation comme outil de soins dans la prise en charge des malades mentaux et avec quels objectifs, ainsi que sur le résultat de leur utilisation à cette fin.

2. Utilisations possibles de la contrainte comme outils de soins en psychiatrie : Objectifs, justifications éthiques, limites, résultats et illustrations cliniques :

H. Ey définissait en 1948 la maladie mentale comme une « pathologie de la liberté ». [72]

Cela implique donc logiquement que dans son traitement, la contrainte y trouve toute sa place comme outil de soins visant à faire intégrer cette contrainte au psychisme du malade mental.

Mais sous quelles formes peut-on utiliser cette contrainte en psychiatrie ?

2.1. Utilisations possibles, objectifs et justification éthique de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie :

L'utilisation de la contrainte comme outils de soins en psychiatrie s'applique en effet sous des formes différentes et dans des domaines différents.

Elle comporte l'utilisation de mesures physiques de contraintes mais aussi de mesures morales qui vont être envisagées successivement.

2.1.1 Mesures physiques de contrainte :

Tout d'abord, il semble nécessaire de préciser les notions de contention et de contrainte qui sont nécessairement liées mais cependant un peu différentes :

En effet, la contrainte, du latin «*constringo, ere*» signifiant «*serrer, lier avec*», est, on l'a vu, une règle obligatoire, s'appliquant à un individu ou à un groupe, physiquement ou moralement, et qui entrave ainsi sa liberté de choix et d'action.

La contrainte n'a pas nécessairement un sens positif, et dépend de la façon dont elle est appliquée, de l'intention de celui qui l'applique et de sa légitimité à la mettre en oeuvre.

La même contrainte, en effet, pourra selon l'intention et la légitimité de la personne qui l'applique être un acte de soins ou acte répressif, légal ou arbitraire (comme on le voit dans les dictatures par exemple).

La contention, quant à elle, pourrait étymologiquement provenir du bas latin «*contensio, onis*» signifiant «*action de tendre ou d'être tendu avec effort*», mais provient plutôt dans son sens actuel du latin «*contentus, a, um*», signifiant contenu, participe passé du verbe «*contineo, ere*» signifiant, quant à lui «*qui se tient dans les limites de*».

Le sens de cette contention, en psychiatrie, est donc bien de contenir le comportement des malades mentaux à l'intérieur de certaines normes sociales, adaptées à leur protection et à celle du groupe social.

J. Palazzolo (Rapport CPNLF 2000, p90) en donne la définition suivante : «*Restriction, à des fins thérapeutiques, de l'espace évolutif d'un malade atteint de troubles mentaux.*

La contention peut poursuivre l'un ou plusieurs des objectifs suivants :

- *une protection de la personne vis-à-vis d'elle-même et des conséquences de ses troubles ;*
- *une protection de l'environnement vis-à-vis des comportements incontrôlables et/ou imprévisibles d'un malade ;*
- *une tentative de limitation de l'expansivité ou de l'appréhension désorganisée de l'environnement liée à des troubles psychiques ;*
- *une nécessité de surveillance accrue engendrée par certaines conditions, comme un soin particulier par exemple. » [53]*

On voit donc bien que l'objectif de la contention est de protéger, ce qui en fait une notion positive a priori et donc différente de la contrainte pure et dure.

En fait, l'utilisation de moyens physiques de contrainte en psychiatrie quand elle est légitime et se veut un outil de soins, c'est à dire possédant un but thérapeutique, est donc nécessairement non plus une contrainte.

Inversement, un moyen de contention mal employé, c'est-à-dire à but exclusivement répressif, entraîne nécessairement sa transformation en contrainte arbitraire et donc illégitime car illégal.

L'utilisation de moyens de contrainte physiques comme outil de soins en psychiatrie, ou contention, s'exerce dans plusieurs dimensions différentes :

- La contention physique : elle comporte tout ce qui va entraver de façon mécanique la liberté d'action du patient. Il s'agit de l'hospitalisation sous contrainte, par la privation de liberté qu'elle implique mais aussi l'utilisation de la mise en pyjama, du placement en chambre d'isolement accompagné ou non de la pose d'une contention mécanique ou entraves.
- La contention psychique : elle comporte tous les moyens qui vont agir de façon contenante sur le psychisme du patient afin de diminuer son agitation. Cela comprend les moyens de contention physique comme l'hospitalisation sous contrainte, la mise en pyjama, le placement en chambre d'isolement, l'utilisation de la contention mécanique qui ont une part de contention psychique en réduisant les stimuli externes et les relations interpersonnelles dont l'interprétation erronée par le malade est souvent au cœur d'un processus délirant à thème de persécution. Les équipes soignantes ont également une fonction contenante psychique du patient malade mental qu'elles vont rassurer et soutenir, mais il faut aussi noter que l'autorité médicale et la persuasion peuvent aussi rentrer dans ce cadre.
- La contention chimique ou pharmacologique qui consiste en l'administration d'un traitement médicamenteux, souvent sédatif, réalisé par voie orale si la situation le permet et par voie injectable intramusculaire sinon, dans le but de contrôler un état pathologique.

Il semble donc important de décrire succinctement les divers moyens de contention utilisables en psychiatrie, ainsi que leurs fonctions.

L'hospitalisation sous contrainte, tout d'abord, héritière de l'isolement thérapeutique de la fin du XVIIIème siècle préconisé en ces termes par Pinel comme en témoigne cet extrait d'E.Georget, cité par J. Palazzolo (Rapport CPNLF 2000, p87) : « *Séparer les aliénés des objets qui les entourent, les retirer des mains de leurs parents ou amis, est la première condition, une condition à peu près indispensable pour les guérir, et à très peu d'exceptions près, on peut dire qu'ils ne recouvrent point la santé chez eux* ». [53]

L'hospitalisation sans consentement est également l'utilisation de la contrainte comme outil de soins la plus connue et la plus acceptée par la population générale.

Elle est réglementée par la *Loi du 5 juillet 2011* qui permet l'hospitalisation sans consentement des malades mentaux selon les deux modalités de SDT et de SDRE décrites au chapitre précédent.

Cette possibilité d'hospitaliser les malades mentaux sans leur consentement répond à deux impératifs : la protection du malade et ses soins auxquels il est incapable de consentir d'une

part, mais aussi d'autre part la protection de la société contre son éventuelle dangerosité qu'il appartient au psychiatre rédacteur du certificat médical, en posant l'indication, d'apprécier.

Cela nécessite donc une définition plus approfondie du concept de dangerosité qui est selon le dictionnaire *Larousse* « *le caractère dangereux de quelque chose ou quelqu'un et la probabilité de passage à l'acte délictueux ou criminel* ». [62]

L'application de cette définition est cependant difficile en psychiatrie et est multifactorielle et polymorphe en fonction de la façon dont on l'envisage.

En effet, si on l'envisage du point de vue judiciaire il semble difficile d'estimer cette notion à priori, c'est-à-dire avant que cet acte soit commis :

« *A la justice de liberté fondée sur la responsabilité de l'auteur prouvé de l'infraction, va succéder une justice de sûreté basée sur la dangerosité diagnostiquée de l'auteur potentiel d'un crime virtuel* » (R. Badinter, 7 février 2008, *La Croix*). [73]

On observe en effet une confusion importante entre les domaines judiciaires et psychiatriques puisque la *Loi du 25 février 2008* relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental définit la dangerosité comme « *une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité* ». [74]

Cela implique donc le passage de la dangerosité dans le champ d'action psychiatrique, qu'il y ait maladie mentale ou non, bien qu'il soit avéré que la probabilité de récidive est faible chez les malades mentaux réputés avoir épuisé leur dangerosité dans l'acte criminel initial.

Des critères de dangerosité (Apperson et al 1993 [75]; Cahill et al 1991 [76]) ont donc été proposés afin de faciliter la démarche du psychiatre chargé de l'estimer, à l'occasion d'une hospitalisation ou d'une expertise comprenant notamment les antécédents judiciaires, les antécédents psychiatriques, la possession d'armes, les conduites addictives, la condition physique du patient.

L'objectif de la mesure d'hospitalisation sans consentement, quand elle doit être réalisée est une rupture d'avec le milieu habituel du malade et elle a donc une double fonction, de contention physique mais aussi de contention psychique.

A cette possibilité d'hospitaliser sans leur consentement les malades mentaux, s'ajoute également la possibilité d'employer, au cours de leur prise en charge hospitalière et uniquement en cas d'hospitalisation sous contrainte, d'autres moyens de contrainte physique, quand la contention entraînée par l'hospitalisation est insuffisante pour contrôler les troubles présentés par le malade mental.

En premier lieu, le patient peut être mis en pyjama ce qui est indiqué en prévention du risque de fugue ou du risque suicidaire mais aussi en cas d'agitation difficilement contrôlable.

Cette mesure répond également comme toute contention à des impératifs de protection du malade lui-même et des autres, puisqu'elle ne permet pas la dissimulation d'objets potentiellement dangereux.

Elle induit nécessairement une diminution majeure du sentiment de liberté ainsi qu'une régression infantile par la dépendance qu'elle implique envers les équipes soignantes.

De plus, elle entraîne une différence entre le malade et les autres patients : en effet, la mise en pyjama d'un patient marque la reconnaissance de son statut de malade, percevable par lui-même et socialement, entraînant son appartenance à un groupe donné, et identifiable, celui des « plus malades ».

Tout ceci peut conduire à l'établissement d'une relation thérapeutique si elle est bien conduite, c'est-à-dire transitoire, légitime, et accompagnée par le personnel soignant, mais peut aussi entraîner la stigmatisation et le rejet si la mesure est mal conduite ou mal utilisée.

Il faut également noter que dans le cas d'un placement en chambre d'isolement du malade, ou de la pose d'entraves, le patient est nécessairement en pyjama pendant la durée de cette prise en charge particulière.

Il s'agit, ensuite, du renforcement de l'isolement thérapeutique (Palazzolo, 2000 [53]) résultant de l'hospitalisation par le placement du malade dans une chambre spécifique, la chambre d'isolement, dont la particularité est d'être séparée du reste de l'unité hospitalière, verrouillée de l'extérieur et vide de tout objet hormis un lit fixé au sol.

Ce placement en chambre d'isolement est indiqué dans la prévention et la prise en charge des états d'agitation sévères avec auto ou hétéro-agressivité. Il peut être complété par l'usage de contentions physiques ou d'entraves si l'agitation n'est pas contrôlable.

Ces entraves sont généralement des ceintures à bracelet fixées sur un lit, lui-même fixé au sol, permettant d'attacher le malade à son lit par ses quatre membres et sa taille. Elles sont évidemment le moyen de contention le plus restreignant pour le malade puisqu'il empêche tout déplacement.

L'utilisation du placement en chambre d'isolement et, éventuellement, des entraves, a les mêmes fonctions que l'hospitalisation sous contrainte qu'elle renforce dans ses deux dimensions de contention physique et psychique de l'agitation ou de la violence.

Cependant, si sur le plan physique, le placement en chambre d'isolement limite de façon considérable la mobilité du patient et réduit ainsi son potentiel de dangerosité, c'est probablement la contention psychique qu'il entraîne qui a l'effet thérapeutique le plus important.

En effet, cette contention psychique de l'agitation est de nature double : d'une part, elle entraîne une réduction massive des stimuli externes potentiellement persécuteurs mais aussi une régression infantile importante par la dépendance massive qu'elle induit dans la relation entre le patient et les équipes soignantes, dont il est totalement tributaire pour la satisfaction de ses besoins.

La relation que ces équipes entretiennent avec le malade est donc qualifiée de maternante, (Palazzolo, 2000) [53] ce qui renvoie nécessairement à la question de la symbiose mère-enfant au cours de la petite enfance où c'est la mère qui est le rempart contre l'angoisse générée par le monde extérieur (Winnicott). [77]

De même que la symbiose mère-enfant a comme fonction de rassurer l'enfant afin de lui permettre une autonomisation ultérieure, la régression infantile générée par le placement en chambre d'isolement pourrait, dans ce cadre, permettre au malade mental de recréer un lien rassurant, stable, régi par des règles claires (à l'opposé de ce que nombre de malades mentaux

ont connu au cours de leur enfance, souvent chaotique) avec le monde extérieur lui permettant ainsi par la suite de réintégrer la communauté.

Il faut noter à ce propos, que dans *L'interprétation des rêves* (1904), Freud relevait déjà dans les rêves une association entre la symbolique maternelle et la vision d'une chambre, assimilable selon lui à l'utérus maternel. [78]

De plus, on constate que ce placement en chambre d'isolement, accompagné éventuellement de la pose d'entraves, est demandé par le malade mental agité, soit de façon explicite car vécu comme profondément rassurant par certains patients ayant déjà vécu de manière positive cette expérience, mais aussi le plus souvent de façon implicite au moyen de l'agitation elle-même qui semble dire aux soignants « arrêtez-moi » et demander une contention. [53]

Il faut en effet noter que les malades mentaux agités se laissent en effet souvent prendre de force par les soignants qui les contiennent, sans pour autant déployer de violence à leur égard. Cela renvoie cette fois-ci à la fonction paternelle des soignants, qui vient en imposer au malade tout en le rassurant par la protection qu'elle implique.

Pinel et Esquirol notaient déjà cette fonction paternelle au XIX^{ème} siècle qu'ils associaient à l'autorité exercée par le médecin, et dont ils remarquaient la fonction contenante, préventive de la violence.

En effet, pour que cet acte d'isolement soit thérapeutique, il ne doit pas être considéré uniquement comme une contention physique mais aussi comme à un acte parental relevant de la double fonction paternelle, portée par le médecin et les équipes qui maîtrisent le malade, et maternelle portée par l'équipe qui en prend soin.

Pour être légitime et thérapeutique, tout acte de contention physique (mise en pyjama, placement en chambre d'isolement, pose d'entraves) doit donc nécessairement répondre à plusieurs caractéristiques :

- Le patient doit être informé des raisons amenant la réalisation de cet acte et de l'objectif thérapeutique attendu
- Il doit être effectué sans brutalité, par des équipes soignantes formées à cette situation spécifique dont elles doivent comprendre la fonction parentale.
- Il doit résulter d'une prescription médicale pour être légitime dans cette fonction et ne pas devenir une simple mesure de répression, comme cela a souvent été le cas au cours de l'Histoire.

L.Bonnafé en 1949, ne disait pas autre chose : « *l'isolement devrait être une prescription médicale car, en échappant souvent au médecin qui se trouve en présence d'un fait accompli à son insu, il perd alors sa dimension thérapeutique, devenant un mal plus ou moins nécessaire, plus ou moins passivement subi.* » [79]

Tout acte de contrainte physique appliqué en psychiatrie ne relevant pas de cette dynamique perd donc toute légitimité.

Il est cependant assez fréquent que face à certains patients particuliers mettant à mal leur cohésion et leur façon d'exercer par leur comportement totalement désadapté, les équipes

soignantes éprouvent un contre transfert massivement négatif à leur rencontre ce qui peut malheureusement être à l'origine d'utilisations illégitimes de la contention physique, transformant ainsi l'outil de soins en acte de violence arbitraire.

C'est pourquoi, un des rôles fondamentaux du psychiatre amené à prescrire ce genre de mesures de contrainte est d'en expliquer clairement la fonction aux équipes soignantes amenées à la mettre en œuvre afin d'éviter un mésusage de celle-ci.

De nombreuses études mettent d'ailleurs en avant le fait que dans une institution psychiatrique bien gérée, un mésusage de la contrainte, relevant d'un ou plusieurs soignants ne parvenant pas à contrôler le contre transfert négatif entraîné par certains patients, doit être repris et discuté en équipe afin d'en éviter la généralisation au reste de l'équipe (Lehane, 1996 [80] ; Lion et al 1973 [81] ; Ramirez et al, 1981 [82]).

Par ailleurs, si l'importance fondamentale de l'impact de la formation des équipes soignantes sur le bon usage des moyens de contention physique est assez bien établie, on ne trouve pas de sources concernant la perception, par celles-ci, de ces actes, dont la réalisation leur est demandée.

En plus de ces mesures de contention, on peut également utiliser comme outil de soins en psychiatrie d'autres moyens, qui s'appliquent sans utilisation de la force physiques mais n'en sont pas moins obligatoires : il s'agit des contraintes morales ou obligations

2.1.2. Mesures morales de contraintes : les obligations :

La notion d'obligation en psychiatrie a un champ d'application très vaste, touchant tous les aspects ou presque de la vie du patient.

Elle implique nécessairement la notion de citoyenneté qui est définie, comme une « *situation positive créée par la pleine reconnaissance aux personnes de leur statut de citoyen* » (Larousse). [62]

Cette citoyenneté implique le plein exercice des droits de citoyen mais aussi de ses devoirs comme le montre la *déclaration des droits et des devoirs de l'Homme et du Citoyen* du 22 août 1795 [91] qui a ajouté cette notion de devoirs à la déclaration de 1789.

Un devoir est défini dans le dictionnaire *Larousse* comme une « *obligation particulière imposée par la morale, la loi, un règlement, les conventions sociales* ». [62]

Dans le cadre de la citoyenneté et des devoirs qu'elle implique, ceux-ci sont des obligations morales ou juridiques qui s'appliquent à tout citoyen et le guident dans son comportement dans l'espace public.

La dimension juridique de ces devoirs est définie par l'obligation de respecter les droits des autres citoyens : ainsi la déclaration de 1789 établit que « *la liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits* » (art. 4). [83]

La dimension morale de ces devoirs repose sur l'application de deux principes, le civisme qui est défini comme une « *attitude d'attachement à la communauté nationale et à ses institutions* » et la civilité qui est l' « *observation des convenances chez les gens qui vivent en société, la politesse et la courtoisie* » (Larousse). [62]

Ces valeurs de citoyenneté rendent possible la vie en société dont elles sont le fondement. Ainsi, il apparaît indispensable dans la prise en charge des malades mentaux, chez qui ces valeurs sont peu ou pas acquises et dont la capacité à créer un lien social satisfaisant est altérée par la maladie, de les leur inculquer, éventuellement sous contrainte au départ, afin de rendre possible leur réintégration dans la communauté sociale.

Ces obligations citoyennes, appliquées à la psychiatrie comportent :

- L'obligation de se soigner tout d'abord :

Elle se justifie par ces principes de citoyenneté qui établissent qu'un citoyen n'a pas le droit, par un refus de se soigner de la façon la plus adaptée possible, entraver la liberté des autres par un comportement social désadapté pouvant les mettre en danger ou le mettre en danger lui-même, ou en leur imposant un coût de prise en charge trop élevé.

Cette obligation de se soigner se traduit tout d'abord par des mesures légales d'obligation aux soins : l'obligation de soins pour les malades mentaux condamnés et les soins ambulatoires obligés pour les autres.

Les soins ambulatoires obligés sont une nouveauté de la *Loi du 5 juillet 2011*, et imposent au patient de se présenter régulièrement dans un lieu de soins donné pour la réalisation des soins nécessaires, définis par le psychiatre dans son programme de soins.

Cela comporte évidemment les consultations spécialisées psychiatriques mais aussi des soins alternatifs tels l'hospitalisation partielle (Hôpital de Jour), ou les entretiens infirmiers.

De l'obligation citoyenne de se soigner et de la mesure légale de soins ambulatoires obligés, découle logiquement la question de l'obligation à la prise d'un traitement pharmacologique chez les malades mentaux hors cas de contention chimique à l'occasion d'un épisode d'agitation sévère.

En effet, si l'utilisation d'un traitement médicamenteux obligé est plus ou moins bien définie et réglementée en hospitalisation par des articles issus de la *Loi de 1990*, cela est beaucoup moins évident en ambulatoire où le patient est supposé avoir recouvré ses facultés de jugement mais où en réalité bien souvent son adhésion aux soins et notamment au traitement médicamenteux est encore bien fragile.

La *Loi du 5 juillet 2011* [67] par la définition de la notion de soins ambulatoires obligés comprend théoriquement par extension l'administration d'un traitement pharmacologique obligé qui est reconnu par la communauté scientifique comme indispensable dans le traitement de la maladie mentale.

Cependant, la prise obligée, c'est-à-dire relevant de l'application d'une contrainte psychique sur le patient, d'un traitement médicamenteux, qu'il soit administré de façon orale ou injectable, a en psychiatrie une spécificité supplémentaire :

En effet, la prescription d'un traitement médicamenteux en psychiatrie, dans la prise en charge de la maladie mentale, est nécessairement particulière puisqu'elle repose sur l'utilisation d'une catégorie spécifique de psychotropes, les neuroleptiques et notamment les neuroleptiques d'action prolongée (NAP), qui ont des effets importants sur le psychisme et la volonté des patients.

Il existe plusieurs catégories de neuroleptiques, dont les sédatifs (utilisés dans le cadre de la contention chimique) et les anti-délirants, répartis également en fonction de leur mécanisme d'action. [84]

L'action des neuroleptiques dits conventionnels repose sur l'antagonisme des récepteurs dopaminergiques D2 au niveau méso- limbique ce qui entraîne l'effet anti-délirant mais aussi au niveau méso-cortical ce qui est à l'origine des effets secondaires cognitifs, au niveau striatal ce qui provoque les effets secondaires neurologiques (syndrome extrapyramidal) et hypophysaire ce qui est à l'origine de troubles de la fonction sexuelle (aménorrhée chez les femmes et troubles érectiles chez les hommes entraînant fréquemment un arrêt de prise du traitement).

L'action des neuroleptiques dits atypiques ou à action prolongée repose sur divers mécanismes et entre autres sur un antagonisme D2 méso- limbique prépondérant sur les autres localisations et donc un profil d'effets secondaires moindre.

Ces médicaments neuroleptiques, conventionnels et atypiques (bien que dans une moindre mesure) peuvent donc entraîner la survenue d'effets secondaires importants et handicapants. Parmi ceux-ci, qui sont multiples et notamment cardiologiques et neurologiques, il semble nécessaire, d'étudier plus particulièrement les effets de ces médicaments prescrits sous contrainte sur le psychisme et la volonté.

La prescription de neuroleptiques induit en effet un syndrome déficitaire qui comprend une indifférence psychomotrice, un retrait émotionnel, un émoussement affectif, une anhédonie, une perte de motivation, une diminution de la volonté et des performances cognitives et une tendance dépressive. [85] [86]

Ce syndrome déficitaire iatrogène va renforcer le syndrome déficitaire déjà présent dans la maladie mentale elle même et peut donc encore plus limiter les facultés cognitives du malade et donc l'handicaper dans sa démarche ultérieure de consentement aux soins.

Ce syndrome particulier a fait le lit de l'antipsychiatrie ce qu'on retrouve d'ailleurs dans certains articles qui citent les plaintes de certains patients qui disent « se sentir comme des zombies » à cause du traitement neuroleptique.

Cette problématique se complique de plus par le fait que ce syndrome fait partie des effets attendus et même recherchés aux débuts de la psychopharmacologie puisqu'il s'agit d'un des cinq items des critères de Delay et Denicker (1955) et qu'il semble aussi faire partie intégrante de la définition même du nom neuroleptique (litt. « qui saisit le nerf ») qu'ils confèrent la même année à cette classe pharmacologique.

Le but de la psychopharmacologie et des neuroleptiques serait il donc, comme l'assure les tenants de l'antipsychiatrie, de transformer les malades mentaux en « zombies » aisément contrôlables ?

Cette question a entraîné une discussion sur la pratique de la psychiatrie aux cours des années 80 avec une remise en question des traitements neuroleptiques.

Cette discussion a été suivie d'une réaction majeure de la recherche pharmacologique avec l'apparition des neuroleptiques atypiques à la fin des années 1980 qui a diminué de façon considérable l'incidence de ce syndrome et a permis de répondre définitivement par non à cette question.

Ethiquement, le syndrome déficitaire lié à la prise des neuroleptiques pose deux questions :

- Un patient dont la volonté a été affaiblie pharmacologiquement et qui ne dispose pas de toutes ses facultés cognitives est-il en mesure de consentir librement par la suite aux soins (l'un des buts premiers de toute contrainte à ceux-ci) ?
- Ces produits diminuant les facultés cognitives des patients et dégradant ainsi leur capacité de jugement, est-il licite et bénéfique pour eux de les leur administrer parfois sous contrainte en arguant justement de cette altération ou s'agit-il simplement d'une mesure de soumission chimique par un psychiatre tout puissant ?

La réponse à ces questions est délicate, surtout pour les neuroleptiques conventionnels.

Il faut cependant noter que la découverte des neuroleptiques atypiques a considérablement diminué l'impact de ce syndrome en montrant une amélioration nette des processus cognitifs. Par ailleurs les patients montrent une préférence marquée pour ceux-ci versus les neuroleptiques conventionnels.

La réponse à ces questions éthiques repose sur deux dimensions majeures :

- La nécessité fondamentale de ce traitement attestée par la littérature dans la prise en charge des malades mentaux et les risques majeurs pour la santé du patient en cas de non observance, à savoir les rechutes et la dégradation cognitive qu'elles impliquent.

Le rapport bénéfices / risques est donc en faveur de l'administration, éventuellement sous contrainte de ce traitement neuroleptique qui est indispensable à sa survie et auquel sa maladie ne lui permet pas de consentir.

- L'intention du psychiatre en administrant le traitement, la légitimité de l'autorité par laquelle il agit (cf partie 1.2) et aussi sur l'information concomitante sur le traitement qu'il donne.

En effet, la différence essentielle entre la soumission chimique (l'administration à des fins criminelles ou délictuelles de substances psycho-actives à l'insu de la victime) et l'administration sous contrainte d'un traitement psychiatrique à but thérapeutique est bien l'intention de celui qui impose et la légitimité de son acte.

Cependant, pour que l'acte thérapeutique conserve sa légitimité, il est absolument nécessaire que l'intention du psychiatre dans la démarche de soins sous contrainte soit uniquement l'augmentation du bien être et de la qualité de vie du malade et ne soit pas altérée par des considérations personnelles (idéologiques, religieuses,...) ou des intérêts privés et que les actes du psychiatre demeurent dans la stricte limite des données scientifiques actuelles qui les justifient

Par ailleurs, il existe une autre spécificité à l'utilisation en psychiatrie d'un traitement médicamenteux obligé.

En effet, en ambulatoire, la seule façon de contrôler réellement l'observance médicamenteuse du patient repose sur l'administration injectable régulière d'un neuroleptique d'action prolongée au cours de la prise en charge, les dosages de traitements médicamenteux n'ayant pas, pour le moment, faits preuve de leur totale efficacité.

Ce traitement par injection de neuroleptiques d'action prolongée a une action positive significative sur l'observance des malades aux soins diminuant donc la fréquence des rechutes et améliorant ainsi leur pronostic, comme le montre la littérature scientifique (Kane [87], Walburn [88], Llorca [89]).

La prescription d'un neuroleptique d'action prolongée, souvent initiée au cours d'une hospitalisation, pose toutefois des problèmes éthiques lorsqu'elle s'effectue de manière obligatoire.

En effet, cette prescription semble en contradiction avec la *Loi du 4 mars 2002*, qui stipule que le malade peut retirer son consentement à un traitement à tout moment de sa prise en charge ce qui est évidemment impossible dans le cas de l'administration d'un traitement injectable qui ne peut être retiré de l'organisme.

Toutefois, cette même *Loi du 4 mars 2002* permet également l'administration de traitements nécessaires à la survie du malade, sous contrainte s'il est « hors d'état d'exprimer sa volonté » légitimant donc ainsi cette utilisation.

Par ailleurs, la prescription de neuroleptiques d'action prolongée de façon obligatoire, doit nécessairement s'accompagner d'une information et d'une éducation du patient et peut, exactement comme les mesures de contention physique, être l'occasion d'une reprise de la relation avec le monde extérieur par le biais de la relation avec les équipes soignantes chargées de la réalisation du traitement.

La fonction infirmière est là encore centrale dans la prise en charge du patient malade mental, par son caractère rassurant et étayant, par leur « *proximité attentive* » (Sivadon, 1965 [90]) à son égard.

Il faut bien sûr rappeler que comme pour toute mesure de contrainte légitime, l'objectif doit être l'évolution vers une adhésion libre aux soins et une relation de type alliance thérapeutique.

A ce propos, il faut souligner que les études réalisées à ce sujet (*Méta-analyse* de Walburn, 2001 [88]) montrent une préférence marquée des patients traités par injection retard pour celles-ci par rapport au traitement per os qu'ils avaient initialement.

La raison invoquée par les patients pour cette préférence était l'augmentation de leur qualité de vie et de leur sensation de liberté, car ils n'étaient plus astreints à la prise quotidienne de médicaments.

Cela montre bien le caractère relatif de la contrainte dans ce cadre puisqu'il s'agit certes d'une mesure thérapeutique obligatoire mais qu'elle va en fait augmenter la liberté du malade en le délivrant d'une partie de la contrainte imposée par la maladie et son traitement.

On constate donc que même si le patient n'est initialement pas d'accord pour prendre le traitement retard, il apparaît licite de le lui imposer puisque cela permet un travail sur la relation thérapeutique et un gain d'autonomie et de liberté ultérieur.

- L'obligation de respecter les règles comportementales de civilité liées à la vie en société :

Elle est fondamentale dans l'expression de la citoyenneté des malades mentaux et constitue une condition nécessaire à leur réinsertion dans la communauté.

Pour être possible en ambulatoire, cette obligation doit nécessairement être appliquée au cours de l'hospitalisation en psychiatrie qui constitue la phase de préparation au retour au sein du corps social.

La prise en charge des malades mentaux doit donc comporter, en sus des traitements pharmacologiques et des mesures d'information et d'éducation à la maladie indispensables, des mesures comportementales éducatives sur les obligations liées à la vie en société et à l'expression de leur citoyenneté.

Cela signifie donc que les comportements d'incivilité des malades mentaux (impolitesse, insultes, égoïsme) doivent être découragés et réprimés par des mesures de contrainte à visée éducative, tandis que les comportements civils de politesse, de solidarité, d'entraide doivent au contraire être favorisés et récompensés.

Concrètement, en psychiatrie, les moyens de contrainte disponibles dans cet objectif reposent essentiellement sur les libertés et permissions diverses (sorties,..) que le psychiatre peut, ou non, accorder au malade en fonction de son respect de ces obligations.

L'usage de cette modalité particulière de contrainte est légitime et éthique puisqu'elle s'applique à des individus dont la capacité de jugement et d'exercice de la liberté est altérée par la maladie, que son objectif est thérapeutique puisque visant la réintégration des malades dans la société et qu'elle résulte d'une autorité légitime, l'autorité médicale.

En effet, une liberté trop importante accordée sans éducation préalable aux malades mentaux serait délétère pour eux puisqu'ils ne seraient pas aptes à discerner les contraintes nécessaires à la vie en société ni à les respecter, et deviendraient, de fait, les esclaves de leur maladie qui est en réalité beaucoup plus contraignante pour eux que la réalisation de ces mesures éducatives.

Cette notion qui renvoie à celle de « *pathologie de la liberté* » d'Henri Ey amène logiquement à se poser la question des restrictions pouvant s'imposer dans leur projet de vie afin de le rendre compatible avec les limitations liées à leur état clinique et les exigences liées à la vie en société.

- L'obligation faite aux malades mentaux de restrictions qui s'imposent dans leur projet de vie, en raison des limitations propres à leur état :

La question de la citoyenneté et de son application à la psychiatrie, amène, en effet, à envisager la notion de responsabilité des malades mentaux, non de leur état mais de l'acceptation de celui-ci, de la nécessité thérapeutique et des limitations imposées par leur état.

Ces limitations se retrouvent dans plusieurs dimensions majeures de la vie de tout individu, à savoir, l'aptitude à l'exercice d'une activité professionnelle, l'aptitude à développer et à vivre des relations sentimentales et le processus de parentalité.

En premier lieu, s'il est reconnu que l'objectif et même le devoir de tout citoyen est de participer activement à la vie de la communauté, par le biais du travail, il est également bien établi que seul une minorité de patients porteurs d'une maladie mentale est apte à exercer une activité professionnelle même en milieu protégé.

L'origine de cette inaptitude à l'exercice d'une activité professionnelle résulte de la vulnérabilité particulière aux éléments stressants des malades mentaux, mais aussi de facteurs inhérents à la maladie elle-même, à savoir la diminution de leurs facultés cognitives et le handicap sévère qu'ils présentent dans la gestion de la relation sociale.

Il existe certes des possibilités d'améliorer ces dimensions cognitives et sociales, et c'est l'apport majeur des techniques de réhabilitation psycho-sociales (la remédiation cognitive et l'entraînement aux habiletés sociales) issues des thérapies cognitivo-comportementales, et de l'ergothérapie mais il persiste cependant des patients chez qui cette amélioration ne sera pas suffisante pour leur permettre l'exercice d'une activité professionnelle.

Dans ce cadre, est-il légitime et juste, de la part des médecins qui prennent en charge ces malades, de les laisser s'obstiner de façon déraisonnable dans la réalisation d'un objectif rendu impossible par leur état ?

De même, est-il juste que la société doive assumer les conséquences délétères, humaines et financières, de cette obstination déraisonnable qui entraîne quasi inéluctablement des rechutes ?

Pour répondre à ces questions, un retour à des concepts philosophiques et éthiques semble nécessaire :

En effet, la sagesse consiste à accepter les contraintes liées à l'ordre du monde, ce qui comprend donc la nécessité pour le malade mental de tenir compte des contraintes imposées par sa maladie et de se libérer des illusions qu'il peut avoir quant à ses capacités.

L'expression de la liberté pour le malade, dans ce cadre et en suivant l'optique de Spinoza, est donc la faculté de percevoir les contraintes qui régissent sa condition afin d'en contrôler l'impact et de ne pas en souffrir.

Par ailleurs, il faut également noter que la poursuite obstinée d'un désir dont la réalisation est impossible est à l'origine d'une frustration intense, contraire à l'établissement d'un sentiment de bonheur.

Toujours, selon une optique stoïcienne, la responsabilité du psychiatre en tant que sage désigné par la communauté pour assurer la santé mentale de ses membres, serait de faire prendre conscience au malade des limitations imposées par sa maladie et de la nécessité de s'y adapter afin de pouvoir réintégrer la société.

Cependant, il ne faut pas oublier que la fonction du psychiatre (de service public essentiellement), comprend également celle de garant de l'ordre social (si celui-ci est perturbé par le fait de troubles mentaux), ce qui implique la nécessité d'empêcher la survenue de comportements inadaptés à la pathologie chez les malades mentaux afin d'en limiter l'impact délétère pour lui-même et les autres.

L'utilisation de la contrainte morale, dans ce cadre, est légitime et relève même de la responsabilité médicale.

Elle peut même parfois, dans des situations particulières où le poste de travail du malade et sa pathologie le rendent potentiellement dangereux pour les personnes avec lesquels il est en relation (par exemple, le travail avec des enfants pour des auteurs de violence sexuelle), s'accompagner d'une interdiction d'exercer cette fonction particulière, interdiction émanant dans ce cadre du corps social.

Cependant, une restriction de ce type s'appliquant de manière obligatoire (c'est-à-dire étant une contrainte morale) doit nécessairement être justifié par l'état clinique du malade et s'accompagner de mesures informatives, explicatives et éducatives pour l'aider et le soutenir dans le travail de deuil de ses illusions qui lui est imposé, sous peine de perdre sa légitimité.

Cet accompagnement comprend logiquement une réflexion sur le concept de citoyenneté et la façon dont il peut s'exercer dans le cas du malade mental inapte à l'exercice d'une activité professionnelle, où il repose sur l'acceptation de l'arrêt de celle-ci pour exercer convenablement sa fonction de citoyen.

Il faut noter ici qu'il ne s'agit pas de prôner l'oisiveté des malades mentaux mais plutôt leur orientation vers une citoyenneté alternative, au moyen d'activités adaptées où le malade pourra s'inscrire dans le but de réintégrer le corps social, et d'exercer les valeurs citoyennes de civilité, de solidarité et de civisme.

Ensuite, il est également bien ancré dans les croyances populaires qu'un individu, pour se réaliser totalement et trouver sa place dans la société, est supposé devoir être tout d'abord un conjoint puis de devenir un parent.

Or, il est reconnu (depuis l'Antiquité et Caelius Aurelianus) que les malades mentaux, par les handicaps déjà mentionnés plus haut, ont des difficultés majeures dans ces domaines, et que les essais qu'ils en font sont souvent désastreux, tant pour eux-mêmes que pour les autres.

Il est en effet compréhensible que cette condition de conjoint puis de parent, déjà source d'un stress majeur pour l'individu exempt de maladie mentale par le renvoi qu'elle implique à son

enfance et aux difficultés qui ont pu être connues à cette période, soit à l'origine d'un stress intolérable chez les malades mentaux qui y sont particulièrement vulnérables du fait de leur maladie et puisse donc provoquer la survenue de rechutes.

Cela amène donc logiquement un questionnement éthique sur cette situation :

Est-il responsable de la part du malade mental de rechercher et de s'engager dans ce type de situation ?

Est-il éthique et juste, pour le corps social et son garant, le psychiatre dans ce cadre de laisser ces malades persévérer dans cette voie ?

Pour y répondre, là encore, le retour à des concepts philosophiques mais aussi légaux est indispensable avant de répondre sur un plan médical.

Sur le plan légal, tout d'abord, la *Déclaration des droits et devoirs de l'Homme et du Citoyen de 1795*, nous dit que : « *Nul n'est bon citoyen, s'il n'est bon fils, bon père, bon frère, bon ami, bon époux* » (article 4). [91]

Cela pose bien sûr, la question de la capacité du malade mental à pouvoir exercer convenablement les fonctions de conjoint, mais aussi et surtout de parent qui impliquent une lourde responsabilité.

Sur un plan philosophique, ensuite, le stoïcisme nous dit qu'il faut adapter ses désirs aux contraintes imposées par son état, afin de pouvoir accéder au bonheur.

Dans cette optique, le malade mental, par ses tentatives répétées d'accéder à une situation de conjoint ou de parent qu'il n'est pas apte à gérer de façon adaptée et qui a des conséquences délétères pour lui et les autres, se dirige plus vers l'aggravation de ses troubles que vers le retour à la raison.

La responsabilité médicale du psychiatre, dans ce cadre et en tant que Sage missionné par la société pour assurer la santé mentale de ses membres et garant de l'ordre social, est donc d'une part de tenter de ramener le malade à la raison et de lui enlever certaines illusions, et de l'autre, la protection à la fois du malade qui s'oriente vers une aggravation, mais aussi de son entourage (conjoint et enfants éventuels) et de la société.

De plus, si l'on suit la logique de Spinoza qui est que l'exercice de la liberté n'est possible que par la connaissance des contraintes qui la déterminent, c'est rendre le malade libre que de l'aider d'une part à prendre conscience des limites engendrées par sa maladie et de l'autre de différencier ce qui, dans sa démarche, provient de son propre désir de ce qui provient d'une exigence de normalité posée par sa famille ou le corps social.

Sur le plan médical, enfin, le psychiatre, doit donc tenter d'enlever au malade mental les illusions qu'il peut entretenir sur son état et de l'accompagner dans le travail nécessaire de deuil qui lui est demandé, au moyen d'un travail de réflexion sur le caractère relatif de la nécessité d'être un conjoint ou un parent (mais aussi un travailleur) pour pouvoir exercer sa citoyenneté et que c'est au contraire, en renonçant à tenter de réaliser quelque chose d'impossible et de déraisonnable pour lui, qu'il se montre responsable et donc citoyen.

Il n'en reste pas moins que pour un nombre restreint de patients, des aptitudes sont réelles. Aider ceux-ci dans leur accompagnement reste un devoir de notre médecine. Cependant, généraliser ces quelques cas et en faire une demande systématique nous semble du plus haut danger. La réalité clinique, l'expérience, nous prouvent que la grande majorité des patients suivis en service public n'appartiennent pas, hélas à ce sous groupe.

Bien évidemment, l'utilisation de la contrainte ici est uniquement morale et provient de l'autorité exercée par le médecin sur son malade, pour induire et accompagner cette réflexion. Il faut toutefois souligner que dans certains cas, comme par exemple d'une maltraitance à enfants ou de violences conjugales, la contrainte morale doit s'accompagner de mesures physiques de protection de la personne en danger, par exemple dans le cas des enfants de mesures de placement provisoire (OPP) émanant de l'autorité judiciaire

Par ailleurs, il revient également au médecin de tenter de protéger son malade des contraintes pouvant être exercées par sa famille ou le corps social dans une exigence de normalité, en leur expliquant à quel point une telle attitude, loin d'être salubre pour le malade, serait nocive pour lui.

Pour être légitime, ce genre de contrainte morale doit bien sûr s'appuyer sur l'état clinique du malade et son inaptitude avérée à gérer cette situation, avoir un objectif thérapeutique uniquement, ne pas dépendre de convictions politiques, raciales ou religieuses, et relever de l'autorité médicale.

Pour conclure sur l'usage de la contrainte dans le cadre de l'application de restrictions dans le projet de vie des malades mentaux, il faut rappeler que ces restrictions sont imposées par la maladie elle-même et non le médecin, dont le rôle est plutôt d'utiliser son autorité pour amener le malade à réaliser le caractère inadapté de ses désirs, de ses illusions et de l'accompagner vers un exercice responsable de sa liberté et donc vers la citoyenneté.

Soulignons également qu'il ne s'agit que de l'application d'une contrainte morale et non physique sur le malade, hors situation d'urgence avec nécessité de protection d'une personne en danger.

Reste que certains droits sont inaliénables, comme celui d'enfanter, et qu'alors naissent les dilemmes entre la raison psychiatrique et la raison juridique. Cependant, dans de nombreux cas où celle-ci s'est mise en œuvre contre la raison psychiatrique, c'est toujours la psychiatrie qui a dû, par la suite, en gérer les conséquences. La mission de la psychiatrie publique est donc parfois de faire face à des situations qu'elle avait à priori rejetées. Il s'agit là d'un enjeu majeur qui complique, mais aussi qui professionnalise notre exercice.

Après avoir envisagé les moyens de contrainte, physiques et moraux, utilisables dans la prise en charge des malades mentaux, ainsi que leurs objectifs et justifications éthiques, il convient maintenant d'en évoquer les résultats et les limites.

2.2. Limites et résultats de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie :

Pour présenter les limites et les résultats de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie, il aurait été intéressant de réaliser quelques vignettes cliniques montrant diverses situations où cette utilisation a entraîné, ou non, une amélioration de l'état clinique du malade et de sa qualité de vie, puis d'en analyser les causes et de les discuter.

Cependant, compte tenu du volume, déjà important, de ce travail de thèse, cela n'a pu être possible.

Il est toutefois possible de citer quelques limites à l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie :

- La légitimité de celle-ci, et les dérives possibles de son utilisation. En effet, si cette contrainte devient abusive, elle perd logiquement son statut thérapeutique.
- La possibilité de maintien d'un niveau suffisant de contrainte au long cours.
- La perception que les équipes soignantes chargées de son application en ont qui va nécessairement conditionner son efficacité.

C'est pourquoi, il semble nécessaire d'évaluer cette représentation infirmière de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie et son impact éventuel sur la prise en charge des malades, ce qui a été réalisé au moyen d'une étude qualitative qui constitue la troisième partie de ce travail et dont la présentation ainsi que les résultats suivent.

3. Etude qualitative des représentations sociales de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie chez des infirmiers travaillant en milieu psychiatrique, en milieu ordinaire, chez des élèves infirmiers et en population générale :

3.1 Concept de Représentation Sociale :

Tout d'abord, il apparaît nécessaire de définir le concept de représentation sociale et ses implications.

Ce concept a été introduit par S. Moscovici en 1961, fondateur de la psychologie sociale, qui le définit comme permettant d'«*étudier les comportements et les rapports sociaux sans les déformer ni les simplifier* » (*La psychanalyse, son image et son public*).[92]

Il s'agit d'une évolution du concept de représentation collective proposé au XIX^{ème} siècle par E. Durkheim qui est défini comme une représentation commune d'un même objet à un vaste ensemble d'individus.

S. Moscovici présente quant à lui le concept de représentation sociale comme constitutive d'un groupe social plus restreint que la représentation collective, se situant à l'interface entre l'individu et le monde extérieur.

D. Jodelet définit ce concept de représentation sociale comme une « *forme de connaissance courante, dite de « sens commun », caractérisée par les propriétés suivantes :*

1. Elle est socialement élaborée et partagée ; 2. Elle a une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement et d'orientation des conduites ; 3. Elle concourt à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social ou culturel donné. » (p 681-682, 1989). [93]

L'étude de ces représentations sociales semble donc importante dans le cas de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins puisqu'elles sont les facteurs qui vont déterminer la perception de celle-ci par les personnels infirmiers ainsi que leurs réactions envers celle-ci, qui auront nécessairement un impact sur leur façon de la mettre en œuvre.

3.2 Problématique et Objectifs de l'étude :

L'utilisation de la contrainte en psychiatrie est fréquente et souvent indispensable dans la prise en charge des patients souffrant de maladies mentales.

L'application de cette contrainte repose en grande partie sur les équipes infirmières.

Mais quelles représentations ont ces équipes de cette utilisation de la contrainte qui leur est demandée dans la prise en charge des patients ?

Plusieurs études ont retrouvé des représentations globalement négatives de la psychiatrie et des maladies mentales en population générale. Qu'en est-il des représentations de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie ?

La présente étude qualitative a donc pour objectif premier d'évaluer les représentations sociales qu'ont les infirmiers travaillant en milieu psychiatrique de l'utilisation de la contrainte, au travers de leurs attitudes envers cette utilisation, et de les comparer à celles de la population générale, des infirmiers travaillant en milieu ordinaire (infirmières générales) et des étudiants infirmiers.

Elle a pour objectif secondaire d'évaluer l'impact de la formation infirmière sur la transformation des représentations sociales sur le problème.

3.3 Matériel et méthodes :

3.3.1. Méthodologie :

Il s'agit d'une étude qualitative dont l'objectif est d'évaluer les représentations sociales de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins dans les sept groupes constitués à savoir, quatre groupes d'infirmiers travaillant en milieu psychiatrique, un groupe d'infirmiers travaillant en milieu ordinaire, un groupe d'élèves infirmiers et un groupe en population générale.

Le recueil des données a été effectué de manière collective, au moyen d'un débat contradictoire par groupe, en suivant la méthode des focus groups.

Chaque groupe était constitué de 5 à 8 personnes et le débat était semi-structuré au moyen d'un guide d'entretien comportant onze questions ouvertes abordant les différents aspects du problème.

Ces onze questions ouvertes ont été regroupées en six sous thèmes, les mesures légales d'hospitalisation sous contrainte et de soins ambulatoires obligés, l'obligation à la prise d'un traitement (en urgence, ou retard), les mesures de contention physique, les obligations (ou contraintes morales), l'arrêt des contraintes et la vision générale de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

Les données recueillies ont été enregistrées avec l'accord des participants, puis anonymisées, intégralement retranscrites sur papier et figurent en annexe de ce travail.

L'analyse des données recueillies s'est faite de manière qualitative, par la méthode de l'analyse thématique de contenu. [94]

Cette analyse a été réalisée de façon continue, à l'aide de sept relevés de thèmes découpés en onze parties chacun correspondant aux onze questions ouvertes. Ces thèmes ont ensuite été regroupés et hiérarchisés au fur et à mesure de l'élaboration du journal de thématisation, et ont conduit à la formation d'un arbre thématique.

Les résultats sont présentés sous forme d'une analyse thématique regroupant tous les groupes, divisée en fonction des six sous thèmes principaux référant aux différentes utilisations possibles de la contrainte.

3.3.2. Caractéristiques des interviewés :

Sept focus groups comportant au total 45 personnes ont été constitués pour cette étude pour essayer d'avoir la meilleure image possible de leur représentation de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie, à savoir :

- Quatre groupes d'infirmiers psychiatriques du Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI) ont été constitués en fonction de leurs pratiques différentes.

Le premier groupe (Infirmiers 1 à 7) est constitué de sept infirmiers du Service d'Accueil et de Garde Infirmier (SAGI), qui est le service d'accompagnement des situations à risque, autant somatique que psychique, du CHAI et pour qui l'application des différentes mesures de contrainte est donc fréquente.

Ce groupe est composé de six hommes dont trois étaient âgés de 25 à 40 ans (Infirmiers 2, 3, 6), un de 40 à 50 ans (Infirmier 5), deux de cinquante ans ou plus (Infirmiers 1 et 7) et d'une femme (Infirmière 4) entre 25 et 40 ans.

Le second groupe (Infirmiers 8 à 14) est constitué de sept infirmiers d'un pavillon ouvert du CHAI donc avec une pratique moins fréquente des diverses mesures de contrainte.

Ce groupe comporte deux hommes (Infirmiers 8 et 13) âgés de 25 à 40 ans et de cinq femmes dont quatre (Infirmières 10, 11, 12, 14) âgées de 25 à 40 ans et une de 40 à 50 ans (Infirmière 9).

Le troisième groupe (Infirmiers 15 à 19) est constitué de cinq infirmiers d'un centre d'hospitalisation de jour du CHAI, dédié à la réhabilitation psychosociale des malades mentaux, dont la pratique des mesures de contraintes légales et physiques ainsi que des restrictions dans le projet de vie est peu fréquente.

Ce groupe comporte un homme (Infirmier 16) âgé de 40 à 50 ans, ainsi que quatre femmes dont deux âgées de 25 à 40 ans (Infirmières 15 et 19) et deux âgées de 40 à 50 ans (Infirmières 17 et 18).

Le quatrième groupe (Infirmiers 20 à 27) est constitué de huit infirmiers d'un pavillon fermé du CHAI, avec une pratique fréquente des diverses mesures de contraintes.

Ce groupe comporte trois hommes (Infirmiers 20, 23, 27) âgés de 25 à 40 ans et de cinq femmes dont deux âgées de 25 à 40 ans (Infirmières 21 et 24) et trois de cinquante ans ou plus (Infirmières 22, 25, 26).

- Le cinquième groupe (Infirmières 28 à 32) est constitué de cinq infirmières générales travaillant dans un service de Rééducation Orthopédique au CHU de Grenoble.

Ce groupe comporte cinq femmes dont deux âgées de 25 à 40 ans (Infirmières 28 et 29) et trois de cinquante ans ou plus.

Les infirmières 28 et 29, bien que n'ayant jamais exercé en psychiatrie, y ont fait un stage dans le courant de leurs études, à une reprise pour l'infirmière 29 et à 2 reprises pour l'infirmière 28.

Toutes ont déjà eu des contacts avec des malades mentaux dans le cadre de leur exercice professionnel.

- Le sixième groupe (Etudiantes 1 à 6) est constitué de six étudiantes infirmières en 2^{ème} année, en cours de stage en psychiatrie au CHAI, deux étant en stage à l'hôpital (Etudiantes 1 et 3), deux au pavillon fermé (Etudiantes 2 et 5) et deux au pavillon ouvert (Etudiantes 4 et 6).

Ce groupe comporte six femmes âgées de moins de 25 ans.

Le choix de la 2^{ème} année d'études a été effectué pour essayer de modéliser la transition entre une représentation de type population générale, qu'on pourrait voir 1^{ère} année, et une représentation infirmière constituée que l'on pourrait voir en 3^{ème} année.

- Le septième groupe (Femme 1 à Femme 7) est constitué de sept personnes issues de la population générale n'ayant jamais eu de contact avec la psychiatrie ni avec les malades mentaux.

Il comporte trois hommes dont deux âgés de 25 à 40 ans (Homme 2 et Homme 4), un de cinquante ans ou plus (Homme 5) et quatre femmes dont deux âgées de 25 à 40 ans (Femmes 3 et 6) et deux âgées de cinquante ans ou plus (Femmes 1 et 7).

Tous sont d'un niveau d'études supérieur.

Au niveau de la répartition des interviewés en fonction de l'âge et du sexe, on constate, comme on le voit dans la figure 1 à la page suivante, que l'échantillon de population est majoritairement féminin (30 femmes pour 15 hommes) et âgé de moins de 40 ans (29 personnes).

Il est à noter que parmi les infirmiers interviewés, la majorité sont titulaires d'un diplôme d'IDE (36 infirmiers) mais qu'il y a également cinq infirmiers âgés de plus de cinquante ans qui ont reçu la formation spécifique d'infirmier psychiatrique, et deux qui ont reçu la formation spécifique d'infirmier général.

Répartition des interviewés en fonction du sexe et de l'âge (Figure 1)

Age \ Sexe	Masculin	Féminin	Total
<25 ans		Etudiantes 1, 2, 3, 4, 5 et 6	6
25 à 40 ans	Hommes 2 et 4 Infirmiers 2, 3, 6, 8, 13, 20, 23 et 27	Infirmières 4, 10, 11, 12, 14, 15, 19, 21, 22, 28, 29 Femmes 3 et 6	23
40 à 50 ans	Infirmiers 5 et 16	Infirmières 9, 17 et 18	5
>50ans	Homme 5 Infirmiers 1 et 7	Femmes 1 et 7 Infirmières 22, 25, 26, 30, 31 et 32	11
Total	15	30	45

3.4. Résultats :

On relève six thèmes principaux, présents dans toutes les différentes utilisations de la contrainte en psychiatrie, constitués de trois paires qui s'opposent :

Il s'agit d'une part du *caractère nécessaire* de la mesure étudiée, de son *rôle thérapeutique* et de son *caractère légitime* et d'autre part, de son *caractère inutile*, de son *caractère potentiellement délétère*, et de son *caractère abusif*.

Les résultats ont donc été classés et hiérarchisés en suivant ces six thèmes majeurs, pour chacune des différentes utilisations de la contrainte en psychiatrie.

3.4.1. Représentation des mesures légales de contrainte :

Les mesures légales de contrainte sont constituées d'un côté par les mesures permettant une hospitalisation sous contrainte et de l'autre par celles permettant la réalisation de soins ambulatoires obligés.

3.4.1.1. Représentation de l'hospitalisation sous contrainte :

Le premier thème majeur cité au sujet de l'hospitalisation sous contrainte, commun à tous les groupes est son caractère nécessaire.

En effet, tous les groupes s'accordent à dire qu'il s'agit d'un *acte indispensable à la protection de la personne et à celle des autres*.

Tous pointent :

-La nécessité de *protection de la personne contre elle-même*, qu'elle soit dangereuse pour elle-même ou pour les autres, en raison de la présence d'un *déni de la pathologie* et donc d'une *impossibilité de consentir librement aux soins* nécessaires.

-L'importance de la *protection contre les conséquences possibles de la maladie* :

Parmi celles-ci le *risque vital* en l'absence de prise en charge ainsi que la notion de *dangerosité possible* pour soi-même ou pour les autres tiennent une place prédominante. Plusieurs personnes (Infirmière 15, Femme 7) citent d'ailleurs le terme « non assistance à personne en danger » en insistant sur *l'obligation légale* d'intervention qui s'applique en cas de risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.

L'infirmière 15 souligne que cela fait partie du *rôle des soignants* et que cela est même leur devoir.

Tous les groupes soulignent également qu'il s'agit de la *seule solution possible en urgence*.

La population générale ainsi que les infirmières générales remarquent également l'intérêt pour le malade mental et son entourage d'une hospitalisation sous contrainte qui permet d'éviter un *épuisement familial* (Femme 1, Infirmière 29) et donc la survenue d'un *isolement social*. Elle permet donc la *préservation des liens sociaux et familiaux* (Femme 1) et d'avoir un *objectif de réinsertion sociale* ultérieur (Femme 3).

Certains remarquent aussi le caractère délétère pour le malade et sa famille d'un sentiment de *culpabilité / responsabilité* et de *remords possibles* liés aux conséquences soit d'un éventuel passage à l'acte ou hétéro-agressif du malade, soit à des comportements inadaptés (Femmes 1, 7).

Cela renvoie donc à la notion de *protection de la personne vulnérable* contre les éventuelles conséquences délétères d'actes commis au cours de la maladie.

Il est toutefois à noter que la nécessité de *protection des autres*, pour la population générale renvoie à une *mauvaise image des malades mentaux*, avec présence de stéréotypes comme le fait qu'ils soient *tous potentiellement dangereux pour les autres, imprévisibles, incontrôlables* donc dangereux même sans le vouloir.

« **Femme 3** *S'il a des armes au poing* »

« **Homme 2** *Ils [tes voisins] vont te mettre dans le même panier que les gros tueurs, ils vont dire : lui c'est un fou, il est dangereux* »

D'autre part, la nécessité de la *protection de la personne*, pour la population générale, est tempérée par la crainte de placer un de leurs proches au milieu de malades perçus comme *tous potentiellement dangereux pour les autres*.

« **Homme 2** *Je ne veux pas que des gens de ma famille soient hospitalisés d'urgence avec des assassins.*»

« **Femme 1** *Mettre dans le même panier des assassins et des victimes.*»

On constate d'ailleurs une différence majeure entre la population générale et les infirmiers ou les étudiantes infirmières quant à l'évaluation de l'opportunité d'une hospitalisation sous contrainte :

En effet, les infirmiers et les étudiantes infirmières remarquent que l'hospitalisation sous contrainte est rendue nécessaire par le *besoin de soins* de la personne et que ce besoin est *indépendant de la notion de dangerosité*.

Pour eux, c'est ce *besoin de soins* qui prime dans la prise de décision d'hospitalisation et ce qu'il y ait dangerosité pour la personne elle-même ou pour les autres, ce qui correspond à un impératif de *protection de la personne*.

A l'inverse, pour la population générale, la nécessité d'hospitalisation est surtout fonction de la *dangerosité possible pour les autres*, directe ou indirecte (lié à la dangerosité de la personne pour elle-même), ce qui renvoie à un impératif de *protection des autres*.

Tous les groupes retrouvent un rôle thérapeutique à cette mesure d'hospitalisation sous contrainte :

Ils définissent ce rôle comme ayant plusieurs aspects :

-Un *rôle cadrant* pour le malade qui va avoir un effet d'*apaisement* (Infirmier 2, Etudiante 1, Infirmier 16) par une *rupture avec le milieu extérieur* (Etudiante 1) et par le fait que cette contrainte *évite une prise de décision impossible* pour le malade (Infirmier 2) et est donc une aide pour celui-ci.

Selon l'infirmière 10 il s'agit d'un « *surmoi externe* » venant contenir le patient et l'apaiser.

-Une *fonction de lien*, pointée par tous les infirmiers psychiatriques interrogés, qui va permettre l'établissement d'une relation de soins permettant un travail avec le malade sur le *déni de la pathologie*, l'*adhésion aux soins* et dont l'objectif final est l'*alliance thérapeutique*.

-Une *fonction de soins* en permettant de délivrer les traitements adaptés et donc d'engendrer la stabilisation. (Femme1)

Certains parlent même d'un « *outil de soins* » (Infirmière 24)

Le troisième thème majeur est celui du *caractère légitime* de l'utilisation des mesures d'hospitalisation sous contrainte :

-Plusieurs rappellent même qu'il s'agit d'une *obligation légale* en cas de *dangerosité possible* pour la personne ou pour les autres.

-Tous s'accordent pour dire que cette utilisation est légitimée par la *présence d'une altération du jugement en lien avec un processus pathologique* (maladie mentale ou dépression) provoquant un *déni de la pathologie* et une *impossibilité à consentir librement aux soins*.

-C'est un *acte de soins* réalisé dans l'intérêt de la personne.

-Il s'agit d'un moyen permettant au malade de *recupérer l'usage de sa liberté*.

En effet, pour les infirmiers 8 et 10, la contrainte engendre une *privation de liberté inférieure à celle entraînée par la pathologie* car elle a un *caractère temporaire* et a comme objectif de *libérer la malade des contraintes imposées par la pathologie*.

-Tous fondent la légitimité de cette mesure, c'est son *caractère temporaire*, avec *arrêt possible* de la mesure.

La mesure est aussi considérée par tous comme légitime puisqu'elle a un *objectif de réinsertion sociale*.

Cela renvoie à une *bonne image de la psychiatrie*, avec notamment une *sortie de l'image de l'asile psychiatrique*.

-Tous relèvent qu'il y a des moyens de *contrôles possibles* sur la mesure afin d'en éviter les abus. Parmi ces moyens, la population générale note le *contrôle du psychiatre sur la famille* et les étudiantes infirmières, le *contrôle du juge sur le psychiatre*.

« **Femme 1 [...] il faut être prudent, et vérifier si la famille n'a pas envie de se débarrasser de la personne pour hériter, pour lui prendre son argent...** »

On relève un autre thème important, celui du *caractère inutile* de la mesure, surtout relevé par la population générale, les étudiantes infirmières et les infirmières générales :

-Il s'agit de la *présence de solutions alternatives* à l'hospitalisation quand il n'y a pas d'urgence et notamment d'un *accompagnement familial renforcé*, d'un *recours possible au médecin généraliste ou à un psychiatre libéral*.

-Les étudiantes infirmières craignent que cette mesure ait un *caractère inefficace* si le patient y est opposé.

Certains infirmiers psychiatriques, les étudiantes infirmières, les infirmières générales et la population générale retrouvent également un caractère délétère à cette mesure :

-Les étudiantes ainsi que quelques infirmiers du SAGI remarquent un *risque d'installation d'un rapport de force au lieu d'une relation de soins* (Etudiante 1, Infirmier 5) avec *risque de confrontations récurrentes entre le malade et l'équipe de soins* (Infirmier 3), parfois violentes qui vont être *contre productives* et être une *entrave à l'établissement d'une relation d'adhésion aux soins*.

-La population générale relève le risque de *possibles conséquences délétères sur l'intégration socio-professionnelle* de la mesure pour la personne.

-Les infirmières générales soulignent que ces mesures sont souvent *difficiles à mettre en œuvre avant un passage à l'acte* en raison d'une *lourdeur administrative*.

Elles remarquent également que parfois, il peut y avoir une *structure potentiellement défaillante* avec un *défaut de surveillance* pouvant être à l'origine d'un passage à l'acte.

On note également la présence du *caractère abusif* de la mesure d'hospitalisation sous contrainte, pour tous les participants :

-Tous relèvent qu'il s'agit d'une mesure de *privation de liberté*.

Elle est donc *mal vécue par le malade* qui est privé de sa liberté, ce qu'il peut, pour certains participants, prendre comme une punition.

Elle est également *mal vécue par la famille* du malade qui ressent un sentiment de *culpabilité / responsabilité* par rapport à la mise en place de la mesure, et aux *possibles conséquences délétères de la mesure pour la personne*, et notamment le risque de perte d'emploi.

Il est à noter que le fait d'être professionnel de santé mentale semble être un *élément facilitateur* dans la réalisation d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte d'un proche, en diminuant le *sentiment de peur* qu'inspire la psychiatrie.

Pour la population générale et certaines étudiantes infirmières, cela renvoie en effet à une *mauvaise image de la psychiatrie* qui inspire un *sentiment de peur*.

« **Homme 2 Rien que le mot hôpital psychiatrique, ça fait peur** »

« **Etudiante 3 Ça fait peur.** »

Il faut également noter que le vocabulaire utilisé renvoie à deux stéréotypes, celui de la *prison* et celui de l'*asile psychiatrique*.

« **Homme 2 C'est une peine avant la peine** »

« Homme 2 Est-ce qu'on peut mettre quelqu'un en prison s'il n'a pas encore fait quelque chose ? »

Cette privation de liberté est également *mal vécue* par les équipes chargées de son application, en raison du *caractère paradoxal* de cette mesure qui, selon le SAGI, *contraint le malade dans le but d'obtenir son adhésion aux soins* et est même parfois considérée comme *contre-productive* (Etudiante 2, Infirmier 5).

Elle est également considérée par les équipes comme *insatisfaisante* en raison de ce *caractère paradoxal* mais aussi parce que ces mesures peuvent potentiellement être *une entrave à l'établissement d'une relation d'adhésion aux soins*, et donc entraîner une *durée plus longue* de la mesure de contrainte.

-Pour tous les interviewés, cette mesure est potentiellement abusive car elle résulte d'une *évaluation subjective* quant à la *dangerosité possible de la personne pour elle-même ou pour les autres* et présente donc un risque d'erreur ou d'abus.

Les infirmières générales soulignent aussi la *difficulté d'évaluation de la dangerosité possible* de la personne envers elle-même ou envers les autres, et la *difficulté d'évaluation de la gravité des troubles* avant le passage à l'acte.

Cette évaluation est multifactorielle et *dépend de la tolérance de l'évaluateur, du milieu familial et de la société*.

Il faut rappeler que pour les infirmiers, l'indication d'hospitalisation sous contrainte résulte d'une logique de *protection de la personne*, tandis que pour la population générale, elle résulte d'une logique de *protection des autres*.

Il faut d'ailleurs noter également que la population générale tendrait plutôt à reconnaître un *respect du libre arbitre* de la personne en *l'absence de maladie mentale* et de *dangerosité possible* pour les autres.

-Il y a un *risque d'abus*, qui, pour la population générale est assez marqué et relève essentiellement de la *peur d'hospitalisations abusives*, notamment chez les personnes âgées ou au contraire, du risque de *permettre à des criminels d'échapper à la prison en se faisant passer pour malades mentaux*, comme le montrent ces extraits :

« Femme 1 Il y a des cliniques où on a fait enfermer des malades qui auraient très bien pu rester à l'extérieur ».

« Homme 2 Il ne faut pas que les assassins en profitent pour plaider le cas de folie pour être internés avec des gens qui ne sont pas comme eux finalement, des vrais malades. »

Pour les infirmiers psychiatriques, ce risque est peu marqué, mais ils pointent la *durée trop longue* parfois de l'hospitalisation sous contrainte (Infirmier 16) qu'ils qualifient de *solution de facilité*.

Pour eux, le risque d'abus est surtout lié à des *contrôles insuffisants* et notamment en raison d'une *réévaluation insuffisante* de la mesure.

Au final, on retrouve, une attitude globalement favorable à l'utilisation de l'hospitalisation sous contrainte chez tous les participants, mais pour des motifs divers.

En effet, pour les infirmiers et les étudiantes infirmières, c'est la *protection de la personne* qui prime, au moment de la prise de décision, tandis que pour la population générale, il s'agit de la *protection des autres*.

Cela peut s'expliquer par la différence des représentations qu'ils ont de l'hospitalisation sous contrainte.

En effet, pour les infirmiers et les étudiantes, il s'agit d'une aide à la personne, en raison de son *besoin de soins* et cela renvoie à un *rôle thérapeutique* ainsi qu'à une *bonne image de la psychiatrie* en raison notamment de l'*objectif de réinsertion sociale* de la mesure.

Cette utilisation de la contrainte leur paraît donc avoir un *caractère légitime*, bien qu'étant *insatisfaisante* pour les équipes de soins car il s'agit d'une *privation de liberté* à laquelle ils trouvent un *caractère paradoxal*.

La représentation de l'hospitalisation sous contrainte, en population générale et pour certaines étudiantes infirmières, est par contre négative, en raison d'une *mauvaise image de la psychiatrie*, qui inspire un *sentiment de peur*, et est assimilée à une *prison*, et d'une *mauvaise image des malades mentaux*, perçus comme *tous potentiellement dangereux pour les autres*.

3.4.1.2. Représentation des soins ambulatoires obligés :

Le premier thème majeur cité par tous les interviewés est, là encore, le *caractère nécessaire* de l'utilisation de cette mesure :

En effet, elle est toujours considérée, par l'ensemble des participants, comme un *acte indispensable à la protection de la personne et des autres* pour des raisons sensiblement identique à l'hospitalisation sous contrainte, et notamment la *protection contre les conséquences possibles de la maladie et du risque vital*.

Tous les participants relèvent l'intérêt de la mesure dans la *prévention de la rechute*, et souligne que cela *évite une rupture de soins* et un arrêt de traitement.

Ils remarquent que cela permet une *réhospitalisation plus facile*, en cas de rechute, *moins traumatisante* pour le malade et sa famille et plus *confortable pour les équipes de soins* chargées de la réintégration, puisque cela permet l'intervention du SAGI et donc une *prévention de la dangerosité possible et de la violence*.

Nous relevons là encore des différences dans l'indication de ce suivi obligatoire entre les infirmiers d'une part et la population générale de l'autre :

Pour les infirmiers, c'est la *protection de la personne* qui prédomine dans la prise de décision et notamment pour la *prévention des rechutes*

Pour la population générale, les infirmières générales et les étudiantes infirmières, cette mesure *permet le suivi de malades potentiellement dangereux* et une *réhospitalisation en cas de non présentation* et donc permet la *protection des autres*.

De fait, pour la population générale, cette mesure relève plus de la *protection des autres* contre les conséquences d'une éventuelle rechute, que de celle de la personne et renvoie à une

mauvaise image de la psychiatrie, avec un vocabulaire évoquant la prison et à une mauvaise image des malades mentaux perçus comme tous potentiellement dangereux pour les autres.
« **Femme 3 On ne pourrait pas mettre aussi un bracelet, comme les prisonniers ?** »

Cependant, la population générale souligne aussi l'intérêt de la *préservation des liens sociaux et familiaux du malade*, ce qui *facilite sa réintégration sociale* ultérieure et permet une amélioration des relations du malade avec son entourage qui sait qu'il est suivi.

Cela permet, selon eux, une *amélioration de l'image des malades mentaux*, avec une diminution du *sentiment de peur* qui y est associé et renvoie donc à une *bonne image de la psychiatrie*.

La position des étudiantes infirmières est intermédiaire, intégrant d'égale manière la protection de la personne et la protection des autres.

Le rôle thérapeutique de la mesure est lui aussi largement cité :

-Un *rôle cadrant*, avec une *fonction contenante* qui agit comme un « *surmoi externe* » (Infirmière 10), et *soutient le malade dans la vie à l'extérieur*.

-Une *fonction de lien*, permettant le maintien d'une relation thérapeutique avec les équipes soignantes, ou son instauration avec les équipes des CMP (Centres Médico-Psychologiques) ainsi que la continuation du *travail sur l'adhésion aux soins* en vue de parvenir à *l'alliance thérapeutique*.

Les infirmiers du SAGI et de l'hôpital de jour remarquent que cette mesure *peut parfois éviter des réhospitalisations* en permettant une *intervention du SAGI au domicile du malade* et un *travail sur l'adhésion aux soins*.

Par ailleurs, l'infirmière 15, parle de la *possibilité de réaliser un accompagnement dans un arrêt de traitement et une rechute contrôlée*, tout en conservant la possibilité de réhospitaliser le malade en cas d'urgence.

-Une *fonction de soins* avec une *prévention de la rechute* car la mesure permet d'*améliorer l'observance thérapeutique*, et *évite les ruptures de soins*, souvent liées à *l'arrêt du traitement*.

-La population générale remarque, quant à elle, que ce suivi obligatoire *augmente le confort de vie en société* du malade, en rassurant l'entourage et permettant une *diminution du sentiment de peur* de celui-ci.

Tous les participants trouvent un caractère légitime à cette mesure :

Il est sensiblement identique à la vision de l'hospitalisation sous contrainte, en insistant toutefois sur le fait que cette mesure *permet la sortie d'hospitalisation* des malades, tout en pouvant conserver un suivi, et *évite les ruptures de soins*.

Tous les participants signalent que la *prévention de la rechute permet d'éviter la réhospitalisation du malade*.

Pour les infirmiers psychiatriques, cela constitue une *étape vers les soins libres*.

Il est également à noter que cette mesure renvoie à une *bonne image de la psychiatrie*, puisqu'elle correspond à l'*objectif de réinsertion sociale*.

L'infirmière 25 rappelle, quand à elle, que *c'est la raison même de la politique de secteur*, à l'origine de la création des CMP.

Tous rappellent que la légitimité de l'utilisation de la contrainte repose sur cet *objectif de réinsertion sociale*.

« Etudiante 4 [...] mais en même temps, on n'a pas le droit de les garder ici, parce que ça serait les mettre en prison... »

Pour la population générale et les infirmières générales, il faut toutefois noter que cela renvoie à une *mauvaise image des malades mentaux*, considérés comme *irresponsables* ce qui légitime l'obligation d'un *suivi à vie*.

On ne retrouve pas de caractère inutile à cette mesure mais certains infirmiers, lui retrouvent un caractère potentiellement délétère :

-Pour certains infirmiers psychiatriques (SAGI, pavillon ouvert, hôpital de jour), le fait que cette mesure soit une *entrave à la relation d'adhésion aux soins*, ce qui, pour certains, comme les infirmiers de l'hôpital de jour, *empêche la création d'une relation de confiance entre l'équipe soignante et le malade* et donc une évaluation correcte de la situation clinique de celui-ci ce qui peut avoir des conséquences délétères pour le malade.

Ils la voient également comme un *obstacle au travail sur la connaissance de la pathologie*, rendu plus difficile par l'absence de la relation de confiance entre l'équipe et le malade.

- Certains infirmiers (pavillon ouvert, hôpital de jour) soulignent aussi le fait que cette mesure présente un *caractère infantilisant, déresponsabilisant* et constitue un *obstacle à la réalisation d'un travail sur l'autonomie* et est donc un *handicap à la réinsertion sociale* du malade.

Cela renvoie une fois de plus à une mauvaise image de la psychiatrie, et notamment à celle de *l'asile psychiatrique*.

-Les infirmiers du SAGI et les infirmières générales déplorent le *manque de solutions alternatives à une réhospitalisation* en cas de non présentation du malade à ses rendez vous, en précisant que certaines réhospitalisations pourrait être évitées.

Ils l'attribuent au *manque de moyens*.

Le caractère abusif de la mesure comprend :

- La notion de *privation de liberté*, qui est *mal vécue par le malade* parce que la mesure a un *caractère menaçant* avec risque de réhospitalisation (« *épée de Damoclès* » *Infirmière 12*) et un *caractère infantilisant*.

Elle est également mal vécue par les équipes de soins en raison du *caractère paradoxal de contraindre les malades pour obtenir leur adhésion aux soins* qui est décrit comme *insatisfaisant*.

Pour certains infirmiers psychiatriques, la mesure est mal vécue par les équipes de soins parce qu'elle renvoie également à une *mauvaise image de la psychiatrie*, perçue comme un *moyen de contrôle social* et comme une *volonté de protection de la société contre les malades mentaux*, comme le montre cet extrait :

« Infirmière 25 Je suis soignante, moi, pas flic »

- L'évaluation subjective de la *dangerosité possible* envers elle-même ou envers les autres, multifactorielle et fonction de la *tolérance de l'évaluateur, du milieu familial et de la société*.

-Une différence majeure entre les infirmiers et la population générale réside dans le *risque d'abus* :

Pour les infirmiers psychiatriques, les abus sont une *durée trop longue de la mesure*, une *utilisation trop systématique* et la *réhospitalisation systématique du malade en cas de non présentation* aux consultations.

Ils suggèrent l'utilisation plus fréquente de *solutions alternatives à la réhospitalisation* comme un *accompagnement renforcé*, avec réalisation de visites à domicile.

Cette vision est également partagée par les infirmières générales qui déplorent plutôt le *manque de moyens* à l'origine de cet abus.

Pour la population générale et les infirmières générales, il y a une *protection insuffisante des autres*.

Pour les infirmières générales elle est liée à un *manque de moyens* et à la *difficulté d'évaluation de la dangerosité* en une consultation mensuelle, tandis que pour la population générale, elle est liée à un *manque de moyens*, mais aussi à un *manque de coordination avec la médecine générale*.

« Femme 1 Par manque de suivi, on ne peut pas condamner à mort des gens qui n'ont rien fait. »

Cela renvoie une fois encore à une *mauvaise image de la psychiatrie* qui assure une *protection insuffisante des autres* par *manque de suivi* des malades mentaux qui devraient être suivis à *vie de façon obligatoire*, mais qui au contraire crée une *dépendance par rapport au psychiatre* chez les malades dépressifs qui devraient être laissés libres plus vite.

Cette distinction malades mentaux / dépressifs est également réalisée par les infirmières générales.

Cela renvoie également à une *mauvaise image des malades mentaux* perçue comme *manipulateurs* (« duplicité incroyable » Femme 1) et pouvant dissimuler leurs symptômes dans le but de pouvoir sortir de l'hôpital, ainsi qu'à une *mauvaise image du psychiatre*, perçue comme *tout puissant* et *peu fiable*.

« Femme 7 Justement on a l'habitude de ne pas avoir confiance dans les psychiatres. »

« Femme 3 Ils n'ont pas bonne réputation. »

Par ailleurs, il faut noter que pour les étudiantes infirmières, la population générale et les infirmières générales, il est *très difficile d'envisager la sortie d'hospitalisation d'un malade ayant été dangereux* même avec un suivi obligatoire et tout simplement *inenviable sans obligation de suivi*.

«Infirmière 28 Là, il y a des cas dramatiques, quand même ! [...] Moi, je trouve ça grave de demander à un malade mental qui est vraiment dangereux d'aller de lui-même à des consultations de CMP. »

« Etudiante 4 Pour ceux qui ont eu des périodes de dangerosité, c'est plus difficile à accepter de les savoir dehors avec un simple suivi... »

En ce qui concerne les infirmiers psychiatriques, certains et notamment l'infirmière 25, relèvent qu'il y a un *risque d'échappement aux soins plus grand même* avec un suivi obligatoire qu'en hospitalisation.

Cependant, tous sont favorables à une *possibilité de sortie pour les malades ayant été dangereux*, en insistant sur le *caractère ponctuel de la dangerosité psychiatrique*, tout en soulignant qu'en cas de rechute avec récurrence d'un passage à l'acte, cela est *mal vécu par les équipes de soins* qui portent un *sentiment de culpabilité / responsabilité*, par rapport à ce passage à l'acte.

-Quand il y a survenue d'abus, c'est en raison de *contrôles insuffisants* ce qui renvoie, pour la population générale, à une *mauvaise image du psychiatre* considéré comme *peu fiable* et abusant de sa *toute puissance*.

Au total, tous les participants ont une attitude favorable envers les soins ambulatoires obligés, bien que pour des motifs assez différents.

Pour la population générale, cela relève surtout d'un impératif de *protection des autres*, tandis que, pour les infirmiers, cela relève principalement d'un impératif de *protection de la personne*.

Pour les étudiantes infirmières, les deux logiques sont présentes de manière à peu près égale.

Au niveau de la représentation de la mesure, elle est positive pour la population générale, les étudiantes infirmières et les infirmières générales, car elle répond à la fois à la logique de *protection des autres* et à celle de *protection de la personne*.

Il faut toutefois également noter que cela renvoie à une *mauvaise image des malades mentaux*, perçus comme *tous potentiellement dangereux pour les autres* et comme *irresponsables*, mais dont le suivi obligatoire est rassurant.

Ce qui est difficile à vivre pour eux, c'est plutôt une *protection insuffisante des autres*, liée selon eux, à un *manque de moyens* et à un *manque de coordination avec la médecine générale*.

On constate que si cette mesure est plutôt bien vécue également, c'est parce qu'elle correspond à l'*objectif de réinsertion sociale* des malades, ce qui renvoie à une *bonne image de la psychiatrie* et notamment à la *sortie de l'image de l'asile psychiatrique*.

Pour les infirmiers psychiatriques, la représentation est globalement bonne parce que la mesure *permet la sortie d'hospitalisation*, et correspond à l'*objectif de réinsertion sociale*,

mais celle ci reste quand même mal vécue, en raison de la *privation de liberté* qu'elle implique.

Cela renvoie donc à une *mauvaise image de la psychiatrie* et notamment à une *volonté de protection de la société contre les malades mentaux*.

3.4.2 Représentation de l'obligation à la prise d'un traitement :

Cette obligation est divisée en deux situations.

La première est la réalisation d'un traitement obligé en urgence, au cours d'un épisode d'agitation aigue, tandis que la seconde repose sur l'obligation à la prise d'un traitement pharmacologique au long cours.

3.4.2.1. Représentation du traitement obligé en urgence :

Le caractère nécessaire de la mesure est là encore, retrouvé en premier lieu, chez tous les participants :

Tous relèvent en effet qu'il s'agit d'un *acte indispensable à la protection de la personne et des autres* et la *seule solution possible en urgence*.

C'est la *protection contre les conséquences possibles de la maladie* qui prédomine assez logiquement avec le *risque vital*.

On retrouve également son rôle thérapeutique avec :

-Une *fonction de soins* reconnue par tous les infirmiers psychiatriques comme le *premier acte de soins à réaliser dans un état d'agitation* et le plus important.

Tous les interviewés soulignent en effet, que cela a un *effet d'apaisement* physique et mental du malade.

-Pour certains infirmiers psychiatriques (Infirmier 3), cela peut avoir également une *fonction symbolique* thérapeutique pour certains patients.

-Une *fonction de lien* puisque cela permet de *prendre soin du malade* et est donc la *première étape de l'établissement d'une relation thérapeutique* entre l'équipe de soins et le malade.

-Pour la population générale, cela *permet d'éviter le recours à la contention physique systématique*, et est donc considéré comme *moins traumatisant* et *moins intrusif* pour le malade.

-Pour les infirmiers psychiatriques, cela *évite une mise sous contention sans sédation*, qui serait *abusive* et *maltraitante* (pavillon ouvert, pavillon fermé).

« *Heureusement qu'on a ça parce que voir quelqu'un dans une chambre d'isolement, ou entravé, sans traitement, sinon on serait dans l'inhumain.* » (Infirmière 10)

Tous retrouvent un caractère légitime à cette mesure :

-Tous relèvent une légitimité à cet acte en raison du *déni de la pathologie* et de l'*impossibilité à consentir librement aux soins*.

-Il s'agit d'un *acte de soins*, réalisé dans l'intérêt du malade.

-Tous soulignent les *contrôles possibles* pour éviter les abus, du psychiatre car il s'agit d'une *indication posée médicalement*, et des équipes infirmières car il y a une *évaluation infirmière avant l'administration*.

-Certains infirmiers psychiatriques, ainsi que les élèves remarquent également que cette mesure n'est *pas forcément mal vécue par les patients* puisqu'elle est *parfois demandée par le malade lui-même* de manière explicite ou implicite.

Par ailleurs, pour la population générale et les infirmiers du pavillon ouvert, cela renvoie même à une *bonne image de la psychiatrie* puisque cela permet de *sortir de l'image de l'asile psychiatrique*.

« *Femme 1 C'est mieux que la camisole.* »

« *Infirmière 10 Heureusement qu'on a les thérapeutiques, qu'on n'est plus dans les années je ne sais pas combien où on les laissait croupir comme ça et où ça devait être horrible pour eux.* »

« *Infirmière 10 Heureusement qu'on a ça parce que je ne sais pas trop comment faire autrement dans ces moments là, mis à part une contention physique brutale, la camisole.* »

En ce qui concerne le caractère inutile de la mesure, cité par tous, on relève :

-Il y a des *solutions alternatives possibles* qui auraient pu permettre d'éviter d'en arriver là, comme par exemple, un *accompagnement renforcé* ou l'*administration d'un traitement per os* qui marque un *début d'adhésion aux soins*.

-Selon l'infirmière 25 (pavillon fermé), les *doses utilisées sont trop faibles et donc inefficaces*. Cette position est également partagée par les infirmières générales qui, quant à elles, trouvent l'*apaisement pas assez rapide* et privilégieraient une contention physique sans traitement pharmacologique.

Tous, à l'exception des infirmières générales, retrouvent également un caractère potentiellement délétère à cette utilisation :

-Son *caractère intrusif* dans l'intimité du malade.

-Il s'agit d'une *situation potentiellement violente* pour le malade et les autres.

-Pour la population générale, les *possibles effets délétères sur son psychisme* et le *caractère douloureux* pour le malade sont à prendre en considération

Le caractère abusif de la mesure comporte quant à lui :

-L'idée partagée par tous d'une *privation de liberté* pouvant être *mal vécue par le malade* car il s'agit d'un *acte intrusif* dans son intimité (Etudiantes) pouvant être perçu comme *agressif* et être *mal vécue par la famille* en raison d'un *sentiment de culpabilité / responsabilité*.

Il s'agit aussi d'une situation potentiellement être mal vécue par les équipes parce qu'il s'agit *d'une situation potentiellement violente*.

Il faut également noter que cela renvoie à une *mauvaise image de la psychiatrie* avec un vocabulaire évocateur de l'*asile psychiatrique* (« *camisole chimique* » *Infirmière 25*, « *Femme 1 Il ne faut pas l'abrutir avec des médicaments* ».)

-Pour les infirmiers psychiatriques de l'hôpital de jour, la réalisation de cette mesure dépend d'une *évaluation subjective*, de la *dangerosité possible envers elle-même ou envers les autres*, qui est *fonction de la tolérance de l'évaluateur, du milieu familial et de la société* et dépend aussi du *niveau de souffrance des équipes de soins* et de leurs *capacités d'adaptation au stress*.

-Tous les participants s'accordent pour reconnaître un *risque d'abus*.

Tous remarquent qu'elle peut être utilisée comme une *solution de facilité* réalisée *pour le confort de l'équipe de soins* plus que pour celui du malade.

Les infirmiers de l'hôpital de jour, les élèves constatent qu'il peut s'agir d'une mesure utilisée pour compenser un *manque de personnel* ou un *manque de formation* (ce que notent aussi les infirmières générales).

Les infirmiers du pavillon fermé et ceux de l'hôpital de jour dénoncent une *utilisation trop systématique*, ainsi qu'une *durée trop longue* de la mesure.

-Tous relatent également les *contrôles insuffisants* à l'origine des éventuels abus.

Au total, tous les participants ont une attitude favorable à l'utilisation d'un traitement obligé en urgence, dans une logique de *protection de la personne*, prédominante pour les infirmiers et les étudiantes et de *protection des autres* prédominante pour la population générale.

La représentation de cette utilisation est mitigée : positive pour certains parce que renvoyant à une *bonne image de la psychiatrie*, et *permet de sortir de l'image de l'asile psychiatrique* et négative pour d'autres car évoquant une *privation de liberté* et à une *mauvaise image de la psychiatrie*, celle de l'*asile psychiatrique* (« *camisole chimique* » *Infirmière 25*).

3.4.2.2. Représentation du traitement obligé au long cours :

Tous les participants reconnaissent le caractère nécessaire de la mesure et s'accordent pour dire qu'il s'agit d'un acte indispensable pour la protection de la personne et des autres :

-Pour la *protection de la personne contre elle-même*, en raison de la présence d'un *déni de la pathologie* entraînant une *impossibilité à consentir librement aux soins*

-Pour la *protection contre les conséquences possibles de la maladie*, et notamment la *prévention des rechutes* car cela évite la *rupture de soins et l'arrêt du traitement*.

Tous signalent le *risque vital* entraîné par une *dangerosité possible* de la personne contre elle-même ou envers les autres.

Tous relèvent aussi le fait que cette mesure constitue le *seul moyen possible d'être sûr de l'observance médicamenteuse*.

Les infirmières générales remarquent également la nécessité de *protection du personnel soignant* face à un malade qui, sans traitement, peut être potentiellement dangereux.

Cela renvoie à une *mauvaise image des malades mentaux*, perçus comme *tous potentiellement dangereux pour les autres*.

La population générale souligne la nécessité de la *protection des autres* face aux conséquences de la maladie ainsi que l'intérêt de cette mesure pour *préserver l'entourage et les liens sociaux* du malade mental, qui *permet de libérer l'entourage du malade de la contrainte de la surveillance de la prise du traitement*.

Elle remarque également la nécessité de la *protection de la personne vulnérable* par rapport aux conséquences d'actes commis aux cours de la maladie, et notamment des *remords possibles* après d'éventuels passages à l'acte.

Tous les participants reconnaissent également un rôle thérapeutique à la réalisation d'un traitement obligé au long cours chez les malades mentaux :

-Tous notent une *fonction de soins*, par la *prévention des rechutes* et *l'amélioration de l'observance médicamenteuse* dans deux situations, celle où il y a un *déni de la pathologie* et celle où il y a des *troubles cognitifs liés à la pathologie*, empêchant une prise régulière du traitement.

-Les étudiantes infirmières notent également que cette mesure a un *rôle cadrant*, et donc un *effet d'apaisement* pour le malade.

Elles remarquent également, tout comme les infirmières générales, que cela entraîne une *diminution de la peur de rechuter* du malade.

-Les étudiantes relèvent aussi une *fonction symbolique* à cette mesure, qui, selon elles, consiste en un *rappel de la pathologie* et du *statut de malade*.

-Pour les équipes d'infirmiers psychiatriques et les étudiantes, on relève une *fonction de lien*, qui permet d'une part de maintenir un lien avec les équipes de soins et d'autre part la

réalisation d'un *travail sur l'adhésion aux soins* dans le but d'obtenir une *alliance thérapeutique*.

-Pour les équipes infirmières psychiatriques, les élèves et les infirmières générales, cela *libère les équipes de soins de la contrainte de la surveillance de la prise du traitement*, et donc leur *permet de travailler d'autres aspects de sa pathologie avec le patient*.

-La population générale, quant à elle, insiste sur le fait que cela *libère l'entourage du malade de la contrainte de la surveillance de la prise du traitement*, ce qui a un *effet rassurant* pour celui-ci et va améliorer les relations avec le malade.

Cela va donc permettre également *d'améliorer le confort de vie en société du malade*.

Cela renvoie donc à une *bonne image de la psychiatrie*, puisque cela conduit à une *amélioration de l'image des malades mentaux*, avec une *diminution du sentiment de peur* qu'ils inspirent à leur entourage et aux autres ce qui *facilite la réinsertion sociale* des malades.

-Les infirmiers psychiatriques ainsi que les élèves infirmières remarquent également que cette mesure est *plus pratique, moins contraignante dans la vie quotidienne* du malade que la prise plusieurs fois par jour d'un traitement per os.

-Pour les infirmières générales, cette mesure *permet aux équipes de soins d'éviter d'imposer trop de contraintes au malade* et donc *prévient la survenue de situations de violence*.

Tous s'accordent également pour reconnaître un caractère légitime à cette mesure :

-Parce qu'il y a un *déni de la pathologie* qui entraîne une *impossibilité à consentir librement aux soins*.

-Parce qu'elle *permet au malade de récupérer l'usage de sa liberté*, puisque c'est le traitement médicamenteux qui *permet au malade de récupérer son libre arbitre* et donc sa capacité à utiliser sa liberté.

Pour certains infirmiers psychiatriques (Infirmiers 25 et 27), *la contrainte à la prise d'un traitement provient de la maladie et non de l'équipe de soins*, qui au contraire essaie d'aider le malade.

-Parce qu'il s'agit d'un *acte de soins* réalisé dans l'intérêt du malade et des autres.

-Parce qu'elle a un *objectif de réinsertion sociale*, *permet la sortie d'hospitalisation* du malade et *évite les réhospitalisations* consécutives à une rechute.

Les infirmiers psychiatriques du SAGI, de l'hôpital de jour, et du service ouvert, tout comme les étudiantes infirmières reconnaissent un *caractère déstigmatisant* à cette mesure qui *diminue le renvoi à la position de malade* lié à la nécessité de prendre quotidiennement un traitement médicamenteux et *facilite la réinsertion sociale* du patient.

Cela évoque également une *bonne image de la psychiatrie qui facilite la réinsertion sociale* du malade et *permet la sortie de l'image asilaire* de la prise du traitement à heures fixes en salle de soins. (Infirmiers 16 et 17)

-Parce qu'elle n'est pas forcément mal vécue par le malade, puisque *demandée par certains patients, et moins contraignante dans la vie quotidienne.*

Les infirmiers du pavillon ouvert (Infirmiers 9 et 13) remarquent que cette mesure, une fois instaurée, est *rarement remise en cause par le malade.*

Les étudiantes infirmières et les infirmières générales relèvent aussi une *diminution de la peur de rechuter*, qui est aussi bénéfique pour le malade.

Nous ne retrouvons pas d'éléments évocateurs du caractère inutile de la mesure mais la plupart des participants (sauf chez les étudiantes infirmières, les infirmiers du SAGI et les infirmières générales) notent le caractère potentiellement délétère de celle-ci :

-La *survenue possible d'effets secondaires*, comme le *caractère douloureux* de l'injection, rapporté par tous et qui peut encore être majoré par l'apparition d'une *induration des fesses*, ou, comme le note la population générale, d'une *altération des facultés cognitives* qui peut être un *handicap à la réinsertion sociale* du malade puisqu'elle *perturbe sa vie quotidienne et peut limiter sa capacité à exercer une activité professionnelle.*

L'infirmière 10 relève également la présence d'*effets secondaires sur la libido* pouvant également être un *handicap à la réinsertion sociale* du malade ainsi qu'un facteur favorisant l'arrêt des traitements par le malade.

-Les équipes de soins des pavillons ouverts et fermés notent aussi qu'il s'agit d'un *acte intrusif* dans l'intimité du malade, qui peut être *potentiellement humiliant* pour celui-ci.

-L'équipe du pavillon ouvert ainsi que celle de l'hôpital de jour relèvent également le *caractère infantilisant, déresponsabilisant* de cette mesure qui peut être un *handicap à la réinsertion sociale* du malade, parce qu'elle *empêche le travail sur l'autonomie.*

Ils observent également que cela *peut empêcher l'établissement d'une relation de confiance* entre l'équipe et le malade et donc être une *entrave au processus d'adhésion aux soins.*

Certains des participants (pavillon ouvert, pavillon fermé, hôpital de jour) trouvent un caractère abusif à cette mesure :

-Il s'agit d'une *privation de liberté*, qui peut être *mal vécue par le malade* parce qu'il s'agit d'un *acte intrusif* dans son intimité qui peut être *potentiellement humiliant* pour lui et qu'il peut percevoir comme un *acte agressif.*

Le terme « violent » pour le malade est même utilisé par les infirmiers des pavillons ouverts et fermés pour décrire le vécu du malade par rapport à cette mesure.

Cette utilisation peut aussi être *mal vécue par les équipes de soins* en raison de cette privation de liberté.

Un infirmier du pavillon fermé (Infirmier 27) remarque que cette mesure pose un *problème éthique* puisque *la révocation du consentement aux soins est impossible* pour le malade quand l'injection a été réalisée.

Par ailleurs, cette utilisation est *mal vécue par les équipes de soins* parce qu'elle renvoie à une *mauvaise image des psychiatres*, et notamment à la *toute puissance*, car pour les infirmiers des pavillons ouverts et fermés, la réalisation d'injections retard dans les fesses des malades *instaure une relation de domination des soignants sur les soignés*.

« Infirmière 21 Et même pour nous ce n'est pas une bonne solution aussi, [...], on est détenteur du pouvoir, on maîtrise ça, [...]. Et puis, tu les piques dans les fesses donc tu es au dessus. Et puis, ça fait c'est moi qui domine, c'est moi qui fais, c'est moi qui donne. »

L'infirmier 13 signale aussi qu'il est parfois *difficile pour les équipes d'argumenter pour l'acceptation de l'injection retard* auprès du malade en fonction du rapport avantages / inconvénients, quand celui-ci n'est pas d'accord.

-Il y a un *risque d'abus* par une *utilisation trop facile*, une *utilisation trop systématique*, ainsi qu'une *durée trop longue* de cette mesure.

Les infirmiers des pavillons ouverts et fermés constatent aussi le *caractère imposé* au malade de cette mesure, avec *utilisation d'un chantage à la sortie pour obliger à l'acceptation*.

Pour eux, il s'agit d'un acte évoquant une *mauvaise image des psychiatres*, notamment en raison de leur *toute puissance*.

-Les infirmiers des pavillons ouverts, fermés et de l'hôpital de jour relèvent aussi des *contrôles insuffisants* sur cette mesure et notamment une *réévaluation insuffisante*.

Au total, on retrouve une attitude favorable, chez tous les groupes, envers cette mesure.

Cependant, on constate que, pour la population générale, la *protection des autres* demeure l'élément déterminant.

Cela est également vrai pour les infirmières générales, pour la *protection du personnel soignant*.

Cette logique est encore une fois déterminée par une *mauvaise image des malades mentaux*, perçus comme *tous potentiellement dangereux pour les autres* et qui leur inspirent un *sentiment de peur*.

Pour les infirmiers psychiatriques et les étudiantes infirmières, il s'agit plutôt de la *protection de la personne*.

En ce qui concerne la représentation de cette mesure, pour certains groupes, n'ayant pas noté d'éléments négatifs à cette utilisation (SAGI, Etudiantes infirmières) ou très peu (Population générale, Infirmières générales), elle est très positive, parce qu'elle renvoie à une *bonne image de la psychiatrie* et à un *caractère déstigmatisant* de celle-ci.

Pour les autres groupes, elle reste plutôt positive en raison de cette *bonne image de la psychiatrie* mais un peu moins car tempérée par une *mauvaise image des psychiatres*.

3.4.3. Représentation des mesures physiques de contrainte :

Parmi les mesures physiques de contrainte, deux catégories ont été réalisées qui sont, d'une part la contention physique, représentée par la chambre d'isolement et les contentions mécaniques, et d'autre part l'utilisation de la mise en pyjama.

3.4.3.1 Représentation de la contention physique :

Le premier thème cité est, comme pour les autres mesures, le caractère nécessaire de la contention physique, reconnu par tous les interviewés :

Tous disent en effet qu'il s'agit d'un *acte indispensable à la protection de la personne et des autres*, parfois le *seul moyen possible* en urgence associé à l'administration d'un traitement pharmacologique.

Le sous thème prédominant est la *protection contre les conséquences possibles de la maladie*, avec le *risque vital* et la nécessité de protection contre la *dangerosité possible* de la personne pour elle-même ou pour les autres.

La *protection des autres*, malades et membres du personnel tient aussi une place prépondérante pour la population générale.

Cela évoque les sous thèmes de la *protection de la personne vulnérable*, à savoir les autres malades pouvant être perturbés par un comportement agressif ou une scène de violence, et de la *protection du personnel*.

Pour les infirmiers et les étudiantes infirmières, la prise de décision dépend plutôt d'une logique de *protection de la personne*.

Pour certains infirmiers psychiatriques (Infirmière 22, pavillon ouvert, pavillon fermé, SAGI), la mesure de contention physique a un rôle de *prévention des épisodes d'agitation aiguë et de la violence*.

Certains infirmiers psychiatriques du pavillon fermé parlent d'une utilisation de la chambre d'isolement en *prévention du risque suicidaire* quand celui-ci est majeur chez les patients mélancoliques.

Le rôle thérapeutique des mesures de contention physique est également abordé par toutes les équipes infirmières et les étudiantes infirmières et comporte :

-Un *rôle cadrant*, avec un *effet d'apaisement*, par la *diminution des stimuli externes* et une *fonction contenant* qui permet d'apaiser les angoisses de morcellement des patients.

Pour l'infirmier 3 c'est à réaliser quand « **le surmoi des patients ne marche plus** ».

« **Infirmier 20 C'est pour les patients qui ont besoin d'un contenant physique à leur psychisme.** »

Certains infirmiers psychiatriques du pavillon ouvert (Infirmier 8 et 10) insistent sur l'importance d'*effectuer des gestes de non agression* du malade pendant la mise sous contention mécanique transformant ainsi un *acte agressif* en une action de *prendre soin du malade*.

-Une *fonction de lien*, relevée également par tous les infirmiers psychiatriques et les étudiantes infirmières, qui *permet l'établissement de la relation thérapeutique* entre le malade et l'équipe de soins.

« **Infirmière 10** *L'attachement, c'est refaire le lien.* »

Certains infirmiers du pavillon ouvert (Infirmiers 8 et 10) soulignent également *l'importance de délivrer des explications* adaptées au malade sur le sens de la mesure afin de permettre l'établissement de ce lien.

-Une *fonction de soins*, comme le remarquent les infirmiers du pavillon fermé et de l'hôpital de jour, puisque la réalisation de cette mesure *permet une surveillance infirmière accrue* et donc de *prendre soin du malade*.

-Des infirmiers psychiatriques de l'hôpital de jour (Infirmiers 15 et 16), parlent d'une forme particulière de contention physique qui est la contention physique réalisée par les infirmiers psychiatriques du SAGI et dont le *rôle thérapeutique* comprend ces trois fonctions mais également un *rôle de protection du malade et des autres* ainsi qu'un *rôle de prévention de la survenue d'épisodes d'agitation ou de violence*.

Cette contention physique est, selon eux, *plus bénéfique* qu'une contention chimique, ou d'autres types de contention physique comme la chambre d'isolement ou la contention mécanique, parce qu'elle est *moins intrusive*, et qu'elle permet parfois *d'éviter le recours à des mesures de contentions chimique ou physique plus intrusives*.

Au niveau du caractère inutile de l'utilisation de la contention physique, on retrouve :

-La *présence de solutions alternatives*, mentionnée par les infirmiers de l'hôpital de jour, qui pourrait parfois être évitée par une *surveillance infirmière accrue*, ou par une autre forme de contention physique que la chambre d'isolement ou la contention mécanique, *moins intrusive*, qui est l'action du SAGI.

Les infirmiers psychiatriques, et notamment ceux du SAGI, notent d'ailleurs que la contention physique et surtout la contention mécanique *doit être une solution de dernier recours*, hors indications médicales particulières.

-Le *caractère inefficace* parfois de la contention physique, dans certaines situations cliniques, relevé par les étudiantes infirmières.

Certains participants relèvent un caractère potentiellement délétère à cette mesure :

-Le *caractère intrusif* dans l'intimité du malade de la contention mécanique, relevé par les infirmiers du pavillon ouvert et de l'hôpital de jour.

-Les infirmiers du service ouvert remarquent que si l'utilisation de la chambre d'isolement *permet l'établissement d'une relation thérapeutique*, la contention mécanique, quant à elle, *peut être une entrave dans la relation d'adhésion aux soins*.

-Pour certains infirmiers psychiatriques, et notamment ceux du SAGI, la contention mécanique *peut être à l'origine d'angoisses majeures et peut donc provoquer un état d'agitation aiguë*, au lieu de l'apaiser.

-Pour l'infirmier 8, si l'infirmier psychiatrique vit la mesure comme une privation de liberté uniquement, et non comme un acte de soins, il risque de réaliser la mesure en étant en désaccord avec elle, ce qui amènera le patient à la prendre comme un *acte agressif*. Il constate que pour les équipes de soins, il y a une grande *difficulté à appliquer un acte avec lequel on est en désaccord*.

Pour les groupes d'infirmiers et les étudiantes, il y a un caractère légitime à cette mesure :

Il s'agit d'un *acte de soins* donc dans l'intérêt de la personne.

Il y a des *contrôles possibles*, et notamment la présence d'une *indication médicale* et d'une *évaluation infirmière*.

Plusieurs infirmiers psychiatriques (pavillon ouvert, hôpital de jour) ainsi que les étudiantes infirmières remarquent également que ces mesures ne sont pas *forcément mal vécues* par le malade, puisqu'elles sont *parfois demandées par le malade* de façon implicite ou explicite (Infirmier 16).

Tous les participants relèvent un caractère abusif à la réalisation de mesures de contention physique :

-Parce qu'il s'agit d'une *privation de liberté*, parmi les plus importantes possibles.

En tant que telle, elle peut donc être *mal vécue par le malade*, surtout en ce qui concerne la contention mécanique qu'il peut percevoir comme un *acte agressif*.

Il est à noter que la plupart des infirmiers psychiatriques estiment que cette mesure a un *caractère violent* pour le malade.

D'ailleurs, on relève dans le débat de la population générale des éléments renvoyant à une *mauvaise image de la psychiatrie*, celle de *l'asile psychiatrique* et plus spécifiquement à une *mauvaise représentation de la contention physique* en psychiatrie, qui a, selon eux, un *caractère barbare*, un *caractère inhumain* et est un *moyen de torture*.

On le voit dans les extraits suivants :

« *Je trouve ça assez barbare, par rapport à ce qu'on peut faire maintenant.* » (Homme 2)

« *C'est un peu une torture.* » (Femme 7)

« *C'est inhumain.* » (Homme 2)

« *Je pense que l'isolement, c'est peut être la pire des tortures.* » (Homme 2)

« *C'est le truc le plus vicieux en fait.* » (Femme 6)

Il faut également noter le vocabulaire renvoyant à la prison, dans le focus group des infirmières générales, ainsi que dans celui des étudiantes infirmières comme le montrent ces extraits :

« *Infirmière 31 C'est la chambre où on est emprisonné, c'est ça ?* »

« Etudiante 2 Si c'est perçu par la personne comme une prison, une punition, ça ne sera plus soignant, ce sera au contraire une détention. »

Pour certains infirmiers psychiatriques, cette mesure de privation de liberté est aussi *mal vécue par les équipes de soins* parce qu'elles projettent leur propre représentation du moyen de contention et la façon dont elles le vivraient elles, sur le malade mental :

« Infirmière 15 J'ai souvent entendu dire que c'était horrible d'enfermer quelqu'un, de l'isoler, mais [...] je pense que c'est plus la représentation que nous on a de cette contrainte, de ce que ça signifie pour nous, qui sommes névrosés, du moins je l'espère et de ce que ça peut induire chez nous, cette mise en chambre d'isolement, et un peu moins de ce que ça provoque chez le patient ».

Cela renvoie au thème *mauvaise image de la contention physique* et au *caractère violent* prêté à la mesure et explique le *sentiment de culpabilité / responsabilité* chez les équipes de soins chargées de sa réalisation qui *pensent faire un acte abusif, un acte agressif* pour le malade.

Pour certains infirmiers psychiatriques, c'est encore une *mauvaise image de la psychiatrie*, celle de *l'asile psychiatrique*, qui est évoquée par cette mesure comme le montre cet extrait :

« Déjà, ça fait un peu vieillot, ces mesures, ancestral. » (Infirmière 10)

-Il s'agit d'un acte qui dépend d'une *évaluation subjective* de la *dangerosité possible de la personne envers elle-même ou envers les autres* et qui donc *dépend de la tolérance de l'évaluateur*, de son niveau de formation, du niveau de souffrance de l'équipe de soins et de ses capacités à la gestion du stress.

-Tous les participants, à l'exception des infirmières générales, constatent un *risque d'abus*.

La plupart, et notamment les infirmiers psychiatriques, relèvent le *caractère maltraitant* d'une contention physique sans sédation.

Nous retrouvons donc là la *mauvaise image de la contention physique* et notamment à son *caractère inhumain*.

Tous définissent également d'autres abus comme une *durée trop longue* de la mesure, une *utilisation trop systématique*, une utilisation comme *solution de facilité* soit *pour le confort de l'équipe* et non celui du malade, soit *pour compenser un manque de personnel*, un *manque de formation* ou un *manque de professionnalisme*, à savoir une *utilisation punitive* de ces mesures.

Certains infirmiers psychiatriques du pavillon ouvert, du SAGI, ainsi que les infirmières générales remarquent également un *caractère trop banalisé* d'une utilisation qui devrait rester exceptionnelle.

Les infirmiers du pavillon fermé et du SAGI soulignent un *manque d'explications de la part du corps médical* quant au sens de la mesure, au patient mais aussi aux équipes.

Les infirmiers du SAGI dénoncent également un *manque d'implication du corps médical* dans la réalisation de la mesure, y compris dans l'annonce de la mise sous contention et le fait *que la mesure repose trop sur l'équipe de soins*.

-Pour les participants, la survenue d'abus est liée à des *contrôles insuffisants* et notamment à une *réévaluation insuffisante*.

Au total, la majorité des participants (à l'exception de certaines personnes de la population générale) a une attitude favorable quant à l'utilisation des mesures de contention physique, quoique pour des motifs différents.

Pour la population générale, cela répond plus à une logique de *protection des autres*, et renvoie à la *protection de la personne vulnérable*, à savoir les autres malades, et à la *protection du personnel*.

Pour les infirmiers et les étudiantes infirmières, il s'agit plus d'une logique de *protection de la personne* et un *effet d'apaisement* qui sont pris en compte dans le processus décisionnel.

Au niveau de la représentation de cette utilisation, on constate que la représentation de la contention par la population générale est très négative, avec un *caractère barbare* et un renvoi à une *mauvaise image de la psychiatrie*, celle de l'*asile psychiatrique*.

Pour les infirmiers psychiatriques, cette représentation est elle aussi plutôt négative, bien que plus modérément, en raison de la *privation de liberté* que cela implique, du fait qu'ils se mettent à la place du patient qui le vit et donc pensent faire un acte abusif en réalisant cette mesure.

Nous constatons donc également chez eux, une *mauvaise image de la contention physique* et plus généralement une *mauvaise image de la psychiatrie* à laquelle elle renvoie, celle de l'*asile psychiatrique*.

3.4.3.2. Représentation de l'utilisation de la mise en pyjama :

Le caractère nécessaire est beaucoup moins présent que dans les autres thèmes :

Il s'agit essentiellement de la *protection de la personne* et surtout pour la *prévention du risque de fugue* et la *prévention du risque suicidaire*.

Tous les participants mentionnent cependant un rôle thérapeutique à cette utilisation de la mise en pyjama :

-Un *rôle cadrant* en raison de la *diminution des stimuli externes*, comme le disent les infirmiers des pavillons ouverts et fermés, ou, de la réalisation d'une *rupture avec le milieu extérieur*, comme le notent les étudiantes infirmières, qui peuvent avoir un *effet d'apaisement* sur le malade.

Certaines étudiantes infirmières parlent d'un *rôle contenant* du pyjama sur le psychisme du malade.

-Une fonction symbolique, citée par tous les interviewés, qui correspond au *rappel de la pathologie*, et du *statut de malade*.

« *Infirmière 31 Pyjama = Malade.* »

Pour l'infirmière 28 (infirmières générales), cela *permet le travail sur déni de la pathologie et facilite le travail sur l'adhésion aux soins*.

-Une fonction de lien, notée par les infirmiers du pavillon ouvert et les étudiantes infirmières, en raison de la *régression infantile* entraînée par cette mesure, qui *oblige la personne à entrer en contact avec les soignants* et donc *permet l'établissement d'une relation thérapeutique* entre l'équipe et le malade.

Au niveau du caractère légitime de cette utilisation, on relève surtout le fait que ce pyjama est considéré comme *relativement respectueux* comparé à ceux de l'hôpital général, ce qui est cité par les infirmiers du pavillon fermé et la population générale.

Par contre, le caractère inutile de cette utilisation est largement relevé par les différents participants :

Certains participants, remarquent en effet que cela a un *caractère inefficace* dans la *prévention des fugues* et la *prévention du risque suicidaire*.

Tous les participants relèvent également un caractère potentiellement délétère à cette mesure :

-Les infirmiers psychiatriques du pavillon ouvert et de l'hôpital de jour, notent que cela entraîne la *perte d'un moyen de protection* pour le malade et peut donc avoir un *effet angoissant* pour celui-ci.

-Les infirmiers du pavillon fermé, les étudiantes infirmières et la population générale, remarquent également que cela est une *entrave à l'établissement de relations sociales* avec les autres malades et donc être un *handicap à la réinsertion sociale* future.

Ils soulignent aussi que cela peut entraîner un *isolement social* du malade.

Ils remarquent également que cela renvoie à une *mauvaise image des malades mentaux* qui entraîne un *sentiment de peur*, et amène à les considérer *comme tous potentiellement dangereux pour les autres*.

Cette mesure a donc un effet de *dégradation de l'image des malades mentaux*.

-Les infirmiers de l'hôpital de jour et la population générale relèvent aussi le *caractère infantilisant / déresponsabilisant* de cette mesure qui peut être une *entrave au travail sur l'autonomie* et un *handicap à la réinsertion sociale* future.

Les infirmiers psychiatriques du SAGI constatent un *effet culpabilisant* du malade par rapport à sa pathologie, qui peut entraîner une *diminution de l'estime de soi*.

-Les infirmiers du SAGI, de l'hôpital de jour, du pavillon fermé et les infirmières générales, relèvent un *caractère stigmatisant* à cette mesure, puisque tous les malades ne sont pas en pyjama.

Un infirmier du pavillon fermé (Infirmier 27) remarque également que les patients en pyjama sont *exposés aux yeux de tous*, y compris des familles de malades et des visiteurs.

-Les infirmiers du pavillon fermé remarquent qu'il s'agit d'un *acte intrusif* dans l'intimité du malade.

-Les infirmiers du SAGI, les infirmières générales et la population générale notent une *perte d'identité de la personne* ce qui est la conséquence du *rappel au statut de malade*.

-Les infirmières générales rappellent que le sens de la mesure est souvent *mal compris* par le malade ce qui lui enlève son rôle thérapeutique.

Tous les participants soulignent un *caractère abusif* à cette utilisation :

-Il s'agit d'une mesure de *privation de liberté*, qui peut être mal vécue par le malade car il s'agit d'un *acte intrusif*, qu'il peut percevoir comme un *acte agressif* (infirmières générales) ou à un *acte punitif* (population générale).

Les infirmiers du SAGI, de l'hôpital de jour et la population générale soulignent par ailleurs que cette mesure a un *caractère dégradant* et même un *caractère humiliant* pour le malade.

Les infirmiers du pavillon ouvert et les infirmières générales constatent, quant à eux, que le *rappel du statut de malade* et la *perte d'identité* qui s'en suit, peuvent être considérées comme un moyen d'établir une *relation de domination du médecin sur le malade*.

Ils craignent d'ailleurs que cela constitue un *moyen d'imposer une adhésion aux soins* proposés et l'infirmier 13 remarque qu'il peut s'agir d'un *moyen de chantage* sur le malade afin d'obtenir cette adhésion.

Cela renvoie à une mauvaise image des psychiatres, et notamment au caractère de *toute puissance* qui leur est prêtée.

On note d'ailleurs que cette *toute puissance* n'est pas le propre des psychiatres mais renvoie plus généralement à une *mauvaise image des médecins*, comme le montrent ces extraits :

« Infirmière 28 Quand on rentre à l'hôpital, on n'est plus une personne mais simplement un malade, un numéro de chambre, quoi... »

« Infirmière 30 Et puis, ça donne un certain pouvoir sur la personne malade. »

« Infirmière 28 Oui, d'avoir l'emprise sur les gens et imposer nos décisions. »

Cette *perte d'identité* renvoie à une *perte du statut d'humain*, qui associé à la notion de handicap à la réinsertion sociale renvoie à une *mauvaise image de la psychiatrie* et notamment à la vision de *l'asile psychiatrique* et de la *relation de dépendance par rapport à l'institution* que cela crée chez le malade.

Il faut toutefois noter que cette *perte du statut d'humain* n'est pas spécifique à la psychiatrie, puisque les infirmières générales signalent aussi ce risque, comme le montre cet extrait :

« Infirmière 28 Et d'ailleurs, c'est difficile après de s'en séparer pour les gens qui ont vécu ça quand ils arrivent ici, de leur faire comprendre qu'ils sont des êtres humains et pas des malades à qui on peut tout faire. »

Il faut noter également que cette privation de liberté évoque une *mauvaise image de la psychiatrie* et notamment celle de *l'asile psychiatrique*, comme le montre cet extrait :
« **Infirmière 31** *Ah oui, est ce que c'est vraiment un pyjama et pas ce qu'on appelait camisole de force ?* »

« **Infirmière 31** *Ce n'est pas un pyjama qui entrave les bras ?* »

« **Infirmier 27** *C'est très asilaire, quand même le pyjama.* »

L'infirmière 31 le qualifie aussi d'« uniforme » ce qui renvoie au *caractère normalisateur* de cette utilisation.

Nous retrouvons également l'image de la *prison*, comme le montrent ces extraits :

« **Infirmière 24** *Oui, mais il se rapproche plus de celui d'une prison.* »

« **Infirmière 24** *Oui, ça fait un peu taulard, quoi...* »

Cette privation de liberté est aussi *mal vécue par la famille* du malade car cela engendre un *sentiment de culpabilité / responsabilité* par rapport et que cela peut être également à l'origine d'une *dégradation de l'image du malade mental* et d'une *perte du statut d'humain*.

Les équipes infirmières constatent également que cela est *mal vécu par les équipes de soins* car cela renvoie à une *mauvaise image de la psychiatrie*, à une *mauvaise image de l'utilisation du pyjama* et à une *mauvaise image des psychiatres*

-Il y a un *risque d'abus* souligné par tous les participants, qui consiste à une *utilisation trop systématique*, à une utilisation comme une *solution de facilité* pour le confort de l'équipe, à une *durée trop longue*, ou comme un *acte punitif*.

Les infirmiers du pavillon fermé signalent un *manque d'explications du corps médical* au patient et aux équipes de soins, par rapport au sens de la mesure.

-Les infirmiers psychiatriques signalent une *réévaluation insuffisante* de cette mesure ce qui renvoie au sous thème *contrôles insuffisants*.

Au total, l'attitude envers l'utilisation de la mise en pyjama est mitigée:

La population générale, y est très défavorable considérant la mesure comme inutile voire délétère.

Pour les infirmiers, le *rôle thérapeutique* et le *caractère nécessaire* de la mesure font qu'ils y sont favorables dans certains cas particuliers et défavorables sinon.

Cela peut être expliqué par la représentation globalement négative de l'utilisation de la mise en pyjama où prédomine son *caractère abusif*.

En effet, pour la plupart des participants, cette mesure a un *caractère stigmatisant* pour les malades mentaux parce qu'elle entraîne une *perte d'identité* pour eux et notamment la *perte de leur statut d'humain*.

Cela renvoie donc à une *mauvaise image de la psychiatrie* de type *asile psychiatrique* ou *prison*, à une *mauvaise image des psychiatres* ainsi qu'à une *dégradation de l'image des malades mentaux* qui vont à nouveau inspirer un *sentiment de peur*.

3.4.4. Représentation de l'utilisation des obligations (ou contraintes morales) :

Dans ce chapitre, on a regroupé deux types de mesures qui ont un caractère obligatoire mais ne relèvent pas de l'application d'une contrainte physique.

La première est l'utilisation de ces obligations, pendant l'hospitalisation, comme moyen de parvenir à un comportement plus adapté aux règles de la vie en société, plus citoyen.

La seconde est la réalisation, parfois imposée, de restrictions dans le projet de vie du malade mental.

3.4.4.1. Représentation de l'utilisation des obligations à but citoyen :

Le premier thème abordé est le *caractère nécessaire* de ces mesures :

Ce thème est présent pour tous les participants, avec la prédominance du sous thème de la *protection contre les conséquences possibles de la maladie*.

-Parmi celles-ci, on remarque la prévention d'un *risque vital*, en cas de comportements inadaptés à l'extérieur avec même le terme « Non assistance à personne en danger ».

L'infirmière 15 précise qu'il s'agit du rôle mais aussi du *devoir de l'infirmier* de protéger son malade et les autres.

-On relève également la nécessité de *protection des autres*, relevée essentiellement par la population générale et les étudiantes infirmières, contre les conséquences d'éventuels comportements inadaptés ou abus de la part du malade, soit des autres malades ce qui renvoie à la *protection de la personne vulnérable*, soit du personnel ou des personnes extérieures ce qui renvoie à la nécessité de *respect des autres*.

-La population générale et les étudiantes infirmières insistent, quant à elles, sur la nécessité de la *préservation de l'entourage* et de *préservation des liens familiaux et sociaux* du malade qui, s'ils sont dégradés, peuvent être à l'origine d'un *isolement social* du malade.

Certains infirmiers psychiatriques, comme l'infirmière 25, relèvent un rôle *de prévention de la survenue d'un épisode d'agitation aigüe ou de violence*.

Tous les participants reconnaissent également un *rôle thérapeutique* à l'utilisation de ces mesures :

-Une *fonction de soins*, citée par les infirmiers du SAGI et du pavillon ouvert, parce que certains comportements inadaptés relèvent d'une dynamique délirante et que leur amélioration fait partie du traitement de la pathologie.

-Un *rôle cadrant*, cité par les infirmiers du pavillon ouvert et les étudiantes infirmières, qui a un effet d'apaisement par le fait que la mesure permet de poser des limites au malade, par la rupture avec le milieu extérieur et la diminution des stimuli externes qu'elle entraîne.

-Un *rôle structurant*, ou éducatif, qui est rapporté par tous les participants et comporte plusieurs volets.

Tous s'accordent à dire que cela *permet de compenser un apprentissage défailant des règles de la vie en société*.

L'infirmier 8 du pavillon ouvert remarque qu'il s'agit de redonner une échelle de valeurs au malade pour lui permettre de mieux adapter son comportement aux situations de vie en société.

Les infirmiers du SAGI considèrent qu'il s'agit également d'un *apprentissage de la gestion des frustrations*, qui sont inévitables dans la vie en société.

La population générale, les étudiantes infirmières et les infirmières générales considèrent qu'il s'agit aussi d'un *apprentissage de l'exercice de la liberté* avec une *prise de conscience de la présence de contraintes s'appliquant à tous* (étudiantes infirmières), une *prise de conscience de la nécessité de ne pas entraver la liberté des autres*, et une *prise de conscience de la nécessité du partage des tâches et des contraintes*.

-Il s'agit d'un acte *moins intrusif* qu'une contention physique ou une contention chimique qu'il permet parfois d'éviter.

Les infirmiers du SAGI, du pavillon fermé et de l'hôpital de jour considèrent que la réalisation de ce type de mesure fait partie du rôle de l'infirmier psychiatrique.

-Pour tous les participants, il s'agit de mesures qui *permettent d'améliorer le confort de vie en société* du malade et qui *facilitent la réinsertion sociale* de celui-ci.

La population générale remarque qu'il s'agit d'une première étape obligatoire qui *permet la socialisation* du malade, que cela *améliore considérablement ses relations avec sa famille et les autres*.

Ils remarquent également que cela permet une *amélioration de l'image des malades mentaux* avec *diminution du sentiment de peur* qu'ils inspirent.

La population générale et les étudiantes infirmières constatent qu'il s'agit également d'une mesure qui *redonne un rythme* au malade ce qui *facilite une éventuelle réinsertion professionnelle*.

-Pour la population générale, il s'agit de mesures qui ont un *caractère responsabilisant* pour le malade, qui lui donnent un *sentiment d'utilité* et favorisent une *amélioration de l'estime de soi*.

Tous reconnaissent un *caractère légitime* à cette utilisation :

-La population générale et certaines étudiantes, relèvent qu'il s'agit d'une mesure qui *permet au malade de récupérer l'usage de sa liberté*, au moyen d'un *apprentissage de l'exercice de la liberté*.

Tous remarquent également que cela *permet la sortie d'hospitalisation* et *facilite la réinsertion sociale* du malade, ce qui renvoie à une *bonne image de la psychiatrie*.

-Il s'agit d'un *acte de soins*, réalisé dans l'intérêt du malade.

-Pour la population générale et les infirmières générales, il s'agit d'une mesure qui *redonne une place d'humain* au malade, lui *permet de sortir du statut de malade*, et permet une *amélioration de l'image des malades mentaux*.

Il s'agit d'un *caractère déstigmatisant* des malades mentaux.

« Infirmière 28 Je pense que c'est un bon moyen, effectivement, parce que voilà, on ne leur enlève pas tout, ce ne sont pas que des patients, mais bien des gens à part entière. »

« Homme 2 C'est pour ça que contrairement au pyjama, c'est important pour le patient de pouvoir mettre la table, vivre normalement [...], de se sentir utile, humain, bien par ses vêtements, d'être quelqu'un. »

-Tous remarquent qu'il s'agit de l'apprentissage de règles qui sont les *mêmes pour tous* et qui sont des *obligations citoyennes permettant la vie en société* et la liberté de tous.

-Il y a des *contrôles possibles* car la mesure est une *indication médicale* et une *évaluation infirmière*.

Il faut noter que pour les infirmières générales, on ne retrouve que des éléments évocateurs de ces trois thèmes principaux.

Le caractère inutile de la mesure est retrouvé dans les groupes d'infirmiers psychiatriques et chez les étudiantes infirmières :

-Pour certains infirmiers du pavillon ouvert, du pavillon fermé et de l'hôpital de jour, cette mesure *n'est pas adaptée à tous les malades*, ce qui renvoie à un *caractère inefficace* de celle-ci.

-Pour certains infirmiers du SAGI, du pavillon ouvert ainsi que pour les étudiantes infirmières, cette mesure a un *caractère inutile* parce que, selon eux, *les comportements inadaptés des malades relèvent plus de l'éducation que de la maladie mentale* et ne sont donc pas forcément à traiter.

« Infirmier 5 Et en même temps, est ce qu'on a un rôle d'éducateur ? »

Pour certains, comme l'infirmier 5, cela signifie un oubli de la maladie et une volonté de normalisation des malades mentaux.

« Infirmier 5 Il faut accepter qu'ils sont malades et qu'ils font des choses qui ne sont pas dans la réalité. »

« Infirmier 5 Mais est ce que quelque part, en faisant ça, on ne fait pas abstraction de la maladie, justement, en voulant à tout prix les faire entrer dans une norme sociale qui est la notre ? »

Nous retrouvons donc ici la *mauvaise image de la psychiatrie* et notamment son *rôle normalisateur*.

Pour tous les participants, à l'exception des infirmières générales, on relève un caractère potentiellement délétère à cette utilisation :

-Pour certains infirmiers psychiatriques, cette mesure possède également un *caractère culpabilisant* pour le malade parce qu'elle le rend responsable de sa maladie et des comportements inadaptés liés à celle-ci

C'est le cas, par exemple, de l'infirmier 8 pour qui cette mesure concerne au contraire plus les psychopathes que les psychotiques, pour lesquels elle doit être plus graduée.

- Pour les étudiantes infirmières ainsi que pour la population générale, cette mesure a aussi un *caractère infantilisant / déresponsabilisant*, qui semble être une entrave au travail sur l'autonomie réalisé avec le malade.

-L'infirmière 10, du pavillon ouvert, considère que parfois cela enlève des *moyens de défense* au patient et peut donc avoir un *effet angoissant*.

Pour elle, il s'agit également parfois d'un *acte intrusif* pour le malade quand il s'adresse à son apparence physique ou à son intimité parce qu'elle considère que cela induit une *perte d'identité*.

« Infirmière 10 Moi je suis contre ces mesures de contrainte qui visent à faire ressembler le malade à tout le monde. »

-Pour l'infirmière 12, l'utilisation de ces mesures *peut diminuer le plaisir de vivre* des patients et être délétère pour leur thymie.

« Infirmière 12 Oui, ils n'ont pas beaucoup de plaisir dans leur vie, alors leur enlever, je ne suis pas pour. »

Tous les groupes, à l'exception des infirmières générales, retrouvent un caractère abusif à la mesure :

-Pour les infirmiers psychiatriques et les étudiantes infirmières, il s'agit d'une *privation de liberté* qui peut être mal vécue par le malade parce qu'il s'agit d'un *acte intrusif* qui peut être perçu comme un *acte agressif*.

« Infirmière 10 On entrave le peu de liberté qui leur reste, quoi. »

Pour certains infirmiers psychiatriques, cette mesure a un *caractère violent pour le malade*, comme le montrent ces extraits :

« Infirmière 10 Il faut voir la violence de ce qu'on lui a fait vivre à cet homme. »

« Infirmière 10 C'est le look des patients [...], nous, on le leur enlève au nom de la vie en société. Parfois, moi, je trouve ça hyper violent. »

Cette *privation de liberté* est surtout mal vécue par les équipes de soins, et notamment par certains infirmiers psychiatriques :

D'une part parce qu'ils *pensent faire un acte abusif* en réalisant la mesure ce qui présente donc un *caractère violent pour l'équipe de soins*.

« Infirmière 10 Moi, ça me fait extrêmement violence et je ne partage pas ce point de vue. »

« Infirmière 10 Moi, ça me fait bondir ça. »

« Infirmier 3 ça m'a choqué mais je le comprends. »

On constate également que si les mesures ajoutant des obligations citoyennes, comme le partage des tâches, au malade sont assez bien acceptées, les mesures restrictives sont souvent *mal vécues par les équipes de soins* qui les considèrent comme un *acte punitif* et à *caractère inhumain* donc un abus.

« Infirmier 16 Moi j'allais dire, déjà avec mes chiens, je suis dans la stimulation positive et pas dans la punition, donc je me vois mal faire ça avec mes semblables.»

D'autre part, parce qu'encore une fois, cela évoque pour eux une *mauvaise image de la psychiatrie* et notamment un *rôle normalisateur*.

En effet, ils craignent que cela résulte d'une *volonté de protection de la société contre les malades mentaux*, et que cette mesure soit un *moyen de contrôle social* plus qu'un outil de soins.

« Infirmier 3 On n'est pas là pour rendre des patients tout blancs, tout propres, tout jolis pour satisfaire la société »

« Infirmier 3 Mais on en vient à gommer ce qu'ils sont, pour que la société ne soit pas gênée d'avoir pu produire des gens comme ça »

« Infirmière 10 Mais est ce que tu ne crois pas à quelque chose de l'évolution actuelle de la société ? Qu'on ne veut plus des malades mentaux, qu'on les parque, qu'on durcit encore les lois pour les empêcher de sortir et que du coup on les oblige à ressembler à tout le monde ? »

On relève également un autre renvoi à une *mauvaise image de la psychiatrie* qui est celle de *l'asile psychiatrique*.

« Infirmier 20 Ça fait un peu « réac » quoi. »

« Infirmier 3 On n'est pas là pour moraliser la société ni les patients. »

Par ailleurs, la réalisation de cette mesure est également *mal vécue par les équipes de soins* parce que cela renvoie à un *rôle négatif des soignants* et notamment à une *crainte d'une toute puissance*.

« Infirmière 15 C'est compliqué, parce que je suis qui, pour imposer quelque chose à untel ou untel ? »

« Infirmière 19 C'est un peu de la toute puissance, quoi. »

- Pour certains infirmiers psychiatriques, et notamment ceux du pavillon fermé et de l'hôpital de jour mais aussi pour ceux du SAGI, c'est plus la question de l'*évaluation subjective* d'un trouble éventuel du comportement qui se pose, parce qu'elle est *fonction de la tolérance et des valeurs de l'évaluateur*, et *fonction de la tolérance de la société*.

On note également que la *difficulté de définition de la norme sociale et de la citoyenneté* pose problème aux soignants.

« *Infirmière 15 C'est hyper subjectif comme question. Parce que d'abord, la normalité elle est où ? La citoyenneté elle est où ?* »

Ces mesures sont donc pour eux d'*application délicate* car elles conduisent à une *position ambivalente des soignants* entre d'une part, la nécessité de *protection du malade* et l'*objectif de réinsertion sociale* et d'autre part la crainte d'avoir un *rôle normalisateur*.

« *Infirmier 3 Vivre en société oui, normaliser non.* »

« *Infirmière 15 Ca me met parfois dans des ambivalences en me disant « Ben là, quand même, tu es soignant, donc tu dois apporter au patient un certain savoir [...] mais jusqu'où ?* »

-Pour tous les infirmiers psychiatriques, on relève un *risque d'abus* dont une *perte d'identité* du malade, citée par le SAGI, un caractère *trop étendu* cité par le pavillon fermé puisque s'étendant aux choix du médecin, un caractère *trop systématique*.

On relève également pour les infirmiers psychiatriques mais aussi pour la population générale la crainte d'une *utilisation punitive*.

Les infirmiers de l'hôpital de jour relèvent également que cela peut être utilisé comme *moyen de chantage* pour forcer la personne à des changements qu'elle refuse.

Au total, on relève une attitude partagée envers la réalisation de ces mesures :

En effet, pour la population générale, les infirmières générales, l'attitude envers la cette mesure est globalement très favorable, en raison de son *caractère nécessaire* et de son *rôle thérapeutique*, mais aussi probablement parce que la représentation qu'elles en ont est positive renvoie à une *bonne image de la psychiatrie* qui *redonne une place d'humain*, aux malades mentaux.

Pour les infirmiers psychiatriques, ainsi que pour les étudiantes infirmières, cela est plus compliqué, car si, pour la majorité d'entre eux, leur attitude envers la mesure est plutôt favorable en raison de son *caractère nécessaire* et de son *rôle thérapeutique*, certains d'entre eux y sont franchement opposés.

Cette attitude plus mitigée peut probablement être expliquée par la représentation globalement négative qu'ils ont de cette utilisation, qui pour eux renvoie à une *mauvaise image de la psychiatrie* et notamment à un *rôle normalisateur*.

3.4.4.2. Représentation des restrictions dans le projet de vie :

Tous les participants relèvent un caractère nécessaire à la réalisation de ces mesures en constatant que parfois il s'agit d'un acte indispensable à la protection de la personne ou des autres :

-Pour la population générale, les étudiantes infirmières, les infirmières générales, les infirmiers de l'hôpital de jour, et les infirmiers du pavillon fermé, il s'agit de la *protection de la personne contre elle-même*, en raison de la présence d'un *déni de la pathologie*, d'*illusions du malade sur ses capacités*, et de son incapacité à le décider par elle-même

Les infirmières générales et les infirmiers de l'hôpital de jour pointent la nécessité d'agir quand ce *déni de la pathologie* rend un nécessaire *travail de deuil impossible*.

« **Infirmière 15** *Tu peux accompagner la personne dans le deuil, et là tu ne la contrains pas, mais il y a un moment où si le deuil ne se fait pas, tu ne vas pas continuer à accompagner systématiquement la personne à se taper la tête contre les murs.* »

« **Infirmière 28** *C'est un cercle vicieux, donc à un moment donné, il faut savoir arrêter ça.* »

-Tous reconnaissent la nécessité de la protection *contre les conséquences possibles de la maladie* avec au premier plan la protection contre une *dangerosité possible* de la personne envers elle-même ou envers les autres.

Ils constatent également qu'il peut y avoir un *risque vital*, en cas de non intervention et soulignent qu'il s'agit parfois de la *seule solution possible*.

La *protection de la personne vulnérable* est aussi évoquée par la population générale, les infirmières générales et certains infirmiers du pavillon ouvert et comprend la *prévention de la rechute*.

La population générale, tout comme les infirmières générales, observe que cette rechute peut être provoquée par un *mode de vie inadapté aux capacités de la personne* ou à un retour à son mode de vie antérieur qui annule le bénéfice de l'hospitalisation.

L'infirmier 8 (pavillon ouvert) rappelle que *des facteurs de stress majeurs (travail, relations sentimentales) peuvent être à l'origine d'une rechute* du malade.

La population générale, ainsi que les infirmiers du pavillon ouvert, du pavillon fermé et de l'hôpital de jour, signalent aussi la nécessité de *protection contre le caractère traumatisant d'échecs répétés* et la *diminution de l'estime de soi* qui s'en suit.

La nécessité de la *protection des autres* est évoquée par tous les groupes, à l'exception du SAGI :

Il s'agit d'une part de la *protection de la personne vulnérable*, à savoir d'éventuels enfants (Infirmière 12, Femme 1), ou le conjoint, s'il est également atteint d'une maladie mentale et que la relation peut être déstabilisante pour lui.

La population générale remarque également la nécessité de *protection des collègues de travail* soit contre une dangerosité directe, soit contre une dangerosité indirecte constituée par des *troubles cognitifs, entraînés par la prise d'un traitement, et empêchant la bonne réalisation d'une activité professionnelle*.

Il faut noter que, pour la population générale, la nécessité de cette mesure dépend surtout de la présence ou non d'une dangerosité directe ou indirecte pour les autres et qu'elle n'en voit pas la nécessité en dehors de ce cadre.

L'infirmier 8 constate aussi la nécessité d'interrompre parfois l'hospitalisation si le malade refuse tous les projets de vie adaptés pour la *protection des autres* contre le surcoût entraîné par une hospitalisation inefficace.

Chez tous les groupes, un rôle thérapeutique de ces mesures est retrouvé :

-Une *amélioration de la qualité de vie* et une *amélioration de la thymie* du malade quand le projet de vie correspond plus à ses capacités, constatées par les infirmières générales, les étudiantes infirmières et les infirmiers de l'hôpital de jour.

-Pour tous les groupes d'infirmiers psychiatriques, si cela est bien réalisé, il y a une fonction de lien qui permet un *accompagnement dans le travail de deuil du malade* par rapport aux projets de vie qui lui sont impossibles.

Les infirmiers psychiatriques, à l'exception du pavillon fermé, précisent que ce travail de deuil est un *travail sur l'échec* et que la restriction imposée ne survient qu'après plusieurs essais infructueux du malade.

-Une *fonction de lien*, notée par le SAGI, où les équipes de soins jouent le rôle de la famille quand celle-ci n'est pas présente, dans un but d'aide à la personne.

Les infirmiers de l'hôpital de jour et les étudiantes infirmières remarquent qu'il s'agit d'une *relation de partenariat* entre l'équipe de soins et le malade qui *permet de trouver un compromis entre les désirs de celui-ci et ses capacités*.

Les étudiantes infirmières notent également *l'existence de services de réhabilitation psychosociale facilitant cet accompagnement*.

La majorité des participants reconnaît un caractère légitime à cette utilisation :

-La population générale rappelle qu'il existe une *altération du jugement en lien avec un processus pathologique* qui entraîne un *déni de la pathologie* et une *incapacité de la personne à prendre librement la décision adaptée* ce qui légitime la réalisation de la mesure.

-Les infirmiers de l'hôpital de jour, ainsi que les infirmières générales, remarquent que dans ce cadre, *la contrainte provient de la maladie et non de l'équipe de soins*.

Pour les infirmiers de l'hôpital de jour, il s'agit d'une *contrainte partagée entre le malade et l'équipe de soins*.

« Infirmière 15 Pour moi, c'est un partage de contraintes. »

-Pour les infirmières générales, il *ne faut pas obliger le malade mental à être normal*, et il est donc légitime d'imposer ces restrictions car cela *permet de libérer le malade des contraintes de la normalité*.

« Infirmière 28 Il faut aussi se dire qu'on ne peut pas obliger quelqu'un à être ordinaire, quoi, d'avoir « métro, boulot, dodo », quoi... Je pense qu'il ya des maladies où ce n'est pas possible. »

-Il s'agit d'un *acte de soins* réalisé dans l'intérêt du malade.

- Tous constatent qu'il y a des *contrôles possibles* parce qu'il s'agit d'une *indication médicale* et d'une *décision collégiale*.

Tous les participants, à l'exception des infirmières générales et de la population générale relèvent également un *caractère inutile* à cette mesure :

-Les infirmiers du pavillon ouvert, de l'hôpital de jour, et les étudiantes infirmières relèvent un *caractère inefficace* à la mesure si celle-ci est imposée et que le patient n'y adhère pas du tout.

-Les infirmiers du SAGI remarquent qu'il y aurait des *possibles solutions alternatives* à la réalisation de ces mesures, et notamment un *développement accru du réseau social*.

« Infirmier 1 Il faudrait développer le réseau social et ça pourrait éviter des placements. »

Tous, sauf les infirmières générales, lui retrouvent un caractère potentiellement délétère :

-Les infirmiers du pavillon ouvert, et les étudiantes infirmières constatent que cette mesure a un *caractère infantilisant / déresponsabilisant*, quand elle est imposée au malade.

La population générale constate quant à elle que cela constitue une *atteinte à l'indépendance* de la personne et va entraîner l'*installation d'une relation de dépendance* par rapport à l'hôpital.

Pour eux, cela constitue un *handicap à la réinsertion sociale* du malade et renvoie à une *mauvaise image de la psychiatrie* et notamment celle de l'*asile psychiatrique*.

« Femme 3 En même temps, il ne peut pas « se reposer » que sur l'hôpital, il n'y aura plus jamais de solution, il va vivre seulement à l'hôpital sans aucune possibilité de sortir. »

« Infirmière 24 Ils ne sont pas très souvent concernés, en fait, finalement, par leur vie quoi ! »

« Etudiante 5 C'est plus « c'est nous qui décidons ce que toi, tu vas faire » et c'est l'infantiliser en fait. »

Nous retrouvons ici encore une *mauvaise image des psychiatres*, et notamment leur *toute puissance*.

-Les infirmiers du pavillon ouvert, du pavillon fermé ainsi que les étudiantes infirmières soulignent que ces restrictions *peuvent augmenter les difficultés du malade* et *limitent ses capacités à faire aboutir des projets* ou à *maintenir des relations sociales*.

La encore, cela constitue un *handicap à la réinsertion sociale* et donc renvoie à une *mauvaise image de la psychiatrie*.

« Infirmière 10 Ca fait très asile psychiatrique, quoi. »

Pour la plupart des infirmiers psychiatriques, cette mesure constitue d'ailleurs une *perte d'identité* et une *perte de citoyenneté* pour le patient au profit d'un *statut de malade*.

« Infirmière 10 Pour le coup, là, on n'est plus rien, on n'est qu'un malade. [...] ça devient leur identité... »

« Infirmière 15 Après les contraintes morales, elles s'exercent finalement sur tout ce qui est bon dans la vie, tout ce qui, soit disant, fait d'un homme un citoyen. »

Certains pointent également que cela entraîne une *perte de sa qualité d'humain* pour le malade, ce qui évoque également une *mauvaise image des psychiatres* et notamment leur *toute puissance*.

« Infirmière 10 Il faut arrêter d'être tout puissants, de vouloir tout contrôler, de dire ce qui est bon ou pas pour eux, de mettre les patients à la place d'objets [...] Moi, je trouve ça répugnant. »

« Infirmier 3 Pourquoi pas, oui, mais le risque c'est que, nous, on se prenne pour de petits dieux avec pouvoir de vie ou de mort sur les gens, parce que, faire ça à quelqu'un, c'est un peu lui signer son arrêt de mort. Parce que, quand on lui dit que, socialement il est mort, qu'il n'a plus que l'hôpital, c'est un peu violent quand même.»

-Les infirmiers du pavillon ouvert remarquent également qu'une restriction imposée dans le projet de vie peut avoir un *caractère déstabilisant* pour le malade ce qui peut entraîner la *survenue d'une rechute*.

« Infirmière 10 Mais, par contre, il y a des placements qui se sont révélés catastrophiques pour les patients et qui on entraîné des décompensations graves parce qu'ils n'ont jamais voulu y aller et qu'on les a forcés. »

L'infirmière 10 signale une possible *dégradation de la thymie* du malade avec *apparition d'un syndrome dépressif* voire d'un *risque suicidaire*.

Tous les participants retrouvent aussi un caractère abusif à la réalisation de cette mesure :

-Il s'agit d'une *privation de liberté* qui est *mal vécue par le malade*, en raison de son *caractère infantilisant / déresponsabilisant* et de la *perte d'identité* qu'elle implique.

« Infirmière 12 Là, pour le coup, on enlève toute liberté au malade. »

« Femme 7 D'un autre côté, c'est sûr que c'est une atteinte à la liberté. »

Les infirmiers psychiatriques relèvent tous également un *caractère violent* pour le malade à cette mesure et pointent également qu'il s'agit de *mesures allant contre la volonté et les désirs du malade*.

Cette *privation de liberté* est aussi *mal vécue par la famille* du malade, comme le remarquent les infirmières générales, en raison du *sentiment de culpabilité / responsabilité* qu'elle éprouve et qui rend la *prise de décision difficile*.

Cette *privation de liberté* est également *mal vécue par les équipes de soins*.

D'une part, parce qu'elle a un *caractère violent* pour les équipes en raison de la *perte d'identité* qu'elle implique et est *difficile d'application* pour celles-ci qui *pensent faire un acte abusif* en le réalisant.

« Infirmière 10 C'est affreux, moi, ça me fait bondir, ça me fait vomir. C'est très violent ce que je dis mais c'est en rapport avec la violence que ça me fait vivre. »

« Infirmier 1 C'est vrai que c'est choquant de dire à quelqu'un qu'on a connu « tu vas rentrer dans un appartement, tu vas arrêter de travailler ou tu vas rentrer dans une famille d'accueil. »

« Infirmière 10 On est face à des êtres humains, pas à des pathologies, quoi ! »

« Infirmière 12 C'est quand même dur pour nous, de devoir dire à des patients qui vivaient seuls jusque là et qui se trouvaient bien « c'est bien les foyers de vie, c'est chouette allez y. » Même nous, quand on va visiter certains lieux, déjà on se dit que ça fait malade. »

On retrouve d'autre part la *mauvaise image des psychiatres*, marquée par la *toute puissance*.

« Infirmière 25 Non des fois, on va trop loin dans notre toute puissance. »

« Infirmière 10 On veut tout contrôler sous prétexte qu'ils sont malades. »

« Infirmière 12 En fait, on pense à leur place. C'est profiter de notre place de tout puissants pour penser à la place de quelqu'un d'autre. »

Pour certains infirmiers du pavillon fermé et du SAGI, ces mesures ont un *rôle normalisateur* et sont utilisées comme un *moyen de contrôle social* lié à une *volonté de protection de la société* contre les malades mentaux.

« Infirmier 1 Moi, je pense que c'est un problème de société. C'est une façon de lisser un peu la société. »

« -Infirmière 21 Oui, après, on est dans le formatage pour qu'ils soient bien formatés à la société. [...]

-Infirmière 25 Non, non je ne suis pas là pour normaliser les patients. [...]

- Infirmier 20 C'est la volonté de l'opinion publique. [...]

- Infirmier 20 la politique générale de la psychiatrie, c'est de normaliser les personnes pour éviter qu'elles soient trop visibles à l'extérieur. [...]

- Infirmière 25 Mais bien sûr ! On est les adjoints de la justice et de l'ordre social, c'est sûr... [...]

- Infirmier 20 Après qu'ils aillent bien ou pas, à la limite on s'en fiche... Il faut juste qu'ils ne soient pas trop visibles, qu'ils soient... »

« Infirmière 10 Qu'on les parque tous, qu'on les place tous d'emblée et puis on en parle plus. Pour moi, ça me fait vivre une horreur. »

-Pour certains infirmiers psychiatriques et la population générale, c'est *l'évaluation subjective* de l'opportunité de la mesure qui pose problème.

En effet, cette évaluation est *fonction de la tolérance de l'évaluateur, du milieu familial et de la société*.

Nous retrouvons donc ici encore la *toute puissance* des psychiatres, ainsi que le *risque d'erreur* et le *risque d'abus*.

« Infirmière 10 Moi, je suis vachement gênée quand on donne des pronostics, qu'on dit « comme il est schizophrène, ça va se passer comme ça » ».

« Femme 7 Ce qu'il y a, c'est que le médecin est faillible aussi. »

« Infirmier 16 Parce qu'on est qui, nous, pour aller dire à quelqu'un qu'il n'est plus capable de travailler ? »

-Tous les participants, à l'exception des infirmières générales, signalent un *risque d'abus*.

Pour les infirmiers du pavillon fermé, il s'agit souvent d'une *prise de décision autoritaire, sans consulter le malade*, ce qui va augmenter le *caractère infantilisant / déresponsabilisant* de la mesure.

La plupart des infirmiers psychiatriques, à l'exception des infirmiers de l'hôpital de jour, signalent une *utilisation trop abrupte* ainsi qu'une *utilisation excessive* de ces mesures.

Au total, on retrouve une attitude partagée envers ces restrictions:

Pour les infirmières générales et les étudiantes infirmières l'attitude envers celles-ci est favorable, pour la *protection de la personne*, en cas de *risque vital*, ou pour la *prévention des rechutes*.

La population générale considère plus la *protection des autres*, et notamment la *dangerosité possible* de la personne et dans ce cas y est favorable mais est globalement défavorable à l'utilisation de ces mesures sinon.

Les infirmiers psychiatriques y sont favorables en cas de *risque vital* et défavorables sinon, privilégiant un accompagnement sans contrainte.

On constate que la représentation de ces mesures est globalement négative, parce qu'elle renvoie à une *mauvaise image de la psychiatrie*, à savoir d'une part *l'asile psychiatrique* et la *perte de la qualité d'humain* du malade, et de l'autre un *rôle normalisateur*, et à une *mauvaise image des psychiatres* et de leur *toute puissance*.

Il faut toutefois noter que ces mesures sont considérées comme plus légitimes par les infirmiers de l'hôpital de jour, qui les voient plutôt comme une *contrainte provenant de la maladie et partagée* par le malade et l'équipe de soins.

3.4.5. Représentation de l'arrêt de la contrainte :

Tous les groupes reconnaissent un *caractère nécessaire* à cet arrêt :

Tous s'accordent sur le *caractère nécessaire* de l'*arrêt possible des mesures d'hospitalisation sous contrainte*, dans un *objectif de réinsertion sociale*.

En ce qui concerne les autres contraintes, et surtout les soins ambulatoires obligés, la position des groupes est partagée :

Pour la population générale et les infirmières générales, cette contrainte doit être *ponctuelle dans la prise en charge des malades dépressifs*, au contraire de celle des malades mentaux, qui doivent avoir un *suivi à vie*.

A l'inverse, les infirmiers psychiatriques estiment qu'il est nécessaire qu'il y ait un *essai possible de la liberté* pour tous, y compris les malades mentaux.

Cependant, seuls les infirmiers psychiatriques reconnaissent un rôle thérapeutique à cet arrêt :

-Pour eux, il a une *fonction de lien*, car cela *favorise le développement de la relation thérapeutique* et son évolution vers une *alliance thérapeutique*.

-Une *fonction de soins* est notée par les infirmiers du pavillon ouvert et de l'hôpital de jour qui trouvent que cet arrêt *un caractère autonomisant* et un *caractère responsabilisant* pour le malade, par rapport à ses soins.

« Infirmier 8 Si la contrainte ne s'arrêtait pas, il n'y aurait pas de prise de responsabilité du malade qui ne veut pas que la contrainte recommence. »

Ils soulignent également que cela peut entraîner une *amélioration de l'estime de soi* du malade.

Les infirmiers psychiatriques retrouvent un caractère légitime à cet arrêt :

-Pour eux, *c'est la possibilité de cet arrêt qui donne son caractère légitime à l'utilisation de mesures de contrainte* qui sinon perd son rôle thérapeutique et devient un emprisonnement.

« Infirmier 8 De toute façon, il faut qu'il y ait un arrêt possible des contraintes, sinon c'est la prison. Si la contrainte durait éternellement, ça ne serait plus thérapeutique, et il n'y aurait plus de liberté du tout. »

« Infirmier 3 On n'a pas le pouvoir pour priver des gens de liberté à vie, c'est le travail de la justice. A partir du moment où on utilise des contraintes, il faut pouvoir les lever. »

-Pour les infirmiers du pavillon ouvert, il s'agit d'une façon pour le malade de récupérer l'usage de sa liberté, après avoir réalisé un apprentissage de la liberté et avoir pu l'intégrer à son surmoi interne, ce qui rend le maintien d'un surmoi externe inutile.

Pour eux, cela montre que l'*objectif de réinsertion sociale* a été atteint et que *le travail des équipes avec le malade a réussi*.

« Infirmière 10 C'est le but de notre travail, ça veut dire qu'on a réussi à faire intégrer à une personne malade et qui bien souvent était dans le déni de sa pathologie, qu'elle est malade, qu'elle a besoin d'un traitement, qu'elle a pu l'intégrer et vivre avec et qu'elle n'a plus besoin d'un surmoi extérieur qui la retient. »

« Infirmier 16 Quelque part, l'arrêt de la contrainte, c'est le retour à la normale. »

« Infirmier 3 À partir du moment où c'est clairement établi qu'on n'est pas des justiciers et qu'on a un rôle thérapeutique, il faut pouvoir faire sortir les gens et ça ne pose aucun problème. »

Pour eux, cet arrêt possible évoque une *bonne image de la psychiatrie* et notamment à la *sortie de l'image de l'asile psychiatrique*.

- Les infirmiers psychiatriques notent le *caractère ponctuel de la dangerosité psychiatrique* ainsi que son *évaluation subjective*, et donc la *nécessité d'un essai possible de la liberté*.

-Ils soulignent également qu'il y a des *contrôles possibles* et notamment une *indication médicale* et une *décision collégiale*.

On ne retrouve pas de caractère inutile à cet arrêt, mais tous, à l'exception des infirmiers de l'hôpital de jour, lui reconnaissent un caractère potentiellement délétère:

-Les infirmiers du SAGI, du pavillon fermé et du pavillon ouvert regrettent le fait qu'il soit *rarement possible* et pour ceux du pavillon fermé le fait qu'il ne soit *jamais total*.

-Tous à l'exception des infirmiers du SAGI et de l'hôpital de jour remarquent un *caractère déstabilisant* pour le malade à cet arrêt et donc un *risque de rechute*.

Pour les infirmiers du pavillon ouvert et du pavillon fermé, cela est lié à une *perte des repères habituels* quand cette contrainte a été de longue durée.

Pour les étudiantes infirmières, l'autonomisation et la responsabilisation du malade par rapport à ses soins peuvent avoir un *caractère angoissant* pour lui et donc être un *risque de rechute*.

Pour la population générale, les étudiantes infirmières et les infirmières générales, il s'agit d'un *risque d'arrêt du traitement et de rupture de soins* et donc d'un *risque de rechute*.

-Pour la population générale, les infirmières générales et les étudiantes infirmières, il s'agit d'un *acte potentiellement nocif* puisqu'il entraîne une *mise en danger de la personne et les autres avec survenue potentielle d'un passage à l'acte* au cours d'une rechute.

« Femme 1 Par manque de suivi, on peut condamner à mort des gens qui n'ont rien fait. »

« Infirmière 28 je pense qu'il faut qu'il y ait une surveillance, quoi... Qu'il ne faut pas comme ça les rendre libres... »

« Infirmière 30 Ah oui, il ne faut pas les laisser dans la nature comme ça ! »

Ils rappellent qu'il est déjà *difficile d'imaginer des malades dangereux en dehors de l'hôpital psychiatrique* mais que cela est *inenviable sans obligation de suivi*.

Ils soulignent également la *nécessité de suivi à vie des malades mentaux y compris ceux qui n'ont qu'une dangerosité envers eux-mêmes*, car ils *peuvent devenir potentiellement dangereux pour les autres* également.

Pour eux, l'arrêt des contraintes conduit à une *dégradation de l'image des malades mentaux* qui sont à nouveau perçus comme *tous potentiellement dangereux pour les autres* et donc entraînent un *sentiment de peur*.

La population générale signale aussi une *peur de possibles représailles* du malade envers son entourage après cet arrêt.

-Les infirmiers du SAGI et du pavillon ouvert remarquent que cela est *mal vécu par les équipes de soins si le malade récidive un passage à l'acte*, car cela provoque un *sentiment de culpabilité / responsabilité* chez elles.

La population générale, les étudiantes infirmières et les infirmières générales relèvent un caractère abusif à cet arrêt :

-Pour la population générale, l'arrêt de la contrainte a un *caractère abusif* parce que le malade mental est considéré comme *irresponsable* et qu'il est donc *légitime de lui imposer le suivi nécessaire*.

«- **Femme 7 De toute façon, un psychotique n'est pas responsable de sa maladie.**

-**Homme 4 Ah bien, non !**

-**Femme 7 C'est une aide. [...]**

-**Femme 7 Mais justement, le suivi est encore plus indispensable que les médicaments. »**

-Ils remarquent également qu'il s'agit d'une *mise en danger de la personne et des autres*, ce qui renvoie à une *protection insuffisante des autres* et est contraire au rôle de protection de la personne et des autres de la psychiatrie.

-Pour eux *l'évaluation subjective* de la dangerosité possible du malade est source d'un risque d'erreur ou d'un risque d'abus.

Cela évoque pour eux une *mauvaise image des malades mentaux*, perçus comme *manipulateurs*, et pouvant fausser l'évaluation psychiatrique.

« **Femme 1 Il y a des malades paranoïaques qui ont une duplicité incroyable, et qui sont capables de faire croire qu'ils sont parfaitement guéris. »**

Les infirmières générales rappellent également la *difficulté d'évaluation de la dangerosité*, surtout en un temps limité, et attribuent donc le *risque d'erreur* à un *manque de moyens* de suivi, ce qui renvoie à la notion de *contrôles insuffisants*.

Par ailleurs, pour l'infirmier 27, cet arrêt des contraintes est également perçu comme abusif, car constituant pour lui un *moyen de se donner bonne conscience*.

« **Infirmier 27 [...]** mais c'est facile aussi, une fois que tu as tenu quelqu'un dix ans par la contrainte, que tu lui as dit « tu es malade », que tu ne lui a pas laissé le choix que d'être d'accord avec tout ce qu'on lui a imposé, et puis au bout de dix ans de lever la contrainte pour se donner bonne conscience. [...] c'est sûr que le patient va continuer à suivre cette direction là parce qu'on l'a reformaté à la société, en fait, moyennant quoi on le laisse libre, quoi. »

Au total, on remarque une attitude favorable des infirmiers psychiatriques à l'arrêt des contraintes, pouvant être expliquée par une représentation positive de cet arrêt qui évoque pour eux une *bonne image de la psychiatrie*, et notamment une *sortie de l'image de l'asile psychiatrique*, voire même pour certains un « **retour à la normale** ». (Infirmier 16).

Certains comme l'infirmier 27 y voient cependant un *moyen de se donner bonne conscience* ce qui renvoie à une *mauvaise image de la psychiatrie* et notamment à la crainte d'un rôle *normalisateur* de celle-ci.

A l'inverse, la population générale, les étudiantes infirmières et les infirmières générales ont une position beaucoup plus mitigée par rapport à cet arrêt.

Elles sont globalement favorables à une sortie possible de l'hôpital, à l'exception des malades dits dangereux, mais sont fortement opposées à un arrêt des soins ambulatoires obligés, parce que pour elles, il s'agit de la *condition indispensable à cette sortie pour les malades mentaux*. Cela peut être expliqué par une représentation négative de cet arrêt qui évoque pour eux une *mauvaise image des malades mentaux*, et notamment une *dangerosité possible* envers eux-mêmes ou envers les autres.

Il faut toutefois également noter que pour les infirmières générales, le suivi doit être contraint en prenant en compte surtout la *protection de la personne* et dans une part moins importante la *protection des autres*.

Cela les différencie de la population générale, pour qui la prise de décision dépend surtout de la *dangerosité possible* pour les autres et où la nécessité de *protection des autres* domine largement.

Pour les étudiantes infirmières, les deux logiques sont présentes de manière égale.

3.4. 6. Vision générale de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie :

A cette question, tous les participants répondent que l'utilisation de la contrainte en psychiatrie a un *caractère nécessaire* mais qu'il faut prendre garde à son *caractère abusif*.

Il faut noter également que les infirmiers du pavillon ouvert, de l'hôpital de jour ainsi que la population générale pointent le manque de formation spécifique à l'utilisation de la contrainte en psychiatrie

3.5. Discussion :

L'utilisation de la contrainte en psychiatrie est perçue différemment selon les groupes :

Pour la population générale :

Elle a une attitude favorable envers l'utilisation de la contrainte en psychiatrie, dans toutes ses utilisations à l'exception de la mise en pyjama.

Cela répond plus à une logique de *protection des autres*, qu'à une logique de *protection de la personne*.

En effet, le facteur majeur de la prise de décision d'installer ou non une mesure de contrainte réside pour elle, dans la *dangerosité possible* envers elle-même mais surtout envers les autres. C'est pourquoi la mise en pyjama n'est pas estimée comme nécessaire par la population générale.

Cette attitude favorable semble donc motivée par une mauvaise image des malades mentaux, perçus comme *imprévisibles, incontrôlables, irresponsables, manipulateurs* et *tous potentiellement dangereux pour les autres*.

Il faut noter que, la population générale a une représentation assez négative de la plupart des utilisations de la contrainte (à l'exception des soins ambulatoires obligés, de l'obligation à la prise d'un traitement retard et des obligations à but citoyen) qui évoquent pour elle une *mauvaise image de la psychiatrie*, et notamment celle de l'asile psychiatrique ou de la prison. Elle les estime cependant nécessaires pour la *protection des autres* en raison d'une *mauvaise image des malades mentaux* et donc est favorable à leur utilisation.

Cela est particulièrement vrai pour la contention physique à laquelle la population générale reste favorable bien qu'il s'agisse de la mesure dont la représentation est la plus mauvaise et qu'elle perçoit comme la plus abusive.

Il est également nécessaire de relever que la population générale a une représentation positive des soins ambulatoires obligés, de l'obligation à la prise d'un traitement retard et des obligations à but citoyen.

En effet, cela évoque pour elle une *bonne image de la psychiatrie*, qui *redonne un statut d'humain* au malade et a donc un *caractère déstigmatisant*.

A l'inverse, les deux utilisations de la contrainte dont la représentation est la plus négative sont la mise en pyjama et les restrictions dans le projet de vie du malade, qui entraînent une *perte du statut d'humain* du malade et ont donc un *caractère stigmatisant*.

Dans la littérature scientifique sur la représentation en population générale de ces mesures, on retrouve :

-Selon C. Lauber, [95] dans une étude conduite en 2002 en Suisse, sur l'attitude de la population générale envers l'hospitalisation sous contrainte des malades mentaux, la majorité des répondants étaient favorables à l'idée d'une hospitalisation sous contrainte, et expliquaient leur choix par la présence d'une dangerosité de la personne envers elle-même, ou envers les autres.

Il observait également que cette attitude favorable était plus fréquente chez les personnes d'éducation supérieure, parce qu'elles la considéraient comme la première étape d'un traitement.

-P. Lepping, [96] dans une étude réalisée en Angleterre et en Allemagne en 2003, relevait également une attitude favorable de la population générale envers l'hospitalisation sous contrainte et l'obligation à la prise d'un traitement pharmacologique pour les malades mentaux.

En ce qui concerne la *mauvaise image des malades mentaux*, de nombreuses études ont été réalisées sur les représentations sociales des malades mentaux :

-Celle de Wolff [97] réalisée en Angleterre en 1996, retrouvait une attitude globalement négative de la population générale envers les malades mentaux avec trois thèmes marquants qui étaient la peur et l'exclusion, la nécessité du contrôle social et la bonne volonté.

-M. C Angermeyer, [98] dans une étude réalisée en 2003, retrouvait l'expression d'émotions négatives par la population générale quand le diagnostic de maladie mentale était réalisé sur une vignette clinique.

-En France, l'étude de Roelandt et al [99], réalisée entre 1998 et 2005 sur près de 70000 personnes, retrouvait associée à l'image du « fou » ou même du malade mental » des comportements comme le viol, l'inceste ou le meurtre et donc une exclusion de la société. Elle relevait également que pour 75% des français interrogés, une famille pouvait accueillir à nouveau un fou ou un malade mental s'il est soigné ou traité. Elle remarquait également une attitude favorable à une hospitalisation sous contrainte en population générale en raison du sentiment de peur inspiré par les malades mentaux.

-L'étude d'A. H Crisp réalisée en 2000 sur 1700 individus, retrouve associée à la notion de schizophrénie, les mots « imprévisible » et « dangereux ». [100]

-L'étude Indigo (International Study of Discrimination and Stigma Outcomes) réalisée en 2009 dans 27 pays dont la France, sur des malades mentaux montre que la plupart d'entre eux ont expérimenté une discrimination. [101]

Ces données de la littérature sont conformes avec les résultats de notre étude.

Pour les infirmières générales :

Elles ont une attitude favorable à toutes les utilisations de la contrainte en psychiatrie. Cependant, tout comme la population générale et pour les mêmes motifs, ce sont les soins ambulatoires obligés, l'obligation à la prise d'un traitement retard et les obligations à but citoyen qui sont les mieux perçus par elles, et au contraire, l'utilisation de la mise en pyjama, et l'arrêt des contraintes qui sont le plus mal perçues.

Il faut noter également que pour elles, c'est surtout la *protection de la personne* qui prime dans la prise de décision de mettre en place, ou non, une mesure de contrainte, bien que la *protection des autres* tienne aussi une part importante.

De même, en fonction de cette logique de *protection de la personne*, il faut aussi constater qu'il s'agit du groupe qui a l'attitude la plus favorable à la mise en place de restrictions dans le projet de vie du malade mental.

On ne retrouve pas dans la littérature d'études réalisées sur la représentation de la maladie mentale ou de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie par les infirmiers généraux.

Pour les étudiantes infirmières :

Elles ont également une attitude plutôt favorable aux divers moyens de contrainte utilisés en psychiatrie, à l'exception de la mise en pyjama.

Pour elles, ce sont les soins ambulatoires obligés et l'obligation à la prise d'un traitement retard qui sont les mieux perçus et la mise en pyjama, les mesures morales de contrainte et l'arrêt des contraintes qui sont les plus mal perçus.

Il est à noter que, par rapport aux obligations à but citoyen, leur position est plus proche de celle adoptée par certains infirmiers psychiatriques, celle d'une crainte d'un *rôle normalisateur* renvoyant à une *mauvaise image de la psychiatrie*.

Il faut également rappeler que, pour elles, l'élément majeur de la prise de décision est la *protection de la personne*, ce qui les différencie de la population générale.

Par ailleurs, il faut également constater que la contention physique occupe une place particulière, avec une attitude qui est plutôt favorable à cette utilisation, mais une représentation voisine de celle de la population générale, avec notamment un renvoi à l'image de *l'asile psychiatrique*.

La position des étudiantes infirmières semble donc intermédiaire entre celle de la population générale et celle des infirmiers.

On ne retrouve pas d'étude dans la littérature sur la représentation que les étudiantes infirmières ont de la maladie mentale ou de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie.

En revanche une étude de F. S Kohl [102] réalisée en 1998 sur les représentations étiologiques des étudiants en médecine sur la maladie mentale retrouvait une position intermédiaire entre la population générale et les médecins.

Pour les infirmiers psychiatriques :

Les infirmiers psychiatriques ont une attitude globalement favorable à l'utilisation de la plupart des mesures de contraintes, excepté pour la mise en pyjama à laquelle ils sont plutôt défavorables et pour les mesures morales de contrainte, obligations à but citoyen et restrictions dans le projet de vie, où les avis sont très partagés.

L'élément majeur intervenant pour eux dans la prise de décision de mettre en place, ou non, une mesure de contrainte est la nécessité de la *protection de la personne* qui est au premier plan.

Pour eux, les mesures les mieux perçues sont l'hospitalisation sous contrainte, les soins ambulatoires obligés, le traitement obligé en urgence et surtout l'arrêt des contraintes tandis que les mesures les plus mal perçues sont les mesures morales de contrainte.

Par rapport à ces mesures morales de contrainte, beaucoup y sont en effet défavorables parce qu'elles évoquent pour une *mauvaise image de la psychiatrie*.

Celle ci comprend d'une part, la crainte d'un *rôle normalisateur* et une *volonté de protection de la société contre les malades mentaux* et d'autre part un renvoi à l'image de *l'asile psychiatrique*, par la *perte d'identité* et la *perte du statut d'humain* qu'elle implique.

On constate qu'une partie de cette représentation, l'image de *l'asile psychiatrique*, correspond à la représentation qu'ont la population générale, les infirmières générales et les étudiantes, des restrictions dans le projet de vie des patients.

L'autre partie semble, quant à elle, assez proche de certaines opinions du mouvement antipsychiatrique et pourrait être une des explications de la différence majeure de représentation entre les infirmiers psychiatriques et les autres groupes.

Par ailleurs, il faut aussi constater que la notion de privation de liberté pour permettre la réalisation des soins est globalement mal vécue par les infirmiers psychiatriques parce que leur semblant dépendre plus de la protection des autres que de la protection de la personne et donc contraire à leur rôle en tant que soignants.

Il faut noter également que la contention physique occupe une place particulière puisqu'ils lui reconnaissent un *rôle thérapeutique* majeur et sont favorables à son utilisation, mais que la représentation qu'ils en ont, et ce surtout en ce qui concerne la contention mécanique, est voisine de celle de la population générale, bien que fortement atténuée, parce que cela les renvoie à une *mauvaise image de la psychiatrie*, celle de *l'asile psychiatrique*.

Si l'on confronte ces données avec la littérature existante, il faut tout d'abord noter qu'il existe assez peu d'études sur les représentations qu'ont les infirmiers psychiatriques des malades mentaux et des mesures de contrainte.

-L'étude de P. Lepping réalisée en Angleterre et en Allemagne en 2003 relève une attitude favorable des infirmiers par rapport à l'hospitalisation sous contrainte et à l'obligation à la prise d'un traitement pharmacologique pour les malades mentaux. [96]

En ce qui concerne la représentation des malades mentaux, F.Scheid retrouvait en 1991 dans son article Représentation sociale de la maladie mentale, une représentation assez négative, similaire à celle de la population générale que l'on ne retrouve pas dans la présente étude. [103]

Quelques spécificités se dégagent également selon les différentes pratiques des infirmiers psychiatriques:

-Les infirmiers du SAGI semblent plus favorables que les autres groupes à l'obligation à la prise d'un traitement retard, peut être parce qu'ils interviennent fréquemment dans des situations de réintégration de patients en rechute à la suite d'une rupture de traitement.

Il est également possible de constater qu'ils ont une meilleure représentation de la contention chimique et de la contention physique que les autres groupes, bien qu'étant plus conscients des risques d'abus.

Cela peut être expliqué par l'expérience plus importante qu'ils ont de ces mesures.

-Les infirmiers de l'hôpital de jour sont plus favorables que les autres groupes à la mise en place de restrictions dans le projet de vie des malades mentaux, ce qui peut être expliqué à la fois par la meilleure perception qu'ils en ont (notion de « contrainte partagée ») et par leur

habitude du travail de réhabilitation psycho sociale qui permet un accompagnement important du malade dans son travail de deuil.

Il faut aussi noter qu'il s'agit du groupe le plus favorable à l'arrêt des contraintes, ce qui semble assez logique car il fait partie du processus de réhabilitation psychosociale des malades mentaux.

-Les infirmiers des pavillons d'hospitalisation complète sont globalement plus défavorables aux mesures de restriction dans le projet de vie que les autres groupes, ce qui est peut être dû au fait que ce sont eux qui sont amenés à les pratiquer le plus et souvent dans des conditions d'urgence et dans des situations difficiles.

-Les infirmiers du pavillon ouvert sont plus défavorables aux obligations à but citoyen que les autres ce qui est peut être dû à la fois, au profil différent de patients qu'ils reçoivent, qui bien qu'en crise, ne relèvent pas d'une hospitalisation en service fermé et aussi au fait qu'il s'agit d'un groupe où les infirmiers avec des positions anti psychiatriques étaient les plus nombreux.

-Les infirmiers du pavillon fermé sont une meilleure représentation de la contention physique que la plupart des autres groupes, à l'exception du SAGI, ce qui peut être expliqué par l'habitude qu'ils en ont ce qui facilite la reconnaissance de son *rôle thérapeutique*.

Quelques spécificités selon la répartition des participants sont aussi retrouvées :

-Les infirmiers psychiatriques de plus de cinquante ans, titulaires de la formation spécifique d'infirmier psychiatrique, semblent plus à l'aise avec la majorité des mesures de contrainte utilisées et notamment avec la contention physique.

Cependant, on observe qu'ils sont nettement moins favorables que leurs collègues aux mesures morales de contrainte, qui les renvoient à une *mauvaise image de la psychiatrie* et notamment à un *rôle normalisateur*.

-Pour la population générale et les infirmières générales, on remarque que chez les personnes de plus de cinquante ans la prédominance de la nécessité de la *protection des autres* sur celle de la *protection de la personne* apparaît plus marquée que chez les personnes plus jeunes.

-Nous ne retrouvons pas d'impact du sexe des participants sur leur représentation de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie.

Par ailleurs, tous les participants présentent une grande ambivalence par rapport à ces différentes utilisations :

Pour la population générale et les étudiantes infirmières, cette ambivalence est surtout ressentie pour la décision d'hospitalisation et la possibilité de sortie des malades dangereux :

« Etudiante 4 Pour ceux qui ont eu des périodes de dangerosité, c'est plus difficile à accepter de les savoir dehors avec un simple suivi [...] mais en même temps, on n'a pas le droit de les garder ici, parce que ce serait les mettre en prison... »

« Homme 2 Et ça aussi c'est délicat que tu envoies des membres de ta famille en hôpital psychiatrique, sachant que la moitié, c'est vraiment des criminels ! »

Par contre, pour les infirmiers psychiatriques, c'est plutôt les mesures morales de contrainte qui provoquent une ambivalence, même chez ceux qui y sont favorables :

« Infirmier 8 Pour les schizophrènes, il faut que la punition... Euh, non pas la punition, mais la limite soit expliquée au patient... »

« Infirmière 15 Pour moi, c'est délicat, parce que je sais des choses mais je voudrais bien ne pas savoir ce qui est bien pour l'autre. C'est compliqué parce que je suis qui pour imposer quelque chose à untel ou untel ? Sauf qu'étant soignants, on sait que par exemple, si le patient ne prend pas son traitement, eh bien il ne va pas être bien. Donc forcément on va fortement lui conseiller de prendre son traitement... »

« Infirmier 3 Vivre en société, oui, normaliser non. »

Répartition des différentes mesures en fonction des groupes et de leur attitude envers elles

(Figure 2)

Groupes Attitude	Infirmiers psychiatriques	Infirmiers généraux	Etudiantes infirmières	Population générale
Très favorable	- Hospitalisation - Arrêt de la contrainte - Soins ambulatoires obligés	- Soins ambulatoires obligés - Traitement retard - Obligations citoyennes	- Soins ambulatoires obligés - Traitement retard	- Soins ambulatoires obligés - Traitement retard - Obligations citoyennes
Plutôt favorable	- Traitement retard - Traitement d'urgence - Contention physique	- Restrictions dans le projet de vie - Hospitalisation - Contention physique - Traitement d'urgence	- Hospitalisation - Contention physique - Obligations citoyennes	- Hospitalisation - Traitement d'urgence
Plutôt défavorable	- Obligations citoyennes - Restrictions dans le projet de vie	- Pyjama	- Arrêt de la contrainte - Restrictions dans le projet de vie	- Restrictions dans le projet de vie
Très défavorable	- Pyjama	- Arrêt de la contrainte	- Pyjama	- Pyjama - Arrêt de la contrainte

Répartition des utilisations possibles de la contrainte en fonction des différents groupes et des représentations qu'elles évoquent (Figure 3)

Groupes / Représentations	Infirmiers psychiatriques	Infirmiers généraux	Etudiantes infirmières	Population générale
Bonne image de la psychiatrie : objectif de réinsertion sociale	- Arrêt de la contrainte - Soins ambulatoire obligés - Traitement en urgence - Traitement retard	- Obligations citoyennes - Soins ambulatoire obligés - Traitement retard	- Soins ambulatoire obligés - Traitement retard	- Soins ambulatoire obligés - Traitement retard - Obligations citoyennes
Bonne image des malades mentaux : caractère déstigmatisant	- Traitement en urgence - Traitement retard - Arrêt de la contrainte	- Obligations citoyennes - Soins ambulatoire obligés - Traitement retard	- Soins ambulatoire obligés - Traitement retard	- Soins ambulatoire obligés - Traitement retard - Obligations citoyennes
Mauvaise image de la psychiatrie : asile psychiatrique	- Contention physique - Pyjama - Restrictions dans le projet de vie - Traitement en urgence - Hospitalisation	- Contention physique - Pyjama - Hospitalisation	- Contention physique - Pyjama - Hospitalisation	- Contention physique - Pyjama - Restrictions dans le projet de vie - Traitement en urgence - Hospitalisation
Mauvaise image de la psychiatrie : rôle normalisateur	- Restrictions dans le projet de vie - Obligations citoyennes		- Restrictions dans le projet de vie - Obligations citoyennes	
Mauvaise image des malades mentaux : caractère stigmatisant	- Restrictions dans le projet de vie - Obligations citoyennes - Pyjama	- Pyjama - Arrêt de la contrainte	- Pyjama - Arrêt de la contrainte	- Pyjama - Arrêt de la contrainte - Hospitalisation - Contention physique - Restrictions dans le projet de vie
Mauvaise image des psychiatres	- Restrictions dans le projet de vie - Obligations citoyennes - Pyjama - Traitement retard	- Pyjama - Contention physique	- Restrictions dans le projet de vie - Obligations citoyennes - Pyjama	- Restrictions dans le projet de vie - Obligations citoyennes - Pyjama - Soins ambulatoires obligés

3.6. Conclusion :

La représentation de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie est donc très hétérogène selon les participants et varie considérablement selon les groupes.

Il est cependant possible de constater que le travail en psychiatrie modifie considérablement les représentations des personnels, entraîne une *diminution du sentiment de peur* qu'entraînent les malades mentaux et une modification de l'image de la psychiatrie.

En effet, la *mauvaise image de la psychiatrie* de type *asile psychiatrique*, encore bien présente en population générale, semble nettement moins importante chez les infirmiers psychiatriques que dans les autres groupes, même si les mesures de *privation de liberté* demeurent mal vécues, car perçues comme contraire au rôle soignant.

Cependant, bien que diminuée par rapport aux autres groupes, *cette mauvaise image de la psychiatrie* reste présente chez les infirmiers psychiatriques, surtout dans le cas de la contention physique et des mesures comme la mise en pyjama qui entraînent selon eux la *perte du statut d'humain* du malade.

Cela peut expliquer en partie, puisqu'ils *pensent faire un acte abusif* en les réalisant, pourquoi ces mesures sont *d'application difficile* pour eux.

Une autre raison possible à cela est la présence d'une autre *mauvaise image de la psychiatrie*, de type antipsychiatrique, qui perdure chez les infirmiers psychiatriques et leur est propre :

En effet, certains infirmiers craignent que la psychiatrie ait un *rôle normalisateur* et que la contrainte provienne d'une *volonté de protection de la société contre les malades mentaux* et non d'une volonté de *protection de la personne*, plus compatibles avec leur rôle.

Cela explique le fait qu'ils soient nettement moins favorables à la mise en place d'obligations à but citoyen, par exemple, qu'ils perçoivent comme ayant un rôle normalisateur, alors que pour les autres groupes, il s'agit plutôt de mesures renvoyant à une *bonne image de la psychiatrie*, avec un *caractère déstigmatisant*.

Il est donc possible de constater que certaines mesures de contrainte sont *d'application difficile* pour les infirmiers psychiatriques : il s'agit des mesures physiques de contrainte qui renvoient à l'image de l'*asile psychiatrique* et des mesures morales de contrainte qui renvoient à la crainte d'un *rôle normalisateur*.

Cela peut donc être une des explications possibles d'un échec de ces mesures, car elles sont moins efficaces si les infirmiers chargés de leur application *pensent faire un acte abusif* en les réalisant, comme le signale l'infirmier 8 :

« Quand on entrave la personne, déjà nous, on le vit comme une privation de sa liberté donc il faut vraiment se dire ce qu'il y a comme bénéfices à ça et le garder en tête, parce que sinon on va l'attacher en n'étant pas d'accord avec ça. Si nous, on n'est pas d'accord avec ça, le patient le prendra d'emblée comme quelque chose d'agressif pour lui. »

Par ailleurs, il faut également constater que la formation infirmière a un impact majeur sur la transformation de la représentation sociale de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie, qui se traduit par le passage d'une logique de *protection des autres* prédominante en population générale à une logique de *protection de la personne* qui correspond à la fonction infirmière.

Enfin, comme il est possible de constater que la formation infirmière a un impact important sur la transformation des représentations sociales des étudiantes, il semble intéressant de reprendre la suggestion de certains des participants, de développer la formation infirmière sur la problématique spécifique de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie.

En effet cela permettrait d'améliorer la connaissance qu'ils ont de cette utilisation spécifique et donc de modifier cette la représentation qu'ils en ont, afin d'en faciliter l'utilisation pour eux.

4. Conclusion générale

L'utilisation de la contrainte en psychiatrie a donc bien une utilité et une légitimité dans la prise en charge des malades mentaux et elle est donc un outil de soins.

Cependant, elle doit toujours être appliquée avec la plus grande mesure, afin d'en éviter des utilisations abusives, qui lui enlèveraient ce caractère thérapeutique.

Nous proposons de bien différencier l'autorité, fondement de toute relation médecin-malade, de l'autoritarisme qui en est l'application abusive.

En effet, l'autorité médicale, longtemps décriée en raison d'abus, semble ainsi constituer en elle-même un outil de soins à part entière, à condition toutefois qu'elle soit utilisée légitimement et bien assumée par la personne qui l'utilise.

L'évolution historique montre d'ailleurs qu'il ne peut y avoir de traitement des malades mentaux qui ne mette pas en jeu cette autorité, mais que celle-ci ne peut pas non plus être thérapeutique sans être tempérée par une réflexion philosophique et éthique préalable.

C'est pourquoi, il semble donc nécessaire de développer cette réflexion sur le sens de ces pratiques afin que tous les soignants possiblement impliqués dans la prise en charge des malades mentaux puissent en avoir la vision la plus exacte possible, avec ses bénéfices et ses risques.

Cela correspond d'ailleurs à une demande récurrente des infirmiers consultés au cours de notre étude, de développer la formation autour de ces pratiques spécifiques.

Dans la même veine, la lutte contre la stigmatisation en population générale doit permettre d'expliquer que la contention est fondée sur une éthique de soin et pas seulement sur une démarche sécuritaire.

Enfin, il serait également intéressant de compléter par la suite ce travail par une étude sur la représentation de cette utilisation chez les malades mentaux eux mêmes puis de la comparer à celle qu'en ont les soignants.

5. Références Bibliographiques :

1. W. Kinnier, "An introduction to Babylonian Psychiatry", Assyriological studies n°16, Chicago U.P,1965
2. J.Pigeaud, La Maladie de l'âme. Etude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique, Paris, Les Belles Lettres, 1981
3. Folies et Cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité Gréco-Romaine, Paris, Les Belles Lettres,1987
4. La Bible, Ancien Testament, Psaume LII ; Proverbes XXIV, IX ; Siracide XXII, 11-18 ; Nouveau Testament, Luc VIII, 26-39 ; Paul, Epître aux Corinthiens, 22-25 ; Paris, 1990
5. Platon, La République éd et trad par E. Chambry, Paris, Les Belles Lettres, 3 vol ;1964
6. Aristote, De l'âme, trad J.Tricot, Paris, Vrin 1972
7. Hippocrate, Œuvres Complètes, éd trad et commentaire par E. Littré, Paris, Baillière, 1839-1861, cité par J.Pigeaud, La Maladie de l'âme. Etude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique, Paris, Les Belles Lettres, 1981
8. Epicuro Opere, trad M.Isnardi-Parente, Turin, 1974, cité par J.Pigeaud, La Maladie de l'âme. Etude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique, Paris, Les Belles Lettres, 1981
9. Galien, Des passions de l'âme et de ses erreurs, trad et comm par R. Van der Elst, Paris, Delagrave, 1974
10. Cicéron, Tusculanes éd et trad G. Fohlen et J.Humbert, Paris, Les Belles Lettres, tome 1 1931/1964, tome 2 1931/1968
11. Sénèque Operae quae supersunt,éd et trad C.Hosius, O.Hense, Leipzig, 1905, cité par J.Pigeaud, La Maladie de l'âme. Etude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique, Paris, Les Belles Lettres, 1981
12. Caelius Aurelianus, Maladies aiguës, maladies chroniques, éd et trad I.E. Drabkin, Chicago U.P, 1950
13. Pinel. P, Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie, Paris, Caille et Ravier, 1800, rééd L'Harmattan, 2006
14. Celse, De medicina, trad W.G Spencer, 3 vol, Loeb Classical Library, 1961
15. J. Agrimi, C. Grisani, "Charité et assistance dans la civilisation chrétienne médiévale" in Histoire de la pensée médicale en Occident, dir M.D Grmek, t1, Antiquité et Moyen Age, Seuil, 1995
16. M. Laharie, La folie au Moyen Age, XIème-XIIIème siècles, Le Léopard d'Or, Paris, 1991
17. St Thomas d'Aquin, Summa Theologicae, cité par M.Laharie, La folie au Moyen Age, XIème-XIIIème siècles, Le Léopard d'Or, Paris, 1991
18. C. Quézel, Histoire de la Folie, Paris, Tallandier, 2009
19. St Bernard, De l'amour de Dieu, cité par M.Laharie, La folie au Moyen Age, XIème-XIIIème siècles, Le Léopard d'Or, Paris, 1991
20. Guillaume de Saint Thierry, cité par M.Laharie, La folie au Moyen Age, XIème-XIIIème siècles, Le Léopard d'Or, Paris, 1991
21. Saint François d'Assise, cité par M.Laharie, La folie au Moyen Age, XIème-XIIIème siècles, Le Léopard d'Or, Paris, 1991
22. J. Dalarun, Robert d'Arbrissel, fondateur de Fontevraud, Albin Michel, 1986
23. T. Kirschhoff, Geschichte der Psychiatrie, Leipzig, 1912 cité par M. Foucault, Histoire de la folie à l'âge classique, Gallimard, Paris, 1972
24. S. Brant, Das Narrenschiff, Bâle, 1494, cité par C. Quézel, Histoire de la Folie, Paris, Tallandier, 2009
25. M. Foucault, Histoire de la folie à l'âge classique, Gallimard, Paris, 1972
26. J. Wier, De praestigiis daemonum et incantationibus ac veneficiis cité par C. Quézel, Histoire de la Folie, Paris, Tallandier, 2009
27. Descartes, Traité des passions de l'âme, Paris, 1649, rééd
28. Hobbes, Leviathan, Londres, 1651, trad J.Tricard, Paris, Sirey, 1971
29. Beausobre, Réflexion sur la nature et les causes de la folie in Collection Académique, t9, p456, Avignon, 1970

30. Spinoza, *Ethique, et Métaphysique*,
31. Willis T, *Opera Omnia*, 2 vol, Lyon 1681, cité par J.Pigeaud, *Aux portes de la psychiatrie*, Pinel, l'Ancien et le Moderne, Aubier, Paris, 2001
32. W. Battie, *A treatise of Madness*, Londres, 1758, cité par C. Quérel, *Histoire de la Folie*, Paris, Tallandier, 2009
33. Dufour JP. *Essai sur les opérations de l'entendement humain et les maladies qui le dérangent*, Amst-Paris, 1770, cité par J.Pigeaud, *Aux portes de la psychiatrie*, Pinel, l'Ancien et le Moderne, Aubier, Paris, 2001
34. Voltaire, *Dictionnaire Philosophique Portatif*, Paris, 1764, rééd
35. Rousseau, *Du Contrat Social*, chap VI, Paris, 1762, rééd
36. Colombier et Doublet, *Instructions sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leurs sont destinés*, *Journal de Médecine, Chirurgie, Pharmacie*, 1785, p 529-583, cité par J.Pigeaud, *Aux portes de la psychiatrie*, Pinel, l'Ancien et le Moderne, Aubier, Paris, 2001
37. Tenon. J, *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, 1788, cité par J.Pigeaud, *Aux portes de la psychiatrie*, Pinel, l'Ancien et le Moderne, Aubier, Paris, 2001
38. Daquin. J, *La philosophie de la Folie*, Paris, 1792, cité par M. Gauchet et G. Swain dans *La pratique de l'esprit humain, L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Gallimard, Paris, 2007
39. Pinel. P, *Nosographie philosophique ou méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, Paris, Crapelet, 1798, 2^{ème} éd 1803, dans *L'aliénation mentale ou la manie*, L'Harmattan, Paris, 2006
40. Pinel. P, *Mémoire sur la manie pour servir à l'histoire naturelle de l'homme*, 1794 dans *L'aliénation mentale ou la manie*, L'Harmattan, Paris, 2006
41. Swain. G, *Deux époques de la Folie, de Kant à Hegel*, Gallimard, Paris, 1994
42. Hegel, *Encyclopédie des Sciences philosophiques*, 1817 cité par C. Quérel *Histoire de la Folie*, Paris, Tallandier, 2009
43. Esquirol. J.E, *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, Thèse de Médecine, Paris, 1805, cité par M. Gauchet et G. Swain dans *La pratique de l'esprit humain, L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Gallimard, Paris, 2007
44. Esquirol. J.E, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, 1838, Paris, Baillière
45. Esquirol. J.E, *Des établissements consacrés aux aliénés*, Paris, 1818, dans *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, 1838, Paris, Baillière
46. Georget. E, *De la folie*, Paris, 1820, cité par J.Postel, *Eléments pour une histoire de la psychiatrie occidentale*, Paris, L'Harmattan, 2007
47. F. Leuret, *Du traitement moral de la folie*, Paris, 1840, rééd
48. M. Gauchet et G. Swain dans *La pratique de l'esprit humain, L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Gallimard, Paris, 2007
49. Falret J.P, *Du traitement général des aliénés dans Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Paris, 1864, p686, cité par M. Gauchet et G. Swain dans *La pratique de l'esprit humain, L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Gallimard, Paris, 2007
50. Le Non Restraint ou De l'abolition des moyens coercitifs dans le traitement de la folie, Moreau de Tours, Paris, 1860
51. Marandon de Montyel. E, *La nouvelle hospitalisation des aliénés par la méthode de liberté et son application à Ville-Evrard*, *Ann Méd Psychol*, 1896, 54.
52. Hautsngen. T, *Observations et certificats psychiatriques au XIXème siècle*, Cibu Cergy, Rueil Malmaison, 1985
53. Palazzolo. J, Lachaux.B, Chabannes.J.P, *Isolement, Contention et Contrainte en Psychiatrie*, Rapport du CPNLF, Média Flash, Paris, 2000
54. Basaglia. F, *L'institution en négation*, Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia, PUF, Paris, 1977
55. Cooper. D, *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Coll. Seuil, Paris, 1978
56. Laing.R in Lefort.R, *Psychiatrie et antipsychiatrie*, *Encycl. Univers.*, 1980, 354-356
57. Hochmann. J, *La Consolation*, Odile Jacob, Paris, 1974

58. R. Castel, La gestion des risques, Ed.Minuit, 1981 et L'ordre psychiatrique, Ed Minuit, Paris, 1976 cité par Palazzolo. J, Lachaux.B, Chabannes.J.P, Isolement, Contention et Contrainte en Psychiatrie, Rapport du CPNLF, Média Flash, Paris, 2000, p 62-63
59. Bonnafé.L, Daumezon. G, L'internement, conduite primitive de la société devant le malade mental. Recherche d'une attitude plus évoluée. Document de L'Information Psychiatrique, 1946, II, 82-107
60. Sivadon. P et al, L'institution thérapeutique, L'Information Psychiatrique, Paris, 1967
61. Lagache D.L'unité de la psychologie, Quadriga PUF, 1949, 5^{ème} édition, Paris, nov 1997
62. Dictionnaire Larousse, <http://www.larousse.fr/>
63. Freud. S, Introduction à la psychanalyse, Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1994
64. Loi 7443 sur les aliénés, 30 juin 1838, source <http://www.legifrance.gouv.fr/>
65. Loi 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation, source <http://www.legifrance.gouv.fr/>
66. Code Pénal, Article 132-45, source <http://www.legifrance.gouv.fr/>
67. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, source <http://www.legifrance.gouv.fr/>
68. Loi n°68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs, source <http://www.legifrance.gouv.fr/>
69. Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, source <http://www.legifrance.gouv.fr/>
70. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, source <http://www.legifrance.gouv.fr/>
71. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, source <http://www.legifrance.gouv.fr/>
72. Ey. H, La folie et les valeurs humaines. Etude n°1 : In Etudes psychiatriques Tome 1, Desclée de Brouwer, Paris, 1948
73. Badinter.R , Le Parlement adopte le projet de loi Dati sur la rétention de sécurité , archive, *La Croix* 7 février 2008
74. Loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sureté et la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
75. Apperson L.J et al, Short term clinical prediction of assaultive behaviour : artefacts of research methods. *Ann J Psychiatry*, 1993, 150, 9, 1374-1379
76. Cahill C.D et al Inpatient management of violent behaviour : nursing prevention and intervention. *Issues Ment. Health. Nurs* ; 1991, 12, 3, 239-252
77. Winnicott D.W. Jeu et réalité.
78. Freud. S, L'interprétation des rêves, PUF, Paris ; 1971
79. Bonnafé. L, Sur les réunions de personnel. L'information psychiatrique, Paris, 1949, 6
80. Lehan. M et al, Alternatives to seclusion in psychiatric care. *Bt. J. Nurs* ; 1996,5,16, 974-979
81. Lion J.R et al Countertransference reactions to violent patients. *Am. J. Psy*, 1973, 130, 207-210
82. Ramirez L.F et al, An educationnal program for the prevention and management of disturbed behaviour in psychiatric settings ; *J. Contin. Educ, nurs*, 1981, 12, 5, 19-21
83. Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, 1789 ; source <http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/dudh/1789.asp>
84. Stahl SM . Psychopharmacologie essentielle. Bases neuroscientifiques et applications pratiques, Chapitre 11 Neuroleptiques page 401 à 409. Paris 2002
85. Lewander T, Neuroleptic and the neuroleptic induced syndrome, *Acta psychiatr scand suppl* 1994; 380:8-13
86. Lader M, Neuroleptic induced deficit syndrome: old problem, new challenge in *Journal of psychopharmacology* 7(4) 1993 392-393
87. J.Kane,E.Aguglia,A.Altamura,J.Gutierrez,N.Brunello,W.Fleischhacker,W.Gaebel,J.Gerlach,JD.Guelfi, W.Kissling,Y.Lapierre,E.Lindstrom J.Mendlewicz,G.Racagni,L.Carulla,N.Schooler; Guidelines for depot antipsychotic treatment in schizophrenia., *European Neuropsychopharmacology* 8 (1998) 55-66
88. J.Walburn, R.Gray, K.Gournay, S.Quraishi, A.David Systematic review of patient and nurse attitude to depot anti psychotic medication. in *Br J Psychiatry* 2001; 179:300-307

89. PM Llorca Risperidone longue durée d'action : apport dans les stratégies thérapeutiques. in L'Encéphale 2004 ; XXX :15-8
90. Sivadon. P, Sécurité sous contrainte et contrainte sécurisante. L'information psychiatrique, 1965, 2, 137-143
91. Déclaration des droits de l'homme et du citoyen 1795. Source : <http://www.ledroitcriminel.free.fr/>
92. Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public. 3^{ème} édition. Bibliothèque de psychanalyse, PUF, Paris, 2004.
93. Jodelet D. Représentations sociales. In : Grand dictionnaire de la psychologie. Larousse, Paris, 1991 : 681-82.
94. Paillé P, Mucchieli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, Armand Colin, Paris 2011.
95. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rossler W. Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. Acta Psychiatr Scand 2002, 105:385-9.
96. Lepping P, Steinert T, Gebhardt RP, Rottgers HR. Attitudes of mental health professionals and lay people towards involuntary admission and treatment in England and Germany- a questionnaire analysis. Eur Psychiatry 2004, 19: 91-5.
97. Wolff G, Pathare S., Craig T, Leff J. Community attitudes to mental illness. Br J Psychiatry 1996, 168:183-90
98. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness : effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. Acta Psychiatr Scand 2003 108: 304-9.
99. Roelandt J.L, Caria A, Benoist J, Bryden B, Defromont L. La santé mentale en population générale : Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000. Inf Psychiatr 2003, 79 : 867-78.
100. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. Br J Psychiatry 2000, 177:4-7
101. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Morven L, for the Indigo study group, "Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey", <http://www.thelancet.com>, 2009
102. Kohl FS, Cherikh F, Staccini P, Darcourt G, Pringuey D. Devenir médecin: évolution des représentations étiologiques de la maladie chez les étudiants en médecine au cours de leur formation. Encéphale 1998, 24 : 80-3.
103. Scheid F, Raveau F. Représentations sociales de la maladie mentale. Encycl Med Chir 1991, 37725-E-10 : 1-5.
104. Kohl FS. Les représentations sociales de la schizophrénie, Rapport du CPNLF, Masson, Paris, 2006.
105. Giordana JY. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale, Rapport du CPLNF, Masson, Paris 2010.

6. Annexes :

6.1 Guide d'entretien :

Mesures légales de contrainte

1. Que pensez-vous de l'utilisation éventuelle de mesures d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie, chez des patients en refus de soins ?

- a. ayant déjà présenté ou présentant une dangerosité pour les autres.
- b. ne présentant pas de dangerosité pour les autres, mais présentant une maladie mentale dont l'évolution sans traitement peut être grave et dangereuse pour eux-mêmes.

2. Si une de vos relations, personnelles ou professionnelles, présentait des signes évocateurs d'une maladie mentale, que penseriez-vous de la réalisation d'une hospitalisation sous contrainte en cas de refus de soins ?

3. Que pensez-vous de l'obligation éventuelle, pour les malades mentaux, de devoir se rendre régulièrement, après leur sortie d'hospitalisation et leur retour à domicile, dans un dispositif de soins extra-hospitalier pour y rencontrer un médecin et y recevoir des soins adaptés à leur pathologie?

- a. chez les malades mentaux ayant déjà présenté une dangerosité pour les autres.
- b. chez les malades mentaux n'ayant jamais présenté de dangerosité pour les autres.

Obligation à la prise d'un traitement :

4. Que pensez-vous de l'administration, en urgence et sous contrainte, d'un traitement médicamenteux psychiatrique par voie injectable dans les états d'agitation aigüe ?

5. Que pensez-vous de l'administration régulière, au long cours et à l'extérieur de l'hôpital, d'un traitement psychiatrique médicamenteux à action prolongée, par voie injectable ?

Mesures physiques de contrainte :

6. Que pensez-vous de l'utilisation de moyens de contention physique (tels que la chambre d'isolement ou les entraves) en psychiatrie ?

7. Que pensez-vous de l'utilisation de la mise en pyjama (par exemple, au décours d'un épisode d'agitation aigüe ou en prévention du risque suicidaire ou de fugue) en psychiatrie ?

Mesures morales de contrainte (obligations) :

8. Que pensez-vous de l'utilisation, au cours d'une hospitalisation en psychiatrie, de moyens de contrainte (par exemple, la restriction des sorties) sur le patient malade mental présentant des troubles du comportement afin de lui faire adopter une attitude plus citoyenne et adaptée aux règles de la vie en société ?

9. Que pensez-vous de restrictions (par exemple, l'arrêt du travail ou un changement du mode de vie) qui s'exerceraient, éventuellement sous contrainte, dans le projet de vie du patient atteint d'une maladie mentale ?

Arrêt des contraintes :

10. Que pensez-vous de l'arrêt éventuel de toute mesure de contrainte extérieure (c'est-à-dire ne relevant pas du patient lui-même) dans la prise en charge du patient malade mental stabilisé qui a pu intégrer cette contrainte à son psychisme ce qui lui permet ainsi de se soigner librement de façon adaptée ?

- a. chez les malades mentaux n'ayant jamais présenté de dangerosité pour les autres.
- b. chez les malades mentaux ayant déjà présenté une dangerosité pour les autres.

Vision générale :

11. Finalement, que pensez vous de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie ?

6.2 Verbatim des focus groups :

6.2.1. Service d'Accueil et de Garde Infirmier (Sagi), Chai St Egrève :

Mesures légales de contrainte :

1. Que pensez-vous de l'utilisation éventuelle de mesures d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie, chez des patients en refus de soins ?

- a. ayant déjà présenté ou présentant une dangerosité pour les autres ?
- b. ne présentant pas de dangerosité pour les autres, mais présentant une maladie mentale dont l'évolution sans traitement peut être grave et dangereuse pour eux-mêmes ?

« Infirmier 1 : C'est indispensable.

Infirmier 2 C'est indispensable pour les deux.

Infirmier 1 C'est la base.

Infirmier 3 C'est malheureusement un passage obligé.

Infirmier 2 C'est vérifié chaque jour à chaque fois qu'on fait des hospitalisations. Il y a des gens qui ne sentent pas malades et qui font des choses complètement folles. Et puis, effectivement, il y a le côté du patient qu'on met un petit peu à l'écart pour le traiter et essayer d'améliorer son comportement.

Infirmier 3 Sans ça, je ne suis pas sûr qu'on aurait l'adhésion aux soins du patient, tout simplement. Donc c'est un peu un des seuls moyens d'avoir cette adhésion et de pouvoir travailler avec eux, au moins au départ.

Infirmier 2 C'est même pas une adhésion, c'est forcé donc c'est pas une adhésion.

Infirmier 3 Enfin, on recherche cette adhésion, quoi.

Infirmière 4 Mais tu les forces au début, et tu travailles pour avoir l'adhésion ensuite.

Infirmier 2 Et développer une alliance thérapeutique.

Infirmier 3 Et du coup, c'est ce que tu disais, ça doit donc être réévalué assez régulièrement, pour, une fois qu'on a cette adhésion, pouvoir à la limite la lever mais je pense que c'est un des seuls moyens de pouvoir y accéder et de développer une relation de soins.

Infirmier 2 Et arriver jusqu'à la relation de confiance et de soins et du coup arriver à lever la contrainte.

Infirmier 3 C'est quelque chose qui est indispensable mais pas satisfaisant. C'est indispensable dans le cas où le pronostic vital de la personne ou des autres est engagé à plus ou moins long terme, et pas satisfaisant parce que justement, on a beaucoup de mal à obtenir l'adhésion aux soins justement, donc on s'aperçoit qu'on est obligé de

maintenir des hospitalisations, ou des réhospitalisations, sur plusieurs années, avant d'obtenir un réel consentement aux soins. C'est ça qui est pas satisfaisant mais en même temps, la nature humaine est ainsi faite, donc on n'a pas trop le choix.

C'est le paradoxe, mais du coup je pense que ça se surajoute, la contrainte, étant donné qu'on va avoir une confrontation de deux blocs, de deux visions des choses, la psychiatrie contre le malade en gros, une confrontation qui peut être récurrente parfois, l'adhésion aux soins va être plus longue à venir. Mais est ce que s'il y avait pas la contrainte, on arriverait à l'obtenir ? Je ne sais pas non plus.

Infirmier 5 Voilà ce qui est à mon sens, le paradoxe de la contrainte. C'est qu'effectivement, on recherche une adhésion aux soins, tout en contraignant la personne aux soins, donc est ce que d'une certaine manière, le fait de la contraindre n'empêche pas l'adhésion aux soins ? Mais si on ne contraint pas, sur un malade vraiment malade, qui adhère complètement à son délire et qui n'entend pas ce qu'on lui dit, on ne peut pas faire autrement par contre. Donc après, pour l'amener à une adhésion aux soins, c'est le paradoxe de la contrainte. Malheureusement, c'est indispensable, oui.

Infirmier 1 On y arrive parfois quand même.

Infirmier 5 Maintenant, je pense qu'avec la nouvelle loi, et ça aussi c'est un paradoxe de la nouvelle loi, on laisse beaucoup plus facilement les gens en soins libres, tout en gardant sous le coude, effectivement, la menace de contrainte, en leur disant « on vous laisse en soins libres mais s'il le faut on vous mettra sous contrainte ». Est-ce que ça ne va pas obliger les équipes à trouver d'autres biais pour arriver à l'adhésion aux soins, en ayant des gens en soins libres ? Mais après, c'est vrai qu'il y a des moments où on n'a pas le choix, et qu'on est obligés de les contraindre.

Infirmier 3 Ce que je constate avec la nouvelle loi, c'est que tu peux même avoir à faire ça avec des gens en hospitalisation libre entre guillemets, chez des chroniques c'est-à-dire des gens hospitalisés que tu connais depuis plusieurs mois voire plusieurs années, là on arrive à quelque chose, pour des primo arrivants ça ne marche pas.

Infirmier 5 Ils le font à l'Apex où ils laissent pas mal de gens en soins libres, mais c'est de l'hypocrisie aussi, car ils gardent toujours sous le coude la menace de contrainte, c'est pas vraiment l'adhésion aux soins, c'est « vous vous tenez tranquille sinon on vous contraint ». Mais après, ça ne marche pas toujours ça.

Infirmier 6 Prends l'exemple intra/extra. En intra, quand il y a la contrainte, ils sont forcés de se soigner et on arrive bien souvent à quelque chose, et dès qu'après ils sont dans la nature et qu'il n'y a plus de contrainte aux soins, ça repart, malheureusement comme tu disais ça fait partie de la nature humaine.

Infirmier 5 Pour certains patients ça met un cadre. Dans un certain sens, la contrainte, des fois c'est thérapeutique. Quand on leur fait sauter, ils partent ou ils arrêtent les soins, mais si on leur laisse ça, ce cadre là, ils restent dans le soin.

Infirmier 3 Moi je mettrais quand même un bémol, c'est-à-dire qu'on parle bien de pathologie mentale avérée, c'est-à-dire qu'on est pas dans l'obligation de soins judiciaire, où c'est encore une autre question.

Infirmier 2 Le fait qu'il n'y ait pas d'obligation, ça obligerait je pense à négocier avec le patient et ça c'est anti-soin de négocier. On n'est pas des marchands de tapis, le soin c'est pas ça. On impose les choses parce qu'on pense qu'il n'est pas responsabilisable, et surtout qu'il n'a pas le jugement pour réagir de la bonne manière, donc on juge à sa place et on prend les décisions à sa place. S'il n'y avait pas cette contrainte là, on serait dans la négociation et ça donnerait aussi, j'imagine beaucoup d'angoisse au patient à devoir faire des choix alors qu'il en est complètement incapable à ce moment là, de toute façon c'est toujours temporaire et ponctuel. Moi je pense que c'est vraiment nécessaire et le fait de négocier, en le laissant en hospitalisation libre, je ne sais pas si c'est pas néfaste pour le soin justement. Le soin c'est ça, on impose les choses, quand la personne ne peut pas en juger.

Infirmier 1 C'est le soin sous contrainte, ça, c'est pas le soin tout court qu'on oblige.

Infirmier 2 Oui mais le soin, regarde par exemple, recadrer un patient ou le mettre en chambre d'isolement, c'est un soin, ou l'obliger à un traitement c'est un soin que t'oblige parce qu'il n'a pas sa capacité de jugement. Et si, imagine, il fallait négocier, « ben oui si vous le prenez pas, il y aura ci, il y aura ça, on n'est plus dans le rapport où tu soignes finalement. »

2. Si une de vos relations, personnelles ou professionnelles, présentait des signes évocateurs d'une maladie mentale, que penseriez-vous de la réalisation d'une hospitalisation sous contrainte en cas de refus de soins ?

« Infirmier 1 C'est là qu'il faut qu'on se pose la question d'être vraiment professionnels. On peut y être confrontés, avec quelqu'un de sa famille par exemple, et c'est vrai qu'on doit avoir une exigence de professionnels, nous, parce que, malgré qu'il soit de notre famille, on peut comprendre ce qui peut se passer.

Infirmier 3 Moi, de prime abord, j'y vois pas trop d'inconvénients, cela dit moi je m'investirais pas trop dans la relation de soins. Après, très honnêtement cela dépend du secteur d'habitation.

Infirmier 2 C'est parce qu'on a un œil critique sur les pavillons

Infirmier 6 Après, il y a toujours moyen de faire hospitaliser quelqu'un que tu connais, ou de ton entourage professionnel, dans un autre hôpital que celui où tu travailles

Infirmière 4 L'hospitalisation sous contrainte pour nos proches ne nous pose pas de problèmes, le problème c'est de les mettre à l'hôpital ici.

Infirmier 5 Après tu ne peux pas t'investir dans la prise en charge. »

3. Que pensez-vous de l'obligation éventuelle, pour les malades mentaux, de devoir se rendre régulièrement, après leur sortie d'hospitalisation et leur retour à domicile, dans un dispositif de soins extra-hospitalier pour y rencontrer un médecin et y recevoir des soins adaptés à leur pathologie?

a. chez les malades mentaux ayant déjà présenté une dangerosité pour les autres.

b. chez les malades mentaux n'ayant jamais présenté de dangerosité pour les autres.

Infirmier 1 « Primo ce n'est pas une nouveauté, on n'a rien inventé.

Infirmier 5 Ca entérine quelque chose qui existait déjà avant. Ceci dit, ça peut ne pas être une mauvaise idée, le truc c'est qu'il n'y a qu'une seule alternative si la personne ne vient pas, c'est l'hospitalisation et ils n'ont pas pensé à autre chose que l'hospitalisation et il aurait peut être fallu réfléchir à d'autres biais que d'hospitaliser la personne si elle ne vient pas à son rendez-vous ou bien faire son injection.

Infirmier 2 C'est quand même dur une réhospitalisation, alors que des fois il n'y en aurait peut être pas eu besoin.

Infirmier 5 En rediscutant avec le patient des fois, en mettant d'autres choses en place, et le laisser dehors sans être réhospitalisé.

Infirmier 1 Par contre, je pense qu'on est tous d'accord pour dire que l'obligation de soins à l'extérieur, c'est quelque chose d'indispensable, sinon on sait bien que ça capote assez vite.

Infirmier 3 C'est parfaitement judicieux dans certains cas.

Infirmier 2 Quand il y a dangerosité ou pas, des fois des gens même pas forcément dangereux, ça peut être aussi bien.

Infirmier 3 Mais la psychiatrie, ce n'est pas une séance de divination, il y a des gens qu'on peut penser dangereux mais en même temps ce n'est pas une science exacte. On n'est pas des devins.

Infirmier 2 Mais là on parlait de quelqu'un qui est déjà passé à l'acte par exemple, qui a déjà fait de l'Unité Malades Difficiles j'imagine, qui a des chances de repasser à l'acte après, peut être plus que d'autres patients, mais c'est sur qu'après on n'est pas dans leur tête.

Infirmier 1 Sans parler de dangerosité, dans tous les cas, on sait très bien que la maladie mentale c'est une maladie qui ne guérit pas, mais qui se soigne et on ne peut pas se passer d'un traitement. Rien que pour ça, l'obligation de soins est nécessaire.

Infirmier 2 Pour l'observance du traitement.

Infirmière 4 C'est essentiellement pour l'observance du traitement. Dans les soins ambulatoires obligés, le patient est essentiellement contraint à rencontrer le psychiatre et à rencontrer les équipes de soins pour recevoir son injection retard, il ne faut pas se leurrer.

Infirmier 2 Mais il y a le rapport aux soignants qui est là souvent et je pense que ce rapport là il est très important.

Infirmière 4 Les entretiens infirmiers, oui.

Infirmier 6 Les visites à domicile aussi.

Infirmière 4 Ca dépend des patients. L'essentiel c'est les rendez vous avec le psychiatre, les entretiens infirmiers et l'injection retard.

Infirmier 5 Là encore est ce que ça ne peut pas être contre-productif de contraindre les gens, est qu'il n'y en a pas qui vont dire « ils m'embêtent, je suis déjà contraint à l'hôpital » ? Comme c'était fait avant, les sorties d'essai HO ou HDT, ils étaient à l'extérieur sous contrainte.

Infirmier 6 Enfin, on allait quand même les chercher.

Infirmier 3 Comme c'était fait avant, je pense que ça nous laissait, à nous professionnels de santé, une marge de manœuvre plus importante que maintenant. Maintenant, tout est ficelé juridiquement et du coup, nous-mêmes on se retrouve en portafaux vis-à-vis de la justice des fois et on est obligés de faire des choses qui nous conviennent moyennement.

Infirmière 4 Avant, quand le patient ne venait pas à son injection retard, tu pouvais laisser trois jours, une semaine, quinze jours, aller le voir ou essayer de lui parler au téléphone, il y avait une marge de manœuvre pour négocier avec lui.

Infirmier 3 J'ai déjà vu des cas où on est intervenus pour une réintégration de HDT ou de HO chez des gens qui ne prenaient plus leur traitement, on est allés au domicile et ça s'est soldé par le fait qu'on a fait l'injection retard et qu'on est repartis après.

Infirmier 6 Je l'ai fait aussi ça.

Infirmier 3 Et c'est quelque chose qui a parfaitement marché, pour le coup ça a renforcé son lien avec nous au patient, alors que si on avait fait l'inverse ça aurait peut être cassé le peu de lien qu'il y avait.

Infirmier 5 Apparemment, ils ne systématisent pas le truc dans les CMP, ils font en sorte de ne pas hospitaliser la personne si elle ne vient pas à son rendez-vous immédiatement, le truc c'est que ça risque en tout cas de systématiser ça. On verra bien avec le recul par rapport à la loi.

Infirmier 6 Si tu fais un peu le parallèle entre l'intra et l'extra, nous en intra, s'il prend pas son traitement, on a la menace de la contention, de la chambre d'isolement. En CMP, ils n'avaient rien pour remplacer ça.

Infirmier 5 Si parce que la personne qui était en HDT ou en HO elle restait sous contrainte, donc ils pouvaient toujours lui dire « si vous ne venez pas, vous serez réhospitalisés ». La ça le légalise c'est tout. Ça comble un vide juridique.

Infirmier 1 C'est vrai que cette nouvelle loi elle ne change pas grand-chose dans les faits. Par contre c'est bien que le juge intervienne, ça va éviter des abus de pouvoir médical.

Infirmier 2 L'abus c'est de lever la contrainte comme ça. »

Obligation à la prise d'un traitement :

4. Que pensez-vous de l'administration, en urgence et sous contrainte, d'un traitement médicamenteux psychiatrique, par voie orale ou par voie injectable dans les états d'agitation aigue ?

« Infirmier 1 Toujours la même réponse, on ne peut pas faire autrement.

Infirmier 2 Souvent, on lui demande, s'il veut le prendre par la bouche, parce c'est quand même un peu moins traumatisant.

Infirmier 3 J'irai même jusqu'à dire que paradoxalement c'est le premier soin, parce que normalement le premier soin c'est la parole mais dans les états d'agitation aigue, le premier soin c'est de faire cesser l'agitation. D'ailleurs je me verrais bien demander, enfin si c'était possible dans le cadre de notre statut, d'avoir une formation en plus pour pouvoir nous permettre de mettre en place nous-mêmes ces traitements.

Infirmier 5 D'ailleurs, ne pas le faire, c'est mettre en danger les patients et les autres.

Infirmier 2 Dans les états d'agitation aigue, si le patient est déjà passé à l'acte, il y a parfois moyen de n'utiliser que la parole et un traitement par la bouche, parce que la personne s'est défoulée en cassant tout. On lui tombe pas tout le temps dessus.

Infirmier 3 On n'a pas dit qu'il fallait lui tomber dessus, on a dit qu'il fallait mettre en place en urgence un traitement sous contrainte.

Infirmier 2 Même on ne fait pas forcément une injection à chaque fois. Des fois on discute et après on fait prendre per os le traitement.

Infirmier 1 Dans les états d'agitation aigue, tu n'as pas le choix.

Infirmière 4 C'est parce que vous vous considérez que quand vous arrivez, l'agitation perdure tandis que toi tu considères que l'agitation aigue elle a cessé.

Infirmier 2 Oui, donc c'est plus de l'agitation aigue. De toute façon on n'a pas le choix quand la personne est inaccessible.

Infirmier 3 C'est plutôt bien, on commence par là et ensuite on met en place autre chose.

Infirmier 5 Si tu ne le fais pas, tu te mets en danger toi, tu mets en danger le patient, les autres patients.

Infirmier 6 Par contre, on n'est pas obligés de faire de l'injectable.

Infirmier 5 Dans les états d'agitation aigue, généralement, ce n'est pas des gens qui sont accessibles.

Infirmier 3 Il faut un traitement médicamenteux, relativement fort ou conséquent dans un premier temps et qui soit rapide. Après, quelque soit la voie, peu importe. Moi, ça ne me dérange pas de faire l'injection s'il n'y a pas d'autres solutions mais per os c'est encore mieux, c'est-à-dire qu'on a un début de compliance aux soins.

Infirmier 2 C'est encore mieux et c'est plus agréable pour le patient.

Infirmier 5 Quand il y a un état d'agitation aigue, on maîtrise le patient, on le met en contention et une fois en contention, on lui propose le traitement per os et s'il accepte je ne vois pas l'intérêt de faire une injection en plus. Donc ça, ça peut arriver mais des états d'agitation aigue que l'on peut vraiment traiter par la parole, c'est que l'agitation aigue est terminée. Quand ils sont en crise, ils sont difficilement accessibles.

Infirmier 3 Moi je ne défends pas l'injection pour tout le monde. Quand on pas le choix c'est sûr, mais ça ne me dérange pas non plus de faire une injection, même si le patient est prêt pour le prendre per os, si on veut marquer par l'injection quelque chose de spécial, symboliquement et quand c'est médicalement justifié.

Infirmier 2 Après, il faut voir ce que tu mets derrière.

Infirmier 3 Si c'est pour une punition, non, mais si c'est pour marquer autre chose si dans le cadre de la pathologie du patient, il y a quelque chose de positif qui peut en ressortir. »

5. Que pensez-vous de l'administration régulière, au long cours et à l'extérieur de l'hôpital, d'un traitement psychiatrique médicamenteux à action prolongée, par voie injectable ?

« Infirmier 7 C'est la seule solution pour être sur que le patient prend son traitement à l'extérieur. Sinon, tu ne peux pas le savoir. Parce qu'ils te disent qu'ils le prennent quotidiennement mais ça tu ne peux pas le savoir.

Infirmier 3 Après il y a les dosages sanguins.

Infirmière 4 Ou une infirmière libérale qui passe tous les jours lui donner son traitement.

Infirmier 6 Après, je pense que c'est un des moyens les plus efficaces et les plus sûrs d'administrer un traitement à l'extérieur.

Infirmier 2 Et le plus pratique pour le patient.

Infirmier 3 Et paradoxalement, c'est un des moyens les moins contraignants pour le patient, parce que c'est nettement moins contraignant d'avoir une injection une fois par mois que de prendre son traitement trois fois par jour.

Infirmière 4 Seulement quand ils ont des NAP, ils ont souvent des traitements per os aussi.

Infirmier 6 Mais c'est un traitement un peu moins lourd et puis il y a toujours un fond de traitement.

Infirmière 4 Pour à 100%.

Infirmier 6 Complètement.

Infirmier 2 Pour que ça soit efficace.

Infirmier 4 Pour l'observance. »

Mesures physiques de contrainte :

6. Que pensez-vous de l'utilisation de moyens de contention physique (tels que la chambre d'isolement ou les entraves) en psychiatrie ?

« Infirmier 5 Ca doit être le dernier recours, quand la parole ne marche plus, quand le traitement ne marche plus, ou qu'il y a besoin de poser la personne parce qu'elle est trop éclatée psychiquement.

Infirmier 3 Ou que le surmoi des patients ne marche plus.

Infirmier 2 Il faut qu'il y ait les bonnes indications pour que ça soit efficace.

Infirmière 4 Il faut que l'indication soit bien posée médicalement.

Infirmier 1 Il y a une différence entre la chambre d'isolement et la contention.

Infirmier 5 Effectivement, si on peut trouver une chambre d'isolement c'est mieux, parce que souvent la chambre d'isolement évite la contention, après c'est la contention qui doit être le dernier recours.

Infirmier 3 Moi, il y a un truc qui me gêne sur l'isolement et la contention, mais c'est moins important pour l'isolement que pour la contention, c'est que j'aimerais qu'on réfléchisse sur la durée de la mise sous contention. Dans certains cas, et même dans pas mal de cas, des mises sous contention d'une demi-heure, une heure, deux heures, suffirait. Et on se retrouve avec des contentions qui peuvent perdurer sur plusieurs jours alors que deux heures auraient pu suffire. Là ça me pose problème.

Infirmier 6 Ca devrait être soumis à l'évaluation infirmière normalement.

Infirmier 3 Pas uniquement. Ca a quand même des objectifs médicaux.

Infirmier 5 Il y a aussi un autre problème, c'est que quand on met en contention, il faut qu'on traite comme il faut, c'est-à-dire qu'on doit sédaté la personne.

Infirmier 2 Même en chambre d'isolement.

Infirmier 5 Oui même en CI mais encore plus en contention. Une mise sous contention avec un traitement comme il faut, si le traitement est efficace, une fois que le patient est sédaté, elle n'a pas de raisons de durer plus longtemps. C'est vrai qu'il y a des personnes qui te tapent dessus quand on les détache, mais c'est à réévaluer en tout cas.

Infirmière 4 C'est un soin mais le dernier à devoir être utilisé.

Infirmier 1 Moi, la chambre d'isolement, je trouve que des fois, en première intention, c'est pas mal, en fonction de la pathologie. C'est pas forcément en dernier recours, c'est vraiment un outil de travail, la chambre d'isolement. C'est différent de la contention, je mettrais un bémol quand même.

Infirmier 5 Oui, quand je te dis dernier recours c'est par rapport à l'état du patient, c'est sûr que si le patient est complètement éclaté, tu ne vas pas le laisser rester un moment dans le pavillon et tu vas le mettre directement en chambre d'isolement.

Infirmier 3 Moi ce que j'aimerais, au niveau des contentions, c'est que le médecin s'implique plus parce qu'on se retrouve très souvent dans le cas où le médecin reste dans son bureau et dit « mettez le sous entraves, allez lui dire et débrouillez vous avec ». Il y a quelquefois où la contention est un peu facile pour le corps médical.

Infirmier 1 Et puis moi, je trouve que la contention c'est très violent. Je crois qu'on banalise trop la contention. Que ce soit un soin, un outil de travail, je suis d'accord mais on la banalise trop. Il y a beaucoup de nos patients qui explosent des fois à cause de la contention.

Infirmier 7 C'est vrai que c'est super dur.

Infirmier 5 Et en même temps il y en a qui explosent et c'est pour ça qu'on les met en contention. Et il y en a qui sont tendus et qui explosent une fois sous contention.

Infirmier 1 Ca peut être bon, ça aussi, on est d'accord mais la contention ça reste quand même très violent.

Infirmier 5 Ca doit pas durer, c'est sûr.

Infirmier 3 La contention, pour moi, c'est un outil de travail très intéressant qu'il ne faut surtout pas abandonner. Il y a plein de cas où ça ne me dérange pas du tout de mettre les gens sous contention, mais maintenant c'est devenu quelque chose de trop courant, trop banalisé. Il faut qu'on réfléchisse là-dessus, qu'on se réapproprie la mise sous contention et y mettre un réel sens.

Infirmier 1 En fait c'est tellement facile.

Infirmier 2 Il faut vérifier les indications, c'est tout et en discuter avant de le faire mais c'est clair que je suis totalement d'accord, si c'est bien utilisé c'est nickel, mais si c'est mal utilisé ou systématiquement ça peut être vraiment maltraitant.

Infirmier 5 Très vite banalisé et facile

Infirmier 3 Et nous, au SAGI, tous les vendredis on y a droit, quand on retrouve des gens sous contention, on se dit que ça va durer jusque lundi et ça c'est quelque chose qui est pénible. Infirmier 6 Ce qui est bien c'est l'expérience de l'entrave si besoin. Pas réévalué c'est maltraitant on est d'accord mais là c'est à évaluation infirmière.

Infirmier 1 L'avantage, pour les équipes, de la mise sous contention c'est qu'un patient perturbateur, tu le neutralises et ça c'est un peu dommage.

Infirmière 4 C'est assez facile.

Infirmier 2 Que tu le maîtrises ce n'est pas bien mais c'est nécessaire.

Infirmier 1 Ce n'est parfois pas nécessaire. Il y a des équipes pour qui c'est facile et c'est souvent des équipes qui sont en souffrance.

Infirmier 2 Oui c'est facile mais un patient agité, il faut de toute façon l'arrêter.

Infirmier 1 Oui mais là on tombe dans le punitif et ça ce n'est pas bien.

Infirmier 2 Ce n'est pas forcément punitif, c'est qu'il n'arrive pas à se maîtriser et il s'énerve donc nous on le fait à sa place.

Infirmier 1 Oui mais, il y a perturbateur et perturbateur.

Infirmier 2 Oui c'est ça, il faut en discuter avant.

Infirmier 5 Pour moi, la première mise sous contention c'est un acte médical.

Infirmier 1 C'est le médecin qui devrait attacher.

Infirmier 5 Je ne sais pas mais ça retombe trop sur nous. En tout cas, la moindre des choses c'est que ce soit le médecin qui l'annonce au patient. Quand il met un patient en chambre d'isolement ou en contention, il va lui dire quoi, mais ce n'est pas fait tout le temps.

Infirmière 4 Comme toute prescription médicale, que ce soit un changement de traitement, une mise en chambre d'isolement, une contention, le médecin doit l'annoncer au patient.

Infirmier 3 C'est ça, il faut que le médecin le dise au patient, qu'il lui explique ce qu'il attend de ça, d'une part et de l'autre surtout que le médecin fasse aussi confiance aux infirmiers, qu'il entende ce que peuvent dire les infirmiers par rapport à la contention. Ca je pense que c'est très important. »

7. Que pensez-vous de l'utilisation de la mise en pyjama (par exemple, au décours d'un épisode d'agitation aigüe ou en prévention du risque suicidaire ou de fugue) en psychiatrie ?

« Infirmier 6 Moi je suis tout à fait d'accord pour la fugue et le risque suicidaire après des fois je trouve que c'est trop utilisé.

Infirmier 7 Trop systématique.

Infirmier 6 Trop systématisé oui.

Infirmier 1 C'est parfois dégradant parce que je trouve que les pyjamas de l'hôpital ne sont pas du tout adaptés. Je trouve qu'en systématique c'est une grosse erreur. Enfin s'il y a un risque de fugue d'accord, mais enfin on pourrait au moins faire un effort, que les gens aient des pyjamas qui leur aillent, à leur taille et avec des chaussures aussi, parce que je ne comprends pas que les gens aillent pieds nus.

Infirmier 5 C'est vrai que quand on arrive dans les pavillons parfois, il y a cinq ou six patients en pyjama.

Infirmier 1 Des pyjamas qui sont parfois trop grands, ou parfois trop petits et pas de chaussures. Non mais franchement, c'est l'image de la psychiatrie.

Infirmier 2 C'est vrai, c'est vrai.

Infirmier 6 Ca c'est une question de lingerie.

Infirmier 1 Je ne comprends pas ça, ça m'a toujours choqué. Il y a des gens, parfois, que tu vas chercher, qui reviennent relativement calmement et quand ils arrivent hop mise en pyjama. C'est une honte.

Infirmier 7 Le pire c'est quand ils passent trois-quatre jours à l'Apex sans pyjama et que quand ils arrivent dans le pavillon, là tu les colles en pyjama. Vas leur expliquer ça toi.

Infirmier 5 Il y a des espèces de protocoles dès l'entrée de mise en pyjama, tu sens qu'il n'ya pas d'évaluation clinique derrière qui justifie forcément ça. C'est dommage effectivement de protocoliser ça. C'est comme si on disait à l'entrée, on va vous mettre en pyjama, on va vous faire une injection et on va vous mettre en chambre d'isolement.

Infirmière 4 Il ne faut pas que ça soit systématique, c'est adapté à certaines situations, c'est pas forcément à l'entrée, c'est même pas forcément face à un risque suicidaire ou à un risque de fugue, c'est vraiment à adapter aux situations et aux patients. Parce que un pyjama, ça n'empêche même pas de fuguer, il faut arrêter de délirer, on a vu des patients partir en pyjama sans qu'on les repère alors qu'ils sont en pyjama. On a vu des patients

enlever le pyjama et prendre des habits à un autre patient avant de partir. Un pyjama ça n'empêche pas de fuguer.

Infirmier 6 Ca limite un peu quand même.

Infirmier 2 Oui, ça limite un peu. Ca aide pour le localiser.

Infirmier 3 Ca limite un peu et surtout, ça nous permet à nous d'être sur qu'il ne rentre aucun objet de l'extérieur.

Infirmière 4 Donc voilà, ça a d'autres utilisations. Il faut que ce soit expliqué au patient.

Infirmier 6 Il ne faut pas que ce soit « punition, vous êtes en pyjama » et ça je l'ai entendu plus d'une fois et ça n'a aucun intérêt.

Infirmier 5 Effectivement, quelqu'un qui est en pyjama, quelque soit la personne qui le voit dans le parc, elle va nous appeler.

Infirmière 4 Oui quelqu'un qui est en pyjama tout seul, ça a un effet.

Infirmier 2 C'est sûr.

Infirmier 6 Oui c'est tout ce que ça joue.

Infirmier 5 Après, par rapport au risque suicidaire, je ne sais pas si ça empêche grand-chose.

Infirmier 6 Il ne peut pas se pendre avec son pyjama.

Infirmière 4 Ben non, il y a deux grandes jambes à son pyjama.

Infirmier 5 Est-ce que ça ne dégrade pas encore un peu plus la personne qui est déjà dépressive.

Infirmière 4 Ce qu'il ne faut pas oublier par contre, c'est que quand on met un patient en pyjama le lundi, il faut se rappeler qu'il est en pyjama le mardi, le mercredi et qu'il ne doit pas y rester quinze jours. Parce que c'est comme ça que dans des pavillons, il y a huit patients en pyjama parce qu'on ne sait même plus depuis quand il est en pyjama, pourquoi il est en pyjama ni pourquoi il ne s'est pas rhabillé.

Infirmier 1 Moi ce que ça m'évoque, c'est qu'on culpabilise les gens d'être malades.

Infirmier 3 C'est vrai que c'est stigmatisant.

Infirmier 1 Stigmatisant et en même temps culpabilisant. Parce que la maladie mentale, il ne faut pas oublier qu'on en est plus victime que responsable et ça on a tendance à l'oublier.

Infirmière 4 C'est dégradant.

Infirmier 3 Moi je suis totalement d'accord sur le fait que la mise en pyjama peut avoir un effet thérapeutique certain, mais pas systématisée.

Infirmier 2 Il y a un autre effet du pyjama c'est que tu fermes les objets personnels. C'est le seul moyen pour fermer les placards, parce que si tu ne leur donnes pas un pyjama, ils ne vont pas pouvoir se changer, il faut leur ouvrir à chaque fois donc ils vont récupérer leurs affaires. Après il y a peut être moyen de faire autrement en fermant le placard et en accompagnant le patient pour se changer.

Infirmier 4 Tu peux restreindre uniquement l'accès aux affaires personnelles.

Infirmier 7 Là encore c'est une solution de facilité.

Infirmier 5 Mais c'est toujours pareil, ça pose la question du sens de ce qu'il y a derrière tout ça. Il faut peut être le dire au patient.

Infirmière 4 Il y a un sens.

Infirmier 2 Mais si c'était très ponctuel, ce serait forcément expliqué sinon le patient ne comprend pas.

Infirmier 5 Enfin quand tu laisses des jours des patients en contention quel sens ça a ? Pour moi c'est un truc symbolique, donc il faut que tu l'explicites et tu ne le laisses pas pendant plusieurs jours. C'est peut être à faire dans un premier temps mais après il faut expliciter, reprendre ça avec lui, pas simplement lui dire « on vous met en pyjama parce que vous avez fugué » et puis basta. »

Mesures morales de contrainte (obligations) :

8. Que pensez-vous de l'utilisation, au cours d'une hospitalisation en psychiatrie, de moyens de contrainte (par exemple, la restriction des sorties) sur le patient malade mental présentant des troubles du comportement afin de lui faire adopter une attitude plus citoyenne et adaptée aux règles de la vie en société ?

« Infirmière 4 Ben déjà, en SDRE, il y a une limitation de sorties et en SDT aussi puisqu'ils ne peuvent sortir seuls que dans le parc accompagnés à l'extérieur.

Infirmier 5 Ca d'ailleurs, c'est vraiment une honte.

Infirmier 4 Avec la nouvelle loi, ça limite déjà pas mal la question des sorties.

Infirmier 2 Il y a toujours les visites.

Infirmier 4 Oui c'est tout ce qui est en rapport avec la feuille des consignes par exemple.

Infirmier 1 Moi je suis globalement d'accord, parce que le malade mental n'est pas au dessus des lois. Il n'est pas responsable, mais il n'est pas au dessus des lois. Je pense que parfois, à cause de la maladie, ils ont des comportements des fois qui ne sont pas adaptés.

Infirmier 5 Et en même temps, est-ce qu'on a un rôle d'éducateur ? Je pense qu'on a un rôle d'éducation par rapport à la maladie et au traitement. Mais est ce que quelque part en faisant ça, on ne fait pas abstraction de la maladie, justement, en voulant à tout prix les faire entrer dans une norme sociale qui est la nôtre ?

Infirmier 6 Bien sûr qu'on a un rôle d'éducation.

Infirmier 2 Oui mais c'est la norme acceptable pour vivre en société.

Infirmier 1 C'est un débat vieux comme le monde, parce que c'est la responsabilité du malade mental par rapport à ses actes.

Infirmier 5 Après, je pense qu'il y a des choses qui sont communes à tout le monde, comme le respect.

Infirmier 1 Ben c'est ça oui.

Infirmier 2 Déjà ça oui.

Infirmier 3 Moi je pense qu'en tant que soignant, on a un rôle thérapeutique indéniable, éducatif aussi, par contre ça me donne envie de tirer la sonnette d'alarme ce genre de question, parce qu'en aucun cas, on a un rôle de normalisateur social. Ce n'est pas du tout notre rôle, parce que je pense que la société aussi pourrait faire un effort, parce que maintenant en 2011, elle est très intolérante, à sens unique, elle n'accepte plus la différence. Je pense que ce n'est pas à nous de rentrer là dedans, en tant que professionnels de psychiatrie et que là il faut faire attention. Alors restreindre les sorties pour aider le patient à pouvoir vivre en société, je suis ok, mais pour répondre aux incivilités, je ne suis pas d'accord parce que je pense que ce n'est pas notre rôle. On n'est pas là pour moraliser la société ni les patients.

Infirmier 1 Pourtant, c'est ce qu'on fait à chaque prise en charge.

Infirmier 2 On le fait pour les aider à être mieux dehors, sans se faire taper dessus.

Infirmier 3 Pour les aider à vivre dehors sans se faire taper dessus je suis d'accord mais en même temps ils ont le droit de faire leurs besoins au milieu de la route, dans un buisson. C'est pas parce quelqu'un fait ça que c'est le dernier des délinquants ou le premier des meurtriers, voilà.

Infirmier 1 Je vais donner un exemple. Un jour, il y en a un qui a fait ses besoins dans l'hôpital, à la cafétéria. On l'a surpris et on a téléphoné à son pavillon en disant qu'il fallait qu'il ramasse. Il l'a ramassée et voilà. Si on n'avait pas été infirmiers et s'il n'avait pas été hospitalisé, tu vois, il les aurait ramassés et il nous les aurait mis sur la figure. Là du coup, on a mis une forme de contrainte, du fait qu'il était hospitalisé, pour lui dire « tu vois, on ne fait pas ses besoins sans la rue, c'est dégoûtant, il faut que tu ramasses ».

Infirmier 3 Je sais que c'est des mauvais exemples que je donne, mais en même temps il faut faire attention.

Infirmier 5 Moi je pense que ce n'est pas à nous de refaire l'éducation. Toutes ces contraintes là, elles doivent se justifier sur un plan clinique parce qu'on est un lieu de soins.

Infirmier 6 C'est ce qu'on fait à chaque prise en charge. S'il commence à nous insulter on va le recadrer.

Infirmier 3 Oui tu ne peux pas vivre en société en insultant tout le monde. Mais en même temps, un type qui t'embête, tu as aussi le droit de ne pas lui dire bonjour, le droit de lui dire « laisse moi tranquille ».

Infirmier 6 Tout à fait. Sauf que là on est dans un lieu de soins.

Infirmier 3 Justement, c'est là qu'il faut l'équilibre, vivre en société oui, normaliser non.

Infirmier 5 Quand il t'insulte parce qu'il est fou, tu le remets en place, oui parce que c'est aussi le remettre dans un contexte de réalité. On lui dit « vous ne devez pas insulter les gens, vous avez à les respecter » et c'est des choses quand le traitement aura fait effet qu'il ne va plus faire. Mais pour moi, c'est clinique quand tu le recadres par rapport à tout ça c'est en fonction de la clinique, de la maladie. Et vouloir gommer à tout prix ça une fois qu'il va mieux, je trouve que c'est comme si tu voulais gommer toutes les aspérités et effacer la maladie.

Infirmier 2 Mais on en est loin.

Infirmier 5 Il faut accepter qu'ils sont malades et qu'ils font des choses qui ne sont pas forcément dans la réalité.

Infirmière 4 Et tant qu'il y a des symptômes de la maladie et même après, il faut le respect, pas d'insultes. Ça ne se dit pas à l'hôpital, ça ne se dit pas à l'extérieur, point. S'il y a des troubles du comportement liés à la

pathologie, c'est normal qu'on travaille dessus mais par contre, des incivilités qu'on retrouve ailleurs et qui sont liées à son éducation.

Infirmier 7 Ce n'est pas à nous de le faire.

Infirmier 6 Ca dépend de ce qu'on met nous dans les troubles du comportement.

Infirmier 3 On n'est pas là pour rendre des patients tout blancs, tout propres, tout jolis pour satisfaire la société.

Infirmier 2 Mais c'est pour eux qu'on le fait. C'est pour eux. Quand on essaie qu'ils évitent d'insulter tout le monde c'est pour eux, pour pas, encore une fois qu'ils se fassent cogner à l'extérieur.

Infirmier 3 Toi tu parles de choses qui les empêchent de vivre en société. Effectivement, tu ne te promènes pas dans la rue en insultant tout le monde. Par contre, tu peux te promener dans la rue en hurlant, en parlant à ton pote qui n'existe pas, ça tu peux le faire, c'est pas interdit ! Ca dérange personne.

Infirmier 2 On est d'accord.

Infirmier 1 A l'hôpital, il y a des règles qui sont quand même plus strictes qu'à l'extérieur de la société.

Infirmier 2 C'est la collectivité.

Infirmier 5 Effectivement, à l'hôpital, c'est un lieu de collectivité et il y a des règles à respecter. On n'est pas là pour refaire leur éducation mais qu'on leur rappelle qu'il y a des règles, comme le respect, oui.

Infirmier 2 C'est déjà faire de l'éducatif.

Infirmier 3 Mais on en vient à gommer ce qu'ils sont, pour que la société ne soit pas gênée de produire des gens comme ça.

Infirmier 2 C'est sûr.

Infirmier 1 Prends l'exemple des patients qui n'ont pas accès à leurs cigarettes. C'est fou quand même ça, on leur enlève le droit de fumer. Ils pourraient fumer dehors mais en fait on ne leur donne pas leurs cigarettes.

Infirmier 4 Oui mais ça c'est lié à autre chose, à l'argent dont ils disposent chaque semaine.

Infirmier 5 Il y a des pavillons où c'est systématisé plus ou moins. Mais ça aussi ça se travaille sur un plan clinique. Si le patient, quand tu lui laisses son paquet, il a tout fumé en quatre heures c'est clair que tu ne peux pas lui laisser.

Infirmier 1 Tiens, un exemple tout bête aussi. Le soir, ils écoutent la télé jusqu'à une certaine heure et après...

Infirmier 5 Oui mais c'est la nuit, ils n'ont pas à fumer.

Infirmier 1 Oui mais en prison, tu peux fumer tant que tu veux.

Infirmier 3 Oui mais la prison, ce n'est pas un centre de soins alors que l'hôpital psy c'est un centre de soins.

Infirmier 4 Parce que la nuit, on dort et aussi pour des raisons de sécurité.

Infirmier 1 Oui mais une frustration et hop ça part et c'est quand même dommage.

Infirmier 6 Mais tu parlais de remise dans la société, la société est pleine de frustrations.

Infirmier 1 Moins que ça. Et puis toi, si on te dit plus de cigarettes, tu mets un coup de poing dans la figure.

Infirmier 2 Mais si un patient qui n'a plus de cigarettes et qui est à l'extérieur, il va aller agresser quelqu'un pour avoir une cigarette. Et c'est notre rôle de lui dire que ça ne se fait pas comme ça et que s'il fait ça à l'extérieur, il va se faire taper ou il va revenir ici.

Infirmier 5 Ou il va être confronté à la loi comme n'importe quel citoyen. Il n'y a pas que les malades psychiatriques qui vont en prison quand ils ont agressé quelqu'un.

Infirmier 2 Oui mais je pense qu'on a vraiment ce rôle éducatif. On l'a puisqu'on essaie de les aider à ce qu'ils aient toutes les armes pour pouvoir ressortir de l'hôpital et rester un maximum dehors.

Infirmier 3 On a un rôle éducatif oui, mais pas de normalisateur.

Infirmier 6 À partir du moment où on fait de l'éducatif, on est forcément un peu normalisateur.

Infirmier 3 On a un rôle éducatif vis-à-vis de sa pathologie, qu'il comprenne ce que c'est, qu'il l'accepte, qu'il puisse se soigner correctement, qu'il reconnaisse ses symptômes, tout ça pour qu'il puisse vivre en société à minima. Mais en même temps, il a le droit d'être différent des autres, il a le droit de s'habiller en tutu rose si il veut. Regarde ce gars qui a un blouson de cuir, un fuseau fuschia et une ceinture cuir à clous avec des nounours qui pendent. Pourquoi, il n'aurait pas le droit de s'habiller comme ça ?

Infirmier 1 C'est sous tendu par le délire quand même. Regarde M.M qu'on a rasé. Sa chevelure participait à son délire même si on a été très choqué qu'on les lui ait coupés. Là on a un bel exemple des contraintes morales qu'on fait subir aux patients, puisqu'on l'oblige à se raser.

Infirmier 3 Je pense qu'il n'y a pas d'ordre de marche ou de manuel, on est tous différents.

Infirmier 5 Ca n'a pas été fait comme ça avec un objectif social, ça a été fait avec un objectif clinique. Puisqu'il se prenait pour Jésus, il fallait lui couper la barbe et les cheveux pour diminuer son délire.

Infirmier 1 Oui ça je le comprends, ça m'a choqué mais je le comprends.

Infirmier 3 Après je pense que malgré tout ce qu'on peut fantasmer sur les malades mentaux, ils sont nettement plus tolérants à la frustration que nous, individus dits normaux. Honnêtement, moi tu m'en fais le quart, eh bien ça ne va pas.

Infirmier 1 Oui c'est clair que ce qu'on fait subir au patient, on ne pourrait pas le supporter. »

9. Que pensez-vous de restrictions (par exemple, l'arrêt du travail ou un changement du mode de vie) qui s'exerceraient, éventuellement sous contrainte, dans le projet de vie du patient atteint d'une maladie mentale ?

« Infirmier 4 Ca comprend aussi le placement, quand ça ne convient plus au domicile.

Infirmier 1 Ca c'est choquant. C'est vrai que c'est choquant de dire à quelqu'un qu'on a connu « tu vas rentrer dans un appartement, tu vas arrêter de travailler » ou « tu vas aller dans une famille d'accueil ».

Infirmier 4 C'est difficile mais généralement quand on en arrive là c'est qu'il n'y a plus d'autres solutions.

Infirmier 2 C'est au cas par cas.

Infirmier 4 Et ça nécessite un gros accompagnement du patient en équipe pluri-disciplinaire. Il faut du temps pour pouvoir le faire accepter au patient. Pour prendre un cas extrême, celui où le patient ne peut plus vivre en autonomie et va être placé en foyer par exemple, il faut lui expliquer qu'il va devoir être hospitalisé en attendant de trouver une place en foyer, qu'il ne va jamais retourner chez lui, qu'on va vendre tout ses meubles, il faut qu'il puisse faire le deuil de tout ça. J'ai mis en place un pavillon de chroniques et c'était atroce. Les vingt patients étaient tous dans cette situation et il faut les accompagner là dedans.

Infirmier 1 Moi je pense que c'est un problème de société. C'est une façon de lisser un peu la société.

Infirmier 4 Pas forcément, quand on en vient là c'est qu'ils n'ont rien, ils n'ont pas de famille, ils sont esseulés.

Infirmier 2 C'est le boulot que la famille n'a pas fait et c'est toi qui t'en occupes. C'est pour le bien de la personne finalement.

Infirmier 4 Et ça se fait dans des cas précis, où il n'y a rien d'autre à mettre en place finalement. C'est super violent et pour l'adoucir, il faut que ça soit fait dans de bonnes conditions. Si on veut que le patient le comprenne, l'accepte, il faut le travailler avec lui et ça dure super longtemps, parfois des années. Mais, il ne faut pas lui dire « allez, tu ne bosses plus, on n'en parle plus, tu as compris ».

Infirmier 5 Il ne faut pas que ça se fasse de façon abrupte.

Infirmier 3 Pourquoi pas oui mais le risque c'est que nous on se prenne pour des petits dieux, avec pouvoir de vie et de mort sur les gens, parce que faire ça à quelqu'un c'est un peu lui signer son arrêt de mort. Parce que quand on lui dit que socialement il est mort, qu'il n'a plus que l'hôpital, c'est un peu violent quand même.

Infirmier 4 Il faut que ce soit des choses qui soient faites en dernier recours, après plein d'essais et rien qui fonctionne.

Infirmier 3 Moi ça ne me dérange pas si on est sûr d'éviter des situations extrêmement sordides, mais là encore qui juge ? Et pour les situations vitales mais pas pour un oui ou pour un non.

Infirmier 1 C'est souvent fait pour éviter que les gens ne reviennent à l'hôpital, pour qu'ils aient un meilleur suivi et qu'ils ne reviennent pas.

Infirmier 4 Même pas forcément. J'ai l'exemple d'un monsieur qui vivait à domicile, tout seul, qui ne répondait plus au téléphone. J'y vais, je le trouve, il avait l'arcade sourcilière en sang, il venait de se casser la figure dans les escaliers. Chez lui, il y avait un désordre monstre, il ne savait plus à qui téléphoner. On le soigne et ça recommence une semaine après. On avait mis plein de trucs en place, mais ça ne pouvait plus tenir, il ne pouvait pas rester tout seul.

Infirmier 2 Il faut que ce soit bien fait mais des fois c'est obligé.

Infirmier 5 Pour le travail, effectivement, si dans le milieu de travail, ça se passe mal et que la personne ne tient pas, ça doit être progressif et ça demande des moyens pour l'accompagnement.

Infirmier 1 Il faudrait développer le réseau social et ça pourrait éviter des placements.

Infirmier 7 Mais c'est le manque de moyens.

Infirmier 5 Il faut que ça soit réfléchi.

Infirmier 2 Adapté à chaque cas.

Infirmier 3 Il faut que ce soit une décision collégiale et pas le fait d'un seul médecin. »

Arrêt des contraintes :

10. Que pensez-vous de l'arrêt éventuel de toute mesure de contrainte extérieure (c'est-à-dire ne relevant pas du patient lui-même) dans la prise en charge du patient malade mental stabilisé qui a pu intégrer cette contrainte à son psychisme ce qui lui permet ainsi de se soigner librement de façon adaptée ?

a. chez les malades mentaux n'ayant jamais présenté de dangerosité pour les autres.

b. chez les malades mentaux ayant déjà présenté une dangerosité pour les autres.

« Infirmier 1 C'est idéal, c'est le but recherché.

Infirmier 6 C'est le but recherché.

Infirmier 7 Pour ceux qui n'ont jamais présenté de dangerosité, ça ne se pose pas mais pour ceux qui en ont déjà présenté c'est sûr qu'on se pose la question. Quand il y a un problème après, c'est sûr que tu le vis mal.

Infirmier 5 Après si il est à l'extérieur et qu'il veut faire une bêtise, il peut la faire qu'il soit sous contrainte, ou pas.

Infirmier 3 Après on peut être dangereux à un moment de sa vie et ne plus l'être après. La dangerosité peut n'être que ponctuelle. On n'a pas le pouvoir pour priver les gens de liberté à vie, c'est le travail de la justice. A partir du moment où on utilise des contraintes il faut qu'on puisse les lever.

Infirmier 5 Si on veut éliminer tout risque il faut mettre le patient en UMD à vie.

Infirmier 1 Oui mais qu'est-ce qu'on fait alors ? Ils ne peuvent pas se permettre de recommencer.

Infirmier 5 Oui c'est sûr que ceux qui ont déjà fait plusieurs passages à l'acte.

Infirmier 3 Même là, c'est très dangereux de penser comme ça. Quelqu'un qui a été violé ne sera pas forcément un violeur, quelqu'un qui a été tabassé quand il était jeune ne sera pas forcément un bagarreur toute sa vie. Sinon on met tout le monde en prison et on ne s'arrête plus.

Infirmier 1 Oui mais quand il y a eu un passage à l'acte.

Infirmier 4 Mais quand tu as un passage à l'acte dans un moment de ta vie, quand il y a un passage à l'acte dans un raptus délirant, après c'est le travail avec le patient qui permet de savoir si il est encore dans un moment délirant, si dans la même situation il recommencerait.

Infirmier 5 M. G c'était dans un moment délirant.

Infirmier 1 Oui mais son état délirant est constant, cinq jours après le passage à l'acte il était soulagé mais cinq jours encore après ça remontait déjà.

Infirmier 4 Il y a des patients qui le verbalisent, leur dangerosité et du coup ils sont toujours dans l'hôpital.

Infirmier 3 À partir du moment où c'est clairement établi qu'on n'est pas des justiciers et qu'on a un rôle thérapeutique, il faut pouvoir faire sortir les gens et ça ne pose aucun problème.

Infirmier 6 Ce qui est important, c'est un bon suivi à l'extérieur de l'hôpital. Un bon suivi extérieur c'est mieux que de rester à vie à l'hôpital, on est d'accord.

Qu'il y ait eu dangerosité ou pas, c'est la même chose pour tous les gens qui malheureusement passent par ici. S'ils étaient très délirants, ils auront des soins ambulatoires sous contrainte. Qu'il y ait eu passage à l'acte ou pas, il doit y avoir un suivi mais plus pour la maladie que pour ce qu'il a fait ou pas.

Infirmier 5 Quand on estime qu'il a compris sa maladie et les soins, c'est l'idéal mais c'est ce qu'il y a de plus difficile à obtenir.

Infirmier 6 C'est le but ultime.

Infirmier 7 Mais c'est pas ce qu'on voit tous les jours.

Infirmier 3 Mais nous on a un regard un peu biaisé, on ne voit que les cas graves.

Infirmier 1 Il y en a quand même quelques uns qui vivent comme ça à l'extérieur.

Infirmier 7 En Isère, on suit quand même 10000 patients. Heureusement qu'ils sont pas tous sous contrainte et qu'il n'y en a que 400 hospitalisés. »

Vision générale :

11. Finalement, que pensez vous de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie ?

« Infirmier 6 C'est dans certains cas nécessaire mais à bien poser dans le cadre de soins. Si c'est bien réfléchi, pas de soucis.

Infirmier 7 C'est essentiel. Pas de problème avec ça si il y a quelque chose derrière et si c'est pas seulement une punition ou compenser un manque de personnel.

Infirmier 3 C'est sûr qu'il y a des chambres d'isolement qui pourraient être évitées si il y avait plus de personnel.

Infirmier 5 Oui pas de problème si il y a quelque chose derrière. »

6.2.2. Pavillon ouvert, Chai St Egrève :

Mesures légales de contraintes :

1. Que pensez-vous de l'utilisation éventuelle de mesures d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie, chez des patients en refus de soins ?

- a. ayant déjà présenté ou présentant une dangerosité pour les autres.
- b. ne présentant pas de dangerosité pour les autres, mais présentant une maladie mentale dont l'évolution sans traitement peut être grave et dangereuse pour eux-mêmes.

« Infirmier 8 Moi, je pense que par rapport à la composante du déni de la maladie, on est obligés à un moment d'utiliser l'obligation de soins, puisque la personne malade pour elle n'est pas malade, adhère à 100% à ce qui lui arrive et donc n'est pas en capacité de demander une hospitalisation libre donc il faut qu'il y ait cette possibilité au niveau de la loi et moi je suis pour. En HDT ou en HO je suis pour, pour lutter contre ce déni.

Infirmier 9 Moi je pense que c'est parfois nécessaire et c'est bien qu'il y ait cette possibilité là pour qu'on puisse aider les personnes qui ne sont pas en état de décider tous seuls. Ils sont tellement mals et c'est bien qu'on puisse être là et les aider. Après privation de liberté ou pas, je ne sais pas.

Infirmier 10 Après, cela vient interroger sur ce que c'est d'être libre en fait. Si être libre, c'est être à l'extérieur mais être enfermé à l'intérieur de soi, est ce que c'est ça la vraie liberté ? C'est vrai que souvent, les patients le vivent mal, les mesures de contrainte en général sont mal vécues. Bien souvent, il y a une privation de liberté, une privation de leurs affaires personnelles et c'est vrai qu'il ne leur reste pas grand-chose quand on regarde les choses comme ça. Si nous, on vivait ça de l'intérieur, on le prendrait très mal. Mais c'est vrai que si on arrive à mettre du sens, des mots là-dessus et qu'on arrive à construire dessus le lien de confiance, eh bien la contrainte n'apparaît plus vraiment comme une contrainte mais plutôt comme la protection de soi et des autres. Je ne sais pas si le terme « hospitalisation sous contrainte » est approprié même si c'est ça dans les faits, et je me demande si ça ne pourrait pas être appelé autrement.

Infirmier 8 Moi je rebondis sur ce que tu dis au niveau de la liberté. On peut voir l'hospitalisation sous contrainte comme une privation de liberté, mais au prorata de ce que la maladie prive comme liberté si le malade est laissé dans sa crise qui dure, qui dure et qui s'enkyste et s'aggrave, la privation de la liberté liée à la maladie est plus importante que celle liée à l'hospitalisation. Cette privation de la liberté liée à la maladie n'est pas physique, mais elle est par rapport au fait que la maladie est au premier plan et nous on va essayer de casser cette décompensation par une privation de liberté physique, qui peut être la contrainte, la privation d'affaires et cetera. Mais, au niveau de la balance bénéfices / risques, la privation de liberté liée à l'hospitalisation ne dure qu'un temps, elle va essayer de poser les symptômes le plus rapidement et de la meilleure façon possible, donc en expliquant à quoi sert cette hospitalisation, alors que si la personne est laissée dans son délire, là elle est privée de liberté beaucoup plus longtemps et s'encroûte dans un délire qui le fait souffrir et sans aucune explication du corps médical sur ce qui lui arrive. Moi, je la vois là la privation de liberté, c'est la maladie qui prive de liberté, beaucoup plus que l'hospitalisation qui à un moment T, prive de liberté mais pour pouvoir rendre la liberté.

Infirmier 9 Mais là tu parles de la contrainte intérieure, moi je parlais plus de la contrainte extérieure, celle qu'on lui impose.

Infirmier 8 On lui impose une contrainte extérieure parce que, à mon sens, la contrainte intérieure liée à la maladie est plus délétère.

Infirmier 10 Mais l'utilisation du mot contrainte, je pense que pour un patient qui souffre, qui est délirant, persécuté par les autres, pour qui l'extérieur devient l'enfer, si en plus on vient lui parler de contrainte, de loi, d'être hospitalisé à la demande d'un tiers ou à la demande du représentant de l'état, c'est terrible. Moi je ne sais pas si dans la dénomination des choses on ne pouvait pas appeler ça autrement. Moi je suis sensible aux mots et je pense que si j'étais malade je serais très sensible à ce qu'on pourrait me dire comme mots. Après je suis d'accord pour l'utilisation de l'hospitalisation sous contrainte, parce que si à un moment donné il faut passer par la contrainte pour venir en aide à ces personnes qui, de toute façon, ne sont plus là, qui ne peuvent plus penser à leur sécurité à elles ou à celle des autres et dans un cas de non assistance à personne en danger aussi. Mais en même temps et je sais que je m'égare un peu, moi je ne suis pas non plus toujours favorable, à ce que parce qu'il y a la maladie et qu'il faut ramener les personnes à quelque chose de plus commun, de passer par toutes les formes de contraintes possibles et imaginables. Qu'on passe par une chambre d'isolement parce qu'il faut un contenant et que ça a un sens je suis d'accord mais qu'on en vienne à toucher, alors qu'on sait ce que c'est que la psychose qui est le non sens et où les personnes tentent de rechercher un sens à leur vie, comme par exemple des personnes qui ont trouvé refuge dans une allure vestimentaire particulière, de leur enlever pour permettre la réintégration dans la société, je ne suis pas favorable.

Infirmier 9 Et je ne fais pas de distinction si dangerosité ou pas.

Infirmier 11 Non, pas de distinction. »

2. Si une de vos relations, personnelles ou professionnelles, présentait des signes évocateurs d'une maladie mentale, que penseriez-vous de la réalisation d'une hospitalisation sous contrainte en cas de refus de soins ?

« Infirmier 8 C'est là qu'on se doit de répondre que nous traiterons les gens de façon égale. Pour moi, c'est clair et net, que ce soit quelqu'un qu'on connaît ou quelqu'un qu'on ne connaît pas, la pathologie a le même mécanisme. Le jugement est faussé.

Infirmière 11 Mais il y a l'affectif qui joue donc c'est difficile.

Infirmier 8 Bien sûr qu'il y a l'affectif. Mais après, il faut parfois passer par-dessus l'affectif. Si la personne, on ne l'hospitalise pas, qu'on la laisse délirer dans son appartement et qu'elle saute par la fenêtre.

Infirmière 11 Oui mais c'est plus dur à réaliser que si tu ne la connais pas.

Infirmière 12 C'est sûr.

Infirmier 13 C'est vrai que les familles culpabilisent souvent de mettre en place une HDT et que nous on s'en rend peut être pas assez compte. Je pense que c'est violent pour les familles.

Infirmière 9 Mais en tant que soignant, c'est encore plus compliqué quand on c'est quelqu'un de sa famille.

Infirmière 14 Moi, je me suis déjà posé la question, en me disant « et si ça arrivait à un de tes proches, est-ce que tu le ferais ? ». C'est vraiment très compliqué, mais pour protéger l'autre, je pense que je le ferais.

Infirmier 8 Pareil. Moi, je pense au passage à l'acte et je me dis qu'on en reparlera après. Sur le coup, c'est vrai, c'est dur mais on pense tellement au passage à l'acte possible qu'on le fait.

Infirmière 12 Après, ça dépend de la personne aussi. Si elle a accès au dialogue et qu'on peut éviter la contrainte, c'est mieux.

Infirmier 13 Oui mais toi, tu parles de situations extrêmes comme le passage à l'acte où là, il n'y a pas d'hésitation. Mais après, il ya toujours l'entre deux où on peut encore négocier si contrainte ou non.

Infirmière 10 Moi, ça ne peut que me faire réagir car je l'ai vécu. J'ai une de mes amies, qui est schizophrène, qui a fait un épisode psychotique aigu. Comme je n'avais plus de ses nouvelles, j'ai été la voir et je l'ai trouvée, un soir en bas de son allée qui parlait à un arbre. Je ne l'ai pas reconnue tout de suite, elle avait un faciès très bizarre. Elle était incohérente. Je suis montée chez elle, et j'ai vu son appartement dans un état épouvantable. Elle a refermé la porte à clef et j'ai eu peur de ne jamais pouvoir ressortir. Cette amie avait un enfant, et j'ai eu peur qu'il soit mort. Je ne la reconnaissais pas, c'est pour ça que j'avais peur. Je me suis calmée et j'ai pu ressortir. J'ai appelé le soir même un médecin au CHS et deux jours après elle a été hospitalisée sous contrainte.

Mais vraiment, je pense que si on avait pas fait tout ça, c'aurait pu être dangereux. On en a reparlé depuis et elle m'a dit qu'à ce moment là elle était tellement mal qu'elle aurait pu se suicider. Si on m'avait demandé de signer une HDT pour elle, j'aurais signé sans hésiter. Heureusement que ces mesures existent. »

3. Que pensez-vous de l'obligation éventuelle, pour les malades mentaux, de devoir se rendre régulièrement, après leur sortie d'hospitalisation et leur retour à domicile, dans un dispositif de soins extra-hospitalier pour y rencontrer un médecin et y recevoir des soins adaptés à leur pathologie?

-a. chez les malades mentaux ayant déjà présenté une dangerosité pour les autres.

-b. chez les malades mentaux n'ayant jamais présenté de dangerosité pour les autres.

« Infirmier 13 Je crois que c'est indiqué pour un certain nombre de patients, c'est clair, pour qui dès qu'il y a eu levée d'HDT, les soins ont été arrêtés. Je pense que c'est une bonne chose. Après je pense, pour les patients qui sont stabilisés et adhérents aux soins, c'est un peu bizarre que ce soit contraint quand même.

Après, je pense que c'est bien que ça existe, que ça marche et on en a plein d'exemples dans le service.

Infirmière 11 La plupart du temps, c'est nécessaire, oui. Le patient peut très vite arrêter son traitement une fois qu'il va mieux et on en a plein d'exemples même chez des patients suivis au CMP et en sortie d'essai au long cours, dès que la contrainte est levée, on voit que c'était très fragile.

C'est la contrainte qui les aidait à se maintenir à l'extérieur et dès qu'elle est levée, le traitement et le suivi sont arrêtés et il faut aller vers une réhospitalisation.

Infirmière 10 Je pense que les soins ambulatoires obligés, c'est un peu une espèce de surmoi symbolique qui dit « attention tu peux toujours revenir » et qui fait office de contenant, qui vient servir d'enveloppe à ceux qui n'en ont pas et qui vient servir de surmoi.

Infirmière 12 Tout à fait. Mais les patients, le disent, eux ils le vivent comme une épée de Damoclès.

Infirmier 8 Moi je pense qu'il faut aussi qu'il y ait une durée à un moment, que la contrainte s'arrête pour permettre au patient de faire le choix d'être suivi à l'extérieur et lui permettre de faire son expérience sans ce surmoi, se dire « je suis capable de me soigner tout seul ». Je pense qu'il faut qu'ils puissent se casser la figure une ou deux fois, qu'ils aient cette expérience pour qu'après on puisse y revenir et leur dire « Là cette fois, le suivi à l'extérieur va être obligé, obligatoire pendant 2 ou 3 ans, parce qu'on a déjà fait l'essai il y a un ou deux ans et ce n'est pas possible ». Il faut qu'il y ait eu l'essai pour pouvoir se baser sur ça, comme ça on le sait théoriquement, cliniquement, mais aussi situationnellement puisqu'on en a fait l'essai. Je pense que pour les premières mesures de contrainte, il faut qu'elles soient limitées dans le temps pour permettre un essai. Ce sera mieux accepté si la personne a pu faire son expérience. Moi je suis pour, mais avec une première fois où il y a eu de la souplesse parce que comme ça, on écrit avec leur histoire à eux et on ne dit pas « on vous met dix ans de suivi parce qu'on sait théoriquement que les schizophrènes ne prennent pas leur traitement ».

Ca ne résonne pas en eux ça, tandis que si on rajoute deux ou trois ans de contrainte parce qu'il vient d'y avoir une rechute, ça n'est pas que théorique. Je pense qu'on les a plus avec nous en les faisant réfléchir sur leur vécu et en leur donnant cette possibilité d'essayer les soins libres, à l'extérieur.

Infirmier 13 Tout à fait.

Infirmier 8 Ca me fait penser aux appartements thérapeutiques. On insiste pour qu'ils y aillent, à la première, deuxième décompensation mais il y en a qui ont besoin de cinq, six décompensations, d'avoir fait leurs essais de prendre un appartement seul ou de retourner chez leurs parents. On s'aperçoit qu'il y en a qui ont besoin d'avoir rechuté six fois, pour vraiment être avec nous dans ce projet parce qu'ils ont fait leurs essais à l'extérieur, qu'ils ont enfin compris par leurs propres expériences que seuls ils n'y arriveront pas. Plutôt que de se battre pendant des années à essayer de les mettre en appartement tout de suite, il faut qu'ils aient eu ce vécu d'échec pour pouvoir construire avec nous sur des bases solides. »

Obligation de la prise d'un traitement :

4. Que pensez-vous de l'administration, en urgence et sous contrainte, d'un traitement médicamenteux psychiatrique par voie injectable dans les états d'agitation aigue ?

« Infirmière 10 Heureusement qu'il y a ça.

Infirmière 9 Pareil, oui.

Infirmière 10 Heureusement qu'on a les thérapeutiques, qu'on est plus dans les années je ne sais plus combien, où on les laissait croupir comme ça et où ça devait être horrible pour eux les angoisses psychotiques, le morcellement, ça doit être épouvantable quoi. Heureusement qu'il y a ça et pour eux surtout et pour nous aussi. Parce quand on est complètement en morceaux à l'intérieur de soi, qu'on arrive plus à se rassembler, qu'on tire parfois sur ses membres pour vérifier qu'ils sont encore là, heureusement qu'il y a ça qui vient baisser un peu l'angoisse.

Infirmier 13 Moi j'ai plus de mal avec l'injection retard.

Infirmière 12 On parle des situations aigues là.

Infirmière 9 Dans les situations aigues, c'est sûr qu'il faut les utiliser.

Infirmier 8 Dans les situations aigues, c'est même non assistance à personne en danger de les laisser parce que l'esprit est complètement éclaté et que le corps se fatigue, ça fait souvent des jours qu'ils ne dorment pas. On arrive à des situations cliniques où si on ne les traite pas, il y a carrément risque vital. Dans ces cas là, la question pour moi ne se pose même pas. Il faut poser l'esprit parce que vivre des angoisses, c'est terrible et il faut poser le corps parce que biologiquement, à un moment, il faut qu'il se pose sinon derrière il y a risque vital.

Infirmière 10 Et puis, il y a souvent beaucoup de peur chez ces patients en état d'agitation aigue, en fait. Moi ça me fait penser à une bête traquée donc heureusement qu'il y a les traitements, même si c'est en urgence, même si il faut appeler le Sagi, même si il faut sauter sur la personne. Heureusement que les neuroleptiques agissent relativement vite sur ces états d'agitation et heureusement qu'on les a, parce que voir quelqu'un dans une chambre d'isolement ou entravé sans traitement, sinon on serait dans l'inhumain.

Infirmière 9 C'est pas pour ça que c'est facile.

Infirmière 10 J'ai pas dit que c'était facile mais heureusement qu'on a ça parce que je ne sais pas trop comment faire autrement dans ces moments là, mis à part une contention physique brutale, la camisole.

Infirmière 9 Je suis d'accord que c'est nécessaire mais c'est pas pour ça que c'est simple.

Infirmier 13 Le pack peut être. Mais je crois que ça ne se fait plus.

Infirmière 9 Mais c'est moins violent per os qu'injectable.

Infirmière 12 Ca veut dire qu'il y a déjà un dialogue possible.

Infirmière 11 Per os, c'est moins violent c'est sûr mais c'est très rare. »

5. Que pensez-vous de l'administration régulière, au long cours et à l'extérieur de l'hôpital, d'un traitement psychiatrique médicamenteux à action prolongée, par voie injectable ?

« Infirmier 13 C'est ce que je disais tout à l'heure, c'est plus gênant. Effectivement, les patients qui ont les fesses indurées et qui ont mal mais qu'il faut piquer tous les 15 jours / 3 semaines, nous on sait que ça leur fait du bien mais c'est difficile de trouver toujours des arguments pour les convaincre de continuer. Là, j'ai beaucoup plus de mal. Il y a des traitements qui font moins d'effet et qui ne m'ont pas trop convaincu, comme le Zyprexa® par exemple. On fait l'injection parce qu'il faut le faire mais pas très convaincu.

Infirmière 9 Qu'est-ce que c'est qui te gêne ?

Infirmier 13 Je trouve ça intrusif quand même.

Infirmière 9 Plus qu'un traitement per os à prendre tous les jours ?

Infirmier 13 C'est que c'est intrusif, c'est douloureux. Quand c'est au début de leur traitement, les premiers mois ça va, mais je ne sais pas si tu as déjà piqué des fesses indurées, quand le produit ressort tellement c'est induré, tu te demandes quel en est le bénéfice.

Infirmière 9 Et donner un traitement per os matin, midi et soir, ça ne te gêne pas ?

Infirmier 13 C'est moins gênant.

Infirmière 12 Ca les autonomise plus de prendre un traitement per os, ça leur donne plus de responsabilités parce que sinon c'est nous qui leur rajoutons encore cette contrainte.

Infirmier 13 Aussi oui. On l'impose.

Infirmière 9 Avec un traitement per os, on peut parfois penser qu'il le prend tout seul, même sous contrainte. Il y a des patients qui sortent sous contrainte et qui prennent leur traitement seuls, mais ça veut dire qu'il y a une relation de confiance entre nous.

Infirmier 8 Généralement, on leur laisse le choix quand même au début, ils peuvent faire un essai per os, ils peuvent le refuser.

Infirmière 9 En général, s'il faut du retard c'est bien qu'on a déjà essayé per os.

Infirmier 13 Enfin on leur dit quand même « soit vous acceptez le traitement retard, soit vous restez hospitalisé jusqu'à ce que vous l'acceptiez ».

Infirmière 12 On leur laisse pas le choix, quoi.

Infirmier 8 C'est quand même pour les personnes qui ont déjà décompensé plusieurs fois.

Infirmier 13 Oui, je suis d'accord.

Infirmière 9 Ca arrive après avoir essayé per os, pour ceux qui n'ont pas été observants.

Infirmier 13 Des fois, ça arrive un peu trop vite quand même.

Infirmière 12 Il y a des patients qui préfèrent aussi l'injection, parce qu'au niveau de la société c'est difficile de prendre un traitement tous les jours.

Infirmier 8 C'est sûr.

Infirmière 11 Et puis, au moins t'es sûr d'avoir une couverture de traitement pour plusieurs jours.

Infirmière 12 Et c'est l'assurance d'au moins un traitement.

Infirmier 13 Est-ce qu'on ne pourrait pas faire intervenir plus les familles pour la prise des traitements ?

Infirmière 12 Non, les familles sont souvent en portafaux ou ambivalentes.

Infirmière 10 Parce que la famille c'est la famille et les liens familiaux tandis que l'infirmière...

Infirmière 12 Oui, à ce moment là, il faut plutôt faire intervenir l'infirmière libérale.

Infirmière 9 Enfin, pour les patients, c'est mieux de faire une injection mensuelle que d'attendre l'infirmière tous les jours pour le traitement. C'est encore plus contraignant.

Infirmier 13 Pour certains cas, c'est très bien.

Infirmière 12 Je ne sais pas si il y en a beaucoup qui sortent de l'injection retard, en fait.

Infirmière 9 Tu as eu des plaintes de patients ?

Infirmier 13 Non, enfin juste les effets secondaires.

Infirmière 12 Mais pas sur l'injection en elle-même. Moi je n'en ai pas l'impression.

Infirmière 10 Après peut être que le lien est suffisamment construit avec nous, les soignants pour pouvoir le permettre. Mais c'est vrai que ça atteint l'intimité des gens, on pique dans les fesses, nous on le fait naturellement mais eux comment ils vivent ça, c'est vrai qu'on en parle pas tellement c'est normal en fait.

Infirmier 13 Après c'est vrai que si ils le demandent ; c'est qu'ils sentent que ça leur fait du bien. Mais il y en a qui se plaignent d'effets secondaires deux ou trois jours après l'injection, et si ça revient tous les quinze jours, on peut se dire qu'il ya peu de temps où ils vont être bien finalement.

Infirmière 10 Moi ce qui me gêne, ce n'est pas tant le mode d'administration, c'est quand les patients, et notamment les jeunes, se plaignent de ne plus avoir de libido et qui peuvent arrêter leur traitement par rapport à ça. Ne rien pouvoir faire face à ces gens qui pourtant doivent être soignés, c'est vachement dur ça. Pour les hommes, comme pour les femmes, c'est vrai que les traitements améliorent la vie sociale mais ils bousillent certains autres aspects, autres liens. Ca les modifie, on dira... »

Mesures physiques de contrainte :

6. Que pensez-vous de l'utilisation de moyens de contention physique (tels que la chambre d'isolement ou les entraves) en psychiatrie ?

« Infirmière 12 Cela doit être utilisé à très bon escient.

Infirmier 8 Je pense d'ailleurs qu'on devrait dire la chambre de repos déjà.

Infirmière 10 Pareil.

Infirmier 8 Et en leur expliquant bien à quoi elle sert. Voilà, ils sont en crise parce qu'il y a trop de stimulus et si on leur explique bien pourquoi on le fait, cette chambre permettra de les rassurer parce qu'il n'y a que des soignants qui rentrent, parce que c'est leur chambre à eux, qu'elle leur permet de ne pas être brassés par les autres patients autour. Moi, la chambre d'isolement ne me pose pratiquement pas de questions. Les entraves, par contre, je les trouve plus intrusives. Mais la chambre d'isolement, quand c'est bien expliqué, que les soignants peuvent passer régulièrement et poser des mots, c'est vraiment un moment de calme, de repos. Moi, la chambre d'isolement, je suis pour à 200%. Après, pour ce qui est d'être attaché, je pense que cela doit être bien difficile et ça me pose plus question.

Infirmière 11 C'est plus difficile de travailler avec quelqu'un qu'on a dû attacher.

Infirmier 8 C'est plus difficile mais bon il faut reposer le corps, casser l'agitation motrice et donc avec un traitement adapté pour les sédaté en plus, ça va.

Infirmier 13 C'est sûr que ça dépend des fois. Moi, il y a des fois où je n'ai aucun problème avec ça, dans les cas où la chambre d'isolement ne suffit pas, par exemple s'ils sont très agités, ou très délirants ou dangereux pour eux-mêmes, mais par contre, si c'est pour être punis, là ça me pose problème. Ça m'est arrivé des fois, et c'est vrai que je l'ai fait, mais ça passe un petit peu moins bien quoi. Donc, c'est vraiment quand l'indication est là, c'est clair, il n'y a pas de souci. Il y a eu des fois où je n'étais pas d'accord, parce que ça n'était pas indiqué. Mais sinon, moi ça ne me pose pas de problèmes non plus.

Infirmier 8 Ils finissent même, quand ils ont bien compris, par la réclamer, cette chambre. Quand on fait pour les premières fois des sorties, il y a tellement de bruit, d'agitation autour d'eux, de patients qui leur tournent autour, que parfois c'est eux qui demandent à retourner dans leur chambre de repos, parce que là bas c'est calme, c'est posé, il n'y a pas grand-chose à interpréter, il y a juste les 4 murs et l'horloge, parce qu'on est rassuré que ce soit toujours les mêmes soignants qui rentrent. Pour moi, c'est le lieu où le fait de minimiser tous les stimulus permet vraiment de les aider à se poser et d'ailleurs les patients le ressentent comme ça. Après, il faut juste bien leur expliquer.

Infirmier 13 Oui. Après, il y a juste les situations qui sont un peu entre les deux quoi, celles où le patient commence à aller un tout petit peu mieux où quand on commence à réajuster un petit peu. Des fois, on n'est pas tous d'accord pour savoir s'il faut faire durer la chambre d'isolement un peu plus longtemps, s'il faut continuer les entraves. C'est vrai que quand le patient va un peu mieux, on se demande quels sont les bénéfices des entraves ou de la chambre d'isolement. Il y a des fois où le patient va aller moins bien, juste parce qu'il est contenu par les entraves ou la chambre d'isolement et ça on ne s'en rend pas tous compte au début.

Infirmier 8 On est tous d'accord sur les grandes lignes après c'est plus pour les adaptations à des situations précises...

Infirmière 10 Juste pour la chambre d'isolement, moi je trouve que parfois, ça nous ferait du bien peut être de redéfinir ce que c'est qu'une chambre d'isolement et les buts d'une chambre d'isolement. Parce que moi, dans ma tête, c'est juste un endroit qui se veut clos et où il n'y a pas d'espace, en tout cas en début de crise, de sortie vers l'extérieur. C'est vraiment un endroit qui rassemble, qui contient l'esprit qui est complètement dispersé, éclaté. Et je trouve que parfois, dans nos interventions, par exemple quand on vient d'admettre un patient, on ne fait pas suffisamment attention à ce qu'il n'y ait pas d'espace ouvert, je pense par exemple à la porte qui donne sur le couloir de l'unité. Je me souviens comme ça d'une situation où ça m'avait un peu heurtée parce que ma collègue était arrivée et que cette porte qui donnait sur l'unité était ouverte et moi vraiment je pensais que ça pouvait être délétère pour le patient. Il était tellement dispersé qu'il ne fallait pas « que son esprit parte par la porte ouverte ». Je trouve que ça serait bien qu'on se ressaisisse du sens de la chambre d'isolement, que ça c'est très important et qu'il ne faut pas que cela devienne quelque chose de banal. Il ne faut pas le banaliser. Et de la même façon, moi je suis contre le fait qu'on banalise cette chambre, je pense que ce n'est pas un lieu qu'on doit banaliser, ce n'est pas un endroit qui doit rester ouvert, ce n'est pas un endroit dont on peut sortir comme on veut, c'est quand même la chambre d'isolement. Il n'y en a qu'une et elle doit rester spéciale. Et pareil, je pense qu'au niveau de la terminologie cela aurait pu être mieux vécu par les patients si cela avait été appelé autrement. Mais alors au niveau des entraves, ce n'est pas le même vécu.

Je partage tout ce qu'ont pu dire mes collègues, la chambre d'isolement ne me pose pas de soucis à condition qu'on ait en tête ce que signifie le sens de la chambre d'isolement, qu'on l'explique, qu'on y mette du sens et

qu'on en parle entre nous aussi. Mais au niveau des entraves, c'est toujours plus difficile. Déjà c'est assez vieillot, ancestral.

Infirmier 8 Ca fait appel à des conceptions qu'on a dans la tête, c'est les prisonniers qu'on attachait avant.

Infirmière 10 Et en même temps, l'attachement c'est refaire le lien, c'est s'attacher à l'autre.

Infirmier 8 Même si pour le coup, c'est plutôt s'attacher au lit... Quand on entrave la personne, déjà nous on le vit comme une privation de sa liberté donc il faut vraiment se dire ce qu'il y a comme bénéfices à ça et le garder en tête, parce que sinon on va l'attacher en n'étant pas d'accord avec ça. Si nous, on n'est pas d'accord avec ça, le patient le prendra d'emblée comme quelque chose d'agressif pour lui. Il faut qu'on soit ok avec tous les bénéfices qu'on peut en tirer, poser le corps, le rassembler et puis ensuite lui expliquer au maximum pourquoi il y a un temps où il va être privé de sa liberté. Il faut que nous on soit clairs avec ça, et puis qu'on lui explique même si il ne peut pas l'entendre à ce moment là, il en entendra une partie au moins et on lui aura pas sauté dessus sans explications. Qu'il comprenne ou pas, il faut qu'il y ait ce temps d'explications pendant qu'on l'entrave, ça sera vécu de façon moins difficile pour lui et on pourra toujours y revenir derrière.

Infirmière 10 Et moi je pense que les patients comprennent beaucoup de choses même à ce moment là. Et il y a l'explication, et il y a le regard qu'on pose sur la personne, les gestes qui accompagnent. Il y a la manière dont on accompagne le geste, le ton de la voix, la sonorité ça compte, ce n'est pas n'importe quel acte.

Infirmier 8 Moi je suis assez d'accord avec ça. Même si l'esprit est complètement perturbé, il y a le ressenti. Une fois qu'on lui a attaché la jambe ou le bras, par exemple, rien ne nous empêche de lui caresser le bras, de faire un geste moins agressif derrière, pour qu'il reste sur une impression physique agréable, de « prise de soins », même s'il ne comprend pas tout ce qui se dit verbalement. Il faut un message physique de non agression, un message positif. »

7. Que pensez-vous de l'utilisation de la mise en pyjama (par exemple, au décours d'un épisode d'agitation aigüe ou en prévention du risque suicidaire ou de fugue) en psychiatrie ?

« Infirmière 11 Il faudrait qu'il y ait des tailles adaptées.

Infirmière 10 Alors, moi, la mise en pyjama, je dois dire que c'est une des formes de contrainte dont j'arrive le moins à comprendre le sens. C'est le moins acquis.

Infirmier 13 Après ça dépend des fois. Des fois il faut le faire, il y a déjà le risque de fugue très clairement.

Infirmière 10 Oui, celui là oui. Mais sinon?

Infirmier 13 Pour certains, ça peut les mettre un peu en position de malade.

Infirmière 10 Rappeler le statut de personne hospitalisée, c'est sûr. Mais, moi, je ne sais pas.

Infirmier 13 Mais, pour certains, c'est sûr que c'est très violent. Il y en a pour qui on se rend compte que s'ils avaient juste leurs habits ça ferait diminuer la tension et ils seraient déjà plus compliants aux soins. Le fait d'être en pyjama, ça va les tendre et ils ne vont pas comprendre et ils vont le vivre comme...

Infirmière 10 Comme une punition.

Infirmier 13 Non, pas forcément comme une punition, mais en tout cas comme quelque chose de très violent.

Infirmière 11 C'est vrai que c'est quelque chose de très mal vécu que d'être privé de ses vêtements, de se retrouver en pyjama.

Infirmier 13 C'est leur identité, tout ce qui leur reste, j'imagine d'eux. Donc ça dépend des cas. Et c'est vrai que ça c'est un peu difficile. Encore que dans le service, c'est bien parce que ça n'est pas protocolisé.

Infirmière 10 Heureusement.

Infirmier 13 Mais il ya certains services où c'est protocolisé.

Infirmière 12 Mais même ici, avant c'était protocolisé. Chaque entrée avait 24 heures de pyjama.

Infirmier 13 Maintenant, c'est assez souple.

Infirmière 11 Avant tu mettais beaucoup plus en pyjama que maintenant, ça c'est sûr. Mais c'est pas la même population aussi...

Infirmière 12 Et il y avait le côté punitif qui était quand même bien présent.

Infirmière 11 Oui c'était une manière de punir, par exemple, celui qui fumait dans le couloir et qui se retrouvait en pyjama.

Infirmière 10 Quand quelqu'un est en pyjama, pour le coup, tout le monde le voit. C'est peut être le but recherché mais je veux dire, contrainte, humiliation... J'ai beaucoup de mal à trouver un sens au pyjama, ça ne me parle pas. Mis à part rappeler le statut d'hospitalisé mais ça ne parle pas.

Infirmière 12 C'est parce que les autres patients ne le sont pas non plus. Par exemple, au CHU, tout le monde est en pyjama, tandis qu'ici la majorité n'y est pas. Donc t'es hospitalisée bien sûr, mais différemment des autres quand même.

Infirmier 8 Ca donne un statut d'encore plus malade.

Infirmière 10 Plutôt comme si ils avaient fait quelque chose. C'est ça qui me gêne. C'est pas plus malade qui me gêne, c'est qu'on le sait bien, quand on retrouve quelqu'un en pyjama qui n'y était pas la veille, c'est qu'il a fait un truc. Et pour le coup, c'est aux yeux de tous et c'est ça qui me gêne, et où je trouve que ça fait en lui-même.

Infirmier 8 C'est le problème de ce qu'on met derrière le pyjama où il faudrait être clair dans les services. La punition, c'est sûr pourrait être autre que le pyjama.

Infirmière 12 Ca on le fait plus trop quand même de l'utiliser comme punition...

Infirmière 10 Regarde M. X qui avait dissimulé son traitement, paf pyjama.

Infirmier 13 Mais pour lui justement, je pense que c'était bien.

Infirmière 11 Oui ça a eu un impact sur lui.

Infirmière 12 Mais c'est un peu du chantage quand même et le chantage ça fait pas trop partie du soin.

Infirmier 13 Oui mais lui pour le coup je pense que le pyjama est bien. Et d'ailleurs, il y trouve aussi son compte, lui, dans le fait qu'il régresse un peu, il va plus venir nous voir et nous en plus ça nous oblige à lui demander pourquoi il est en pyjama. Ca engage la conversation.

Infirmière 11 Oui ça lui donne un autre statut.

Infirmier 8 Si le pyjama c'est juste rappeler le statut de malade, ça va du coup. Pour lui, le rappeler de temps en temps.

Infirmière 10 Moi j'ai du mal avec ça.

Infirmier 8 Parce que ça a été collé avec la punition.

Infirmière 10 Ben c'est une contrainte pour obliger l'autre à faire quelque chose.

Infirmier 8 Il est mal vécu pour ça. Il faudrait qu'il soit utilisé que pour rappeler le statut de malade et enlever l'utilisation comme punition. »

Mesures morales de contrainte (obligations) :

8. Que pensez-vous de l'utilisation, au cours d'une hospitalisation en psychiatrie, de moyens de contrainte (par exemple, la restriction des sorties ou l'obligation de mettre la table) sur le patient malade mental présentant des troubles du comportement afin de lui faire adopter une attitude plus citoyenne et adaptée aux règles de la vie en société ?

« Infirmier 8 Je divise la réponse en deux. Pour ceux qui répondent par des comportements inadaptés parce que c'est de la psychopathie, moi je suis pour à 200% et je les visserai même encore plus. Par contre pour ceux qui sont en décompensation psychotique et qui ont des comportements inadaptés à cause de ça, la ce me pose question parce qu'on va punir quelqu'un alors que ce n'est pas sa personnalité habituelle qui parle ni son comportement habituel et là ça me gêne. Par contre le psychopathe, assez stabilisé qui fait ça parce qu'il n'en a rien à faire des règles de la vie en société, là je suis pour.

Infirmière 10 Oui, pour les psychopathes, c'est remettre en quelque sorte, les limites qu'ils n'ont pas eues dans l'enfance. Par contre, pour les patients psychotiques, ce qui peut être intéressant c'est de trouver l'entre-deux justement qui peut être l'accompagnement vers un retour à l'extérieur.

Infirmier 8 Pour les schizophrènes, il faut que la punition... Heu non pas la punition mais la limite, soit expliquée au patient, graduée. Il faut un juste milieu. Parce que si on part dans l'extrême, qu'on limite tout, ça devient de l'autoritarisme et ça ne marche pas. Par contre, si c'est expliqué, gradué, ces contraintes ont du sens, permettent de retrouver des limites et là ne me posent pas de problème.

Infirmière 10 Alors, moi je vais donner un autre exemple, un exemple qui moi, me fait bondir parfois, c'est celui des patients qui gardent leur blouson à table. On va souvent leur demander de l'enlever à table. Mais on sait

aussi que pour certains psychotiques, ce blouson a valeur de protection et donc on essaie de leur enlever un moyen de défense en fait. Ils ont des moyens de défense qui ne sont pas les nôtres. Ils ont trouvé un moyen de défense et nous on essaie de le leur enlever. Moi ça me fait extrêmement violence ça et je ne partage pas ce point de vue. Je trouve que parfois ça devrait être à valoriser ça, de leur dire que c'est bien d'essayer de se protéger des autres, des voix... Ça devrait être accompagné mais certainement pas de manière brutale.

Ou, un autre exemple, la douche, de dire « vous êtes en psychiatrie, vous devez vous doucher ». Moi ça me fait bondir, ça. Quand on est face à des gens qui sont éclatés psychiquement, le premier truc à faire ça n'est pas la douche, quoi ! On s'en fiche ! Ils sont déjà traversés par tellement de choses que ça ne sert à rien de rajouter un truc de violence en plus. Je trouve qu'il faut se rappeler ce que c'est que la pathologie avant de faire parfois n'importe quoi et de dire parfois n'importe quoi.

Infirmier 8 Pour ce qui est du blouson, on a eu des personnes qui le prennent comme une seconde peau et là tu sens bien qu'il ne faut pas leur enlever. Mais il y en a d'autres qui le gardent parce qu'ils ne sont pas du tout à l'écoute de l'extérieur. Qu'il fasse chaud, qu'il fasse froid, que le temps ait changé, ils le gardent et là c'est notre rôle de leur dire de l'enlever. Et d'ailleurs ceux là l'enlèvent. Ceux pour qui c'est une défense c'est sûr qu'il ne faut pas leur enlever.

Infirmière 10 Pour ceux qui peuvent le faire, oui. Mais les obliger à l'enlever parce que c'est midi, parce c'est les règles de la vie en société, de la vie en collectivité, je ne suis pas d'accord.

Un autre exemple, c'est le look d'un patient, c'est pareil, on sait ce qu'est la psychose, on sait que les patients se cherchent, et quand ils ont trouvé quelque chose, nous, on le leur enlève au nom de la vie en société. Parfois, moi, je trouve que c'est hyper violent.

Infirmière 12 Mois je suis d'accord. Des fois, sous prétexte qu'on doit être comme ça ou comme ça pour vivre en société, on entrave la liberté des patients. Et je ne suis pas forcément pour.

Infirmière 10 En fait, on entrave le peu de liberté qui leur reste, quoi.

Infirmière 12 Oui, ils n'ont pas beaucoup de plaisir dans leur vie alors leur enlever, je ne suis pas forcément pour.

Infirmier 8 Moi, ça me fait toute suite penser à M. M qui, lui, dans son délire, s'habillait à la Jésus, se laissait pousser la barbe. Là il y a les deux, la façon dont il s'habille et le délire qui sont intriqués et on a dû justement passer un peu au dessus de sa liberté pour le soigner. Et là moi, ça m'a moins gêné. J'étais d'accord avec les médecins sur le fait, que pour l'aider à se sortir de son délire, il ne fallait pas que quand il baisse les yeux, il voie Jésus.

Infirmière 10 Oui mais pour autant est ce que ça a marché ? Il faut voir la violence de ce qu'on lui a fait vivre à cet homme. Pour moi, c'est extrêmement violent et là je ne suis pas d'accord du tout. D'accord, effectivement il avait des poux, mais on lui a coupé ses cheveux, il ne s'est plus du tout habillé en mystique, on lui a enlevé quelque chose de son identité.

Infirmier 8 Oui mais quelle identité, celle du délire ou bien la sienne ?

Infirmière 10 Qui peut le dire ?

Infirmier 8 Moi, ça m'aurait plus posé problème s'il avait un délire autre que mystique et qu'on l'avait empêché de s'habiller en mystique. Mais là, ça faisait partie de son délire.

Infirmière 10 Mais est ce que tu ne crois pas que cela renvoie à quelque chose de l'évolution actuelle de la société ? Qu'on ne veut plus des malades mentaux, qu'on on les parque, qu'on durcit encore plus les lois pour les empêcher de sortir, et que du coup on les oblige à ressembler à tout le monde ?

Moi je suis contre toutes ces mesures de contrainte qui visent à faire ressembler le malade à tout le monde.

Infirmière 12 Moi je suis plutôt d'accord avec ça.

Infirmier 8 Moi, je suis plutôt pour l'utilisation de ces mesures. Carrément pour, quand c'est des personnes qui manquent d'éducation parce c'est quand même un lieu de société et qu'il faut se conformer à certaines règles, et mettre la table ou avoir certaines privations de liberté en font partie, pour ne pas entamer la liberté des autres. Je suis pour, si on l'explique et qu'on ne part pas dans les extrêmes comme « tu as fait une bêtise, plus de libertés du tout ». Il faut donner aux patients ces échelles de valeurs pour permettre aux patients d'avoir des repères, parce qu'on sait que dans la maladie, il n'y a pas de repères. Et pour ça, il faut des sanctions et il faut des bénéfiques, sinon il n'y a pas de repères.

Infirmière 14 Moi je trouve que les deux positions sont intéressantes, mais après je ne sais pas trop laquelle privilégier.

Infirmier 13 Il faut faire au cas par cas. »

9. Que pensez-vous de restrictions (par exemple, l'arrêt du travail ou un changement du mode de vie) qui s'exerceraient, éventuellement sous contrainte, dans le projet de vie du patient atteint d'une maladie mentale ?

« Infirmière 10 C'est affreux, moi ça me fait bondir, ça me fait vomir. C'est très violent ce que je dis mais c'est en rapport avec la violence que ça me fait vivre.

Infirmier 8 Il y a plusieurs choses différentes là dedans, il y a les placements, les sentiments...

Infirmière 10 Là je parle des relations avec les autres, sentimentales et aussi l'arrêt du travail.

Infirmière 12 Là, pour le coup, on enlève toute liberté au malade de A à Z.

Infirmière 10 Pour le coup, là, on n'est plus rien, on n'est qu'un malade. C'est être schizophrène au lieu d'avoir la schizophrénie. Ça devient leur identité, parce que avoir une autre maladie comme le cancer, ça passe.

Ne plus laisser de relations avec les autres parce qu'ils sont psychotiques. Moi je crois qu'il ne faut pas oublier qu'on est face, malgré tout et même s'ils sont malades, à des êtres humains. Ils sont tous différents et même si la maladie est commune, elle s'exprimera différemment. On est face à des être humains, on n'est pas face à des pathologies, quoi. Moi, je suis vachement gênée quand on donne des pronostics, qu'on dit « comme il est schizophrène, ça va se passer comme ça, ça ne pourra pas évoluer ». Wow, mais qu'est ce qu'on fait là dans ces cas là ? Qu'on les parque tous, qu'on les place tous d'emblée et puis on n'en parle plus. Pour moi, ça me fait vivre une horreur. En plus, la psychose, on sait que c'est la pathologie du lien, et quand ils arrivent bon gré malgré à créer un lien, et je pense par exemple à Mme D qui a dû changer de pavillon et à M. G, il a fallu casser ce lien, sous prétexte qu'ils étaient psychotiques tous les deux, mais on n s'est pas dit une minute qu'au lieu de délirer sur des hommes imaginaires, là elle se préoccupait d'un homme en chair et en os et que ça ça pouvait être une amélioration.

On veut tout contrôler sous prétexte qu'ils sont malades quoi et moi ça m'écœure. On leur sape tout. Et après quand ils se suicident, il faut dire quoi ? Moi, ça me met profondément en colère ce genre de choses.

Infirmier 13 Et sur le travail ?

Infirmière 10 Eh bien, c'est pareil que pour les relations quoi. Quand on voit des gens qui malgré leur pathologie, ont tenu un travail pendant des années, et comme ça d'un coup, du jour au lendemain, on arrête tout, il faut penser à un autre projet. Où est l'entre-deux là dedans ? Moi, je suis pour les entre-deux entre les deux extrêmes.

Infirmier 8 Là, c'est vrai que sur ce point, je te rejoins. Le travail, c'est quand même un lien social hors de toutes nos associations où ils se retrouvent surtout entre eux. Moi, d'un plein temps, je passerais d'abord par un mi-temps.

Mais c'est vrai que le travail, c'est sûr que c'est un facteur de stress énorme, et que dans la maladie c'est déstabilisant et délétère au possible...

Infirmière 10 Oui, mais il y en a aussi pour qui le travail, c'est hyper important et qui pendant des années ont fait des efforts pour tenir et se lever le matin et tout arrêter sans passer par l'entre deux je trouve que c'est arbitraire et je ne suis pas d'accord.

Infirmier 8 C'est notre rôle aussi de faire passer cette position. Moi je passerai aussi par un entre-deux, d'abord un mi-temps, puis un travail adapté,...

Infirmière 10 En tout cas, si ça ne marche pas c'est que ce sera le patient lui-même qui n'y sera pas arrivé et là on pourra passer à autre chose en parlant de cette expérience qui n'aura pas marché. Mais on ne peut pas passer comme ça de l'un à l'autre.

Infirmier 8 Pour ce qui est des relations entre eux, par contre, c'est très difficile. On a eu des expériences de couples formés à l'hôpital où ça a été très délétère pour eux...

Infirmière 10 Oui, mais il faut arrêter de tout vouloir contrôler.

Infirmière 12 En fait, on pense à leur place. C'est profiter de notre place de tout puissants pour penser à la place de quelqu'un d'autre.

Infirmier 8 En fait, leurs relations c'est quelque chose d'important à travailler avec eux. Je pense que parfois, on peut se permettre de leur dire que peut être ce n'est pas le bon moment pour une relation s'ils ne vont pas bien et qu'on voit que cette relation est délétère pour eux.

Infirmière 12 Et quand bien même ça serait délétère. Si tu prenais la même situation chez des gens normaux, tu penserais que effectivement c'est délétère mais là, parce que ce sont des malades, on va dire « Non, tu n'as pas le droit de voir telle personne parce que on pense que dans quelque temps ça va te faire décompenser ». Je trouve que c'est très autoritaire comme truc.

Infirmière 10 Ca fait très asile psychiatrique quoi. C'est ce qu'on faisait il y a des dizaines d'années quoi.

Infirmière 12 Après, c'est sûr qu'il faut aussi reconnaître la vulnérabilité de certaines personnes, je suis d'accord.

Infirmier 8 C'est vrai que moi, je serais plutôt pour dire à la personne que ce n'est peut être pas le bon moment plutôt que de prendre une décision arbitraire.

Infirmière 12 Quand tu vois Melle D, entre nous, je ne sais pas si les médicaments lui font grand-chose, et quoi qu'il se passe après, elle aura au moins eu ce mois, ou ces trois mois ou plus où elle aura été bien, quoi.

Ca fait six ans qu'elle pleure tous les jours, qu'elle n'a aucun plaisir dans la vie. Donnons lui cette chance là, ce n'est pas grave, dans 6 mois ou un an quand ça ira mal, eh bien on la réhospitalisera mais elle aura au moins eu ça.

Infirmier 8 Par contre, on est embêtés parce qu'il y a certains cas aussi où les relations les ont complètement flingués. Je me rappelle d'un patient qui s'est suicidé juste après la rupture...

Infirmière 10 Oui mais la faille chez ce patient était antérieure à la rupture. Peut être qu'il l'aurait fait quand même de toute façon dans d'autres circonstances.

Infirmier 8 Oui, c'est vrai qu'on ne peut pas les protéger de tout.

Infirmière 10 Voilà. Il faut arrêter d'être tout puissants, de vouloir tout contrôler, de dire ce qui est bon ou pas pour eux, de mettre les patients à la place d'objets alors que souvent dans leurs histoires de vie ils ont souvent été déjà des objets et non des sujets et nous on les objectise à nouveau. Moi, je trouve ça répugnant.

Infirmière 12 Après, il y a des choses qui peuvent se travailler avec les patients. Par exemple, la sexualité, on n'en parle jamais avec les patients. Les relations et la sexualité ça se travaille aussi et ça on n'en parle pas. Ce n'est jamais abordé dans les entretiens médicaux non plus si ce n'est pour dire « non tu ne peux pas aller là ».

Infirmier 8 En fait il faudrait recentrer ça pour les situations où il y a un péril imminent. Ca passerait mieux pour vous ?

Infirmière 10 Ah non, pas du tout, ça ne passerait pas.

Infirmière 12 Mais, un péril imminent de quoi ?

Infirmier 8 Par exemple, Melle V où on sait qu'elle va se faire bouffer par cette personne...

Infirmière 12 Mais comment on saurait ? On ne sait rien du tout en fait.

Infirmière 10 Mais c'est vrai qu'on a quand même le devoir de protéger certaines personnes. Pas d'interdire les relations mais de protéger ces personnes au maximum. Par exemple, pour cette patiente, on a mis un implant contraceptif. Le tout, c'est que, dans les entretiens infirmiers, on puisse parler de la sexualité. Vouloir interdire les relations, c'est comme si on se donnait le droit de faire avorter les malades psychiatriques enceintes, quoi. Pour moi, c'est du même acabit.

Infirmière 12 Après, ça c'est différent pour moi, parce que ça met en danger potentiellement la vie de quelqu'un d'autre.

Infirmière 10 Oui, mais au final, à partir du moment où il y a des relations, ça peut arriver potentiellement donc il faut y penser. Après, je ne sais pas, c'est vrai que c'est difficile...

Silence

Infirmière 10 Pour la question du placement par contre, c'est quand il n'y a pas d'autre choix.

Infirmière 12 Mais par contre, il y a des placements qui se sont révélés catastrophiques pour les patients et qui on entraîné des décompensations graves parce qu'ils n'ont jamais voulu y aller et qu'on les a forcés. Après, où est ce qu'on place les envies, les désirs du patient, en fonction de sa maladie bien sûr, mais quand même ? Je trouve que c'est toujours la même chose et que c'est toujours de la toute puissance. On pense à la place des patients. C'est quand même dur pour nous de devoir dire à des patients qui vivaient seuls jusque là et qui se trouvaient bien « C'est bien les foyers de vie, c'est chouette, allez y ». Même nous, quand on va visiter certains lieux, déjà on se dit que ça fait malade. Lieu de vie, ça veut dire malade pour la vie, c'est un lieu où l'on y meurt. Ca fait très morbide quoi.

Infirmière 10 Rien que le terme de placement. Je te place, je te déplace, ça fait objet, quoi.

Infirmière 12 Mais tout est dans le travail avec le patient parce qu'il y a des situations où le patient va d'emblée dire non et puis au fur à mesure des choses, à force de se casser la figure, il va se rendre compte de ses faiblesses, de ses incapacités au quotidien, et puis finalement admettre qu'il a besoin d'un placement. Mais je trouve que dire d'emblée au patient « Vous n'avez pas le choix. C'est le placement ou vous sortez de l'hôpital », ce n'est pas forcément le bon choix.

Infirmière 10 Et entendre « Vous coûte cher à la Sécurité Sociale », ça aussi c'est difficile.

Infirmier 8 Moi, pour avoir travaillé dans les appartements thérapeutiques, je pense que cette obligation d'aller à l'appartement thérapeutique, il faut la faire, il faut leur faire faire l'essai, au moins pour six mois, parce que certains jeunes schizophrènes qui ne voulaient pas aller à l'appartement vont se rendre compte au cours des six mois que ce n'est pas si intrusif que ça, que ça leur fait du bien d'être accompagnés, d'être aidés dans leurs démarches et que finalement ça leur convient bien. Donc moi, je pense qu'à un moment il faut passer au dessus de leur liberté, en leur disant « Vous essayez six mois, c'est une obligation, et après on en discute. Soit vous y avez trouvé quelque chose et on continue, soit ça ne marche pas et on arrête ». Je pense que nous, par exemple, si personne nous avait un peu poussés dans nos études, on n'en serait peut être pas là où on est aujourd'hui.

Infirmière 12 Oui, mais toi, tu avais toujours un peu le choix quand même. Là c'est un peu « Marche ou crève » quoi.

Infirmier 8 Quand t'es un peu fainéant, que tu ne veux pas étudier à la faculté et que tes parents te mettent des coups de pieds au derrière pour te faire travailler et qu'ils ne te laissent pas le choix, finalement tu en es bien content par la suite.

Infirmière 12 Oui, mais ici on a quand même viré une patiente du service du jour au lendemain parce qu'elle n'adhérait pas à un projet d'appartement thérapeutique, et je trouve que là on a été caractériels. C'est un peu comme si on avait dit « Vous ne respectez pas ce que je veux, moi médecin tout puissant, je suis contrarié donc je vous vire ».

Infirmier 8 Mais quand il y a déjà eu plusieurs essais qui n'ont pas marché c'est un peu différent. Moi, je suis tout à fait d'accord qu'il faut travailler avec leur vécu mais par contre une fois qu'ils se sont plantés une fois, deux fois, moi je suis d'accord pour qu'on leur dise « Maintenant, il n'y a plus que ce choix là et si vous ne voulez pas, je ne vois pas comment on peut travailler avec vous ». Là ça ne me pose aucun problème. Après je suis d'accord qu'il y a aussi des projets qui ne tiennent pas la route dès le départ et que là il ne faut même pas essayer mais quand le projet est correct, il faut les laisser essayer une ou deux fois. Moi, je suis pour la construction avec le patient.

Infirmière 12 Après je suis d'accord pour dire que pour certains patients, il faut un placement d'emblée parce que clairement ce n'est pas possible de faire autrement mais après si le patient ne veut pas du placement, je ne vois pas comment faire.

Infirmier 8 Là il faut être un peu arbitraire.

Infirmière 12 Non, je pense plutôt qu'il faut travailler ça avec le patient pour le décider.

Infirmier 8 Oui, mais si notre travail ne porte pas ses fruits, on ne peut pas non plus se permettre par rapport à la société de le garder éternellement ici en hospitalisation.

Infirmière 12 Oui, bien sûr.

Infirmier 8 Il va falloir dire à ce moment là au patient « Ca fait des années que vous êtes en hospitalisation complète, nous on essaie de travailler ce projet avec vous, vous n'êtes pas d'accord mais il y a un moment où nous on doit rendre des comptes à la société parce qu'une hospitalisation c'est cher et qu'il faut qu'elle serve à quelque chose. Moi, je suis complètement pour ça. On a gardé ici des gens pendant des années alors qu'il aurait fallu les faire sortir depuis longtemps.

Infirmière 10 Oui mais il ne faut pas oublier que ces gens, ils n'ont pas forcément demandé à rentrer à l'hôpital non plus. Je pense que si les gens pouvaient être ailleurs, ils seraient ailleurs.

Infirmière 12 Oui, voilà, les gens rentrent sous contrainte et après on leur dit « Soit vous faites ce qu'on veut, soit vous ne sortez pas ».

Infirmier 8 Oui mais à un moment, quand une hospitalisation dure et que le patient refuse les projets, il faut aussi savoir la faire cesser.

Infirmière 10 Oui, c'est sûr qu'on ne va pas rentrer dans les projets délirants de la personne si elle veut vivre seule en appartement et qu'on sait pertinemment qu'elle n'en sera pas capable, mais après il y a l'entre deux. Mais, par contre, mettre en avant le fait que la personne coûte cher à la société, là je ne suis pas d'accord.

Infirmière 12 Après c'est sûr qu'au bout d'un moment, il faut aussi se dire qu'il y a peut être d'autres personnes qui ont besoin de soins que ces personnes là.

Arrêt des contraintes :

10. Que pensez-vous de l'arrêt éventuel de toute mesure de contrainte extérieure (c'est-à-dire ne relevant pas du patient lui-même) dans la prise en charge du patient malade mental stabilisé qui a pu intégrer cette contrainte à son psychisme ce qui lui permet ainsi de se soigner librement de façon adaptée ?

a. chez les malades mentaux n'ayant jamais présenté de dangerosité pour les autres.

b. chez les malades mentaux ayant déjà présenté une dangerosité pour les autres.

« Infirmière 10 Eh bien c'est bingo, quoi. C'est le but de notre travail, ça veut dire qu'on a réussi à faire intégrer à une personne malade et qui bien souvent était dans le déni de sa pathologie, qu'elle est malade, qu'elle a besoin d'un traitement, qu'elle a pu l'intégrer et vivre avec et qu'elle n'a plus besoin d'un surmoi extérieur qui la retient. C'est très bien.

Infirmière 12 C'est des patients que nous, en intra, on ne voit pas trop, c'est plutôt le CMP.

Infirmière 10 Moi, je pense à quelqu'un d'ici, qu'on a accompagné vers l'extérieur, qui a pu intégrer sa maladie et vivre en appartement.

Infirmière 12 Oui, il y en a quelques uns quand même.

Infirmier 8 De toute façon, il faut qu'il y ait un arrêt possible des contraintes, sinon c'est la prison. Si la contrainte durait éternellement, ça ne serait plus thérapeutique et il n'y aurait plus de liberté du tout. S'il n'y avait pas d'arrêt de la contrainte, il n'y aurait pas d'essai de la liberté possible et la contrainte perdrait alors tout son sens.

Infirmière 12 Oui, mais qui décide de cet arrêt ? Et à quel moment, un médecin peut dire ça ? C'est quand même une lourde responsabilité.

Infirmier 8 Si la contrainte ne s'arrêtait pas, il n'y aurait pas de prise de responsabilité de la part du patient qui ne veut pas que la contrainte recommence.

Infirmière 12 Mais ça ça signifierait que le patient est capable d'élaborer autour de ça. Et ça n'est pas sûr.

Infirmier 8 C'est quand même assez archaïque, il y en a beaucoup qui comprennent que s'ils ne prennent pas leur traitement et qu'ils rechutent, ils seront à nouveau contraints et qui du coup le suivent.

Après, pour la question de la dangerosité, moi je divise ça entre les psychopathes ou les pervers où il vaut mieux ne pas lever la contrainte et les tenir serrés parce sinon ça ne tient pas, et les psychotiques où je pense qu'à un moment il faut lever la contrainte.

Mais après, dangerosité pour eux-mêmes ou pour les autres, finalement c'est pareil, il y a toujours une mise en danger.

Infirmière 12 C'est très délicat.

Infirmière 10 Après, moi je pense que pour les patients qui sont restés longtemps sous contrainte, arrêter la contrainte c'est un peu comme si on les retenait avec un élastique et que brutalement on le relâchait.

Infirmière 12 Ils vont droit dans le mur.

Infirmière 10 On leur enlève ce surmoi et on les laisse livrés à eux même donc ça ne marche pas.

Infirmière 14 Il y a des patients qui peuvent aussi ne plus prendre leur traitement et être à nouveau dangereux pour les autres.

Infirmière 12 Après pour les patients qui ont commis déjà un passage à l'acte ou qui ont déjà été dangereux pour les autres, on garde toujours à l'esprit qu'ils peuvent toujours le refaire et alors lever la contrainte...

Infirmier 8 Ca peut ne pas paraître la chose à faire, c'est sûr. La part de leur responsabilité change si c'est au cours d'un épisode délirant ou si c'est quand ils sont stabilisés ou parce qu'ils ont arrêtés leur traitement.

Infirmière 12 Oui, mais on ne peut pas l'oublier quand même. C'est quand même délicat de prendre cette responsabilité là. »

Vision générale :

11. Finalement, que pensez vous de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie ?

« Infirmière 12 C'est un outil de soins nécessaire.

Infirmière 10 Mais à condition qu'on y mette du sens.

Infirmier 8 Moi, je compare ça un peu à nos lois. Dans la société, il y a des lois, on a des droits et des devoirs, dans la contrainte c'est pareil, ils ont le droit de recevoir des soins et le devoir de respecter un certain cadre. Il faut qu'il y ait des règles pour pouvoir permettre à la personne de rentrer dans le soin.

Infirmière 12 Oui, mais l'humain ?

Infirmier 8 Eh bien, l'humain, quand tu le vois en pleine crise, à un moment la contrainte devient obligatoire.

Infirmière 12 Oui, mais il ne faut pas oublier que c'est un humain.

Infirmier 8 Après on n'a rien de barbare dans nos obligations de soins.

Infirmière 12 Parfois, ce n'est pas si sûr.

Infirmière 10 Après, il ne faut pas oublier qu'on a tous droit au respect, qu'on soit malade ou médecin-chef.

Infirmier 8 Oui, mais la contrainte peut être faite dans le respect. Après, ça dépend des personnes, soit ça peut être très arbitraire avec des décisions à la place de la personne et des contentions faites de manière inhumaine...

Infirmière 12 Mais quand on attache, c'est toujours inhumain.

Infirmier 8 Soit la contention peut être rassurante, avec respect, avec explications. Tant que la contrainte peut être arrêtée et qu'on donne des explications, moi ça ne me pose pas de problèmes.

Après, je trouve que la formation manque sur ces aspects. Moi, j'ai mis quatre ans à comprendre à quoi servait une chambre d'isolement. Ça rend peut être les choses plus difficiles.

Tous – C'est sûr. »

6.2.3. Infirmiers Centre de réhabilitation psycho-sociale / Hôpital de jour, Chai St Egrève :

Mesures légales de contrainte :

1. Que pensez-vous de l'utilisation éventuelle de mesures d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie, chez des patients en refus de soins ?

- a. ayant déjà présenté ou présentant une dangerosité pour les autres.
- b. ne présentant pas de dangerosité pour les autres, mais présentant une maladie mentale dont l'évolution sans traitement peut être grave et dangereuse pour eux-mêmes.

« Infirmière 15 Moi, je ferais un parallèle avec les soins généraux où la médecine se doit de soigner, d'informer son patient et en matière de psychiatrie, je crois que quand la personne n'est plus en état de se rendre compte de son état de santé et qu'elle risque une mise en danger, ça fait partie de notre boulot de la protéger. Donc, la mesure de contrainte, pour moi, elle s'applique de fait et c'est même une faute professionnelle que de ne pas protéger une personne qui risque de se mettre en danger ou de mettre en danger quelqu'un d'autre. Après, je ne parle pas des moyens qui sont mis en place pour hospitaliser quelqu'un, je parle juste du principe qui est en danger. Je pense que c'est notre boulot et notre devoir.

Infirmier 16 Après ce qui me dérange moi, c'est l'éthique. Sur le principe, c'est vrai que ça peut s'avérer parfois nécessaire, mais ça n'empêche pas de penser à pourquoi on le fait, et on s'aperçoit quand même que c'est fonction de la tolérance ou pas de la société sur l'évaluation du critère de dangerosité ou de la dangerosité pour soi-même. Et que, selon le médecin, selon l'environnement du patient, la prise en charge change et qu'il y a plein de choses qui rentrent en compte, ce qui fait que si on prend un patient comme ça, parfois en fonction du contexte (environnement critique, plainte des voisins,...) ça va paraître justifié, alors que si tu le compares avec quelqu'un d'autre qui est dans un environnement plus tolérant, là, il n'y aura pas de contrainte. Et moi, je

m'interroge souvent là-dessus, je ne me cantonne pas à savoir s'il était dangereux pour lui ou pas parce que, en soins généraux, les Témoins de Jéhovah, par exemple, on les a jamais obligés à se soigner, ils peuvent mourir s'ils ne sont pas transfusés et pourtant on ne les oblige pas pour autant.

Infirmière 15 Oui, mais il s'agit d'un cas généraliste et là on parle de psychiatrie.

Infirmier 16 Mais éthiquement, quelqu'un qui veut se suicider peut mourir et...

Infirmière 15 Oui mais tu ne vas pas l'aider.

Infirmier 16 Si tu vas l'aider, mais d'une autre façon. Je veux dire, tout à l'heure, tu comparais avec les soins généraux, ce n'est pas le même genre de contrainte.

Infirmière 15 Mais ça fait partie de notre boulot de protéger quelqu'un si on le sent en danger.

Infirmier 16 Oui, mais on n'a pas la même latitude en soins généraux.

Infirmière 15 Oui.

Infirmière 17 Ah non.

Infirmier 16 Là, le médecin a quand même un grand pouvoir tout comme la psychiatrie en général d'ailleurs, parce que nous, les infirmiers dans les unités, on est quand même souvent demandeurs, on va souvent voir le médecin en disant « celui là, ça ne va plus, il faudrait l'hospitaliser » la demande ne vient pas que du médecin, c'est une résolution d'équipe.

Infirmière 17 Moi je dirais que parfois il faut arrêter les choses et les remettre à plat. Je dirais qu'au mieux, parce qu'il y a quand même des choses dessous qui sont moins positives et moins limpides, arrêter les choses et les remettre à plat, pouvoir permettre à la personne de pouvoir repartir à zéro, même si c'est assez simpliste mais quand même là ça peut être très positif.

Infirmier 16 Ce que je voulais dire c'est que ce n'est pas toujours évident d'évaluer la dangerosité.

Infirmière 15 Ou même le risque, on est d'accord, c'est subjectif, multifactoriel, ça dépend de l'environnement. La personne, ne serait-ce que si elle n'est pas en sécurité dans le milieu familial par exemple, eh bien, il faut l'en protéger. Est-ce que ce n'est pas aussi notre boulot que d'évaluer ça correctement, au mieux on va dire, puisqu'on laisse des gens dehors qui sont potentiellement dangereux mais qui ne nécessitent pas forcément d'être hospitalisés sous contrainte, ou qui sont déjà sous contrainte mais à l'extérieur. Donc c'est hyper subjectif comme mesure.

Infirmière 18 Oui, mais si on peut les laisser dehors c'est parce qu'on sait que cette mesure peut être prise si besoin.

Infirmière 15 Je ne sais pas parce que je pense à un patient qu'on a à l'extérieur, si ça ne tenait qu'à mon jugement à moi, il serait déjà hospitalisé depuis longtemps mais celui de mon entourage, de mes collègues, des professionnels qui travaillent avec moi disent que non. Donc après, c'est aussi une question de ressenti personnel et ce n'est pas parce qu'il a une mesure que tu te sens plus en sécurité avec lui ou pas. Ce n'est même pas l'idée d'avoir une mesure déjà en place qui est rassurante ou pas, ça valide un parcours de soins existant mais ça ne signifie pas qu'on peut l'hospitaliser à un moment T, quand on veut, ça dépend de plein d'éléments.

Infirmière 18 Je ne dis pas qu'on peut l'hospitaliser quand on veut mais je dis juste que si on juge qu'il faut l'hospitaliser, ça sera plus facile s'il y a une mesure déjà en place.

Infirmier 16 C'est vrai qu'après, il y a des contraintes légales. Pour avoir travaillé en CMP, c'est vrai que d'un point de vue de facilité de mise en œuvre, une mesure initiale d'HDT, il n'y a pas d'équipe de Sagi, il faut un certificat extérieur donc c'est plus long et plus difficile, le temps de réunir tous les intervenants sauf en cas de gros clash, alors que si on a une mesure déjà existante, il suffit d'un seul certificat et il y a toute l'armada qui se met en place. Après c'est souvent justifié par d'autres raisonnements que purement légal ou d'évaluation de la dangerosité, ça va être aussi parfois par des raisonnements pratiques.

Parce qu'il y a deux cultures différentes, il y a la culture juridique, basée sur les libertés publiques et il ne faut pas oublier que la contrainte, c'est quand même une privation de liberté, surtout si elle dure, et la contrainte plus médicale, avec un raisonnement différent qui ne raisonne pas en terme de libertés publiques parce que si on raisonnait en termes de liberté publique...

Infirmière 17 Dans ce cas, il y aurait certains services qui ne seraient pas du tout dans la légalité.

Infirmier 16 Maintenant, peut être moins mais il y a quelques années, il y avait des hospitalisations qui duraient alors qu'elles n'avaient pas de raisons de durer, par facilité.

Infirmière 17 Par commodité, d'un côté et de l'autre.

Infirmière 19 Parce qu'on ne se pose pas assez souvent la question, je pense.

Infirmière 17 C'est vrai qu'il faut se poser la question.

Infirmière 15 Mais là, on a quand même levé pas mal d'HDT, quand la nouvelle loi est passée, et ça n'a pas changé la prise en charge du patient ni même son adhésion pour la plupart en tout cas.

Infirmière 19 Comme quoi, tu vois, ça aurait peut être pu être fait avant et c'est sans doute ce qui se passe des fois dans les services.

Infirmière 17 Oui.

Infirmier 16 Mais c'est vrai que sur les mesures initiales, c'est quand même rare, enfin je n'ai pas une carrière de 25 ans non plus, mais c'est quand même rare de voir des hospitalisations complètement abusives, par délation, en général.

Infirmière 19 Ce qui arrive c'est quelques HO abusives parfois, j'en ai vues dans les services, c'est souvent des personnes âgées dont on ne sait pas trop quoi faire chez elles et finalement on les met en HO comme ça on est sûrs qu'elles auront une place à l'hôpital, sauf qu'après ça prend des proportions... C'est ce qui fait que dans ce cadre là, c'est abusif quand même.

Infirmier 16 C'est vrai.

Infirmière 19 Mais c'est vrai que globalement...

Infirmier 16 Globalement, c'est toujours assez légitime quoi. Moi, j'ai travaillé aux urgences, il n'y a pas à discuter, quand la personne démonte tout dans le service, il faut bien faire quelque chose. Après dangerosité pour soi même ou pour les autres, ça s'applique dans les deux cas.

Infirmière 17 Oui, voilà, moi je trouve aussi, c'est aussi important dans les deux cas.

Infirmière 19 Oui. »

2. Si une de vos relations, personnelles ou professionnelles, présentait des signes évocateurs d'une maladie mentale, que penseriez-vous de la réalisation d'une hospitalisation sous contrainte en cas de refus de soins ?

« Infirmier 16 Eh bien, moi, je l'ai demandé pour un de mes proches, donc...

Infirmière 18 Oui je l'ai conseillé aussi pour un de mes proches.

Infirmière 17 Oui, moi aussi.

Infirmière 15 Ben je crois qu'on est quand même un peu plus avertis de ces modalités là et qu'au contraire, on est un peu moins réticents à faire la démarche, même si on préférerait que ça soit quelqu'un d'autre qui le fasse quoi. Pour moi, je ne suis jamais bonne dans l'accompagnement des proches, beaucoup plus au travail avec des gens qui ne sont pas proches. Pour le coup, on sait de quoi il retourne et moi, ça ne m'effraie pas donc je pense que je n'ai pas eu et je n'aurais pas de ressentiment à le faire.

Infirmière 19 Moi, je suis assez d'accord aussi, dans le sens où on sait les bénéfices que ça peut avoir aussi donc je pense que même si certes ce n'est pas simple quand c'est des proches.

Infirmière 18 Ce qu'il faut, je pense c'est ne pas être seul. Il faut s'entourer de gens en qui on a confiance, cela va de soi, y compris des gens qui ne connaissent rien à tout ça. C'est important aussi, c'est comme des témoins. »

3. Que pensez-vous de l'obligation éventuelle, pour les malades mentaux, de devoir se rendre régulièrement, après leur sortie d'hospitalisation et leur retour à domicile, dans un dispositif de soins extra-hospitalier pour y rencontrer un médecin et y recevoir des soins adaptés à leur pathologie?

-a. chez les malades mentaux ayant déjà présenté une dangerosité pour les autres.

-b. chez les malades mentaux n'ayant jamais présenté de dangerosité pour les autres.

« Infirmière 19 Moi, je trouve que c'est quand même un moyen pour leur permettre d'avoir une vie possible à l'extérieur, quand ils ne nécessitent plus une hospitalisation, et de maintenir quand même un lien avec ces patients et qu'ils ne soient pas complètement laissés.

Infirmière 15 Oui, d'autant plus que s'ils ont encore sous cette mesure, c'est qu'ils sont encore fragiles par rapport à la maladie, qu'ils sont peut être encore dans une difficulté d'acceptation par rapport à la maladie et que du coup, le fil est assez fragile. Une nécessité d'obliger à un suivi, c'est ponctuel, en tout cas j'espère que pour la plupart des patients c'est ponctuel, mais en tout cas c'est une étape entre la sortie libre et l'hospitalisation.

Infirmière 19 Il y en a où on voit que c'est ce qui les tient à l'extérieur aussi, en l'occurrence cet effet contenant de la mesure.

Infirmier 16 Moi, je suis assez partagé là-dessus. C'est sûr que dans la proximité de l'hospitalisation complète, ça peut avoir un intérêt, au moins pour pouvoir faire la connaissance de la personne en suivi ambulatoire, quoique si on en avait le temps, on pourrait le faire en amont quand ils sont encore à l'hôpital ce qui pourrait éviter de devoir passer par un système de sorties d'essai pour enclencher le soin. Mais, par contre, et ce n'est pas absolu ce que je vais dire, mais dans certaines situations, quand même, ça peut tronquer la relation, à savoir que ça prive aussi le patient de faire l'expérience d'une rechute et on sait qu'il y en a qui fonctionnent comme ça, ça prive d'un certain dialogue, parce qu'étant sous contrainte, l'expression du patient n'est pas la même. Moi, j'ai remarqué des revirements d'attitude du jour où la contrainte était levée, et pas nécessairement en mal, c'est-à-dire ça ne veut pas forcément dire qu'ils ne viennent plus. En fait, la contrainte ça le prive aussi de prendre soin de lui, quelque part on porte ça pour lui dans l'obligation et ça le rend moins responsable. Moi, j'ai été assez surpris de voir, du jour où la contrainte a été levée, de voir le changement de vision de certains patients par rapport à eux-mêmes et à l'appropriation de leurs soins. Pour certains patients, c'est vraiment flagrant.

Infirmière 15 Je pense que ça dépend des services et des conditions qu'on peut avoir, parce que moi, j'ai connu ça ici, c'est-à-dire un patient sorti en HDT, comme on pouvait être présents assez souvent on avait parfois la possibilité de l'accompagner dans une rechute. La rechute, c'est parfois le seul moyen pour qu'il y ait une prise de conscience et nos médecins nous demandaient de soutenir le patient, jusqu'à un point défini, mais on permettait au patient de faire cette expérience là et avec une mesure déjà instaurée, on a les moyens de récupérer la personne assez rapidement, ce qui permet de faire cette expérience plus facilement et sans laisser la personne rechuter trop bas. Et moi, je trouve que c'est intéressant du coup parce qu'on n'a pas tout le protocole de mise sous contrainte à remettre en place mais par contre on avait la liberté d'accompagner, et ça je pense que ça dépend vraiment du médecin, le patient dans l'arrêt des traitements et la décompensation, quand il n'y avait plus d'autres moyens d'agir autrement et ça je trouve que c'est intéressant.

Infirmier 16 Ce qui est préférable, oui. Quand je dis que la relation sous contrainte est tronquée, c'est que quand il n'y a plus de contrainte, le patient peut venir et dire qu'il ne prend plus son traitement complètement par exemple, mais au moins nous et le médecin avons une réelle évaluation, alors que s'il est contraint, il va dire qu'il prend quand même son traitement et du coup il ne sera pas accompagné. S'il n'est pas contraint, la relation change, le médecin peut avoir une réelle évaluation et le patient peut être accompagné dans son erreur, faire son expérience. Après, ça c'est dans l'idéal de pouvoir travailler comme ça, mais c'est vrai que pour certains patients, des chroniques suivis depuis 20-25 ans, ça ne marche que sous le mode de la contrainte parce que sinon, ils ne viendront pas faire leur piqûre au CMP et que sans la piqûre, ils décompensent tous les 3 mois et donc là on ne peut pas faire autrement. C'est vrai que moi, je ne trouve pas ça idéal de travailler sous contrainte, quand on veut travailler les aspects de la connaissance de la maladie et de l'autonomie parce que en quelque sorte on le prive de quelque chose. C'est un peu comme le principe d'avoir des racines et des ailes, c'est comme un gamin quoi, il faut à la fois qu'il ait ses racines et il faut qu'il aie des ailes pour pouvoir s'envoler quoi. Le patient c'est pareil, si on le tire tout le temps vers le bas, il ne sera jamais autonome et jamais responsable de sa prise en charge.

Infirmière 15 D'ailleurs, c'est un peu pour ça qu'ici, on limite vachement les contraintes. On a eu, au moment de l'ouverture quelques HO, mais on les a vite levées parce que ce n'est pas possible de travailler à l'extérieur avec des HO.

En ce qui concerne la dangerosité, par contre c'est toujours au cas par cas parce que, chez nous, le suivi est individualisé donc la réponse sera aussi toujours individualisée.

Infirmière 17 Pour moi, la frontière est très mince entre les deux, dangerosité pour les autres et dangerosité pour soi, elle est même presque invisible. Auto agressivité, hétéro agressivité, on voit ça tout le temps dans les dossiers et pour moi, je ne fais pas de distinction entre les deux, ça va de l'un à l'autre et parfois on est très étonnés, ce qu'on attendait eh bien, ce n'est pas ça qui vient. »

Obligation de la prise d'un traitement :

4. Que pensez-vous de l'administration, en urgence et sous contrainte, d'un traitement médicamenteux psychiatrique par voie injectable dans les états d'agitation aigüe ?

« Infirmière 15 Moi je dirais qu'il ne faut pas que ça devienne un réflexe soignant pour se protéger de l'agitation. Moi, j'ai vu dans des services où les patients n'étaient pas en mesure de s'exprimer, que c'était une facilité pour le personnel soignant de piquer quelqu'un au cours des états d'agitation. C'est quelque chose, qui, à mon avis nécessite un questionnement régulier et fréquent sur la nécessité et les bienfaits de cette thérapeutique là. Je ne mets pas en cause l'injection en elle-même, ou le soin d'urgence en lui-même, mais à mon sens le questionnement autour est indispensable. Ça ne doit pas devenir systématique, être un protocole en cas d'agitation. Ça l'est bien sûr, ça devient vite facile de céder à se dire « Ben, tiens, c'est écrit du coup on va le piquer ».

Infirmier 16 Oui, moi, je verrais plutôt un protocole de formation sur la gestion du stress, obligatoire en psychiatrie.

Infirmière 17 Oui, ça c'est sûr.

Infirmier 16 Parce que la façon dont les situations sont abordées, ça peut faire du tout ou rien sur les situations de violence.

Infirmière 17 Oui.

Infirmière 15 Ben, il y a des fois où c'est nécessaire mais pas toutes.

Infirmière 17 Moi, j'ai remarqué qu'il y avait des équipes, c'est un jugement de valeurs, un constat, où le Sagi était souvent appelé quand c'était certaines équipes qui travaillaient. Quand il y avait certaines équipes, le Sagi était appelé tout le temps, avec entraves, chambre d'isolement, injection. Alors, moi, je suis d'accord avec tout ce que vous dites sur la gestion du stress plus que ces mesures là. Je pense que c'est d'abord à nous de faire le boulot.

Infirmière 15 Après il y a aussi la présence du Sagi qui est aussi thérapeutique, par exemple ici où il y a très peu d'hommes dans le service, qui est un moyen d'apaisement physiquement par une présence. Ce n'est pas une intervention aussi intrusive que le médicament mais c'est une forme de contention qui pour moi, s'avère beaucoup plus bénéfique pour certaines situations qu'une injection. Et si on était seules, peut être qu'on injecterait le patient parce qu'on n'a pas d'autre système de contention. Donc encore une fois c'est une question d'évaluation, de gestion de la situation, de personnes...

Infirmier 16 Et d'ailleurs, quand je travaillais en intra, je voyais que quand le Sagi venait, certes il y avait la prescription, mais ils se laissaient toujours la liberté, d'aborder la situation, de discuter avec la personne et d'évaluer s'il fallait vraiment une injection. Moi, ce que je veux dire, c'est que c'est vrai qu'il y a certaines équipes ou des professionnels qui ne sont pas expérimentés ou qui ne sont pas professionnels face à des situations de violence et qui appellent pour effectivement faire l'administration du si besoin prescrit, parce que c'est le dimanche et qu'il n'y a pas le médecin, le Sagi se laissait toujours la liberté de réévaluer la situation pour voir si le patient pouvait se calmer par le contexte, de voir si elle acceptait de prendre le traitement d'elle-même, donc l'administration, malgré la prescription, ça relève de l'évaluation infirmière. On a quand même une liberté d'appréciation, on doit évaluer la situation pour voir si c'est nécessaire ou pas et puis il y a les situations où ce n'est pas possible autrement.

Infirmière 15 Et il y a les fois où c'est nécessaire quand même, où tu ne vas même pas te poser la question et où tu vas le faire, quand même.

Infirmier 16 Oui, mais à ce moment là on n'a plus le temps de prendre le recul de se demander si ça n'aurait pas pu être évité. Ce qui n'est pas mal, c'est d'en parler après par contre.

Infirmière 17 Oui ce serait bien de pouvoir le faire mais c'est des temps qui manquent parfois.

Infirmier 16 Oui, ça manque parfois et ça serait bien de s'interroger quand il y a eu situation de panique, sur pourquoi elle a eu lieu. »

5. Que pensez-vous de l'administration régulière, au long cours et à l'extérieur de l'hôpital, d'un traitement psychiatrique médicamenteux à action prolongée, par voie injectable ?

« Infirmier 16 Moi, ce que j'en pense c'est que, le patient quand on fait sa connaissance, a cette injection obligatoire mais que c'est à nous ensuite de travailler dessus avec lui, de faire en sorte qu'il ait conscience qu'il en a besoin. C'est à nous d'en faire quelque chose de cette administration de médicament, ça ne peut pas rester comme ça.

Infirmière 15 C'est un travail de lien avec le patient, d'adhésion aux soins en général. Pour moi, il y a deux indications. Il y a le patient qui sort de l'hôpital et on ne sait pas trop comment il va être à l'extérieur, sur la connaissance de son traitement et sur l'adhésion et donc là c'est quand même la possibilité d'une ouverture, c'est ce qui lui permettra de sortir. Et il y a le patient qui a de gros troubles mnésiques et qui même s'il est dans la meilleure volonté du monde pour prendre son traitement, est incapable de gérer son traitement au quotidien et donc là c'est pour son bien être à lui et en général lui qui en fait la demande. Du coup, c'est encore une indication qui est individuelle, qui dépend du patient et de sa problématique, c'est un travail au long cours et c'est à nous de voir ça avec le patient, de voir pourquoi il le prend ou il le prend pas, quels sont les bénéfices et les risques pour lui. Il sort avec ça mais il ne doit pas rester avec ça, sauf si pour son bien être et son confort personnel, il en fait lui-même la demande parce que sinon, comme il a des troubles mnésiques, il est réhospitalisé à chaque fois qu'il oublie son traitement et il demande un injectable pour être tranquille. Et ça s'entend. Pour moi, la demande d'injectable, pour ne pas avoir à penser à un traitement au quotidien, je trouve ça totalement justifié et c'est un travail de partenariat avec le patient. L'injectable, en soi, il a une indication particulière pour chaque patient et nous, il faut qu'on comprenne pourquoi.

Infirmier 16 Moi, je pense qu'il faut dire la vérité au patient, lui expliquer pourquoi on lui colle un injectable pour l'instant, lui dire qu'on ne peut pas lui faire confiance effectivement et souvent le patient a quelque chose à dire là-dessus et en a souvent conscience lui-même. Après, il faut voir ce que lui compte faire de ça après.

Infirmière 18 Après, pour certains patients c'est une étape, c'est ce qui leur permet de sortir et après c'est à nous d'évaluer et de revoir.

Infirmier 16 Ca peut être une contrainte mais ça peut être vu comme un échange, un partenariat, ça peut être de dire « Pour l'instant, dans l'état actuel des choses je ne peux pas vous faire confiance » et de faire avec lui le constat qu'il oublie de prendre son traitement, et de l'inviter à expliquer pourquoi et de lui dire qu'on est prêts à travailler avec lui mais que justement la question du traitement doit être mise de côté en assurant l'observance. Du coup ça permet de travailler d'autres choses et ensuite la question du traitement.

Infirmière 19 C'est une forme d'alliance.

Infirmière 15 De toute façon, prendre un traitement au quotidien et au long cours, parce qu'on est dans la chronicité, c'est une contrainte en soi. Je veux dire, par exemple, un diabétique, il est obligé de se piquer avec de l'insuline, c'est un constat. Malheureusement leur état de santé est stable parce qu'ils ont un suivi et qu'ils prennent un traitement, et je pense que c'est une élaboration, une acceptation qui va durer des années et peut être jamais être faite, ça sera peut être un deuil qui ne pourra jamais être fait de la liberté. Finalement c'est quoi la liberté, ce n'est pas la contrainte, parce que prendre un traitement toute sa vie, c'est pire que de la contrainte.

Infirmier 16 Pour certains, il n'y a pas de liberté, c'est prendre ça ou mourir.

Infirmière 15 C'est ça.

Infirmier 16 Du coup, ça peut même les soulager d'avoir une contrainte extérieure dans un premier temps, parce que ce n'est pas celle de la maladie et que c'est plus facile de s'en libérer et de se dire « je prends mon traitement parce que le médecin m'y oblige » que se dire « je le prends parce que sinon je suis vraiment malade, ça va durer toute la vie et ça craint pour moi ». C'est pour ça que je disais, que là au moins, cette question est mise de côté et on peut travailler d'autres aspects.

Infirmière 15 Je pense que ça demande une vie d'ajustements, d'adaptation, de discussion... La gestion du traitement, c'est un travail à vie et pour moi, c'est notre travail quotidien. On n'en parle pas tous les jours, et c'est vrai qu'un injectable ça nous donne une certaine liberté, ça permet de travailler aussi d'autres choses, mais on y revient quand même de temps en temps. C'est la base de notre travail, quoi. »

Mesures physiques de contrainte :

6. Que pensez-vous de l'utilisation de moyens de contention physique (tels que la chambre d'isolement ou les entraves) en psychiatrie ?

« Infirmière 15 Un peu pareil que la contention chimique. C'est-à-dire, que j'ai souvent entendu dire que c'était horrible d'enfermer quelqu'un et de l'isoler, mais parfois ça fait du bien au patient. Je pense que c'est plus la représentation que nous, on a de cette contrainte, de ce que ça signifie pour nous, qui sommes névrosés, du moins je l'espère, et de ce que ça peut induire chez nous, cette mise en chambre d'isolement, et un peu moins la représentation de ce que ça provoque chez le patient. C'est pour moi quelque chose qui a un intérêt, qui a une certaine valeur en psychiatrie, ce n'est pas là par hasard et je pense que ça aide beaucoup la personne à s'apaiser. Encore une fois, c'est à réévaluer, à ne pas faire systématiquement, à doser...

Infirmière 19 Voilà, je pense que c'est ça, il faut toujours se poser la question du bon sens à ce moment là, ne pas le faire par facilité, pas se dire « On va le mettre en isolement, on va l'entraver, comme ça on sera tranquilles ». Je pense qu'il faut surtout bien savoir pourquoi on le fait et surtout le faire dans le bénéfice du patient.

Infirmier 16 Je pense que ça a un peu les mêmes effets que la sophrologie, quoi.

Infirmière 19 Oui, c'est ça.

Infirmier 16 Un recentrement sur soi. Mais, quand on n'est pas capables de le faire seul, qui est fait par l'extérieur, quoi. Et qui, par certains patients, est demandé.

Infirmière 19 Oui, et puis on voit que ça a un réel bénéfice de le faire, en règle générale...

Infirmier 16 Après voilà, ça demande toujours une réflexion après sur pourquoi on le fait, comment on le fait...

Infirmière 19 Et je pense qu'il faut penser à le réévaluer souvent, chose que peut être dans les services, on oublie un peu, on oublie un peu de se poser la question de la nécessité du moyen de contention. Moi, je sais qu'à Dominique Villars (CHU) juste avant que je parte, ils avaient fait un groupe de réflexion autour de la mise en place des contentions et de la chambre d'isolement, ils ont fait une feuille adaptée pour pouvoir se poser un peu plus souvent la question de pourquoi on le fait, est ce que c'est toujours nécessaire... Parce qu'on se rend compte que, des fois, je ne sais pas si c'est de la facilité ou qu'on ne réévalue pas assez souvent, qu'il y a des patients qui passent des jours et des jours en chambre d'isolement. C'est certes nécessaire au début, mais peut être qu'à un moment donné... Après c'est au cas par cas.

Infirmier 16 Après, il y a aussi tellement de choses qui rentrent en jeu, l'état de souffrance des équipes, je veux dire si il y a la moitié de l'équipe qui est en burn out, la contrainte ça va être plus souvent, quoi. C'est clair.

Infirmière 19 Oui, et aussi si on n'est pas suffisamment nombreux pour s'en occuper correctement dans ces moments là, après il vaut peut être mieux qu'ils soient isolés.

Infirmière 15 Parfois, tu peux passer 1 heure dans le parc avec le patient et ça va l'apaiser. Mais ça demande que quelqu'un prenne une heure avec le patient.

Infirmière 19 Oui, voilà. Ou ne serait ce que dans le service mais après si tu n'as pas le temps...

Infirmière 15 Après il y a une autre solution, c'est qu'il n'y a pas les moyens-personnels nécessaires, si ce n'est une surveillance toutes les heures. C'est aussi une question de facilité pour l'équipe. Je trouve que, de plus en plus, les dérives se font là-dessus, parce qu'on n'est pas assez nombreux, qu'on ne peut plus et du coup on isole et après on va voir toutes les heures ou toutes les demi heures si tout va bien.

Infirmier 16 Oui, mais à contrario, des fois ça permet de se recentrer sur un patient.

Infirmière 15 Oui peut être.

Infirmière 19 Effectivement, oui.

Infirmier 16 Parce que dans les unités, des fois, on est en électron libre et on a à s'occuper de tout le monde. Je veux dire, la chambre d'isolement, elle oblige justement à une surveillance régulière et des fois ça a aussi un bénéfice sur la prise en charge.

Infirmière 19 Oui, pour le coup, ça peut te prendre beaucoup plus de temps que s'il n'était pas en isolement. Parce que dégager 2 soignants pour un isolement,...

Infirmière 15 Oui, mais pour le coup, on ne l'anticipe pas forcément cette notion là. En amont, on ne prend peut être pas le temps suffisant pour apaiser et du coup on attend le moment où on ne peut plus faire autrement.

Infirmière 17 Oui, ça arrive.

Infirmier 16 Quand je dis électron libre, c'est ça.

Infirmière 15 Si tu réfléchis en amont, peut être que tu n'as pas besoin d'arriver à cette contrainte là, quoi.

Infirmière 17 Moi, je sens plus les choses dans ce sens là. C'est parfois pour avoir la paix dans un service. Moi, les contentions que j'ai vues, c'était plus pour que le service, et ça ne veut pas dire les soignants, soit en paix. Et quand tu as comparé avec la sophrologie, moi ça me choque un tout petit peu, parce que un patient délirant qu'on entrave et qu'on ferme en chambre d'isolement, je n'ose même pas imaginer ce qui peut se passer dans sa tête quand il n'y a plus personne.

Infirmière 15 Mais ça, c'est parce que tu es névrosée, parce que tu réagis avec tes représentations à toi.

Infirmière 17 Oui, c'est sûr.

Infirmière 15 Après, on a tous une interprétation différente de ce qu'est la contention, mais je crois qu'avant d'être dans la vie d'un schizophrène en délire... On ne sait pas trop ce qui se passe à ces moments là.

Infirmière 17 Moi, je pense souffrance quoi.

Infirmier 16 Après, moi, j'ai eu plusieurs fois des patients qui venaient et qui le demandaient « Maintenant, il faut que tu m'entraves et que tu me donnes un médicament » très clairement.

Infirmière 19 Oui, voilà, il y en a qui le demandent.

Infirmière 17 Oui, mais est ce que ça leur est arrivé plusieurs fois et que c'est comme un rituel, parce que c'était le moment où il fallait le faire...

Infirmier 16 Non, parce que si ça ne se faisait pas, eh bien systématiquement, ça partait vite et il le demandait d'une autre manière quoi, et là de la manière dont il le demandait ça faisait du dégât quoi.

Infirmière 19 On voit surtout à quel point ça peut les apaiser quoi.

Infirmière 17 Après ce que tu disais de prendre le patient et de l'emmener faire un tour dans le parc, des fois j'ai vu des équipes qui prenaient le temps de le faire et ça a marché.

Infirmier 16 Il y a plein de trucs qui marchent. Après, on a un truc super sur l'hôpital, c'est le Sagi déjà.

Infirmière 17 Oui.

Infirmier 16 Ça permet déjà d'avoir le point de vue d'une autre équipe et après, ça permet aussi de poser les choses, ça a un caractère contenant, enveloppant, comme tu disais tout à l'heure.

Infirmière 15 Ben oui, ils sont morcelés les patients.

Infirmier 16 Avant il y avait les packs aussi, j'allais dire effectivement que l'entrave comme ça, prise dans un moment de violence, ben c'est violent dans la manière dont on fait les choses. Mais, après, ça peut être des entraves demandées, et là ce n'est pas du tout pareil, ce n'est pas du tout violent. Moi, j'ai fait un truc, c'est ce qu'on fait souvent avec le Sagi d'ailleurs, c'est de se faire entraver. Moi, je me suis fait entraver et c'est vrai qu'au bout d'une demi heure, sans médicaments, même si tu sais que c'est toi qui joues le jeu, effectivement c'est terrible quoi.

Infirmière 19 Oui, après tu as toujours quand même en même temps un traitement pour les apaiser quand tu entraves.

Infirmière 17 Oui.

Infirmier 16 Par contre, je trouve que c'est inhumain d'entraver quelqu'un sans sédation, l'un va avec l'autre.

Infirmière 19 Sans sédation, je pense qu'on est dans la maltraitance quoi. Si c'est juste entraver et laisser comme ça, oui je pense qu'on est dans la maltraitance.

Infirmière 17 Oui, on n'en est pas loin.

Infirmière 15 Oui, mais après, l'entrave, ce n'est pas une entrave pour une entrave, c'est un moyen d'apaisement, et qui dit apaisement dit aussi une thérapie derrière.

Infirmière 19 Voilà.

Infirmier 16 Tout à fait.

Infirmière 15 Forcément, la personne est hyper agitée, tu ne vas pas la laisser comme ça sur un lit, quoi. C'est invraisemblable.

Infirmier 16 J'ai vu ça moi. Il y a des gens qui ont passé une nuit entravés sans traitement.

Infirmière 15 Oui, mais voilà, ça c'est de la maltraitance.

Infirmière 19 Oui c'est maltraitant.

Infirmier 16 Oui, mais je l'ai vu.

Infirmière 15 Ben c'est une thérapie à part entière pour moi.

Infirmière 19 Oui, c'est un traitement à part entière.

Infirmière 15 Voilà, ce n'est pas prescrit pour rien, ce n'est pas fait pour rien et les bienfaits en sont reconnus, quoi.

Infirmière 17 Pas des médecins en tout cas. Je me souviens de médecins disant « J'espère que vous ne faites plus ça » au moment des visites.

Infirmière 15 Après, ça c'est une politique de soins. Ces médecins ne travaillent pas dans des services d'urgence, ne travaillent pas avec des patients qui nécessitent des entraves régulières, ne sont pas dans des contextes d'hospitalisation. Mais, dans un service de soins où tu as de l'agitation, du morcellement, de l'angoisse, on ne peut pas faire autrement. Je crois que le discours des médecins est très fonction de leur pratique et que ceux qui font de la réhabilitation, par exemple, ne font pas ça pour rien.

Infirmière 17 Ah bon, je croyais que c'était un peu tous les médecins qui pensaient ça, que c'était un peu le courant actuel.

Infirmière 15 Pas du tout. Je pense que cette attitude est contextuelle et fonction des choix professionnels de chacun.

Infirmière 19 Oui, c'est ça. »

7. Que pensez-vous de l'utilisation de la mise en pyjama (par exemple, au décours d'un épisode d'agitation aigue ou en prévention du risque suicidaire ou de fugue) en psychiatrie ?

« Infirmier 16 Ca m'a souvent posé problème.

Infirmière 15 Ben, j'y ai rarement été confrontée mais je pense que j'ai de multiples interrogations à ce sujet.

Infirmière 19 Moi, j'y ai été souvent confrontée et je suis un peu d'avis partagé là-dessus.

Infirmier 16 Moi, ça m'a souvent interrogé, parce que pour le coup, je me suis déjà disputé avec un médecin à ce sujet et donc, je me suis pas mal documenté là dessus. Je pense qu'on peut en trouver une certaine légitimation dans des cas particuliers, bien précis, mais que voir des hommes en bleu dans les unités de manière systématique, ce n'est pas soignant pour moi.

Infirmière 19 Mais, on en revient toujours à se poser la question du pourquoi on le fait, quoi.

Infirmier 16 Je n'ai pas la science universelle, mais, quand on se pose la question, on enlève 90% des pyjamas.

Infirmière 15 Du coup, comme moi, je n'y ai jamais été confrontée, c'est plus le raisonnement et l'interrogation que ça me provoque, c'est quand même quelle est la valeur d'un vêtement pour un patient ? Qu'est ce que ça signifie pour lui, et qu'est ce qu'on fait quand on lui enlève ce vêtement là, quoi ? Pour la plupart, c'est souvent une deuxième peau, une protection, quelque chose de contenant pour eux, et nous on l'enlève. Moi, mon interrogation est vraiment là, c'est qu'est ce qu'on fait en enlevant ça ?

Infirmier 16 Et même pas que pour les patients, je veux dire, pour nous, le vêtement c'est une raison sociale.

Infirmière 15 Oui, et même pour nous.

Infirmière 17 Mais quand tu arrives à l'hôpital général, ne serait ce que pour un tout petit truc, on t'amène ton pyjama sur le lit tout de suite et ce n'est pas rien, en dehors de toute maladie psychiatrique. Et on te dit « Je pars, mettez vous en pyjama et dans le lit ». Ce n'est pas rien.

Infirmier 16 Surtout que c'est des nuisettes où il y a la moitié qui dépasse.

Infirmière 17 Je trouve que ça fait drôle. A un moment, il faut que tu ne penses pas trop à ce que tu fais et que tu mettes juste un pyjama et je trouve que c'est assez dur, oui.

Infirmière 15 Ben, tu te mets dans l'enveloppe du malade.

Infirmière 17 Ah oui, tout à coup, c'est autre chose. Et, il y a un côté infantilisant. C'est aux gamins qu'on dit « Vas mettre ton pyjama ».

Infirmier 16 Et en même temps, ce qui est différent, ce qui peut justifier en soins somatiques par le fait qu'il va y avoir une intervention chirurgicale, qu'il y a des douches à faire.

Infirmière 17 Oui, je suis d'accord. Bien sûr que c'est justifié mais c'est ce qu'on ressent nous.

Infirmier 16 Mais, en psychiatrie, ça, ça n'a pas lieu. On ne va pas faire un soin somatique d'urgence où il y a lieu de dévêtir rapidement la personne. Par contre, ça donne un statut, ça a cette fonction là. C'est-à-dire que ce qui peut justifier à mes yeux la mise en pyjama, c'est de dire à la personne qui ne veut pas reconnaître qu'elle est malade « Vous êtes là parce que vous êtes malade et malade = pyjama ». Une des justifications, on va dire, c'est la vertu pédagogique. Après, on est d'accord ou pas mais c'est ce qui est mis en avant sur le pyjama. Une autre justification, et c'est les deux seules que j'aie pu recenser, c'est que quand tu te barres de l'unité en pyjama bleu, c'est plus difficile de passer l'accueil.

Infirmière 19 C'est sûr que ça a une signification si tu as quelqu'un dans le parc en pyjama, on t'appelle pour te le dire et ça déclenche des choses.

Infirmière 15 Moi, une fois, j'en ai vu un en centre ville comme ça. Mais, après, quand tu vois ça, tu sais où t'adresser, quoi.

Infirmier 16 Sinon, avant il y avait la pratique sur l'hôpital, mais maintenant c'est moins, il y a des choses qui ont changé, mais il y a cinq ou six ans en arrière, il y avait encore certains médecins et certaines équipes où il y avait mise en pyjama systématique à l'arrivée dans le service pendant 3 jours.

Infirmière 19 Alors, ça c'est quelque chose que je n'ai jamais compris.

Infirmier 16 Je n'ai jamais compris et c'est là que je me suis disputé à deux reprises avec deux médecins différents. Il y avait deux choses, une fois, c'était un patient qui venait de lui-même en HL, parce qu'il ne se sentait pas bien et qui avait dit dans le bureau du médecin « Il y a une seule chose que vous demanderai, c'est de ne pas être mis en pyjama, parce que je trouve ça très dégradant ». Le médecin n'en a jamais démordu et finalement la personne est partie et ça pour le coup c'est ne pas soigner quelqu'un. Et 2^{ème} chose, il y avait une personne en pyjama et il faisait moins 5°, et le médecin nous avait engueulés parce qu'on l'avait laissé sortir dehors avec ses charentaises alors que la tenue réglementaire c'était les chaussons bleus. Du coup, ça avait été très difficile dans l'unité et finalement la moitié de l'équipe est partie parce c'était être humain ou pas humain, quoi.

Infirmière 15 Mais, peut être qu'aujourd'hui, les pavillons d'entrée sont plus interrogatifs par rapport à cette question. Parce qu'on n'en voit quand même pas beaucoup...

Infirmier 16 C'est ce que je disais, ça a beaucoup changé.

Infirmière 19 Moi, ce que j'ai le plus connu, c'est la mise en pyjama pour le risque de fugue, l'agitation ou le risque suicidaire.

Infirmier 16 Oui, mais avant, c'était plus systématique. Mais, et là, je vais faire un hors sujet, les files d'attente à midi pour les médicaments, et ça se fait encore aujourd'hui,...

Infirmière 15 C'est asilaire.

Infirmier 16 Moi, j'ai l'impression de voir des photos de Varsovie.

Infirmière 17 Oui, le ghetto ou les camps de concentration. Moi, ça me choque beaucoup ça. Quand je suis arrivée ici et que j'ai vu les patients se regrouper à midi moins le quart, et en même temps tu sentais que ça faisait longtemps qu'ils attendaient ce moment, ... Il y a vraiment une impression de dépendance.

Infirmier 16 Et après tu vois, il faut travailler en CMP la question de la prise du traitement.

Infirmière 15 Pour en revenir au pyjama, c'est une indication justifiée quand elle suit les trois problématiques dont on a parlé, c'est toujours pareil.

Infirmier 16 Pour le risque suicidaire, c'est surtout pour le risque de fugue. Parce qu'un pyjama, ça n'empêche pas de se pendre dans sa chambre. Après dans l'unité, on enlève juste la ceinture et les lacets et encore... Dès qu'on raisonne un peu, ça ne tient pas.

Infirmière 19 Oui bien sûr. »

Mesures morales de contrainte (obligations) :

8. Que pensez-vous de l'utilisation, au cours d'une hospitalisation en psychiatrie, de moyens de contrainte (par exemple, la restriction des sorties) sur le patient malade mental présentant des troubles du comportement afin de lui faire adopter une attitude plus citoyenne et adaptée aux règles de la vie en société ?

« Infirmier 16 Ben, c'est ce qu'on vit tous les jours des contraintes. C'est pour ça qu'il y a des radars sur les routes...

Infirmière 15 C'est hyper subjectif comme question. Parce que d'abord, la normalité elle est où ? La citoyenneté elle est où ? On est quand même des soignants et on est censés quand même savoir un certain nombre de choses pour pouvoir accompagner les personnes. Pour moi, c'est délicat, parce que je sais des choses mais je voudrais bien ne pas savoir ce qui est bien pour l'autre. C'est compliqué, parce que je suis qui pour imposer quelque chose à untel ou untel ? Sauf, qu'en étant soignants, on sait que, par exemple, si le patient ne prend pas son traitement, eh bien, il ne va pas aller bien. Donc, forcément, on va fortement lui conseiller de prendre son traitement pour qu'il

aille bien. Et, pour moi, c'est une notion délicate justement de savoir jusqu'où on peut aller ou pas dans cette contrainte verbale, dans le fait de savoir ce qui est bien ou pas pour quelqu'un, dans le fait de demander à quelqu'un de nettoyer son appartement, parce pour moi, son logement n'est pas propre alors que pour lui, il est nickel. C'est hyper subjectif, c'est une question qui touche vraiment chacun d'entre nous et qui vient interroger qui nous sommes, tout le temps. Moi, je trouve, que je suis vachement embêtée avec cette question là, et avec le comportement que je peux avoir au quotidien avec mes patients, dans l'idée de ne pas aller trop loin et de me dire « Et ça, pourquoi tu le fais ? Et ça pourquoi tu le dis ? ». Ca me met parfois dans des ambivalences, en me disant « Ben t'es quand même là, t'es soignant, donc tu dois apporter au patient un certain savoir, donc tu peux faire de l'information, même de la formation entre guillemets, mais jusqu'où ? ». On ne veut pas dire « Il faut faire ça, vous devez faire ça », mais des fois, on est un peu obligés quand même. C'est vraiment être entre deux chaises au quotidien, et, pour moi, c'est hyper délicat.

Infirmière 19 Je suis d'accord avec toi.

Infirmière 18 Il y a la question de jusqu'où on peut dire les choses et il y a la question du ressenti du patient aussi.

Infirmier 16 Moi, je me retrouve assez dans ton questionnement. C'est vrai et puis des fois quand tu dis un truc, tu te dis « Non, mais j'ai l'air d'un vieux c... quoi, mais qu'est ce que j'ai été lui dire là ».

Infirmière 15 Et en même temps, on a le devoir d'informer et on est quand même là pour ça. Il y a une subtilité entre l'information et l'injonction qui est quand même... On le fait tous les jours de dire au patient « Vous allez venir à tel atelier, c'est bien pour vous ». L'éducation thérapeutique, tu recueilles des informations, la parole mais après tu mets en place des choses, tu proposes des choses, tu les conseilles fortement à la personne. On est tout le temps là dedans, dans cette injonction verbale. Et, à mon avis, on ne peut pas se passer de ce genre de contraintes. Nous, dans notre service, on travaille quand même le retour à domicile du patient avec une meilleure adaptation à la vie sociale mais on est obligés de se baser sur ce qu'est la vie sociale, la relation aux autres. On est obligés de se fier à certains critères de la vie en société qu'on nous impose et du coup de les transférer aux patients et de leur proposer ces critères là, parce qu'ils seront inadaptés si on ne le fait pas. Ce n'est pas simple.

Infirmière 17 Moi, je te rejoins un peu, parce que dans mon expérience, j'ai été infirmière libérale au domicile et pas forcément en psychiatrie, et j'ai l'impression que les gens se sont faits des cocons tout au long de leur vie et que nous on vient leur dire « Non, non, ce n'est pas du tout comme ça qu'il faut faire ». J'en discutais avec des collègues là-dessus et il y en avait qui étaient très carrés, qui disaient « Non, mais t'as vu, c'est dégoûtant chez elle, on ne retrouve rien » et en fait les gens s'organisent à leur façon. Nous, on n'a pas non plus les critères absolus de ce qu'est la bonne organisation et du coup moi aussi ça m'a souvent posé question et du coup j'essayais de trouver un compromis entre les deux pour me dire « Mais c'est à elle, c'est sa maison, de quel droit je vais tout chambouler ? » et en même temps de pouvoir y faire quelque chose quand même et de pouvoir être soignant à ce moment là. C'est vrai qu'il faut jongler avec deux choses et que ce n'est pas évident.

Infirmier 16 Savoir vivre et laisser vivre.

Infirmière 15 Moi, par exemple, concernant la gestion et la propreté d'un appartement, là vraiment, j'interviens en utilisant des injonctions, des contraintes morales, quand je vois des bestioles voler et qu'il y a un danger réel pour la santé physique du patient. Quand on retrouve les éléments d'une vraie problématique sanitaire, eh bien, je ne peux pas laisser faire ça. Pour moi personnellement, ma limite elle va extrêmement loin, parce que je ne m'autorise pas à le faire. Je suis toujours dans le conseil, et avant d'intervenir personnellement de façon catégorique même verbalement, j'attends vraiment la dernière limite.

Infirmier 16 Et essayer de l'amener à se poser des questions sur ces bestioles qui volent dans son appartement ?

Infirmière 15 Oui, mais ça tu le fais régulièrement, mais quand il commence à y avoir des bestioles, là tu ne peux plus y faire grand-chose de plus...

Infirmière 17 Ou quand il y a de la putréfaction, quand les choses commencent à pourrir et ça, ça arrive pour le coup, des fois quand tu ouvres un placard... Et là, il faut agir mais en même temps il ne faut pas être intrusif non plus, c'est quand même violent...

Infirmière 19 Voilà. C'est ça.

Infirmière 17 C'est difficile.

Infirmière 15 Oui, mais moi, je parle vraiment d'un risque sanitaire. Même si tu ne peux pas, il y a quand même un moment où il faut en alerter que ce soit l'entourage, parce que quand il y a un risque sanitaire ça peut toucher un immeuble entier... Après c'est encore une fois à notre estimation personnelle, à notre vécu personnel et c'est délicat.

Infirmier 16 Pour ce qui concerne les mesures restrictives prises dans les services, c'est difficile de répondre dans la globalité, c'est tellement du cas par cas... Dans l'absolu, moi je les perçois plutôt mal toutes ces mesures là. Peut être que dans certains cas précis, ça peut se comprendre, ça peut se justifier et ça peut même se parler aussi avec la personne qui en est l'objet. Moi, quand je n'arrive pas à faire quelque chose, j'ai besoin de motivation, eh bien il y en a qui ont besoin d'être privés de quelque chose pour trouver de la motivation, pour pouvoir se recentrer. On peut imaginer des choses mais moi, dans l'absolu, ça me choque.

Ce qui est choquant, c'est que ça reste discrétionnaire, pas dans le sens despotique, arbitraire, mais par exemple, nous, on sait que si on roule à 92km/h au lieu de 90, ben on va prendre un PV. Mais là, ils ne savent pas forcément que s'ils font ça eh bien, il va y avoir un truc en retour. C'est rarement fait comme un programme de soins, où c'est bien expliqué et où on va dire que pour telle action il y aura ça et pour telle ou telle autre, ça. Ce n'est jamais prévu comme ça donc ça reste discrétionnaire et c'est selon l'air du temps, pour ainsi dire. C'est selon si on en a marre, ou pas, si ça fait plusieurs fois ou pas, ça dépend du seuil de tolérance de la personne qui va administrer la punition, de la perception de la personne d'un acte parce que ça reste assez flou. Pour untel, ça sera un trouble du comportement avéré, mais un autre dira « ça allait ».

Infirmière 17 C'est vrai, il y a un seuil pour chacun qui est très différent.

Infirmier 16 Du coup, c'est encore moins simple, quoi, tandis que si tu dépasses 90km/h, la règle est objective, claire, nette, précise. Il peut après y avoir tout le contexte politique, économique mais au moins tu le savais quoi. Déjà, ça ce serait moins choquant mais moi, dans l'absolu, je trouve que déjà dans la façon de penser, de motiver par la sanction négative, par le stimulus négatif, ce n'est pas dans mon mode de pensée, quoi. Moi, j'allais dire, déjà avec mes chiens, je suis dans la stimulation positive et pas dans la punition, donc je me vois mal faire ça avec mes semblables. Surtout que ça marche moins bien, on a plus envie de faire quelque chose quand on en obtient quelque chose de positif que quand on se fait taper sur les doigts, quoi. Je préfère le sens inverse, quelque chose de positif comme dire par exemple, il ya tel ou tel objectif et s'ils sont atteints il y aura une permission le weekend prochain, quoi. C'est aussi une forme de contrainte mais...

Infirmière 19 C'est juste la formuler différemment.

Infirmier 16 Mais ça met en jeu d'autres mécanismes que de se faire sanctionner. Mais c'est vrai que ce n'est pas toujours joli-joli non plus, ça reste une forme de contrainte.

Infirmière 17 Moi, je trouve que c'est un peu menaçant comme système. Derrière il y a toujours de la menace.

Infirmière 19 C'est un peu de la toute puissance quoi.

Infirmière 17 Voilà. C'est dans ce sens là.

Infirmier 16 Après il y a des dérives possibles.

Infirmière 17 Oui, il y a des dérives possibles mais enfin ce n'est pas non plus absolu donc s'il faut en passer par là... Mais, il me semble qu'après c'est l'escalade et que tu n'en finis plus.

Infirmier 16 Ben oui, puisque ça ne marche pas. Je me souviens d'un patient qu'on mettait toujours en pyjama et qui après s'en fichait, allait à la cafétéria en pyjama alors qu'il n'avait pas le droit de sortir et finalement a fugué avec son pyjama. Ca ne marchait pas trop cette histoire. »

9. Que pensez-vous de restrictions (par exemple, l'arrêt du travail ou un changement du mode de vie) qui s'exerceraient, éventuellement sous contrainte, dans le projet de vie du patient atteint d'une maladie mentale ?

« Infirmière 15 Oui mais ces restrictions elles sont contraintes comment ? Par les capacités ou les incapacités de la personne du fait de la maladie ou par l'équipe soignante ? Parce que la maladie, elle crée ces contraintes de toute façon.

Infirmier 16 En général, il n'y a pas besoin d'une équipe pour ça. Si on est incompetent au travail, en général l'employeur nous le dit.

Infirmière 15 Pour nous, oui.

Infirmier 16 Parce que on est, nous, pour aller dire comme ça à quelqu'un qu'il n'est pas capable de travailler ? Parce que, des fois, il y en a à qui on a dit ça et que leurs employeurs ont gardés parce qu'ils étaient contents d'eux.

Infirmière 15 Nous, on a conscience et encore ça dépend, que notre employeur va nous le dire, mais pour la personne qui est dans une idée erronée qu'elle est capable de travailler et qui se met assez souvent en situation

d'échec par ces tentatives, est ce qu'à un moment on ne doit pas intervenir pour dire « Maintenant, vous avez vu, vous avez fait plusieurs tentatives, est ce que vous ne pensez pas qu'un autre projet serait beaucoup plus adapté pour vous ? ».

Infirmier 16 Oui, mais on est dans la discussion là, on n'est pas dans la contrainte. C'est de la persuasion là.

Infirmière 15 Oui, mais pour moi la contrainte, elle est induite par la maladie. Si tu veux, c'est les potentialités et les difficultés de la personne qui vont créer chez le soignant cette contrainte.

Infirmière 19 Oui, on est obligés de s'adapter.

Infirmière 15 C'est un état de fait. La personne qui veut absolument travailler et qui n'en a pas les possibilités, les capacités, pour moi, c'est difficile. Tu peux accompagner la personne dans le deuil, et là tu ne contrains pas, mais il y a un moment où si le deuil ne se fait pas, tu ne vas pas continuer à accompagner systématiquement la personne à se taper la tête contre le mur, quoi.

Donc c'est un peu le parcours de vie de la personne qui nous contraint à travailler différemment avec elle. C'est hyper délicat parce que c'est les situations concrètes et effectives qui vont nous montrer que la personne ne peut pas et que du coup nous aussi on est contraints à travailler autrement avec la personne. Pour moi, on est soumis aux potentialités de la personne et de ce fait là, on va devoir faire autrement avec elle et donc c'est une contrainte partagée. Par exemple, une personne qui est chez nous, qui n'est pas du tout adaptée à la vie en extérieur, qui devient déficitaire, que sa maladie grabatise, qu'est ce qu'on fait ? On se rend bien compte que ce n'est pas possible et du coup on est contraints nous aussi à travailler les choses différemment avec elle mais c'est l'état de la personne qui nous contraint à faire les choses autrement.

Infirmière 19 Après ce n'est pas nous, au début, qui voulons la contraindre à telle ou telle chose mais c'est la maladie qui nous amène à la contrainte. On est tous contraints en fait.

Infirmière 15 Après, il y a la personne qui est dans le déni et là on est dans autre chose, on n'est plus dans la même réalité, c'est-à-dire que nous, on sait que la personne n'a pas les capacités, on a en tout cas des éléments objectifs qui montrent cette incapacité, mais la personne ne s'en rend pas compte, donc là on est dans la contrainte morale pour aider la personne à s'en rendre compte.

Infirmier 16 C'est différent oui.

Infirmière 15 La contrainte morale, elle nous est aussi infligée de fait. Pour moi, c'est un partage de contraintes. Ce n'est pas à tous les coups un choix délibéré de l'équipe.

Infirmier 16 Oui, mais bon, dans l'absolu, quand tu vas faire un bilan de compétences, tu te soumetts bien à l'avis de quelqu'un d'autre, à des conseils mais c'est pas pour autant de la persuasion, quoi. Quand toi-même, tu peux demander de l'aide pour certaines évaluations que tu n'es pas en capacité de faire...

Infirmière 17 Oui, mais ça c'est toi qui le décides.

Infirmier 16 Oui, mais c'est induit par des contraintes, par des non-choix issus de la vie et c'est différent de faire ce constat là avec la personne, ou de le faire soi même puis de la persuader que c'est bien pour elle. Persuasion, pour moi, ça veut dire plutôt qu'il y a un des interlocuteurs qui est conscient de quelque chose et qui essaie de faire changer l'autre d'avis. Et puis, dans le fait de changer de cadre de vie, de projet, c'est mieux dans une forme de partenariat, où la personne est capable de demander une évaluation, de se faire conseiller, ce qui ne signifie pas prendre le conseil obligatoirement mais plutôt s'ouvrir à d'autres projets. Mais après, quand la personne est dans le déni, c'est différent...

Infirmière 15 Mais on en a plein des patients comme ça, qui ont une conviction ferme mais pas forcément juste sur leurs capacités. Alors comme tu dis, notre boulot ce n'est pas de leur dire « Non, tu n'es pas capable », mais par contre c'est de les aider à s'en rendre compte de ça. Et, il y a des fois où nous, on est coincés dans cette prise de conscience là, je veux dire, il y a des fois où on doit accepter que la possibilité envisagée n'est pas réalisable pour le patient ni acceptable pour nous, et du coup on est contraints à faire autrement avec la personne. Je pense que la différence, elle réside dans le partenariat ou le non partenariat. Si on est partenaires avec le patient, ça veut dire qu'on est ensemble contraints à faire quelque chose mais après, si la personne est dans le déni... C'est une autre histoire.

Infirmier 16 Déni ou anosognosie. Et c'est différent.

Infirmière 15 Après, les contraintes morales, elles s'exercent finalement sur tout ce qui est bon dans la vie, tout ce qui, soi disant, fait d'un homme un citoyen. Alors qui on est pour s'opposer à quelque chose ?

Infirmière 19 C'est sûr.

Infirmière 15 Après, à nous d'accompagner la personne vers un choix éclairé et c'est parfois compliqué. Sur la question des relations et de la parentalité, eh bien nous on est infirmiers et très souvent, il y a quand même le

corps médical derrière qui a une position beaucoup plus stricte et, moi, ça m'arrange pas mal des fois, de pouvoir relayer ça à mes supérieurs. Parce que la prise de décision, la prise de risques, de responsabilité, moi, ça n'est pas mon boulot. Je ne suis pas là pour dire à quelqu'un, même si on le sait, mais moi je ne m'estime pas capable de dire à quelqu'un « Non, vous ne devriez pas avoir d'enfants, vous ne pouvez pas ». Après, si on me demande d'accompagner quelqu'un dans tel ou tel sens, c'est autre chose.

Infirmière 17 Moi, pour ce qui est des expériences amoureuses, à priori, je pense que c'est toujours une bonne chose et même quand ça a l'air mal barré ou qu'on pense que c'est mal barré et moi je me souviens que dans mon service précédent, mes collègues disaient « Non, il vaut mieux pas, il vaut mieux que ça reste tranquille pour elle/lui », mais ça m'a toujours choquée, ça. »

Arrêt des contraintes :

10. Que pensez-vous de l'arrêt éventuel de toute mesure de contrainte extérieure (c'est-à-dire ne relevant pas du patient lui-même) dans la prise en charge du patient malade mental stabilisé qui a pu intégrer cette contrainte à son psychisme ce qui lui permet ainsi de se soigner librement de façon adaptée ?

a. chez les malades mentaux n'ayant jamais présenté de dangerosité pour les autres.

b. chez les malades mentaux ayant déjà présenté une dangerosité pour les autres.

« Infirmière 15 On a tous droit à l'erreur. Après, la dangerosité ou la potentialité de dangerosité, c'est difficile à évaluer sur un cas de patient stabilisé. Pour moi, même pour ceux où il y a potentialité de dangerosité, ce n'est pas parce qu'on va lever une contrainte que la personne, elle va sauter sur quelqu'un ou être dangereuse. Au contraire, comme tu disais tout à l'heure, c'est quand même beaucoup plus simple de travailler avec quelqu'un qui n'est plus sous contrainte, tout en gardant en tête l'idée d'une potentielle dangerosité ça n'empêche pas. Il faut aussi laisser à la personne la possibilité de s'affirmer et de montrer qu'elle peut aussi ne pas être systématiquement dangereuse, agressive,...

Infirmier 16 Moi, ça me dérange cette histoire de dangerosité. Pourquoi toujours en parler comme ça en filigrane ?

Infirmière 15 Parce que, quand tu parles avec des personnes extérieures et que tu dis que tu travailles en psychiatrie, la première question, ça va être « Tu n'as pas peur ? ». Donc, c'est pour ça que c'est important d'en parler.

Infirmier 16 Oui mais, moi, je me sens plus en sécurité ici que dans la rue des fois ou dans le tram quoi. Donc... Enfin, sur la question de l'arrêt de la contrainte, c'est la chose normale quoi. C'est la contrainte qui n'est pas normale quelque part. Quelque part l'arrêt de la contrainte, c'est le retour à la « normale ». C'est quand même une mesure exceptionnelle la contrainte.

Infirmière 19 Oui, l'arrêt de la contrainte, c'est ce qui peut arriver de mieux.

Tous- Oui. »

Vision générale :

11. Finalement, que pensez-vous de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie ?

« Infirmière 15 Ben, il faut résumer tout ce qu'on a dit. Globalement, il faut qu'elle soit personnalisée, réévaluée, justifiée et indiquée au cas par cas.

Infirmière 19 Oui.

Infirmière 15 Pour moi, ce n'est pas que du mauvais, ça a un intérêt, mais avec plein de conditions.

Infirmière 18 Et ça doit rester une étape.

Infirmière 19 Elle peut être bonne si c'est bien pensé et réfléchi. Mais il ne faut pas qu'elle soit systématique...

Infirmier 16 Et il faut questionner les patients aussi, parce qu'ils ont aussi des choses à dire sur les bénéfices ou pas de la contrainte.

Infirmière 17 Et il faut en reparler après, comme quelqu'un l'a dit tout à l'heure, ce qu'on ne fait pas toujours, par manque d'effectifs, de temps...

Infirmier 16 Je pense aussi que des fois, d'interroger les patients sur comment ils ont vécu la contrainte, ça nous guiderait dans la manière d'appliquer cette contrainte.

Infirmière 17 Il faudrait aussi débattre de ça avec les patients.

Infirmier 16 Et aussi, il n'y a pas de formation spécifique à ça.

Tous-Oui.

Infirmière 15 Parce que, si tu fais quelque chose, il faut que tu saches pourquoi tu le fais. Donc forcément, tu dois te former à ça. Il faudrait être formé à ça, parce qu'on doit le pratiquer et qu'on ne peut pas faire des choses sans savoir pourquoi, ni comment. En fait, c'est tes collègues qui te forment...

Infirmier 16 C'est vrai que quand tu débarques jeune diplômé, ou étudiant, dans un service et que tu es confronté à ça, c'est sûr que c'est difficile.

Infirmière 15 On n'est pas formés à ça et on le sait.

Infirmière 19 Oui, en fait, on apprend sur le tas.

Infirmière 15 En fait, je crois qu'on a tous débarqués dans un service comme ça, et qu'on a été formés par nos collègues. Dans l'idéal, si il y avait moyen d'être formés, ça serait quand même bien, non ?

Infirmière 19 Oui.

Infirmier 16 Oui et même pas que sur la contrainte d'ailleurs.

Infirmière 18 Moi, par rapport à la contrainte, avant d'être embauchée, j'ai demandé à voir une chambre d'isolement. Je voulais voir réellement ce que c'était avant.

Infirmière 15 Pour moi, cette application, parce que pour nous infirmiers, c'est quand même une application de prescription médicale, on peut très bien l'appliquer sans être sensibilisés à ça, ou se poser de questions mais je ne trouve pas ça très intelligent. C'est aussi à nous d'essayer de se poser la question de pourquoi on le fait mais je pense qu'une formation pendant les études ce serait bien. »

6.2.4. Infirmiers Pavillon fermé, Chai St Egrève :

Mesures légales de contrainte :

1. Que pensez-vous de l'utilisation éventuelle de mesures d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie, chez des patients en refus de soins ?

- **a. ayant déjà présenté ou présentant une dangerosité pour les autres.**
- **b. ne présentant pas de dangerosité pour les autres, mais présentant une maladie mentale dont l'évolution sans traitement peut être grave et dangereuse pour eux-mêmes.**

« Infirmier 20 C'est utile.

Infirmière 21 Forcément, sinon on ne serait pas là... Pour nous, c'est une évidence.

Infirmière 22 C'est un soin.

Infirmier 23 Si la personne se met en danger, ou est dangereuse avec les autres, la contrainte s'argumente d'elle-même. On ne peut pas faire grand-chose d'autre et ça la protège.

Infirmière 21 Qu'on la protège elle, ou qu'on protège la société entre guillemets... Dans tous les cas, c'est une mesure de protection.

Infirmier 20 Je ne sais pas, c'est un outil de soins...

Infirmière 21 Des fois, il faut le faire.

Infirmière 24 C'est un outil de soin, c'est une mesure de protection.

Infirmier 20 Et puis voilà.

Infirmier 23 C'est une sécurité.

Infirmière 21 quelquefois, il faut et puis voilà...

Infirmier 20 C'est vrai qu'on préférerait que tous les patients viennent d'eux-mêmes, mais...

Infirmière 24 : Ce ne serait pas de la psychiatrie là, ce serait le monde des Bisounours.

Infirmière 22 Et d'ailleurs la psychiatrie, c'est la seule spécialité en matière médicale qui utilise la contrainte, et souvent notre travail c'est soigner des patients qui croient qu'ils ne sont pas malades, donc c'est bien en psychiatrie qu'il faut les voir...

Infirmière 25 En plus c'est le propre de la psychose, de ne pas reconnaître sa maladie mais bon après, on peut discuter sur quelle forme de contrainte... C'est autre chose.

Infirmière 22 Ben, la contrainte, ça peut être déjà par rapport au placement, souvent en SDT, c'est déjà une contrainte, mais il y a aussi la contrainte du traitement,... Mais, pour l'hospitalisation, non, ça ne me pose aucun problème, ça ne pose pas de questions.

Tous- Oui. »

2. Si une de vos relations, personnelles ou professionnelles, présentait des signes évocateurs d'une maladie mentale, que penseriez-vous de la réalisation d'une hospitalisation sous contrainte en cas de refus de soins ?

« Infirmier 20 Eh bien si c'est justifié, pas de problème...

Infirmière 24 Ce n'est pas un problème, c'est pareil.

Infirmière 25 Ce n'est pas facile comme réponse! Moi, ça me poserait quelques problèmes quand même !

Infirmier 20 Lesquels ?

Infirmière 25 Ben, déjà je ne le ferais pas de gaieté de cœur...

Infirmier 20 : Oui, c'est sûr mais si tu prends dans l'absolu ...

Infirmière 25 : Je poserais des conditions, déjà. Non, je suis désolée, la contrainte oui, mais bien encadrée, pas faite n'importe comment... Tu entres le samedi ici ou le vendredi, tu es sûr de rester en chambre d'isolement, si tu es en chambre d'isolement, jusqu'au lundi matin. Je ne suis pas d'accord, je trouve que la contrainte n'est pas assez encadrée et que parfois on en abuse... Moi, des fois, j'hésiterais quand même sur la contrainte... C'est mon point de vue. »

3. Que pensez-vous de l'obligation éventuelle, pour les malades mentaux, de devoir se rendre régulièrement, après leur sortie d'hospitalisation et leur retour à domicile, dans un dispositif de soins extra-hospitalier pour y rencontrer un médecin et y recevoir des soins adaptés à leur pathologie?

-a. chez les malades mentaux ayant déjà présenté une dangerosité pour les autres.

-b. chez les malades mentaux n'ayant jamais présenté de dangerosité pour les autres.

« Infirmière 25 C'est une bonne chose, dans la mesure où le secteur a été créé dans les années 70, justement pour prévenir les rechutes ou pour en post cure pouvoir suivre les patients qui ont besoin de soins... C'est vraiment le rôle du secteur. Le premier rôle du secteur c'est de ne pas laisser dans la nature nos patients, et surtout ceux qui en ont le plus besoin comme ils ne reconnaissent pas leur maladie... C'est vrai, la contrainte à l'extérieur peut être moins pesante qu'à l'intérieur, mais bon, c'est toujours pareil, avec des conditions. C'est une bonne chose sauf que c'est parfois très difficile à faire puisqu'ils nous filent plus souvent entre les doigts quand ils sont dehors que quand ils sont hospitalisés...

Infirmière 22 En fait, ça se faisait déjà aussi avant la nouvelle loi. Cette obligation d'aller à des consultations, d'aller faire régulièrement son injection, on le faisait déjà.

Infirmière 25 C'est l'essence même du secteur, en fait!

Infirmière 24 Pour moi, la nouvelle loi n'a rien changé.

Infirmier 20: Si elle te fait faire plus de papiers, quoi. Maintenant, il faut établir tout un programme de sorties 24 heures à l'avance, alors qu'avant si tu avais besoin de sortir, d'accompagner un patient, il suffisait de demander un certificat médical.

Infirmière 24 Par contre, la distinction dangerosité pour les autres ou pour soi-même, ça je ne comprends pas, moi.

Infirmière 25 Ben, si on décide de soins ambulatoires forcés, c'est qu'on juge que le patient en a besoin, qu'il soit dangereux pour lui-même ou dangereux pour les autres... Nous, ce qu'on vise, c'est un meilleur état de

santé psychiatrique. En plus, dangereux pour les autres, tout de suite c'est : « on protège la société ». Moi, je trouve que quand on suit un patient, pour moi c'est d'abord pour le soigner, pour l'aider à être mieux... Je suis soignante, pas flic ! Donc c'est qu'il aille mieux et s'il va mieux, il ne sera plus dangereux pour lui ni pour les autres... Voilà, c'est comme ça que je vois les soins, moi, aussi bien dedans que dehors.

Infirmière 24 C'est pour la prévention de la rechute en gros, c'est pour qu'il soit bien un peu plus longtemps donc c'est nécessaire, quoi.

Tous- Oui. »

Obligation de la prise d'un traitement :

4. Que pensez-vous de l'administration, en urgence et sous contrainte, d'un traitement médicamenteux psychiatrique par voie injectable dans les états d'agitation aigüe ?

« Infirmière 22 Ben bien sûr qu'il faut le faire.

Infirmière 25 Moi, en plus, en tant que vieille infirmière et je pense que certaines d'entre vous ne me contrediront pas, mais, à l'époque, quand le patient était trop agité, trop délirant, c'est vrai qu'on n'avait pas encore la chambre d'isolement, mais on utilisait de gros traitements qui faisaient dormir le patient pendant deux trois jours et après, quand il se réveillait, on pouvait l'approcher et travailler avec lui. Maintenant, on laisse trop trainer les délires, l'agitation. Enfermer un patient en chambre d'isolement sans un gros traitement, je trouve que c'est inhumain, parce que le patient continue à délirer, à être mal, persécuté, alors que ça ne sert à rien. On prolonge le mal-être et on ne peut pas aborder plus le patient donc du coup, on doit faire venir le SAGI alors qu'avec un traitement... Evidemment c'est une camisole chimique, mais au moins le patient est tranquille, il ne souffre pas pendant ce temps et après on peut l'aborder, baisser le traitement et avancer... Parce qu'un malade complètement persécuté,, délirant, halluciné, tu ne peux pas l'approcher, tu ne peux rien faire, tu ne sais pas par où le prendre, alors que s'il est tassé, s'il va mieux, petit à petit, on remonte la pente avec lui.

Infirmier 20 Oui, mais il y a certains patients où tu ne peux pas. Même si tu leur donnes des doses de cheval, ils sont toujours au taquet.

Infirmière 21 Oui mais, on ne les sédate pas des masses non plus...

Infirmière 25 On ne les sédate pas beaucoup, hein... Avant, on avait des gros patients malades et on arrivait à les sédater. Bon, il y a quelques exceptions c'est vrai comme, par exemple, celui qu'on a eu six mois et qu'on a jamais réussi à traiter, je n'arrive pas à retrouver son nom, un parano fou fou fou qu'on n'a jamais réussi à soigner et qui était toujours aussi délirant... Bon, c'est vrai qu'il y a peut être quelques exceptions.

Infirmière 24 Mais ce n'est pas que la sédation qui soigne non plus...

Infirmière 21 Il faut que ça soit juste dans les cas difficiles.

Infirmière 24 Voilà, après, au bout d'un moment, il faut que ça s'arrête aussi. On ne va pas rester comme ça dans la sédation un mois, voire plus...

Infirmier 23 Oui, il faut que ça reste sur de l'aigu, quoi.

Infirmière 24 Oui, sur de l'aigu, et que ça soit surveillé correctement, parce que sinon ça devient vite abusif, quoi.

Infirmière 25 Oui, c'est comme la chambre d'isolement, ça devient vite abusif.

Infirmier 23 Oui, il faut que ce soit une entrée dans la relation, un soin, après c'est vite abusif.

Infirmière 21 Et en même temps, je pense qu'on ne sédate pas des masses, on a plus tendance sédater quand le patient est en isolement et pas l'inverse.

Infirmière 25 C'est sûr.

Infirmière 21 Toutes les dernières CI qu'on a faites, ils étaient tous frais comme des gardons, quoi.

Infirmière 24 Après, c'est un autre débat... En tous cas, je pense que c'est pour une phase aigüe, quoi. Mais des fois, ils ont des doses comme ça phénoménales en sédation en hospitalisation, et au moment de sortir, une semaine avant, on leur enlève toute la sédation, parce qu'ils vont sortir et qu'on ne peut pas les laisser sortir avec un traitement comme ça. Parce que des fois, ça traîne un peu la sédation quand même... Encore une fois ça traîne, on n'ose pas mettre une grosse dose. Mais en aigu, c'est clair que c'est utile et qu'il faut le faire.

Tous- Oui. »

5. Que pensez-vous de l'administration régulière, au long cours et à l'extérieur de l'hôpital, d'un traitement psychiatrique médicamenteux à action prolongée, par voie injectable ?

« Infirmière 24 Moi, je trouve que c'est utile.

Infirmière 22 Moi aussi.

Infirmière 25 Ben c'est toujours pareil, c'est utile, mais dans un certain cadre, quand c'est bien suivi...

Infirmière 21 Oui parce qu'après sinon, c'est comme pour M. P, on continuait à lui faire ses injections mais ça n'avait plus de sens... Ou c'est comme pour M.M, ça pose quand même question et faire des IM c'est facile mais il est toujours aussi délirant et nous, on le persécute quand même vachement et c'est quand même un peu violent.

Infirmière 24 Oui, mais après on a des cas particuliers aussi, où les traitements que ça soit per os ou par injection les persécutent forcément. Donc, que ce soit les cachets ou les injections, moi, je trouve que c'est vraiment intéressant qu'ils aient comme ça un traitement injectable à l'hôpital.

Infirmière 21 Oui, ça c'est sûr, mais après pour certains cas, il faut plus se poser la question...

Infirmière 25 Moi, je trouve que c'est quand même une contrainte de prendre un traitement journalier comme ça c'est quand même une contrainte et pour eux...

Infirmière 22 C'est vrai ce que tu dis. Effectivement, c'est une contrainte de prendre un traitement tous les jours... Mais, nous, l'injection on ne la vit pas comme une contrainte, mais je pense que pour les patients aller tous les quinze jours au CMP et montrer leurs fesses pour avoir une injection, je trouve que c'est agressif...

Infirmière 24 Oui, c'est humiliant.

Infirmier 20 Oui, il faut montrer ses fesses.

Infirmière 26 Oui c'est agressif.

Infirmière 22 Pareil je trouve qu'avant, les traitements retards c'était facilement toutes les trois semaines, un mois mais maintenant, avec les nouveaux traitements neuroleptiques, c'est tous les quinze jours... Donc c'est vrai que pendant toute leur vie, d'aller tous les quinze jours sur le CMP, je pense qu'ils le vivent quand même comme une contrainte.

Infirmière 21 Et même pour nous, ce n'est pas une bonne solution aussi, c'est quand même particulier, on est détenteur du pouvoir, on maîtrise ça, on est dans la maîtrise complète de leur traitement et ça nous permet de valider complètement leur traitement... Et moi, je trouve que ce n'est quand même pas anodin... Et puis, tu les piques dans les fesses donc t'es au dessus. Et puis, ça fait c'est moi qui domine, c'est moi qui fais, c'est moi qui donne...

Infirmière 26 Ah oui, c'est ça.

Infirmier 20 Ben, tu es l'objet de la contrainte, je veux dire, la contrainte est placée par l'autorité, mais toi tu es quand même l'objet qui fait appliquer la contrainte, même si ce n'est pas toi qui l'a décidée.

Infirmière 21 Oui, mais c'est plus facile dans la phase aigue quand même, dans la phase aigue, ça se conçoit plus facilement je trouve. Quand tu es après sur la prise en charge au long cours, c'est plus discutable...

Infirmière 22 Oui mais en même temps, si tu sais que le patient ne va pas prendre son traitement, ça donne une sécurité quand même ...

Infirmière 21 Ah non mais c'est sur, mais ça pose plus de questions quand c'est fait sur l'extérieur que ici...

Infirmière 25 Et puis après, ça dépend de la prise en charge que tu fais sur l'extérieur, c'est là tout l'intérêt du travail du secteur et d'avoir un suivi correct quoi...

Infirmière 21 Oui mais est ce qu'il y a des suivis corrects, ils sont vus par les médecins une fois par mois...

Infirmière 24 Il y a une infirmière quand même.

Infirmière 25 Je pense qu'il peut y avoir des suivis corrects, quoi.

Infirmière 24 C'est assez bien mais...

Infirmière 25 Les CMP ne sont pas... Enfin, l'extrahospitalier, c'est justement pour pouvoir suivre tranquillement un patient, tu parles avec lui, tu fais plein de choses dehors avec un patient et donc après... Voilà, c'est dans la vie courante, moi, je compare souvent ça à une prise d'insuline : quand tu es diabétique, tu ne te poses pas de question, tu te mets ton insuline tout seul... Donc là c'est pareil

Infirmière 21 Oui mais c'est dans les deux sens... Rien que l'acte de le faire, symboliquement, c'est quand même... Après je ne critique pas mais ça pose quand même plus de questions.

Infirmière 25 Mais en même temps, le problème, c'est faire admettre au patient qu'il en a besoin, c'est ça le plus difficile...

Infirmière 21 Oui.

Infirmière 25 Et bien sûr...

Infirmière 24 De toute façon, quand on est malade, je pense qu'on a forcément des contraintes, quelle que soit la pathologie, que ce soit le diabète ou la schizophrénie ou une autre maladie.

Infirmière 25 Ou ceux qui sont dialysés trois fois par semaine.

Infirmier 27 Oui, ça découle de la maladie et pas forcément de nous, en fait.

Infirmière 25 Ca ne découle pas de nous et en fait, nous on essaie au contraire de les aider et je pense que c'est leur maladie qui leur impose tout ça...

Infirmière 25 Après c'est sûr, il y a la manière hein ...

Infirmier 27 A part que tu as toujours le choix de te soigner ou pas...

Infirmière 24 oui, voilà !

Infirmier 27 Alors que là, tu n'as pas le choix justement, puisqu'on te contraint... Et après, pour reparler des injections aussi, tu as peut être le souci, pour les injections retard, des soins libres quoi... Tu vois, les gens qui sont en soins libres et acceptent de faire une injection, eh bien, si une semaine après, ils ne sont plus d'accord, ça c'est une vraie contrainte parce qu'en réalité, pendant quinze jours, le malade, il l'a dans les fesses son injection...

Infirmière 22 Tout à fait.

Infirmier 27 Et en soins libres, ça reste finalement une forme de contrainte même si la personne l'accepte à un moment donné, son injection retard, eh bien, si à un moment donné elle n'en veut plus, elle l'a quand même quoi ... Alors qu'un traitement oral, si le malade est en soins libres, il dit « moi je n'ai plus envie de prendre le traitement, je l'arrête »... Alors que les injections retard, c'est un peu contradictoire aussi par rapport à la notion de soins libres quoi, de mettre une injection qui dure quinze jours ou trois semaines...

Infirmier 20 Et même la contrainte du fait que tu es hospitalisé dans ton secteur et que tu ne peux pas choisir ton médecin. Normalement, dans les soins généraux, tu peux choisir là où tu vas être à l'hôpital, le médecin qui va te soigner et ici, les gens qui demandent à changer de médecin, il faut qu'ils passent par le directeur de la clientèle, que ça soit vu... Enfin il y a plein de contraintes.

Infirmière 24 Et bon, c'est jamais fait. On leur dit tout le temps : « C'est bon, tu déliras à moitié tu prends ce médecin et puis basta »... C'est vrai que c'est quelque chose qu'on ne respecte pas du tout ici ... Le choix du médecin ici, c'est sûr que ça ne se passe pas du tout, ce n'est jamais entendu...

Infirmier 20 Oui, et puis même la sectorisation...

Infirmière 21 Et en même temps, concrètement on n'a pas les moyens de répondre à ça...

Infirmier 20 Oui, on n'a pas les moyens physiques, en personnel...

Infirmière 24 On n'a pas les moyens mais il faut quand même essayer d'en trouver un minimum quoi.

Infirmière 21 Oui mais dans l'organisation, on ne peut plus, c'est sectorisé...

Infirmière 24 Oui mais par exemple, quand un patient fait un attouchement à une autre personne au 104, ça va plus vite pour le faire basculer dans notre service. Alors qu'à l'inverse, un patient qui demande à changer de médecin, là par contre on n'arrive pas à lui trouver un autre médecin et le changer de pavillon.

Infirmière 21 Après, l'argumentation du CHS, c'est que ce serait trop loin et qu'après tu n'as plus de sectorisation, du coup tu n'as plus de suivi des patients ...

Infirmier 23 Et il y a la spécificité des pavillons...

Infirmière 24 Oui, voilà, c'est parce qu'on est coincé par ça... Du coup, on ne répond jamais à cette demande.

Infirmier 23 Même tu sais, le truc tout bête... Normalement on devrait demander à l'entrée des entretiens médicaux au patient si l'infirmier peut être présent. Il peut refuser.

Infirmière 21 Là, tu as l'infirmier, l'étudiant, l'étudiant en médecine...

Infirmière 24 Pour l'étudiant, on demande presque systématiquement quand même.

Infirmière 25 Et si le patient demande à être seul avec le médecin, on le laisse hein...

Infirmier 23 Enfin, vous allez lui demander, vous, à chaque entretien « est ce que vous voulez que je sois présent avec le médecin ? »

Infirmière 24 Ben, en tous cas on l'explique quand on a un nouveau patient en général, tu vas te présenter, tu lui expliques qu'il va voir le médecin, que tu viens ici, tu jauges un peu le patient, tu vois s'il est OK ou s'il n'est pas OK, je ne sais pas...

Infirmière 25 Oui, quand tu sens une réticence tu demandes en général...c'est au feeling ça.

Infirmière 24 Et puis après quand tu en es déjà au centième entretien, tu ne lui demandes plus, il a l'habitude, à la limite c'est lui qui vient te chercher...

Infirmière 24 On en a eu un pour qui c'était ça...oui, le médecin le voyait tout le temps seul, il voyait souvent des patients tout seul... Et puis aussi, le médecin retire peut être d'autres informations, il y a d'autres choses qui se passent quand ils sont tout seuls. »

Mesures physiques de contrainte :

6. Que pensez-vous de l'utilisation de moyens de contention physique (tels que la chambre d'isolement ou les entraves) en psychiatrie ?

« Infirmière 25 Le moins possible.

Infirmière 21 Qu'il y ait une sédation ...

Infirmière 24 Enfin, on a déjà vécu des situations où on comprend bien qu'il n'y a pas d'autre moyen voilà, mais quand même après tu l'utilises le moins possible.

Infirmier 20 Oui c'est ça, tu l'utilises le moins possible.

Infirmière 21 Pour M. G...

Infirmière 24 M. G...? Je n'étais pas là avec lui, moi.

Infirmier 20 Ou bien M. S... Il était en chambre fermée.

Infirmière 24 Oui, pour lui, c'est abusif, on ne comprend pas pourquoi...

Infirmière 21 Oui, il ne sortait jamais... Il est resté 3 mois sans sorties, c'était abusif...

Infirmière 25 Tu as raison.

Infirmière 21 C'est vraiment pareil, quoi... Il faut que ce soit fait sur une phase très aigue, à un moment donné, avec toutes les explications nécessaires, que ça ne traîne pas sur des semaines et des semaines où finalement on ne comprend plus quoi... Parce que parfois c'est le cas, on ne comprend plus, on ne sait plus pourquoi...

Infirmière 25 Ben pour nous, ce n'est pas grave, c'est pour le patient... Qu'on ne comprenne pas à la rigueur, ça ce n'est pas grave.

Infirmière 24 Ben ça va de soi, je pense au patient, pas qu'à moi... Bien évidemment, quand même...

Infirmière 25 La chambre d'isolement, c'est quand c'est l'ultime nécessité, quand il n'y a pas d'autre solution...

Infirmière 21 C'est vraiment utile pour éviter les passages à l'acte...

Infirmière 24 Oui je suis pour, quand c'est thérapeutique, quand on comprend, quand c'est par exemple pour baisser la persécution de quelqu'un, ou diminuer les stimulations, ou parce qu'à l'extérieur ce n'est plus possible pour lui à une période, mais il faut que ce soit clairement expliqué au patient, et que le médecin nous explique correctement... Voilà, on n'accepte pas de faire ça dans n'importe quelle circonstance, pour n'importe qui...

Infirmier 23 Pour M. A... ça l'a bien apaisé.

Infirmier 20 C'est pour les patients qui ont besoin d'un contenant physique à leur psychisme, quoi...

Infirmière 24 Et il faut que ça ne soit pas une punition, quoi, que ce ne soit pas : telle personne a embêté tel infirmier, il va dans la chambre d'isolement pendant une petite semaine... Parce que ça aussi on l'a déjà vu et ça, ce n'est pas possible quoi.

Infirmière 25 En fait, c'était plutôt pour ceux qui embêtaient les médecins, pas les infirmiers...

Infirmière 24 Oui, mais quand je dis les infirmiers, je veux dire l'équipe, quoi...

Infirmière 22 Mais c'est vrai qu'on parle souvent de la contention par rapport à l'agressivité l'agitation mais on l'a utilisée aussi souvent pour éviter un passage à l'acte... Parce qu'on s'imagine toujours la contention pour l'agressivité mais moi, je pense que c'est important pour éviter le passage à l'acte. On l'a utilisée plusieurs fois pour ça et vraiment moi j'ai pris ça comme un soin quoi...Souvent on dit contention-agressivité mais je pense qu'il n'y a pas que ça...

Infirmier 20 Oui, je pense que les gens qu'on entrave ou qu'on met en chambre d'isolement, c'est d'une part pour l'agressivité, mais en fait le plus gros de pourquoi on les met sous contention, c'est parce qu'ils ont besoin

d'un cadre qui les protège, qui les rassure, ce en quoi la contention ait du sens et pas juste pour éviter l'agressivité.

Infirmière 24 Oui pour les protéger... Et d'ailleurs, nous, ça nous est déjà arrivé aussi de mettre des mélancoliques aussi dans la chambre d'isolement, pour une certaine période, ou c'était vraiment, où il y avait trop de risque pour un passage à l'acte auto agressif, et que du coup on estimait pendant une petite période que c'était plus sécurisé, qu'il soit là avec une grosse surveillance de notre part.

Infirmière 21 Après, du moment que c'est posé, que c'est réfléchi en équipe, et que c'est réévalué au quotidien, c'est quand même garant de faire les choses correctement, qu'il n'y ait pas trop de déviances, quoi. Il faut que ça garde du sens, qu'on reste dans le soin ...

Infirmière 24 Après c'est pareil, il faut se donner les moyens parce qu'on a aussi souvent des personnes qui sont en chambre classique, fermée, sans être attachées au lit, et là c'est vraiment du n'importe quoi... M. S, par exemple...

Infirmier 20 C'est rare, quand même.

Infirmière 24 Ben, il y a eu M. C, M. S... Ca dépend, il y a eu une période où il y en avait quand même quelques uns où là on ne voit plus trop à quoi ça sert. Mais de temps en temps, c'est bien.

Tous- Oui. »

7. Que pensez-vous de l'utilisation de la mise en pyjama (par exemple, au décours d'un épisode d'agitation aigue ou en prévention du risque suicidaire ou de fugue) en psychiatrie ?

« Infirmière 21 Ben ça c'est plus litigieux, parce qu'on l'utilise avec plus d'aisance et que ce n'est pas forcément très posé et réfléchi justement. Des fois, on est pas mal dans le passage à l'acte parce que c'est un petit truc qui peut être fait facilement et donc je pense, qu'on utilise avec plus de légèreté, alors qu'on ne devrait pas, qu'une mise en contention ou une mise en chambre d'isolement.

Infirmier 27 En début d'hospitalisation, souvent ça peut s'avérer nécessaire, forcément, ne serait ce que quand le patient se trouve dans un état aigu, mais après il y a d'autres utilisations comme la fugue ou alors là, j'ai beaucoup de mal...

Infirmier 23 Ben, ça n'empêche pas la fugue, quoi.

Infirmière 21 Oui, il y a des fois où ça n'a pas vraiment de sens, quoi.

Infirmier 27 Oui, ça n'empêche rien et puis c'est ce côté fugue = pyjama...

Infirmier 23 Moi, je le prends plus dans un positionnement dans la structure pour le patient, il arrive dans un établissement de soins, ça lui renvoie aussi cette image pour le patient en phase aigue, ça limite aussi les stimulations banales ... Après c'est vrai qu'on l'utilise très facilement et très vite.

Infirmière 21 Après ça dépend. Je pense qu'on décide quand même pas mal sur ça...

Infirmière 24 Ben, souvent le pyjama ce n'est pas la totalité du pyjama au moment où il faudrait la totalité... Des fois c'est le pyjama alors qu'on ne comprend pas trop.

Infirmière 21 Oui, je pense que le sens qu'on y met derrière n'est pas très clair...

Infirmière 24 Moi, je trouve ça assez dur quand même la mise en pyjama, surtout pour les filles, enfin pas forcément plus pour les filles mais, quand on leur dit « Hop, vous vous déshabillez, vous allez dans une piaule, vous vous mettez en pyjama », je trouve ça un peu agressif, quoi.

Infirmier 27 Et même, ce que ça représente quoi... C'est très asilaire quoi, quand même le pyjama, ce truc bleu.

Infirmière 24 Oui, ça fait un peu « taulard », quoi... Et puis, on t'enlève vraiment tout quoi, alors je trouve ça que c'est vraiment agressif.

Infirmière 25 Et même par rapport aux autres patients, quoi, ça le rend différent des autres, il n'est pas traité comme les autres et tout le monde le voit, tandis que s'il est enfermé, personne ne le voit. Alors que là, c'est à la vue de tout le monde...

Infirmier 20 Enfin, quand ils sont enfermés, tout le monde le sait, quand même...

Infirmière 25 Ce n'est pas pareil, on l'oublie.

Infirmière 24 Ben c'est quand même dur dans la relation aux autres, quoi. Ils sont déjà en difficulté par rapport à ça et ils arrivent dans un lieu de vie où on les regarde de travers... Après, ceux qui restent un peu plus longtemps

en pyjama, ça veut dire qu'ils sont un peu plus dangereux... Il y a des codes, quoi, un peu comme en prison et je pense qu'ils ont vite fait de le comprendre.

Infirmier 27 Et puis souvent on est là avec nos beaux discours, « Il est hors de question de les emmener en pyjama devant le juge », mais à côté de ça, ça ne nous gêne pas que toutes les familles entrent dans le pavillon... Ils sont exposés à la vue de tout le monde aussi, ça ne change rien.

Infirmier 20 Oui, mais après, quand tu prends des lieux de soin qui ne sont pas sous contrainte, enfin les hôpitaux généraux, tous les patients sont en pyjama quoi.

Infirmier 6 Oui, en casaque avec les fesses à l'air...

Infirmier 20 Oui, notre pyjama est quand même plus respectueux.

Infirmière 24 Oui, mais il se rapproche plus de celui d'une prison.

Infirmière 21 Mais, notre pyjama c'est quelque chose qu'on impose, ce n'est pas un choix de leur part.

Infirmier 20 Oui, mais il est imposé aussi au CHU, je veux dire, tu peux avoir ton propre pyjama, mais...

Infirmière 24 Je ne sais pas si vous vous souvenez, celui qui était super dangereux, qui était venu avec un pyjama orange, et qui était resté longtemps en chambre d'isolement... Il venait de l'USIP, du coup il avait un pyjama, le même qu'ici mais orange et on l'avait laissé toute une journée, voire deux jours, avec son pyjama orange, les autres étaient en pyjama bleu ou habillés normalement, c'est vrai que c'était vraiment abuser quoi... Tout le monde se disait : « C'est quoi ce mec, il vient d'où ? ». Je ne sais même pas s'il y avait USIP marqué derrière... C'était limite, un peu comme une série américaine ...

Infirmier 20 Ben, c'est stigmatisant, quoi...

Infirmière 24 Et puis après, pour tout le reste de sa prise en charge ici, les autres patients se sont dit « c'est qui, ce type là ? »...

Infirmier 20 Et en même temps, il a fait presque toute sa prise en charge en chambre d'isolement, donc...

Infirmière 24 Oui c'est vrai qu'il était un peu particulier, mais on s'est quand même posé la question, M. J était dangereux aussi, et pourtant on ne l'a pas habillé en orange fluo, tu vois avec un chapeau qui clignote quoi...

Infirmière 21 Oui, le pyjama, c'est déjà plus polémique.»

Mesures morales de contrainte (obligations) :

8. Que pensez-vous de l'utilisation, au cours d'une hospitalisation en psychiatrie, de moyens de contrainte (par exemple, la restriction des sorties) sur le patient malade mental présentant des troubles du comportement afin de lui faire adopter une attitude plus citoyenne et adaptée aux règles de la vie en société ?

« Infirmier 20 Là, on parle des contraintes normalisantes qui viennent se substituer à un apprentissage défaillant des normes et des valeurs de la société. Parce que les contraintes morales comme ça sont nécessaires après il suffit, entre guillemets car ce n'est pas facile à faire, de les passer dans le soin, qu'elles soient suffisamment importantes pour qu'elles soient du soin mais suffisamment basses pour qu'elles soient à la hauteur nécessaire, quo... Mais après, institutionnellement, on a une part aussi où on va réapprendre au patient les normes et les valeurs de la société.

Infirmière 25 Mais « morales » je n'aime pas du tout ce terme, moi.

Infirmier 20 Ben ça fait « réac » quoi, mais...

Infirmière 21 Mais c'est sûr que quand on doit restreindre les coups de téléphone, qu'on doit écouter, intercepter quand ça déborde... Ce n'est pas simple non plus. Quand ils veulent écrire des courriers et qu'il faut filtrer... C'est sûr qu'après la limite, elle est quand même assez fine...

Infirmier 20 Oui mais ça, on ne peut pas le faire de toute façon.

Infirmière 21 Oui, on ne peut pas, mais on le fait... Tu en as combien qui partent au maximum par semaine ? Parce que quand même, il y a des oublis volontaires...

Infirmière 24 Ce n'est pas normal ça.

Infirmier 20 Après, quand on voit un paquet ... C'est aussi parce que personne n'a le courage.

Infirmière 22 Non, vraiment je crois qu'il y a des fois où, par exemple ce monsieur là, il voulait écrire, on a bien arrêté le courrier quand même... Si, ça nous arrive de le faire.

Infirmière 24 Ben, on est un peu dans le jugement de se dire que, nous, on juge que la lettre n'est pas nécessaire par exemple, des fois c'est ce genre de choses...

Infirmière 21 Après, ça c'est les libertés individuelles de base mais est ce que la maladie mentale fait aussi qu'on doit les suspendre à ce moment là...

Infirmière 24 Ben non, je ne crois pas.

Infirmière 21 Oui, mais en même temps, c'est compliqué. Parce que quand tu as un délirant qui écrit des choses délirantes à ses gamins, tu te dois quand même de... On est constamment pris sur ces trucs où ce n'est pas clair...

Infirmière 24 Moi, je pense qu'à chaque fois, il faut que ce soit posé par un médecin, qui juge un petit peu de quel est le côté malade là dedans et quel est le côté qui ne l'est pas, et du coup qui accepte ou pas les consignes...C'est plus au médecin qui voit par rapport à la pathologie de la personne.

Infirmier 20 Oui, mais après, dans le quotidien, c'est aussi toi qui amènes au médecin tous les éléments.

Infirmière 24 Oui mais, je pense que nous à la base, on doit donner toutes les lettres, il faut qu'il y ait vraiment une raison médicale pour faire ça.

Infirmière 21 Ou alors que ça soit dans l'aigu.

Infirmier 20 Oui mais dans tous les cas, s'il veut écrire, il peut écrire, il trouvera...eh bien voilà, on n'arrivera pas à l'empêcher d'écrire. Autant un coup de fil, tu peux l'empêcher de le passer, autant il arrivera toujours à passer des lettres, la moitié des patients peuvent sortir dans le grand parc...

Infirmière 24 Ben oui.

Infirmière 25 Mais, en fait il s'agit aussi de la vie de tous les jours, et dans la vie de tous les jours, c'est aussi le civisme, c'est on est dans une collectivité et le patient, qu'il soit malade ou pas, a des règles à respecter, donc... Même en dehors du soin, dans toute collectivité, et je pense que ce n'est pas parce qu'il est malade mental qu'il ne doit pas respecter les règles...Moi, je sais que ça ne m'a jamais dérangée de dire ça à un patient.

Infirmière 21 Oui mais là, c'est plus sur le téléphone ou les courriers que c'est plus embêtant...

Infirmière 25 Oui, mais là on ne parle pas forcément du téléphone, on parle plutôt de la vie de tous les jours...

Infirmière 21 Oui mais aussi des libertés individuelles...

Infirmière 25 Après les contraintes morales, c'est plus du domaine de l'infirmier que du médecin parce que c'est nous qui passons huit heures avec le patient ... Après, on fait un retour au médecin mais moi, je vois qu'on n'agit pas forcément de la même façon avec tous les patients, on se met à leur portée, on voit jusqu'où ils peuvent aller dans le civisme, et on gradue nos demandes suivant l'état du patient aussi... Mais, on ne se laisse pas déborder non plus parce qu'il ya des moments où il faut mettre une limite quand même...

Infirmière 22 C'est ce qu'on fait un peu avec M. C... S'il a un comportement qui n'est pas adapté, on va refuser la permission avec son père.

Infirmier 23 Oui mais ça fait plus punitif que restrictif, ça.

Infirmière 21 Oui, mais lui, il est là-dedans...

Infirmier 20 Oui, vu le peu d'accès à la symbolique qu'il a, tu es obligé de bloquer...

Infirmière 22 C'est vrai que des fois, c'est compliqué, que même entre nous, on n'a pas tous les mêmes exigences... Par exemple, aux douches, pour certaines collègues, il faut que le patient soit douché tous les jours, pour d'autres, tous les deux jours ça suffit... C'est ça qui est compliqué aussi, on a chacun notre façon de voir.

Infirmière 24 Oui, on n'a pas le même seuil de tolérance.

Infirmier 23 Ben ça dépend beaucoup de notre morale à nous, de notre éducation, de notre jugement personnel...

Infirmière 22 Oui... Parce que moi je vais vivre ça comme une contrainte exagérée, mais toi tu ne vas peut être pas, chacun...

Infirmière 25 C'est sur qu'en « soins généraux », c'est plus simple, on nous dit ce qu'il faut faire. Ici, on nous a laissé un espace de liberté qui fait que notre subjectivité entre en jeu tous les jours, sans arrêt.

Infirmière 21 Tout à fait.

Infirmier 20 Oui mais, en même temps, en soins généraux, je veux dire : pour la douche, tu n'as pas le choix, quoi, tu es obligé, la veille au soir, de coopérer...de prendre la douche.

Infirmière 25 Ben oui, tu n'as même pas besoin de réfléchir.

Infirmière 22 Après si tu es hospitalisé huit jours, et que tu ne veux pas te laver pendant huit jours, tu ne te laves pas là bas...

Infirmière 25 Oui, ils ne te demandent rien en fait. Après la chirurgie, personne ne t'oblige à aller te laver... Mais bien sûr que non ! Personne ne va te dire : « va te laver ».

Infirmière 21 Le premier jour, quoi, mais après...

Infirmier 20 Personne ne va te le dire, mais tu vas être fortement incité...Ils ne t'obligent pas mais bon...

Infirmière 25 Oui, ils te le disent, mais ils ne t'obligent pas. Il n'y a aucune obligation. »

9. Que pensez-vous de restrictions (par exemple, l'arrêt du travail ou un changement du mode de vie) qui s'exerceraient, éventuellement sous contrainte, dans le projet de vie du patient atteint d'une maladie mentale ?

« Infirmière 25 Moi, je suis beaucoup plus réservée, parce que je trouve que, des fois, on va beaucoup trop loin, et que le patient n'est pas preneur du projet de vie qu'on fait pour lui, et que c'est vraiment de l'abus de pouvoir, je pense, dans ces cas là. Quand on décide pour un patient qu'il doit aller en foyer alors que lui, il veut aller ailleurs ou faire autre chose et qu'on ne lui laisse pas le choix, alors là...

Infirmier 27 Oui, pourquoi à un moment donné, on ne te laisse plus le choix d'aller travailler ou pas, alors qu'au final...

Infirmière 24 Et puis souvent, les réunions de projet de soins pour les patients se font sans les patients... La réunion du mardi après midi, forcément, les patients ne peuvent pas venir chacun leur tour, mais, même quand il y a des synthèses, ou quelque chose qui concerne vraiment leur projet de vie pour après...

Infirmière 21 Oui, au final c'est imposé et puis voilà.

Infirmière 24 Oui, c'est imposé et puis après ils changent de service, ils vont au 102, ils suivent ça et, finalement, au bout d'un moment on s'aperçoit que ça ne marche pas. Ils ne sont pas très souvent concernés, en fait finalement par leur vie quoi !

Infirmière 25 Et en fait, nous, on pense qu'on est plus aptes à prendre les décisions qu'eux, et ça c'est un peu regrettable.

Infirmière 21 Ben souvent, c'est le cas, mais après c'est aussi à eux de cheminer, de faire leurs expériences... S'ils veulent se casser les dents six fois dehors, qu'on puisse leur laisser cette liberté là même si après, on sait très bien que ça va aller au casse pipe, mais en même temps, ça leur permet de cheminer avec leur maladie et qu'après, on puisse les agripper un peu...

Infirmier 27 Oui, c'est un travail que tu fais sur l'échec justement et qui intéressant, tandis que là le malade qui décompense de plein fouet on lui dit « Maintenant c'est fini, vous ne travaillez plus ». Et la personne, elle ne comprend pas, parce qu'elle, elle dit « Je vais mieux, alors qu'est ce que ça peut faire ? ».

Infirmière 21 Oui, il doit faire ses propres expériences...

Infirmier 27 Oui, moi j'ai en tête l'exemple de Monsieur R pour qui on n'arrête pas de dire, idée de travailler dans un milieu normal à déconstruire mais pourquoi, en fait ? Lui, il a envie d'être vendeur chez Go Sport, eh bien, qu'on lui laisse sa chance, et s'il est embauché, qu'est ce que ça peut nous faire ?

Infirmière 25 Exactement !

Infirmier 27 Et si ça se casse la figure, eh bien on s'en fiche.

Infirmière 25 Oui, qu'est ce qu'il risque de plus ?

Infirmier 27 Enfin, on s'en fiche... Au contraire, après, on pourra retravailler sur ça, sur le fait justement qu'effectivement le travail en milieu ordinaire n'est peut être pas adapté par rapport à sa pathologie, mais on ne lui laisse pas justement ce choix, même s'il a déjà plusieurs expériences dans le passé qui n'ont pas marché... Mais là maintenant, c'est bon on prend cette décision pour lui quoi !

Infirmière 22 Et au niveau des appartements, c'est un peu comme ça, il y a des abus de pouvoirs... Moi je pense à une Mme M... pour qui on avait dit « Elle ne peut plus vivre seule, on va lui vendre son appartement » et si la famille n'était pas intervenue, elle n'aurait plus son appartement...

Infirmière 25 Non mais là, c'est scandaleux !

Infirmière 22 Là, je trouve que c'est difficile quoi, quand on dit : « Non, non, de toute façon, il faut qu'elle vende son appartement »...

Infirmière 25 Ben mais pour M. B... Regarde ce qui a été fait pour le placement, et dans quel état on le ramasse maintenant ! Non, ça a été fait autoritairement, et tu as vu dans quel état il est le pauvre ? Non, des fois, on va trop loin dans notre toute puissance... Enfin, ce n'est pas nous !

Infirmière 22 Et puis on fait ça très vite, effectivement quoi... Après, quand il a déjà fait plusieurs expérience, au bout d'un moment il faut arrêter, ça, mais au début, tu peux peut être lui laisser une expérience,...

Infirmière 25 Mais en plus, les patients sont tellement à coté de tout... Eh bien, si à un moment donné, ils peuvent faire quelque chose qui les rende comme tout le monde, même si ça ne dure que deux mois, mais au moins ils auront eu deux mois de vie à peu près normale, et alors, c'est toujours ça de gagné sur la vie... Tu vois, c'est ce coté là qu'on ne leur laisse plus, et je trouve ça déplorable.

Infirmière 21 Oui après, on est dans le formatage pour qu'ils soient bien formatés à la société et qu'ils ne fassent pas trop de vagues dehors, mais elles sont faites les vagues, tant que ça...

Infirmière 25 Non, on n'est pas là pour ça... Non, non, je ne suis pas là pour normaliser les patients.

Infirmière 21 On fait quand même beaucoup ça...

Infirmier 20 C'est la volonté de l'opinion publique.

Infirmière 25 Oui, ils font comme ils veulent mais j'ai bien le droit de dire que je ne suis pas d'accord !

Infirmier 20 Oui, tu as parfaitement le droit de dire que tu n'es pas d'accord mais la politique générale de la psychiatrie, c'est de normaliser les personnes pour éviter qu'elles soient trop visibles à l'extérieur... Et s'il faut les enfermer pendant longtemps...

Infirmière 25 Mais bien sur ! On est les adjoints de la justice et de l'ordre social, c'est sûr...

Infirmier 20 Après, qu'ils aillent bien ou pas bien, à la limite on s'en fiche... Il faut juste qu'ils ne soient pas trop visibles, qu'ils soient...

Infirmière 25 Normalisés, voilà... Qu'il n'y ait pas de vagues dehors et qu'on ne les voie pas...

Infirmière 21 C'est comme les groupes de psychoéducation : il y a des groupes, pour certains, ils sont à dix mille lieues de tout ça et on les force à y aller... On leur dit : « il faut que tu y ailles » « il faut que tu y ailles », ça leur passe à quinze milles parce qu'ils ne sont pas du tout là à ce moment là, et ça nous donne bonne conscience, ça donne bonne conscience à tout le monde et à la fin il dit qu'il est schizophrène et puis voilà ! Et il n'en a pas plus conscience avant qu'après donc c'est illusoire, mais bon... En fait je ne sais pas si je reviens demain, en fait !

Infirmière 25 Non, pas du tout, moi, je crois que ce n'est pas vrai... Il y a quarante ans que je suis en psychiatrie, quarante ans qu'on réfléchit qu'on se pose toujours les mêmes questions, avec des hauts et des bas, et la psychiatrie ce sera toujours ça... Donc au contraire moi je pense que ça fait avancer les choses, qu'on se pose et qu'on réfléchisse cinq minutes, ce n'est pas plus mal !

Infirmière 21 Oui, c'est important, c'est ce qu'il faut faire, mais bon...

Infirmière 25 Ben oui, on se plaint toujours de ne pas avoir le temps de le faire, et là nous en avons l'occasion, c'est très bien...

Infirmière 24 Après, il y a conseiller et contraindre vraiment parce que des fois, on contraint vraiment...

Infirmier 27 En fait, il n'a pas d'autre choix que d'être d'accord...

Infirmière 25 Oui, c'est dire « Nous, on sait le bien pour toi ».

Infirmier 20 Voilà. Par contre, il y a des fois où on aimerait bien pouvoir quand même... Par exemple, M. A. qui dit qu'il va se remarier et qu'il va se retrouver une femme, tu vois... Et tu te dis qu'il faudrait lui écrire sur le front « Ne me mariez pas », parce que la femme et les enfants vont morfler, voilà... Après, c'est vrai qu'on ne peut pas décider à sa place...

Infirmier 23 Ben on revient toujours sur la notion de dangerosité à long terme, c'est ça qui nous stimule dans toutes nos décisions en fait. Quand on se projette sur le long terme, que ce soit par rapport au milieu du travail ou dans une relation sentimentale et je vois bien Melle B..., quand on lui interdit de fricoter ou de parler à des jeunes, c'est vrai que dans un certain sens, qu'est ce qui nous permet de dire ... Et pourquoi on ne l'autorise pas à se socialiser ?... C'est vrai que le souci, eh bien, c'est qu'ils sont malades, qu'ils sont psychotiques et qu'ils dévient tout... »

Arrêt des contraintes :

10. Que pensez-vous de l'arrêt éventuel de toute mesure de contrainte extérieure (c'est-à-dire ne relevant pas du patient lui-même) dans la prise en charge du patient malade mental stabilisé qui a pu intégrer cette contrainte à son psychisme ce qui lui permet ainsi de se soigner librement de façon adaptée ?

a. chez les malades mentaux n'ayant jamais présenté de dangerosité pour les autres.

b. chez les malades mentaux ayant déjà présenté une dangerosité pour les autres.

« Infirmière 25 C'est qu'on a réussi, qu'on est arrivé au bout de notre travail, qu'on a bien travaillé, quoi.

Infirmier 20 Oui, c'est ça.

Infirmière 25 C'est le meilleur résultat qu'on puisse obtenir...

Infirmier 20 Le but ultime, c'est ça, c'est que toutes les personnes qui rentrent sous contrainte, sortent le plus rapidement possible, et n'aient plus besoin de cette contrainte pour continuer à se soigner et...

Infirmier 23 Et qu'ils soient capables de nous interpellier en cas de difficulté et non pas que ce soit nous qui les surveillions, quoi...

Infirmier 20 Bon après, ça, ça reste « bienvenue chez les "Bisounours" ».

Infirmier 20 Après, les patients qui sont déjà passés à l'acte une fois, c'est comme un casier judiciaire, ils ont cette étiquette là... C'est comme ceux qui sont déjà passés en prison, je veux dire que c'est une étiquette qui reste.

Infirmière 21 Oui mais regarde M. F... par exemple, il est en HL et il est déjà passé à l'acte une fois.

Infirmier 20 Oui, mais il est resté combien de temps en HO ?

Infirmier 27 Oui, voilà, c'est ce que j'allais dire mais c'est facile aussi, une fois que tu as tenu quelqu'un dix ans par la contrainte, que tu lui as dit « Tu es malade », que tu ne lui as pas laissé d'autre choix que d'être d'accord avec tout ce qu'on lui a imposé et puis, au bout de dix ans, de lever la contrainte pour se donner bonne conscience...

Infirmière 21 C'est comme M. M...

Infirmier 27 Oui, on lui dit à un moment, « Tu es libre »... Mais en même temps, pendant dix ans, on ne lui a pas laissé le choix donc c'est sûr que le patient va continuer à suivre cette direction là parce qu'on l'a reformaté dans la société, en fait, moyennant quoi on le laisse libre, quoi.

Infirmière 22 Et il est libre moyennement, quoi parce qu'il est quand même obligé de venir ici en séquentiel...

Infirmier 27 Oui, on lui dit « Maintenant, tu as compris que tu n'as plus le choix que de venir là, de toute façon ; donc, on te prend en SL, mais en fait on te tient encore, là, derrière, tu vois »...

Infirmière 22 Oui, c'est « Vous êtes libre, mais quand même... », quoi.

Infirmière 25 Mais là, vous prenez des cas extrêmes, il y a des gens qui ont été sous contrainte de façon très courte, et après qu'on a réussi à lâcher et qu'on n'a jamais plus revus...

Infirmier 27 Mais souvent, tu lèves la contrainte et tu dis au patient : « Au moindre écart, bam, on vient te rechercher, et on trouvera un tiers et on va reprendre les choses... »

Infirmier 20 Non mais, le mec qui est sorti, qui n'a pas été hospitalisé pendant dix ans, s'il revient sur une décompensation, s'il est passé à l'acte et tout, au premier abord, il va y avoir une appréhension différente du patient parce qu'il a été dangereux il y a dix ans, plutôt que quelqu'un qui est primo arrivant et qui n'est jamais passé à l'acte...

Infirmier 27 Et du coup, on garde ça en tête, quoi...

Infirmier 20 Après, je pense que ça va surtout jouer au niveau du premier contact, parce que une fois que tu connais un peu plus la personne...

Infirmière 21 Après en même temps c'est pour te protéger toi aussi, tu vas l'aborder différemment mais tu ne vas pas moins bien l'aborder parce que tu sais ça... Après, il faut arriver aussi à faire aussi la part des choses et à te faire confiance sur ton ressenti, sur comment ça se passe... Je pense qu'il faut garder ça en tête car tu ne vas pas te mettre en danger pour rien, tu vas prendre un peu plus de précautions, mais après, il ne faut pas non plus...

Infirmier 20 Non mais, tu vas le laisser peut être plus longtemps en pyjama par exemple...

Infirmière 21 Oui, mais ça, c'est médical, ce n'est pas nous.

Infirmier 27 De toute façon, le passé joue toujours sur le présent, combien de fois j'ai entendu qu'un patient, il est « comme ça » et c'est tout le contraire... Mais enfin, tu le gardes toujours en tête et ça va beaucoup jouer sur

comment tu vas le prendre en charge derrière... C'est lui, du coup il faut qu'on lui réserve la CI, parce qu'on a toujours en tête ce qui s'est passé.

Infirmier 20 C'est du même sens ou nous, on conditionne nos patients, eux nous conditionnent à avoir des réactions...

Infirmière 21 Et en même temps, c'est la relation qu'on a créée avec eux, donc elle est empreinte de tout ça, c'est aussi pour ça qu'on en est arrivé là avec eux maintenant, parce qu'on a vécu tout ça avec eux... On ne peut pas faire table rase parce que c'est ça aussi qui crée la confiance qu'on espère créer avec nos patients et qui fait qu'on pourra travailler d'une façon convenable.

Infirmier 23 Et ça fait aussi partie de la formation infirmière, on a toujours fait avec les antécédents, on a toujours regardé ce qui s'est passé dans le passé...

Infirmière 21 Et ça explique aussi ce qu'ils font là aujourd'hui et tout ce qui a été fait avec eux avant... Mais après, je pense qu'on se laisse vite déborder et qu'on se dit déjà : « ça va être comme ça » et qu'on ne lui laisse plus sa chance. Là dessus, ça déborde, c'est sûr... »

Vision générale :

11. Finalement, que pensez vous de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie ?

« Infirmière 25 C'est comme l'alcool, avec modération !

Infirmier 27 Oui, voilà, on en a besoin, mais... sans abuser !

Infirmier 20 Mais l'alcool à la base, tu n'en as pas besoin... »

6.2.5. Infirmiers généraux :

Mesures légales de contrainte :

1. Que pensez-vous de l'utilisation éventuelle de mesures d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie, chez des patients en refus de soins ?

- a. ayant déjà présenté ou présentant une dangerosité pour les autres.
- b. ne présentant pas de dangerosité pour les autres, mais présentant une maladie mentale dont l'évolution sans traitement peut être grave et dangereuse pour eux-mêmes.

« Infirmière 28 Ben s'il y a un danger pour les autres, c'est vraiment nécessaire, je dirais. Après s'il n'y a pas de danger, j'ai peur que ça ne serve à rien, c'est-à-dire que le patient n'adhère pas aux soins aussi, s'il n'est pas d'accord... Si effectivement il n'est pas dangereux ni pour lui, ni pour les autres, il vaut mieux peut être attendre et travailler avec lui à l'extérieur avant de faire une hospitalisation, pour que ce soit plus bénéfique...

Infirmière 2 Moi je dirai que c'est tellement difficile à mettre en place que je ne l'ai jamais vu en dehors de la psychiatrie, moi je l'ai jamais vu mis en place... Donc même si on a déjà demandé, pour certains patients, une prise en charge éventuelle, on se retrouve vite devant un mur, hein, et puis... On n'avance pas beaucoup !

Infirmière 29 Non...

Infirmière 30 Et on a eu le cas il n'y a pas longtemps, hein...

Infirmière 28 Moi, ce serait plutôt un avis, par rapport aux patients hospitalisés ici qui ont des problèmes psychiatriques, que pour les patients en psychiatrie... Après, c'est vrai que dans un service de soins ordinaire on n'arrive pas à avoir des hospitalisations d'office...

Infirmière 31 Nous on en a eu, avec l'expérience que j'ai, on en a eu en orthopédie, mais c'était il y a quelques années, là-haut, on en a eu, quand on était loin du site, loin de la ville en plus... Donc, on avait fait une hospitalisation d'office parce qu'il y avait eu un geste, un malade voulait partir par la fenêtre, il nous menaçait de sauter, c'était il y a longtemps... On l'a fait, mais alors comment est ce qu'on l'a fait ? Il me semble que c'était

le médecin du service qui a demandé, voilà... Mais je me rappelle plus trop si la famille... mais je crois qu'il n'avait pas de famille, donc je crois que c'est nous qui avions... Voilà ! Mais c'était important parce que le personnel ne pouvait pas surveiller le patient et qu'il aurait sauté par la fenêtre. Il avait menacé de le faire, voilà, donc il était en danger...

Infirmière 28 Oui donc du coup il a été...

Infirmière 31 De chez nous il a été hospitalisé d'office à Saint-Egrève, c'était Saint-Egrève, en psychiatrie...

Infirmière 28 Oui voilà. Mais il n'y a pas d'hospitalisation d'office en rééducation par exemple. Tu vois ce que je veux dire ? Mis à part en psychiatrie, ça n'est pas possible et pour aller en psychiatrie...

Infirmière 29 Je pense qu'elle a bien résumé cette question, à savoir que s'il y a un danger pour ce patient, ou les autres qui entourent ce patient, il n'y a pas de question à se poser... Enfin, il faut le faire, il faut le faire, hein ! Après s'il n'y a pas de danger, on peut en effet, essayer d'avoir d'autres attitudes thérapeutiques, mais... Enfin moi ça ne me choque pas.

Infirmière 28 Quand il y a un danger...

Infirmière 29 Quand il y a un danger, il y a un danger... Il y a une décision à prendre et il faut la prendre. Quand il y a un danger pour les autres ou pour la personne... Moi, ça ne me gêne pas du tout...

Infirmière 28 Non, moi non plus...

Infirmière 29 Moi ce qui me gêne, c'est plus la lourdeur administrative qui est un frein, parce que les décisions généralement... C'est une décision d'équipe... Enfin... C'est une concertation d'équipe et c'est une décision médicale, donc...

Infirmière 28 Moi j'ai envie de dire, ça se rapproche, pour nous, en milieu de soins ordinaires, des mises sous tutelle ou sous curatelle, c'est vraiment fait pour protéger la personne, quoi... Moi ça ne me choque pas non plus à partir du moment où il y a danger... »

2. Si une de vos relations, personnelles ou professionnelles, présentait des signes évocateurs d'une maladie mentale, que penseriez-vous de la réalisation d'une hospitalisation sous contrainte en cas de refus de soins ?

« Infirmière 29 Moi, j'ai eu le cas d'une amie qui a eu son fils qu'elle a placé en hospitalisation sous contrainte à Saint-Egrève, et il a été mal surveillé à Saint-Egrève, et finalement il s'est suicidé, parce qu'il s'est jeté sous un train...

Infirmière 31 Il a réussi à s'échapper tu veux dire ?

Infirmière 29 Oui. Il s'est échappé et il est arrivé à ce qu'il a fait... Donc c'est vrai que quand c'est de sa famille, on a des fois un peu de mal à prendre la décision, mais quand en plus la structure est défaillante, c'est d'autant plus lourd à porter, je pense...

Infirmière 28 Après moi c'est personnel, mais si vraiment c'était dans ma famille, je pense que j'aurais des difficultés, dans le sens où moi je suis soignante, et que je pense que j'essaierai d'abord de faire quelque chose d'autre...

Infirmière 31 Oui, c'est ton métier.

Infirmière 28 Oui voilà, je pense que ce sera mon métier qui ressortirait et je pense que j'essaierai d'abord de faire quelque chose avant de faire appel à une hospitalisation d'office, quoi... Peut-être que je ne réagirais pas de la même manière en me disant qu'il y a quelqu'un du milieu dans la famille, voire plusieurs, et que peut-être qu'on peut arriver à faire quelque chose... C'est forcé, enfin je pense que c'est chez tout le monde, à partir du moment où ça touche nos proches... C'est difficile de faire interner quelqu'un, hospitaliser d'office, comme ça, sachant qu'il va être enfermé, voilà, c'est... Même si c'est pour son bien je pense que c'est... J'y réfléchirai forcément un petit peu plus, et la décision est certainement plus difficile à prendre, et plus longue... Je ne dis pas que la décision ne se prendra pas, mais elle mettra peut-être un peu plus de temps.

Infirmière 31 Tu veux dire que tu essaierais d'attendre un peu ? Parce que des fois il y a dans des familles des cas comme ça où la personne fait une crise de, je ne sais pas moi, de démence, où il est violent avec tout le monde, avec lui-même, où il risque de se suicider et tout... Et puis ça passe avec le médicament que le médecin traitant va donner, on va réussir à le calmer et tout, mais du coup ça ne fait que reporter la décision... Parce que la fois d'après, il va recommencer pareil, et là il risque encore sa vie, le patient, et il risque la vie des autres....

Infirmière 28 Oui, et même sans une maladie... Une simple dépression... Je pense qu'on a tous autour de nous des gens qui ne vont pas bien... Et peut-être que parfois ça nécessiterait de faire un appel et de dire « Attention, cette personne ne va pas bien, et... ». Et combien de fois c'est arrivé ? Il n'y a pas très longtemps, hein, l'année dernière où on a eu à l'Hôpital Sud, une de nos collègues qui s'est suicidée, hein, et... Et pour autant, voilà quoi, personne n'a réagi avant et je pense que, oui c'est difficile, quand ça nous touche personnellement...

Infirmière 31 Ça dépend peut-être aussi de la maladie de la personne, du problème psychiatrique... Moi je pense qu'une personne qui fait une dépression, mais qu'on pense qu'on va pouvoir gérer parce qu'elle va parler plus facilement... Je ne sais pas, ce n'est pas arrivé dans ma famille, mais s'il y avait, je ne sais pas ma sœur qui va pas bien, j'essaierai, comme on a dit, de parler avec la personne déjà... Et puis si vraiment on sent que ça ne va pas, on peut essayer d'en parler avec le médecin traitant, pour qu'il y ait un avis professionnel sur la chose, enfin, pour qu'il y ait une orientation... Après, c'est vrai, hospitaliser quelqu'un, je pense qu'on va plutôt se retrancher sur la personne qui peut le faire, c'est-à-dire qu'on va dire « Si le médecin a dit... Ce serait peut-être bien que tu fasses un petit séjour », en enjolivant un peu les choses, pour faire que la personne accepte... Enfin moi c'est la démarche que je ferais... Mais après, c'est vrai qu'au prime abord, on a tendance à se dire qu'on va peut être pouvoir gérer ça nous-mêmes...

Infirmière 28 Après, je pense que ça dépend de la maladie... C'est vrai que si on avait quelqu'un de schizophrène chez nous, je pense qu'on se poserait moins la question... Si c'est une dépression, effectivement, je pense qu'on aurait un peu plus de mal. Je pense que ça dépend aussi beaucoup de la pathologie, finalement...

Infirmière 31 Ah ben oui !

Infirmière 30 Et puis ça dépend aussi du stade de la dépression...

Infirmière 28 Oui, ben oui c'est sûr... Mais c'est très... Enfin quand on parle de dépression, moi ça me fait rire quand on parle du stade de la dépression parce que, on peut très bien se dire que ça va, que c'est le début, puis finalement on se rend compte que non, c'était plus avancé que ça, et que la tentative ou le suicide a été effectuée, alors qu'on se doutait pas que c'était un stade aussi avancé... Je pense que c'est délicat... Surtout quand c'est notre entourage, on n'a pas l'avis du médecin voilà, et après, la personne, elle nous dit bien ce qu'elle a envie de nous dire, quoi...

Infirmière 31 Est-ce que tout le monde est capable de le voir, ça ?

Infirmière 28 Moi je ne pense pas...

Infirmière 31 Moi j'ai vu un patient un jour, la veille qu'il fasse son geste, il allait très bien... On savait qu'il y avait un contexte psychiatrique, qu'il était soigné, qu'il avait un traitement... Mais il était très bien la veille. Et puis quand je suis arrivée le matin, il avait sauté par la fenêtre vers 6h...

Infirmière 28 Moi je pense qu'on n'est pas tous capables de...

Infirmière 3 Et on se demandait si on est tous capables de se rendre compte que quelqu'un a un problème psychiatrique... Parce que moi, j'ai une formation où je n'ai pratiquement... Enfin, les anciennes infirmières, nous il y avait un diplôme d'infirmières psychiatriques, et donc on est bien d'accord, nous on ne faisait pas de psychiatrie. On abordait la psychiatrie, mais on n'en faisait pas, on ne faisait pas de stages... On avait le choix. Moi je vous avoue franchement, je suis allée en cardiologie au lieu d'aller en psychiatrie, je préférais... Cela dit c'est comme ça. Maintenant on a plus le choix, on fait de la psychiatrie, donc ça veut dire que les jeunes infirmières, peut-être qu'elles savent un peu mieux faire le diagnostic. Moi j'en suis incapable...

Infirmière 28 Moi je suis passée dans plusieurs centres, je suis allée en clinique et je suis allée au CHU, heu... Je ne me trouve pas plus formée qu'une autre. Enfin, c'est tellement compliqué la psychologie, que... Non, moi je ne me sens pas plus apte qu'une autre à établir un diagnostic, ou alors à sentir qu'il y a quelque chose qui ne va pas... Moi je pense que...

Infirmière 30 Moi je pense qu'on est réceptive ou on ne l'est pas, aussi...

Infirmière 28 Oui, enfin non. Moi je pense qu'on peut être réceptive et se rendre compte qu'il y a quelque chose qui va pas, mais de là à dire la gravité... Je pense qu'il faut vraiment faire...

Infirmière 31 Tu étais là avec l'histoire du patient de cardiologie qui avait fait un acte ?

Infirmière 28 J'étais là oui.

Infirmière 31 Ben là c'est pareil, c'est une histoire comme ça... Ce malade, personne n'a pensé deux minutes... On est tous tombés des nues... Après quand on en a tous parlé...

Infirmière 30 Oui, quand on a fait un débriefing...

Infirmière 31 Un débriefing, mais comme on fait tous les lundis...

Infirmière 30 Un staff ?

Infirmière 31 Un staff oui. On en a tous parlé, on a essayé de savoir, et quand on a mis bout à bout tout ce que les gens avaient à dire sur ce patient, et bien bout à bout, on pouvait envisager que le malade allait faire quelque chose de grave... Mais bout à bout. Parce que chacun n'avait pas la notion qu'il était schizophrène ce patient... Mais bon, stabilisé, enfin, pas de soucis. Et il a voulu poignarder un infirmier, hein... Enfin, ça aurait pu être grave, ça n'en était pas loin...

Infirmière 28 Oui...

Infirmière 31 Mais voilà, le souci, c'est qu'après on s'est posé des questions, hein ? C'est sûr... Est-ce qu'il n'y a pas eu des petits signes d'appel qu'on n'a pas vus, et, enfin voilà, je ne sais pas comment... Pour ce genre de patient, bien sûr il a été hospitalisé d'office quand il a fait son truc. Le médecin tout de suite, là... Mais...

Infirmière 29 Moi je dirais que pour une famille, le placement d'office, c'est selon son état d'épuisement... Parce qu'il y a des maladies qui épuisent les familles, et même si on se donne à fond, au final... On ne peut pas y arriver, il y a un moment donné où on est tellement épuisé, qu'on a besoin de passer le relais, et c'est une des façons de passer le relais aussi... »

3. Que pensez-vous de l'obligation éventuelle, pour les malades mentaux, de devoir se rendre régulièrement, après leur sortie d'hospitalisation et leur retour à domicile, dans un dispositif de soins extra-hospitalier pour y rencontrer un médecin et y recevoir des soins adaptés à leur pathologie?

-a. chez les malades mentaux ayant déjà présenté une dangerosité pour les autres.

-b. chez les malades mentaux n'ayant jamais présenté de dangerosité pour les autres.

« Infirmière 31 Là il y a des cas dramatiques, quand même ! A Grenoble, on en a eu... C'est historique... Donc je ne sais pas. Moi, je trouve ça grave de demander à un malade mental qui est vraiment dangereux d'aller de lui-même à des consultations de CMP ! Parce que s'il ne veut pas y aller, s'il ne prend pas son traitement, ben, il faut qu'on sache où sont les patients, pour pouvoir intervenir s'ils ne se présentent pas à leurs consultations, pour pouvoir aller les rechercher si vraiment ils ne sont pas bien ou bien aller à leur domicile pour contrôler si tout se passe vraiment bien... Mais ce n'est pas le cas...

Infirmière 28 Après, j'ai envie de dire, que si le boulot de tout le monde est bien fait, il n'y a pas de risques, parce que s'il ne se présente pas, après il ne faut pas dire simplement « Il ne s'est pas présenté »....

Infirmière 31 Voilà.

Infirmière 28 Il faut qu'on puisse, s'il ne s'est pas présenté, faire une visite à domicile ou appeler la famille pour savoir comment ça se passe et éventuellement après refaire une hospitalisation... Malheureusement, ce n'est pas comme ça que ça se passe, parce qu'encore une fois, il n'y a pas assez de personnel, et du coup, il y a beaucoup de gens où, s'ils ne se présentent pas, on va attendre pour voir s'ils ne viennent pas la fois suivante... Ou alors, les visites sont très vite faites et on n'a pas le temps de voir s'il y a un souci, quoi... Parce qu'en hospitalisation complète, ils sont encadrés 24 heures sur 24, il y a toujours quelqu'un qui a un œil sur eux et du coup c'est vrai qu'après, on se dit que ce n'est pas en une demi heure, ou même en une heure, une fois par mois, qu'on va pouvoir établir que tout va bien ou qu'il y a une éventuelle rechute, quoi... C'est un peu juste... Mais bon, ça c'est pour les patients dangereux... Après, pour ceux qui ne sont pas dangereux, ni pour eux, ni pour les autres, j'aie envie de dire que chacun est libre de se soigner ou non... Mais dès qu'il y a mise en danger, de soi ou d'autrui, il faut que ça soit encadré, quoi. On est responsables du patient et des gens qui peuvent être atteints, quoi...

Infirmière 31 Oui, moi je suis d'accord avec ça... Par contre, je ne sais pas comment on peut envisager la mise en place... Parce qu'on ne peut pas laisser dans la nature quelqu'un qui risque de se suicider, c'est sûr, il faut que ce soit encadré, mais après comment faire...

Infirmière 28 Après, c'est sûr aussi qu'on ne peut pas laisser tout le monde hospitalisé...

Infirmière 29 Ce n'est pas possible de toute façon.

Infirmière 28 Et ce n'est pas forcément bon, non plus... Parce que, l'hospitalisation c'est aussi être dans une bulle, donc forcément ça se passe bien, il n'y a pas l'extérieur qui peut poser problème... Parce qu'un schizophrène, il peut se sentir agressé par l'extérieur et pour un dépressif, ben, il n'est pas confronté à ses soucis non plus... C'est vrai que je pense que ce n'est pas une solution non plus, de laisser les gens hospitalisés

indéfiniment, parce que ce n'est pas une solution de les mettre dans une bulle... Mais après, pour les laisser sortir, je pense qu'il faut qu'il y ait des conditions de suivi assez importantes... »

Obligation de la prise d'un traitement :

4. Que pensez-vous de l'administration, en urgence et sous contrainte, d'un traitement médicamenteux psychiatrique par voie injectable dans les états d'agitation aiguë ?

« Infirmière 30 Ben, un malade qui s'excite, il faut agir...

Infirmière 28 Voilà, à un moment donné, si c'est eux ou nous, il faut bien agir, quoi... On ne peut pas laisser une personne faire du mal aux autres, ou même se faire du mal à soi...

Infirmière 31 Ou même s'automutiler, quoi...

Infirmière 28 Voilà. Il faut réagir et c'est une mesure de protection, quoi... Après, c'est vrai que ça peut être perçu comme agressif mais si on n'a pas d'endroit adapté ou le mettre...

Infirmière 31 C'est surtout pour le protéger...

Infirmière 28 Enfin, après, il y a quand même des techniques pour faire ça, nous on n'est pas en psychiatrie mais je pense que ça s'apprend aussi... On n'arrive pas comme ça, en courant, avec sa piqûre, et en disant « Vite, vite, vite, il faut le piquer ». Ce n'est pas ça...

Infirmière 30 Ben, des fois, c'est un peu ça quand même...

Infirmière 28 Non, je pense qu'il y a des méthodes quand même...

Infirmière 31 Ce qu'il y a, c'est que si on sait qu'il va se taper la tête, par exemple, et qu'on n'a pas d'endroit spécial, comme en psychiatrie, pour le mettre en attendant qu'il se calme... C'est-à-dire que, si ça arrive ici, on est bien obligés de le faire, quoi...

Infirmière 28 Après, il ne faut pas que ça devienne du systématique non plus, ni de l'abus... Parce que, chacun, on a une part d'agressivité et qu'il faut que cette agressivité sorte à un moment donné, je pense qu'on pique tous des colères et donc il ne faut pas qu'il y ait de l'abus non plus...

Infirmière 30 Enfin, il y a agressivité et agressivité quand même...

Infirmière 28 Voilà. C'est pour ça que je dis qu'il y a des méthodes et que parfois, on peut l'éviter aussi... En psychiatrie, j'ai vu quelqu'un qui pétait les plombs, et le fait de voir son infirmier référent, d'aller dans une pièce, ça l'a calmé et on a pu l'approcher, et reprendre ça sans avoir à intervenir dans l'urgence... Il y a des choses peut être à faire avant ça et je pense qu'en psychiatrie, ils sont vraiment bien formés à ça. Pour pouvoir approcher la personne et pas toujours en arriver à la piqûre ou à la contention, quoi... »

5. Que pensez-vous de l'administration régulière, au long cours et à l'extérieur de l'hôpital, d'un traitement psychiatrique médicamenteux à action prolongée, par voie injectable ?

« Infirmière 29 D'un autre côté, moi, je trouve qu'on est aussi confrontés au fait qu'il y a des patients qui ne veulent pas prendre leur traitement per os, ou qui ne l'avalent pas et du coup, on se pose pour eux la question des neuroleptiques retard... Et du coup, c'est un petit peu dans le même ordre d'esprit, on les contraint à prendre leur traitement, mais d'un autre côté, s'ils ne prennent pas leur traitement, ils risquent de péter les plombs à tout moment... Donc de 2 maux, on choisit peut être le moindre...

Infirmière 28 Après, c'est une mesure de protection aussi. Moi, je prends l'exemple d'un de nos patients qui ne prend pas son traitement régulièrement, tous les jours, avec assiduité... Ben, quand on l'entend nous dire, qu'en sortant d'ici, la première chose qu'il va faire, c'est d'aller se foutre en l'air, on se dit que c'est une mesure de protection de mettre une injection retard pour être sûrs que cette maladie, la schizophrénie, soit stabilisée et qu'il ne passe pas encore une fois à l'acte... Parce que ce n'est pas la première fois mais là aussi, parce que tout à l'heure on parlait de l'hospitalisation sous contrainte, c'est quelque chose de difficile pour les médecins de prendre la décision de mettre en place une injection retard... Parce qu'on le voit bien avec notre médecin, ça fait je ne sais pas combien de mois qu'on lui dit qu'on n'arrive pas à surveiller la prise du traitement... Et nous, on

n'est pas formés à ça, et en plus, on n'a pas le temps de surveiller la prise, de s'assurer que le traitement est bien pris... Et pour être passée en psychiatrie, je sais qu'il y a moins de patients là bas et une surveillance bien plus forte... Nous, ici, on n'a pas temps de faire cette surveillance et du coup, on ne peut pas se permettre d'attendre pour être sûrs, pour savoir quand il va arriver, quand il va prendre le traitement, et c'est vrai qu'on s'aperçoit des fois, 24 ou 48 heures après, qu'il n'a pas pris le traitement, quoi... Et après, nous, quand on entend des envies suicidaires, on se dit que si on l'obligeait à ça, ça serait peut être quelque part le mettre en sécurité lui, et nous mettre nous aussi en sécurité... Parce qu'il a quand même des paroles agressives envers nous, des voix envers nous qui sont même pratiquement mortelles, quand même, donc, nous aussi on se met en danger au quotidien, quoi...

Infirmière 29 Ben on est un peu dans un cercle vicieux, quoi... C'est-à-dire que ce patient, il supporte difficilement les contraintes, quoi et du coup, nous on lui impose d'être dans sa chambre à tel moment pour prendre les traitements, donc du coup, il y a un ensemble de mesures qui découlent de la non prise des médicaments et donc on se dit que l'injection retard résoudrait un petit peu ce problème là, ou en tout cas limiterait les contraintes au quotidien qui serait peut être plus gérable...

Infirmière 31 Ou après, est ce qu'il ne le prendrait pas comme une agression aussi...

Infirmière 28 Oui, voilà. On peut aussi se dire qu'il peut considérer l'injection comme encore plus agressive, parce que ça montre du coup qu'on ne lui fait pas confiance pour la prise des traitements...

Infirmière 31 Après ça n'est pas facile non plus, d'être dans la chambre et de devoir lui imposer le traitement...

Infirmière 28 Ben des injections retard, on en a déjà fait mais c'était un patient qui comprenait la nécessité de le faire, donc même si c'était compliqué, en discutant, ben il comprenait, quoi... Il comprenait que c'était nécessaire... Lui, ce qui le gênait, c'est que c'était douloureux, pas le geste... Moi, je ne l'ai pas mal vécu de faire des IM. Mais après, c'était sur un patient consentant aux soins...

Infirmière 29 Parce que moi, je me suis pointée à un moment dans sa chambre et je lui ai dit qu'il fallait faire l'injection et il m'a jetée complètement... Mais c'est vrai que quelques heures plus tard, il a accepté...

Infirmière 28 Oui, mais ça c'est pour tout. Moi, ça m'est arrivé de me faire jeter parce que je suis venue dans sa chambre le matin pour lui apporter le traitement, que j'ai allumé la lumière et que ça l'a réveillé...

Infirmière 32 Rien que le fait de rentrer dans la chambre, pour eux c'est déjà une agression...

Infirmière 28 Après, sur un patient qui refuse, moi je n'y ai pas été confrontée... Mais s'il y a refus, je pense que je n'insisterais pas...

Infirmière 29 Moi, je pense que je passerais le relais à un centre de psychiatrie en ambulatoire... Parce qu'il y a des médecins et des infirmiers qui auraient peut être plus les mots pour le convaincre, en qui il aurait aussi plus confiance, quoi. »

Mesures physiques de contrainte :

6. Que pensez-vous de l'utilisation de moyens de contention physique (tels que la chambre d'isolement ou les entraves) en psychiatrie ?

« Infirmière 29 Alors, moi, je voudrais bien savoir déjà si, en psychiatrie, c'est quelque chose qui est autorisé par la loi, ou pas. Parce qu'ici on n'a pas le droit... Ce n'est pas légal, on n'a pas le droit d'entraver quelqu'un.

Infirmière 31 Ici, c'est sur prescription médicale uniquement.

Infirmière 28 Non, en psychiatrie, c'est légal. Mais ici, les entraves ne sont pas tout le temps utilisées pour des gens qui nécessitent une hospitalisation en psychiatrie.

Infirmière 31 Oui, il y a les malades Alzheimer... On en a eu un il n'y a pas longtemps, pour qui j'avais appelé la psychiatrie de St Egrève, parce qu'il se mettait en danger. Finalement, il n'est resté entravé qu'une journée et après ça s'est calmé et on a pu faire autrement. Nous, ça nous a embêté de faire ça et je me suis renseignée... Alors, d'abord ça ne se fait qu'en psychiatrie et c'est très lourd, pour le patient...

Infirmière 28 Alors, moi, j'ai travaillé en médecine générale et les entraves à aimants, je les ai utilisées quotidiennement, quoi...

Infirmière 32 Oui, moi j'ai connu ça aussi.

Infirmière 31 Moi, j'ai connu les entraves normales, les sangles, quoi.

Infirmière 32 En cuir.

Infirmière 31 Que tu fermes et attaches au lit.

Infirmière 28 On les utilisait pour que la personne n'arrive pas à se détacher, et on attachait le truc à aimant, pour le détacher, juste devant lui. Moi, j'ai trouvé ça horrible, quoi... C'était utilisé parce que si on les attachait simplement avec des sangles culottes, juste derrière la taille, il y avait des patients qui déchiraient complètement la ceinture, des patients Alzheimer. Le problème, c'est qu'ils pouvaient partir quand ils voulaient, et nous on ne pouvait pas surveiller comme il faut un service de 60 lits, quoi... Donc du coup, après, on les entravait avec des entraves à aimants, alors que ce n'était pas du tout des patients psychiatriques.

Infirmière 31 Nous, dans un service comme le nôtre, on ne peut pas surveiller correctement les patients entravés, donc il ne faudrait pas l'utiliser sauf si on veut après l'envoyer en psychiatrie.

Infirmière 29 Sauf que ce sont des patients qui se mettent en danger. Moi, j'en ai eu un, qu'on devait gaver, et qui pendant le gavage arrachait la sonde naso-gastrique, donc avec des risques importants, de noyade, donc on entravait le bras pour qu'il ne puisse pas le faire. Je l'ai fait deux fois, pour des jeunes polyhandicapés... En gériatrie, avec des malades Alzheimer, c'était pareil, et même les barrières sur le lit étaient considérées comme des entraves. Et on avait quand même des sérieux problèmes de chute, parce que les patients essayaient de passer par-dessus les barrières et c'était difficile à gérer. Ça a toujours été difficile à gérer pour nous, quand il y avait un état d'agitation et que ça ne nécessitait pas d'hospitalisation en psychiatrie. C'est très difficile pour une équipe... Après, sur les jeunes polyhandicapés, ça se passait relativement bien, c'était des jeunes qu'il fallait absolument gaver sinon ils mouraient, mais en gériatrie c'est beaucoup plus dur...

Infirmière 28 C'est mal vécu quoi...

Infirmière 30 Oui, en gériatrie, ils ne comprennent pas toujours pourquoi.

Infirmière 31 Oui, parce qu'il y a les cris aussi, qui sont difficiles, quand ils sont agités...

Infirmière 29 En tout cas, moi j'ai eu énormément de mal avec ça, notamment quand on retrouvait des gens coincés dans les barrières qu'ils avaient essayé d'escalader, en sachant aussi que si on avait des lits plus adaptés, on n'aurait pas besoin de ça...

Infirmière 31 Après, la chambre d'isolement, c'est quoi ? C'est la chambre où on est emprisonné, c'est ça ? Avec le matelas, par terre... Mais, ils peuvent se taper la tête contre les murs, non ?

Infirmière 30 Non, les murs doivent être capitonnés, molletonnés... Enfin, ça doit dépendre des endroits, ça.

Infirmière 28 Non, c'est juste une chambre où il n'y a que le lit, fixé au sol... Et il y a un traitement qui est donné aussi...

Infirmière 29 Mais, avant que le traitement fasse effet, ben, il s'en passe du temps...

Infirmière 28 Après, moi, pour l'avoir vécu, quand le patient commençait à monter, le fait de le mettre dans cette chambre, même sans traitement, simplement le fait d'être comme ça cloisonné, ça lui a mis des limites et il s'est calmé tout seul... Je pense que ça peut être un moyen, effectivement, tant qu'ils ne se tapent pas la tête contre les murs, de les mettre dans une bulle quand ils se sentent agressés par l'extérieur, de les faire redescendre et après pouvoir en discuter calmement et faire le point sur ce qui s'était passé. Pour l'avoir vu, je trouvais que c'était pas mal... Après, encore une fois, pour en arriver là, à être dans cette chambre, c'est forcément qu'il y a eu mise en danger de soi, ou bien des autres... Donc, je pense que c'est nécessaire, quoi. Après, je reviens sur les entraves, parce que je l'ai vu utilisé sur des personnes âgées avec une sonde naso-gastrique, qui ne demandaient que de mourir et que on a utilisé l'entrave pour obliger la personne à adhérer aux soins et là je ne suis plus d'accord... Parce que, la personne âgée, ce n'est pas parce qu'elle est vieille qu'elle est forcément démente, voilà. On peut avoir envie de mourir, et ça il faut l'entendre, même si c'est difficile pour nous... Ils ne nous demandent pas de faire une piqûre, mais simplement d'arrêter les traitements et de laisser la vie faire son chemin, et je pense qu'à un moment donné, il faut comprendre ça... C'est surtout difficile pour les médecins, parce que, nous, les équipes soignantes, on arrive à comprendre ça, mais les médecins ont vraiment du mal à laisser partir les gens, quoi. Ou alors, entraver des témoins de Jéhovah pour leur faire une transfusion, j'ai dû faire des choses aberrantes, quoi... Les gens ont leur tête,...

Infirmière 30 Oui, c'est le respect de la personne...

Infirmière 31 Mais, à condition qu'ils meurent sans souffrance.

Infirmière 28 Mais, même s'ils meurent avec souffrance, c'est leur choix...

Infirmière 30 Oui, on doit respecter la volonté du patient.

Infirmière 28 Moi, je n'aimerais pas, si j'ai 80 ans, et que je suis en train de mourir, qu'on m'oblige à avoir un soin...

Infirmière 30 Oui, c'est surtout pour les médecins... Ca leur facilite la tâche, eux ils sont soulagés et on ne demandait pas son avis au malade. C'était surtout il y a quelques années en arrière, maintenant les mentalités ont changé, mais...

Infirmière 28 Moi, je l'ai vécu dans ma famille et j'ai dû insister pour qu'il ait les soins palliatifs... Jusqu'où ils vont ? Je pense qu'à un moment donné, il faut savoir dire qu'on n'est pas éternels et qu'il faut laisser partir les gens sereinement... Et c'est pas en étant contraint à prendre un traitement, en étant entravés, qu'ils vont partir sereinement, quoi.

Infirmière 31 Oui, c'est souvent comme ça.

Infirmière 28 Donc oui, ça peut être bénéfique mais dans certains cas, ça peut être trop banalisé, je pense... »

7. Que pensez-vous de l'utilisation de la mise en pyjama (par exemple, au décours d'un épisode d'agitation aigue ou en prévention du risque suicidaire ou de fugue) en psychiatrie ?

« Infirmière 29 Oui, mais comment ça se passe ? Parce que si la personne est mise en pyjama de force... Et est-ce que c'est efficace ?

Infirmière 31 Ah oui, et est-ce que c'est vraiment un pyjama et pas ce qu'on appelait « camisole de force » ?

Infirmière 28 Non, c'est juste un pyjama, avec pantalon...

Infirmière 31 Ah oui, c'est un uniforme quoi... Et il peut tout faire avec son pyjama ? Marcher, se mobiliser... Ce n'est pas un pyjama qui entrave les bras ?

Infirmière 28 Non, il peut tout faire, ce n'est pas une contention...

Infirmière 31 Et ça sert à quoi, à le repérer s'il fugue ?

Infirmière 28 Parfois. Mais, moi, je l'ai vu faire en psychiatrie à l'entrée où on récupérait toutes les affaires du patient et c'était tout simplement pour faire comprendre au patient qu'il était patient et qu'il était là pour se faire soigner, quoi... Parce que, la maladie mentale, elle ne se voit pas, et du coup, c'était pour rappeler aux patients qu'ils n'étaient pas là pour rien, mais parce qu'ils avaient une maladie.

Infirmière 31 C'était pour les différencier des autres aussi...

Infirmière 28 Non, pas du tout, simplement pour leur faire comprendre qu'ils sont malades parce que même s'ils sont venus d'eux-mêmes, ça va les brasser tellement d'être hospitalisés qu'ils vont vouloir partir, et là le pyjama leur rappelle qu'ils sont malades et qu'ils ne sont pas venus pour rien... Après, est-ce que vraiment c'était compris par les patients ? Je ne pense pas, je n'en suis pas sûre... Mais, je pense que ça aidait certains, le pyjama, et d'ailleurs quand on arrivait à la fin de l'hospitalisation, ils ne voulaient pas reprendre leurs vêtements tant qu'ils étaient là... Et puis, il y en a d'autres où c'était la bataille tous les jours, pour leur faire enfiler le pyjama. Du coup, je ne sais pas si c'est nécessaire ou en tout cas si c'est bien compris par les patients, l'utilité du pyjama... Par les soignants, oui, mais peut être aussi que c'est pour les soignants, aussi, cette mise en pyjama, parce qu'elle marque la différence patient- soignant, ça met peut être une limite...

Infirmière 29 Mais, ils ne sont pas tous en pyjama, en psychiatrie...

Infirmière 30 Ah oui, c'est embêtant ça, un en pyjama au milieu d'autres qui ne le sont pas...

Infirmière 31 Oui, nous c'est l'inverse en rééducation, on insiste pour qu'ils ne soient pas en pyjama la journée...

Infirmière 28 Moi, je suis passée dans deux services de psychiatrie, un où les patients étaient mis en pyjama à l'entrée et l'autre, en clinique, où ce n'était pas du tout utilisé... Mais, j'ai envie de dire qu'il y avait peut être plus d'adhésion aux soins, chez les personnes en pyjama que chez les patients de la clinique où finalement ce n'était pas ça. Mais en même temps c'est enlever à la personne ce qu'elle est, son identité quoi...

Infirmière 32 Et vis-à-vis des autres en plus. Parce que s'ils sont là bas c'est qu'ils sont tous malades... Donc pourquoi en mettre et d'autres pas ?

Infirmière 28 Après je pense, que c'est aussi par rapport à ceux qui peuvent être agressifs et peut être que ça les canalise...

Infirmière 29 Moi, d'un point de vue extérieur, je trouve ça très agressif... Moi, je n'ai pas d'expérience par rapport à ça, mais si on me demandait à moi de me mettre en pyjama à l'entrée dans un service, c'est vrai que je trouverais ça très agressif, quoi... Maintenant, je comprends ce que tu expliques, par rapport à l'adhésion aux

soins, mais je le comprends intellectuellement, parce qu'au niveau du ressenti, je le prendrais comme une agression.

Infirmière 28 Après, il ne faut pas oublier que dans les services généraux, la première chose qu'on donne c'est une blouse d'hôpital, alors que parfois, l'opération c'est seulement le lendemain... Et c'est vrai qu'on perd une partie de soi, quand on est en pyjama, on perd son identité.

Infirmière 32 Moi, j'ai travaillé en cardiologie, au CHU, et là tous les patients étaient mis en pyjama à l'entrée, et ce n'était pas de la chirurgie, quoi...

Infirmière 30 Moi, j'ai eu le cas pour quelqu'un de ma famille qui n'avait pas du tout envie de se mettre en pyjama, et la première chose que l'infirmière m'a demandé en entrant, c'est « Qui est le malade ? ».

Infirmière 31 Ah oui, pyjama = malade, quoi...

Infirmière 28 Oui, c'est tout à fait ça, quand on rentre à l'hôpital, on n'est plus une personne mais simplement un malade, un numéro de chambre, quoi... C'est pour différencier l'autre...

Infirmière 30 Et puis, ça donne un certain pouvoir sur la personne malade, quoi...

Infirmière 28 Voilà.

Infirmière 30 Parce que la personne, si on la rencontre habillée dans le couloir, ça sera « Bonjour, monsieur, bonjour madame » alors que là c'est la relation soignant-soigné, quoi.

Infirmière 28 Oui, je pense que pour l'adhésion aux soins, c'est ça, c'est dire « Vous n'êtes plus l'être humain qui peut réfléchir, avoir une pensée et dire non, vous ne pouvez pas faire ça, c'est nous qui décidons ». C'est aussi un moyen de...

Infirmière 31 D'avoir l'emprise sur les gens.

Infirmière 28 Oui, d'avoir l'emprise sur les gens et imposer nos décisions... Et d'ailleurs, c'est difficile après de s'en séparer pour les gens qui ont vécu ça quand ils arrivent ici, de leur faire comprendre qu'ils sont des êtres humains et pas des malades à qui on peut tout faire et de leur faire comprendre, qu'ici, même s'ils sont à l'hôpital, ils doivent faire comme à la maison et se gérer, quoi. C'est vraiment compliqué... »

Mesures morales de contrainte (obligations) :

8. Que pensez-vous de l'utilisation, au cours d'une hospitalisation en psychiatrie, de moyens de contrainte (par exemple, la restriction des sorties) sur le patient malade mental présentant des troubles du comportement afin de lui faire adopter une attitude plus citoyenne et adaptée aux règles de la vie en société ?

« Infirmière 29 Ben, c'est la vie normale, ça. Ce n'est pas la vie en psychiatrie, c'est la vie normale, quoi... Il faut faire un minimum de choses et être correct avec son entourage, dans la vie. Donc, moi, c'est quelque chose qui ne me pose pas de problèmes, qui ne me choque pas...

Infirmière 28 Ben, on en revient à ce qu'on disait tout à l'heure, en fait... Je pense que c'est le moyen de dire « Vous n'êtes pas que patient », que tout le monde est une personne, et donc a des obligations envers ses proches ou les autres citoyens. Et je pense que c'est un bon moyen, effectivement, parce que voilà, on ne leur enlève pas tout, ce ne sont pas que des patients, mais bien des gens à part entière...

Infirmière 29 Moi, je pense que c'est une illusion de leur faire croire qu'il n'y a pas de règles, pas de choses à respecter, qu'on a le droit de dire ce qu'on veut, quand on veut, où on veut... C'est une illusion, ça, ce n'est pas la vie.

Infirmière 28 Oui, ce n'est pas la vie... Ce n'est pas parce qu'on est patient qu'on sort de la vie, en fait, et je pense qu'il ne faut pas oublier ça. Les règles sont les mêmes partout, quoi...

Infirmière 29 Après c'est aussi éducatif, c'est ce qu'on fait avec les enfants... On leur apprend les règles. Non, moi ce n'est pas quelque chose qui me choque, parce que si à un moment donné, dans le développement de l'individu, il y a eu quelque chose qui a fait une rupture avec tout ça, il faut les réintroduire ces règles... Parce que c'est la vie normale, quoi...

Infirmière 28 Et il ne faut pas oublier qu'on les soigne pour un retour dans le monde extérieur, quoi... Et que, dans le monde extérieur, il y a ces règles...

Infirmière 31 Oui, c'est la personne qui doit s'adapter au groupe, pas l'inverse... Sinon c'est difficile, en sortant... »

9. Que pensez-vous de restrictions (par exemple, l'arrêt du travail ou un changement du mode de vie) qui s'exerceraient, éventuellement sous contrainte, dans le projet de vie du patient atteint d'une maladie mentale ?

« Infirmière 28 Ben, il y a un moment donné où on n'est pas des surhumains, quoi... Donc, si les gens ne peuvent plus, effectivement, je pense qu'il faut réorienter le projet de vie dans le sens où la personne va pouvoir vivre correctement, quoi. Parce que, s'ils ne peuvent pas, ils ne peuvent pas, quoi...

Infirmière 29 C'est plus facile d'un niveau professionnel, que d'un point de vue personnel... Je pense que pour toutes les familles qui ont un parent qui devient âgé, qui devient dépendant, Alzheimer qui a besoin d'être encadré, c'est une décision très difficile... D'un point de vue professionnel, on comprend très bien la nécessité...

Infirmière 31 Ben, on essaie de les réinsérer dans le milieu professionnel, quand on peut... Mais c'est quand c'est possible. On essaie de leur trouver un travail dans un milieu adapté, jusqu'à un moment, si la maladie n'évolue pas trop, pour qu'ils gardent un contact avec le milieu professionnel, mais c'est jusqu'à un certain point, quoi...

Infirmière 28 Oui, je pense qu'à un moment donné, ça va créer un conflit, enfin je parle des personnes qui ont une maladie psychiatrique, enfin je pense que ceux qui ne peuvent pas travailler, si on les laisse faire, ça va forcément mal se passer et ça va forcément déclencher des crises... C'est un cercle vicieux, quoi, donc à un moment il faut savoir arrêter ça... C'est comme pour la famille, il faut aussi se dire qu'on ne peut pas obliger quelqu'un à être ordinaire, quoi, d'avoir « métro, boulot, dodo », quoi... Je pense qu'il y a des maladies où ce n'est pas possible, quoi... Après, je pense que pour des familles qui ont un enfant de 20-30 ans avec ces maladies là, ça doit être difficile d'entendre qu'il ne pourra jamais travailler de sa vie... C'est vrai, que ce n'est pas le schéma habituel, mais, en même temps, si c'est pour que la personne soit sereine, ben oui, je pense que c'est nécessaire. »

Arrêt des contraintes :

10. Que pensez-vous de l'arrêt éventuel de toute mesure de contrainte extérieure (c'est-à-dire ne relevant pas du patient lui-même) dans la prise en charge du patient malade mental stabilisé qui a pu intégrer cette contrainte à son psychisme ce qui lui permet ainsi de se soigner librement de façon adaptée ?

a. chez les malades mentaux n'ayant jamais présenté de dangerosité pour les autres.

b. chez les malades mentaux ayant déjà présenté une dangerosité pour les autres.

« Infirmière 31 C'est-à-dire qu'on laisse sortir le malade, parce qu'on a jugé qu'il avait compris, quoi...

Infirmière 30 Ben, des fois, avec ce qu'on apprend, on n'est pas déçus, quoi...

Infirmière 29 Oui.

Infirmière 32 Ben oui, il faut quand même qu'ils aient encore un suivi à l'extérieur, quoi ! Il ne faut pas les lâcher comme ça sans rien...

Infirmière 28 Ben, disons, qu'encore une fois, ça dépend de la maladie... Une dépression, c'est une maladie à un moment donné, qui peut se guérir, donc je pense que ce n'est pas parce qu'on a fait une tentative de suicide une fois qu'on doit être suivi toute sa vie. Elle peut être soignée, puis suivie à l'extérieur un petit moment, et puis, après, retrouver une vie totalement normale... Après, je pense que pour ce qui est maladies psychotiques, schizophrénies ou maniaco-dépressifs, ou autres, je pense qu'on n'a pas le recul nécessaire et des traitements suffisamment efficaces pour se permettre de les « lâcher », de ne plus avoir un œil sur eux, parce qu'à tout moment, il peut y avoir une rechute, quoi... Et ce n'est pas parce que pendant un an, deux ans, trois ans, ça va aller bien, qu'à un moment donné, parce qu'il y a eu un événement déstabilisant, comme un décès, ou une autre catastrophe, il ne va pas y avoir une rechute, quoi.

Parce qu'on ne les soigne pas ces maladies... C'est des maladies qu'on surveille, qui effectivement, ont des pics où ça se manifeste, et d'autres moments, parfois des années, où rien ne se passe... Après, je peux comprendre que c'est peut être difficile de continuer à suivre des gens où, pendant cinq ans, il n'y a rien qui se passe, mais voilà, c'est quand même des maladies où on sait que les rechutes peuvent survenir à tout moment, donc de là à les laisser comme ça...

Infirmière 30 Oui, c'est sûr qu'il faudrait aussi qu'il y ait plus de structures disponibles pour faire le suivi...

Infirmière 31 Nous, en chirurgie vasculaire, on a régulièrement des personnes, là le monsieur en question, je l'ai encore vu la semaine dernière, qu'on ne peut pas du tout repérer... Enfin, nous on le connaît, on connaît son dossier... N'empêche que, un jour, il peut rechuter, être imprévisible, parce qu'il a une psychose ce patient... Il a déjà fait des tentatives d'autolyse, parce qu'il voyait et entendait des trucs et donc il a été amputé chez nous, et des fois il fait des trucs bizarres... Parce qu'il est pisteur ce monsieur, même avec une prothèse, il a un travail, il est inséré dans la vie normale... J'en ai parlé avec sa mère, la semaine dernière, elle me disait que c'est dur pour eux, parce que, l'autre jour, avant qu'il soit réhospitalisé chez nous, il a entendu je ne sais quoi, et il est monté dans la neige toute la nuit et il s'est perdu... Il a été réhospitalisé, du coup, parce qu'il avait les pieds gelés... Mais, ses parents, ça les a angoissés, quoi. Et c'est vrai, que même si c'est un monsieur qui a un travail, qui est bien inséré dans la vie, des fois il arrête son traitement... Et si la famille, qui est très présente, n'était pas là pour le suivre, ben je pense qu'il serait mort ce patient... Bon, il n'est pas dangereux pour les autres, ce patient, il se fait du mal à lui-même, mais quand même, quoi... Je veux dire, nous, on peut le laisser sortir, et avoir confiance, avec son traitement bien sûr, mais s'il n'est pas suivi, s'il n'a pas quelqu'un qui le protège, sa famille en l'occurrence, mais aussi un psychiatre, ben il risque de mourir... Je pense que ces gens là ont toujours besoin de quelqu'un avec eux, d'un référent, quoi...

Infirmière 28 Moi, je ne comprends pas qu'on puisse suivre toute sa vie un handicapé, mentalement déficient, qui lui, va être encadré, qu'il soit complètement dépendant ou qu'il ait un travail ou même des enfants parce qu'on va passer une fois par semaine à sa maison, et je ne vois pas pourquoi, ces handicapés mentaux seraient plus suivis qu'un patient qui dépend de la psychiatrie et dont on sait qu'il a été dangereux à un moment donné, pour lui, ou pour les autres... Je pense qu'il devrait exister un moyen, même s'ils ont leur vie et prennent leurs propres décisions, d'avoir au moins un passage de temps en temps pour vérifier que tout va bien, quoi... Parce qu'à tout moment, il peut se passer quelque chose...

Infirmière 30 Et eux, ça permettrait peut être aussi de les rassurer...

Infirmière 31 Et, à tout moment, même s'il est bien intégré, avec une famille, des amis, un travail, ça peut arriver, une rechute... Lui, par exemple, il est revenu il y a 6 mois, parce que, comme on dit « il a pété une durite »... Je pense qu'il n'avait pas pris ses médicaments comme il fallait, bien sûr, et toute la nuit il a erré avec sa prothèse...

Infirmière 28 Malheureusement, au niveau social, c'est souvent des gens qui ne sont pas entourés comme il faudrait, ce sont souvent des gens très solitaires, même s'ils vont bien et du coup, je pense qu'on pas les moyens de capter rapidement les moments où ils ne vont pas bien... Et ça, même s'ils ont un travail, parce que le travail, c'est huit heures par jour, quoi... Donc, je pense, que c'est bien que ces gens là puissent récupérer une vie, un travail... Je pense que c'est très bien, et je ne leur enlèverais pas ça du tout, mais je pense qu'il faut qu'il y ait une surveillance, quoi... Qu'il ne faut pas, comme ça, les rendre libres...

Infirmière 30 Ah oui, il ne faut pas les laisser dans la nature comme ça !

Infirmière 32 Ben, on voit bien que, souvent, quand il y a rechute, c'est qu'il y a eu un arrêt du traitement... Très, très souvent, c'est ça...

Infirmière 31 Ben, nous c'est aussi souvent quand il y a eu rechute qu'on les revoit, comme par exemple ce monsieur avec la prothèse et c'est souvent aussi après qu'il y ait eu un geste malencontreux sur eux ou sur les autres... Et souvent, quand on interroge bien, on se rend compte qu'ils avaient arrêté leurs médicaments, qu'ils ne voyaient plus le psychiatre. Et comment ça peut être possible ça, qu'on les laisse dans la nature comme ça ?

Infirmière 28 Et puis, les familles sont épuisées aussi. »

Vision générale :

11. Finalement, que pensez vous de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie ?

« Infirmière 28 Moi, ce que je vais dire, c'est un peu la phrase qui est ressortie tout le long, c'est que ça peut être nécessaire quand il y a une mise en danger, mais qu'à partir du moment où la mise en danger n'est pas présente, ben, il faut faire attention aux abus...

Infirmière 31 Ah oui, parce qu'il y a quelques années, des abus il y en avait ! Les familles plaçaient les gens sous contrainte, et ils restaient toute leur vie en hospitalisation, comme Camille Claudel... Mais bon, des choses comme ça, ça ne se voit plus maintenant...

Infirmière 29 Et heureusement...

Infirmière 31 Mais bon, il a fallu qu'il y ait une législation, ce n'est pas très vieux... Parce qu'il y a cinquante ans en arrière...

Infirmière 32 Ah oui, moi j'ai connu quelqu'un qui avait été hospitalisé pour dépression par sa famille et qui n'en sortait plus...

Infirmière 31 Voilà... Enfin c'était il ya quelques années, maintenant on n'en est plus là. Mais il faut quand même surveiller parce que sinon, il y aurait des abus...

Infirmière 28 Ben, je pense que, quand même, les médecins sont normalement aptes à faire ces choses...

Infirmière 29 Il me semble aussi, que les équipes infirmières sont là aussi pour interpellier et puis pour faire réfléchir les médecins... Et du coup, permettre d'avoir une réflexion d'équipe par rapport à ces patients plutôt que des décisions isolées qui pourraient déraiser... Il me semble que le travail en équipe c'est bien là-dessus.

Infirmière 30 Ah oui, c'est un avantage.

Infirmière 28 Et à l'inverse, le travail en équipe ça permet aussi d'interpeller les médecins quand il y a mise en danger, parce qu'il y a des médecins qui sont carrément contre tout ça et qui du coup, laissent les patients se mettre en danger et mettre en danger les soignants... C'est un truc qui marche dans les deux sens, quoi... »

6.2.6. Etudiantes Infirmières 2^{ème} année :

Mesures légales de contrainte :

1. Que pensez-vous de l'utilisation éventuelle de mesures d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie, chez des patients en refus de soins ?

- a. ayant déjà présenté ou présentant une dangerosité pour les autres.
- b. ne présentant pas de dangerosité pour les autres, mais présentant une maladie mentale dont l'évolution sans traitement peut être grave et dangereuse pour eux-mêmes.

« Etudiante 1 Moi, je pense que c'est plutôt bien, vu que c'est souvent la crise aiguë du patient et qu'il ne se rend pas compte du mal qu'il fait aux autres ou à lui-même, il ne peut pas être consentant. C'est une protection, quelques jours plus tard, il s'en rendra sûrement compte quand la crise aura diminué un petit peu.

Etudiante 2 Moi, je suis d'accord car, quand un patient est dangereux pour lui-même et les autres, c'est important qu'il ne soit pas seul chez lui, qu'il soit en institution où il va être pris en charge dans sa globalité.

Etudiante 3 Moi, je suis assez d'accord avec vous deux.

Etudiante 2 Après, pour la question de la dangerosité, oui et non parce qu'il y a des personnes qui vont être en SDRE sans être forcément dangereux...

Etudiante 1 Le seul problème en HO, c'est que le patient sera sûrement réticent par rapport à la prise en charge dans le service, il ne comprendra pas tout de suite les bienfaits que ça peut avoir et sera donc contre, et il pourra y avoir de la violence, un rapport de force, des choses comme ça... Mais, sinon, globalement, je suis pour.

Tous- Oui.

Etudiante 2 En plus généralement, les gens hospitalisés sous contrainte ont les moyens après de faire appel de la décision devant le juge des libertés et du coup... Si c'est argumenté et expliqué, cela peut les aider à s'en sortir aussi, quoi. L'intervention du juge, c'est ce qui va apporter un recours à la personne si elle est contre la mesure et ne la comprend pas. Par exemple, on a un patient hospitalisé en ce moment, qui souffre de schizophrénie, qui ne reconnaît pas sa pathologie et a décidé de faire appel, et l'équipe attend que le juge lui réexplique, lui dise que c'est normal qu'il soit en HO, avec les arguments pour.

Etudiante 4 Ben, la contrainte est pour le patient avant tout de toutes façons. Après je pense que, notre rôle est qu'elle ne soit pas perçue comme une punition, qu'il y ait une explication derrière, intégrée par le patient... C'est pour lui, pour les autres aussi, donc ce n'est pas une mesure qui est prise à la légère mais elle est réfléchie avant.

Etudiante 5 Ben, le patient n'a pas conscience de ses troubles, donc c'est bien pour lui dans ce sens là.

Etudiante 6 C'est plus une aide pour lui à ne pas passer le pas : par exemple un patient dangereux qui ne s'en rendrait pas compte, c'est plus une aide pour lui à ne pas franchir le pas et aller faire du mal aux autres.

Tous- Oui. »

2. Si une de vos relations, personnelles ou professionnelles, présentait des signes évocateurs d'une maladie mentale, que penseriez-vous de la réalisation d'une hospitalisation sous contrainte en cas de refus de soins ?

« Etudiante 1 Si c'est un ami ou une personne de la famille, ça va faire mal quand même. Ca doit être dur de se dire que c'est nous qui allons le faire hospitaliser alors que la personne ne veut pas. On ne voit pas les choses du même point de vue si on est soignant ou de la famille.

Etudiante 2 Alors moi, je suis à la fois d'accord et pas d'accord avec toi, car si une personne présente des troubles et va être un danger pour la société, ou même pour toi, la famille ou pour l'entourage, il y a quand même des mesures à prendre...

Etudiante 1 Il y a deux sentiments en fait, d'un côté, on est rassuré car on sait qu'il ne se fera pas de mal à lui, ni à personne et qu'il sera soigné...

Etudiante 2 Qu'il sera pris en charge surtout.

Etudiante 5 Mais il y a la réaction de culpabilité aussi. C'est compliqué de prendre la décision de lui mettre une contrainte. Prendre la décision, moi, je ne sais pas si j'en serais capable.

Etudiante 3 Non mais, je pense qu'il faut essayer de réfléchir à l'intérêt de la personne au détriment de ce que ça peut nous faire à nous.

Etudiante 6 Comme ce sont des proches ou de la famille, c'est peut être plus vu comme une atteinte à la liberté, dans la mesure où la personne n'est pas consentante à l'hospitalisation mais c'est vrai que coté soignant, c'est mieux pour le patient parce qu'il ne met pas en danger ni lui, ni la société qui l'entoure.

Etudiante 1 Après je pense que c'est là qu'on voit, et encore plus dans la psychiatrie je pense ou peut être dans des services où il y a des personnes qui sont condamnées, c'est là qu'on voit que la prise en charge de la famille est importante, parce qu'on peut leur montrer que c'est dans l'intérêt du patient, les améliorations qu'il peut y avoir dans son comportement, qu'il va se sentir rassuré parce que les hallucinations baissent, tous les symptômes. Moi, je pense que la prise en charge de la famille est importante, parce qu'elle doit avoir un sentiment de culpabilité.

Etudiante 4 L'accompagnement de la famille est indispensable pour aider aussi le patient car à un moment donné, il va sortir de la chambre d'isolement, il va avoir droit à un contact extérieur, appeler sa famille, demander des explications et il ne faut pas qu'à ce moment la famille ait un sentiment de culpabilité qui remonte, c'est indispensable pour le patient. Après, le fait de prendre la décision pour la famille, ce n'est pas facile.

Etudiante 1 Ce qui n'est pas facile, c'est surtout de voir un être cher qui est malade...

Etudiante 3 Surtout que tout ce qui touche à la psychiatrie a tendance à faire peur, plus qu'une pathologie très physique, quoi.

Etudiante 4 Les représentations qu'on a de la psychiatrie, si on regarde les documentaires, les reportages à la télé,...

Etudiante 5 Ca fait peur !

Etudiante 4 Personnellement, quand on m'a dit que j'allais en stage en psychiatrie, j'ai cherché à savoir qu'est ce que j'allais voir, comment ça se passait... Et les reportages, c'est un concentré de crise, de personnes en crise, alors qu'en réalité ce n'est pas ça du tout, mais du coup ça fait peur à cause de ça. Il faudrait des reportages qui montrent vraiment la réalité. »

3. Que pensez-vous de l'obligation éventuelle, pour les malades mentaux, de devoir se rendre régulièrement, après leur sortie d'hospitalisation et leur retour à domicile, dans un dispositif de soins extra-hospitalier pour y rencontrer un médecin et y recevoir des soins adaptés à leur pathologie?

-a. chez les malades mentaux ayant déjà présenté une dangerosité pour les autres.

-b. chez les malades mentaux n'ayant jamais présenté de dangerosité pour les autres.

« Etudiante 1 Moi, je trouve que c'est essentiel, parce que pour des gens qui n'ont pas conscience de leur maladie, c'est très important pour eux d'avoir toujours un lieu de rattachement, un lieu où on va les aider justement à gérer leur traitement. Parce que la plupart du temps, les gens qui rechutent, c'est parce qu'ils ont arrêté leur traitement, quoi. Du coup, c'est important d'avoir un suivi au CMP, de faire des entretiens infirmiers, de pouvoir parler à des gens du milieu médical, quoi et cela pour les deux sous- types de personnes, dangereux pour les autres ou pas.

Etudiante 3 Moi, je suis d'accord. Je trouve que c'est bien qu'il y ait un suivi post hospitalier un peu régulier, qu'ils ne soient pas lâchés complètement dans la nature, à se retrouver tout seuls après ce qu'ils ont vécu.

Etudiante 4 Je pense que même quand le patient n'a pas présenté de dangerosité, je trouve même normal à la limite qu'il y ait un suivi. Pour ceux qui ont eu des périodes de dangerosité, c'est plus difficile à accepter de les savoir dehors avec un simple suivi qui va être une ou deux fois par semaine, mais en même temps, on n'a pas le droit de les garder ici, parce que ce serait les mettre en prison... Enfin, il faut qu'ils arrivent à retourner dans la société et à retrouver un mode de vie convenable, mais c'est plus dur à accepter.

Etudiante 1 Mais moi, je me suis rendue compte après ces quelques semaines de stage, que pour plein de gens hospitalisés, il n'y a pas de projet d'avenir parce qu'ils sont trop jeunes ou trop vieux, parce qu'il n'y a pas d'institution pour les accueillir, pas de place en CAT, et du coup ces gens, ils se retrouvent dehors, et donc heureusement qu'il y a le suivi avec le CMP, sinon ils seraient dehors dans la nature...

Etudiante 5 Et ils reviendraient vite, quoi.

Etudiante 3 Et puis nous, on est en hôpital de jour, on voit que cela fait aussi partie de leur projet de vie, d'être de moins en moins rattachés au milieu hospitalier donc le CMP fait partie d'une étape vers une vie de plus en plus standard. »

Mesures morales de contrainte :

4. Que pensez-vous de l'administration, en urgence et sous contrainte, d'un traitement médicamenteux psychiatrique par voie injectable dans les états d'agitation aiguë ?

« Etudiante 1 Moi, je trouve que c'est important et que quand il n'y a pas d'autre possibilité, on ne peut faire sans. Après moi, ça m'est arrivé récemment, parce qu'à côté je suis pompier volontaire, dans une intervention sur un couple, tous deux psychotiques, on ne pouvait pas discuter, ils se tapaient la tête contre les murs, se jetaient des assiettes et ils devenaient dangereux pour eux-mêmes... Le médecin est arrivé, il leur a fait à tous les deux une injection IM et ça les a sédatés tout de suite, quoi. Ils étaient KO mais on ne pouvait pas faire sans quoi, parce que ça faisait deux heures qu'on bataillait, qu'on faisait tout pour qu'ils ne fassent pas mal ni à eux ni aux autres mais heureusement que le médecin est arrivé rapidement. Après, on a pu discuter avec le mari qui était plus calme, la femme était somnolente, le mari un peu moins, on a pu discuter avec lui parce qu'il était beaucoup plus calme... Parce que la violence, il entend sa femme crier, ça l'énerve encore plus et vice versa et après c'est un cercle vicieux... Ben c'est une crise, quoi donc ça ne s'arrête pas tout seul et il faut un traitement pour calmer le jeu et permettre le dialogue.

Etudiante 2 Moi, je pense que c'est important parce que, quand la personne est en crise... C'est par exemple, comme nous quand on est énervé, on va dire n'importe quoi, des choses qu'après bon... Alors que pour un patient psychotique, c'est vrai que pour gérer une crise, ce n'est pas possible, il y en a beaucoup qui ont du mal à se contenir, à prendre sur eux et du coup, le traitement les aide à gérer la crise, à calmer le jeu et à les faire réfléchir.

Etudiante 1 Et ça les apaise, les détend... Ben voilà, c'est important pour eux qu'ils se détendent, parce que c'est quand même rare dans cette pathologie entre toutes les angoisses qu'il y a, les choses qu'ils vivent que nous, on ne ressent pas, on peut imaginer que ça peut être très dur. Enfin, ce n'est pas que pour nous le traitement d'urgence, c'est vraiment d'abord pour le patient, pour lui permettre de se sentir mieux un petit moment, de se détendre et après de prendre du recul, et de pouvoir parler de ce qui vient de se passer.

Etudiante 2 Quand c'est utilisé à bon escient, c'est bien et c'est important.

Etudiante 6 Oui, voilà.

Etudiante 2 Mais ce n'est pas à utiliser si le patient crie seulement un petit peu et que c'est gérable... Je pense qu'il y a d'autres moyens à utiliser avant mais si vraiment ça déborde, oui, il faut le faire. Mais je pense que ça dépend parfois aussi du manque de personnel ou quand il n'y a que du personnel féminin et c'est vrai que ça peut être rassurant aussi de savoir qu'on a un recours si jamais il y a quelque chose se passe.

Etudiante 3 Après, la voie d'administration orale, il faut qu'il puisse être en mesure de prendre le médicament et surtout qu'il le veuille quoi.

Etudiante 6 Oui, qu'il l'accepte.

Etudiante 3 C'est ça surtout la différence entre les deux voies, orale et injectable.

Etudiante 2 Je pense que ça n'est pas pour le même type de pathologies, pour le même type de crise....

Etudiante 5 Parce que, dans une crise très aigue, c'est difficile de demander au patient de prendre gentiment ses médicaments !

Etudiante 4 Par voie injectable, c'est peut être plus traumatisant pour la personne.

Etudiante 2 Oui, et surtout pour les proches, s'ils sont présents.

Etudiante 6 Oui, mais certains patients connaissent déjà ce type de traitement, ils ont des injections IM régulièrement tous les 14 jours et y sont habitués. Si un jour ils ont un accès de violence, ils savent que ça les soulage donc mais c'est sûrement moins traumatisant pour eux...

Etudiante 5 C'est un peu comme la contention, quoi. »

5. Que pensez-vous de l'administration régulière, au long cours et à l'extérieur de l'hôpital, d'un traitement psychiatrique médicamenteux à action prolongée, par voie injectable ?

« Etudiante 1 Moi, je pense que la voie orale à l'extérieur de l'hôpital doit être un peu une contrainte pour le patient et souvent on les entend dire qu'ils l'ont oublié parce que les oublis font partie de la vie de beaucoup de patients... Entre les angoisses, l'anxiété, les idées de persécution, on ne pense pas toujours au traitement, quoi. Comme pour tout être humain, dès qu'il y a une angoisse, on pense à se gérer avant de penser à aller prendre ses médicaments.

Etudiante 3 C'est pour ça que la voie injectable, c'est souvent pour un souci d'observance parce que c'est plus pratique pour eux de n'y penser qu'une fois en 15 jours.

Etudiante 4 Et d'ailleurs, ils le disent, les patients... Je pense par exemple à un patient avec qui on en a discuté hier et qui l'a clairement verbalisé qui disait que c'est une aide supplémentaire pour l'extérieur... Il disait que c'était important pour lui d'avoir cette injection car c'est un monsieur qui a été ré-hospitalisé parce qu'il ne prenait pas son traitement depuis un an, et du coup il a compris à quoi ça servait et pourquoi on avait changé le mode d'administration... Maintenant c'était comme ça et il ne l'envisageait plus autrement du coup.

Etudiante 2 C'est vrai que je pense que quand même, pour eux, c'est la solution de traitement la plus facile finalement, un peu plus douloureuse certes, mais la plus facile... Et après, c'est vrai qu'au niveau de l'observance, c'est bien, quoi.

Etudiante 5 Et puis, comme c'est tous les 15 jours ou tous les mois, il y a moins cette appréhension d'oublier les médicaments et de se dire « Si je l'oublie, qu'est ce qui va se passer ? ». Là, c'est un professionnel qui l'administre, donc il doit avoir moins peur de rechuter.

Etudiante 2 Et je pense que, grâce à cette administration injectable, ils ont affaire à un professionnel de santé régulièrement. Par exemple, chez nous, ceux qui ont une injection retard viennent en hôpital de jour, le jour de l'injection, et je pense que c'est bien aussi car ils ont toujours un lien avec leur maladie, quoi. Cela leur rappelle qu'ils sont malades et qu'ils ont besoin d'une injection.

Etudiante 6 Et ça leur permet aussi, je pense, d'avoir une vie à peu près normale à l'extérieur, parce qu'il n'y a pas tous les jours des médicaments à prendre, en se disant « Ben, je suis malade, je dois prendre ça, ça et ça. ». Là c'est tous les quinze jours donc...

Etudiante 4 Oui, ce n'est pas une idée qui est ressassée quotidiennement. »

Mesures physiques de contrainte :

6. Que pensez-vous de l'utilisation de moyens de contention physique (tels que la chambre d'isolement ou les entraves) en psychiatrie ?

« Etudiante 2 Moi, je n'en avais jamais vues. Là, on en a vue une où le patient a été entravé mais...

Etudiante 5 Ben c'était parce qu'il avait tapé un autre patient.

Etudiante 2 Ah oui. Mais, moi, je me suis aperçue quand même que, pour un patient qui n'arrive pas à se contenir, à se gérer...

Etudiante 5 Oui, c'est une aide.

Etudiante 2 Que le fait d'être entravé, de ne pas pouvoir bouger pendant un temps, c'était apaisant et que quand il est ressortie, il était bien mieux, plus calme, posé... Il a réfléchi à ce qu'il avait fait et a pu le verbaliser.

Etudiante 5 Et même lui, il savait que c'était pour lui, que c'était le seul moyen qu'on avait pour le contenir, et lui, il l'a accepté et il s'est laissé faire, donc voilà, on n'a pas eu besoin de la force pour l'entraver. Sinon, pour la chambre d'isolement...

Etudiante 1 Là, ce n'était pas la première fois...

Etudiante 5 Non, mais certaines fois, il va en chambre d'isolement parce que parfois il monte, il monte, on n'arrive pas à le canaliser, et c'est la le seul moyen pour qu'il se calme, quoi. Ou parfois, même dans la chambre, il monte et alors il y a l'entrave, et lui, il sait que ça lui fait du bien et après il reconnaît que cela lui fait du bien.

Etudiante 1 Moi, c'est mon premier stage en psychiatrie, je n'en ai jamais vue et j'en parlais un peu avec les infirmières du service parce qu'au début, vu que je ne connaissais pas du tout, pour moi, la contention, c'était un soin que je voyais sans but, un peu comme un abus... En fait, je me disais, « Si je me mets à la place du patient, si on m'attache mais bien sûr que je vais devenir folle ! », je voyais un peu le soin dans l'autre sens, je me disais « Il y a de quoi devenir fou si on nous attache et si on ne peut pas exprimer notre colère ! » et je le ressentais comme ça. Mais depuis, j'en ai parlé avec les infirmières qui m'ont dit que c'était vraiment un soin à part entière, que c'est pour contenir le patient quand il devient incontrôlable...

Etudiante 4 Quand il ne peut plus se contenir lui-même en fait.

Etudiante 1 Elles m'ont expliqué que ça ne se faisait pas comme ça, qu'il y a des explications qui vont avec la contention, que c'est pour une durée donnée... Et elles me disaient, ce que j'avais du mal à croire qu'il y avait même des patients qui demandaient la contention !

Etudiante 6 Oui, ça, on a du mal à l'accepter.

Etudiante 1 Qui disaient « Là je sens que ça ne va pas, j'aimerais qu'on m'attache ». C'est vrai qu'au début, je ne le voyais pas du tout comme ça, je me mettais à la place du patient, mais maintenant je le comprends un peu mieux, même si je ne l'ai jamais vécu.

Etudiante 6 Et puis, ça les recentre un peu des fois. Moi, je vois, nous, on a un patient qui sent quand il va avoir une crise et qui demande qu'on lui ouvre la chambre d'isolement, ça lui fait un point de repère en quelque sorte, et ça l'apaise.

Etudiante 4 Il sent que c'est son espace à lui, vraiment. En fait, il le demande, et c'est une chambre d'isolement un peu spéciale, il a des temps en chambre et des temps où il a le droit d'aller avec les autres... Il a eu une crise il y a une semaine et il y a le Sagi qui est intervenu parce qu'il a presque défoncé la porte, mais le lendemain on a laissé quand même ses temps en chambre et ses temps avec les autres et c'est vrai que dès qu'il se sentait pas uniquement fatigué, mais aussi, quand il sentait l'agacement, il venait nous voir et demander l'isolement. Et même si c'était seulement pour dix minutes un quart d'heure, ça lui faisait du bien....

Etudiante 1 Mais du coup, c'est quoi une chambre d'isolement ? Il y a juste un lit ?

Etudiante 2 Non, il y a aussi une fenêtre qui donne sur la salle des infirmières, il y a juste un lit et une petite table fixés au sol.

Enfin, nous, on a eu pas mal de patients assez difficiles, qui sont arrivés dans des états émotionnels complètement perturbés, et du coup qu'on a mis en chambre d'isolement, et on peut voir l'évolution entre le premier jour ou ils arrivent où ils sont en crise, mais ensuite leur manière de parler évolue. On a eu un monsieur par exemple qui s'est apaisé de jour en jour, parce qu'il s'est senti contenu, on a pu ensuite dialoguer.

Etudiante 4 Oui, ça permet de dialoguer.

Etudiante 2 Mais c'est pas mal utilisé pour les fugues, aussi. Dès que la personne fugue, elle va en chambre d'isolement, mais bon, ça n'empêche pas vraiment...

Etudiante 1 Pourquoi, ça ?

Etudiante 4 Pour éviter les contacts extérieurs...

Etudiante 2 En fait, on a eu un patient qui a fugué, qui a été directement en chambre d'isolement mais qui est ressorti le lendemain...

Etudiante 1 Mais, pourquoi ? Parce que c'est un peu bizarre ça... Je ne comprends pas, ça fait un peu comme une punition.

Etudiante 5 En fait, c'est une personne très délirante, tu parles bien du monsieur retrouvé à Montpellier ?

Etudiante 2 Non, de M. R...

Etudiante 5 Mais lui, il n'est pas retourné en chambre d'isolement, il est allé dans sa chambre mais en pyjama.

Etudiante 2 Ah oui, c'est vrai.

Etudiante 1 Ah je comprends mieux...

Etudiante 5 Mais, c'est une personne très délirante, c'est comme le monsieur qu'on a retrouvé à Montpellier, c'est une personne avec qui on n'arrive pas à communiquer, et à chaque fois qu'il part, on le retrouve là bas et en fait, on n'arrive pas à le soigner. C'est ça, pour lui, on n'a pas de solution.

Etudiante 1 Mais comment vous le retrouvez ? Par la police ?

Etudiante 2 Non, c'est des centres sociaux qui ont appelé l'hôpital... Mais, c'est vrai qu'il y a des gens chez qui, même l'isolement, ça ne change rien, sur lui ça ne marche pas.

Etudiante 5 Oui, chez lui, ça ne change rien du tout, ça ne marche pas.

Etudiante 1 Oui, mais ça peut être comme pour les maladies somatiques, sur des personnes ça marche et sur d'autres pas, je veux dire...

Etudiante 5 Moi, je pense que dans certains cas l'entrave est utile pour le patient. Après, pour la chambre d'isolement, oui il y a des personnes pour qui ça marche, mais il y en a aussi d'autres pour qui ça ne marche pas mais après, du coup, qu'est ce qu'on fait si la chambre d'isolement ne marche pas ?

Etudiante 3 Moi, je pense que c'est utile, il faut juste que ce soit adapté. Il faut que ça soit vraiment personnalisé, quoi..

Etudiante 1 Pareil, moi je pense que c'est utile aussi du coup... Au début, je pensais que c'était abusif... Mais après, je pense toujours que ça serait abusif chez certains patients qui n'en ont pas besoin, si c'est fait dans des cas un peu...

Etudiante 2 En fait, c'est pour soulager la personne. Moi, ce dont j'avais peur, c'est que ce soit fait à la base pour soulager l'équipe.

Etudiante 5 Oui, je pensais ça aussi.

Etudiante 2 C'est vrai que c'est bête, mais encore aujourd'hui, on a un monsieur qui est parti en chambre d'isolement, et c'est vrai que je suis allée à l'entretien ce matin pour savoir pourquoi il était parti en chambre d'isolement, mais je n'ai pas vraiment compris l'utilité de la chambre d'isolement dans ce cas là.

Etudiante 5 Ben là, en fait, c'était carrément une punition.

Etudiante 2 Oui, voilà, moi je l'ai perçu comme ça. Et c'est un monsieur qui essaie de s'effacer au maximum, parce qu'il est assez turbulent... Donc, en fait, sur certaines petites choses... Je pense qu'il y a aussi la peur vu qu'on a aussi deux patients qui ont le sang assez chaud. Du coup, depuis qu'ils sont là tous les trois, ils tournent en chambre d'isolement...

Etudiante 5 Pour les séparer...

Etudiante 2 En fait, ça peut être pour en isoler un, pour les séparer...

Etudiante 5 En fait, là, comme je le ressens, c'est vraiment pour les séparer...

Etudiante 2 C'est pour la prévention...

Etudiante 5 Ben, en fait, ils font ça quand ils n'arrivent pas à trouver une solution.

Etudiante 2 Après, ça dépend de la représentation de la chambre d'isolement... Si c'est perçu par la personne comme une prison, une punition, ça ne sera plus soignant, ce sera au contraire une détention, ça n'aura plus de but éducatif. »

7. Que pensez-vous de l'utilisation de la mise en pyjama (par exemple, au décours d'un épisode d'agitation aigüe ou en prévention du risque suicidaire ou de fugue) en psychiatrie ?

« Etudiante 2 Chez nous, ils fuguent en pyjama, alors...

Etudiante 5 Oui, ils fuguent en pyjama, ils passent le portail comme ça. Ben, le monsieur de Montpellier a été retrouvé en pyjama trois fois, en pyjama et chaussons. Donc, pour cette personne, ça n'avait pas grand intérêt, de toute manière qu'il soit habillé ou en pyjama, ça ne changeait rien...

Etudiante 1 Mais, on doit le voir passer à l'accueil...

Etudiante 5 Ah, je ne sais pas du tout par où il est passé...

Etudiante 2 Ben oui, c'est pareil, c'est une manière de contenir la personne, donc moi je ne trouve pas ça...

Etudiante 1 C'est un peu une manière de créer une rupture, je pense, entre l'extérieur où il est livré à lui-même, où il n'a pas de soins et où il doit se débrouiller et là la mise en pyjama ça vient lui montrer qu'il est contenu par ça, par l'encadrement de l'hôpital, par les soignants, que tout ça c'est là pour lui. C'est vraiment le moyen de faire une rupture entre l'extérieur et le soin... Et pour les fugues, aussi ça marche.

Etudiante 4 Moi, j'ai beaucoup de mal avec cette mesure de mise en pyjama, car, hors le patient qui est en chambre d'isolement, les deux autres personnes que j'ai vues qui devaient porter le pyjama l'ont vraiment vécu comme une punition, et ne l'ont pas comprise... En fait, je ne sais pas parce qu'on attaque juste la troisième semaine de stage et qu'on manque d'information, mais là, elles l'ont vraiment mal vécu, elles l'ont vécu juste comme une punition et je n'ai pas trouvé ça thérapeutique...

Etudiante 1 Il n'y avait pas d'explication, peut être.

Etudiante 4 Oui ou alors, elles ne l'entendaient pas... Mais moi, j'ai eu du mal. Et en fait, leur comportement n'a pas spécialement changé le jour où elles ont retrouvé leurs vêtements, et elles ont même été un peu mieux.

Etudiante 6 Et par rapport aux autres patients, c'est assez stigmatisant.

Etudiante 2 Oui, c'est sûr.

Etudiante 6 Parce que, la personne qui est en pyjama, si elle essaie de s'ouvrir au service en allant vers les autres, les autres, en voyant le pyjama, vont la rejeter.

Etudiante 4 Oui, ils ont plus de mal à aller vers les autres, ça crée une barrière.

Etudiante 1 Oui, parce que tout le monde n'est pas en pyjama du coup.

Etudiante 4 Nous, on est sur un pavillon ouvert et dès qu'elles sortent... En général ce sont des personnes qui ne peuvent pas sortir dans le parc, mais on a un petit parc dehors auquel elles ont droit, mais elles n'osent pas. Souvent, ce sont des personnes isolées, du fait de ce pyjama.

Etudiante 1 C'est peut être des gens qui ont déjà fugué auparavant ?

Etudiante 4 Non, pour la patiente à qui je pense, c'est sa première hospitalisation, donc...

Etudiante 5 Chez nous, il n'y a pas de différence entre les personnes en pyjama ou pas. Ceux qui sont en pyjama sont assez virulents en fait, c'est les trois qui ne doivent pas rester ensemble et sinon, on a un délirant qui ne se mêle pas aux autres.

Etudiante 4 Oui c'est aussi par rapport à la pathologie. La personne à qui je pense, c'est une personne qui fait surtout de l'automutilation, il n'y a pas de danger pour les autres, donc c'est assez mal vécu.

Etudiante 2 Après, c'est pareil, ça doit être utilisé à bon escient et réfléchi en équipe avant.

Tous- Oui. »

Mesures morales de contrainte (obligations) :

8. Que pensez-vous de l'utilisation, au cours d'une hospitalisation en psychiatrie, de moyens de contrainte (par exemple, la restriction des sorties) sur le patient malade mental présentant des troubles du comportement afin de lui faire adopter une attitude plus citoyenne et adaptée aux règles de la vie en société ?

«Etudiante 2 Moi, je ne comprends pas pourquoi certains patients n'ont pas droit aux visites, aux coups de téléphone...

Etudiante 1 Moi, je pense que c'est toujours pour créer une rupture entre l'extérieur où il était sans soins, et là où il a des soins et aussi pour permettre au patient de se recentrer sur lui-même, qu'il ne pense pas à sa famille, qu'il puisse penser plutôt à sa maladie et à son traitement, et pour que ça puisse aussi calmer ses hallucinations, ses angoisses, ses persécutions... Moi, je pense que voilà, ça sert à ça.

Etudiante 2 Oui, mais moi, ce que je ne comprends pas c'est que la famille soit écartée... Après, pour moi, je pense qu'une personne qui a une maladie mentale, son devenir après c'est de rentrer chez elle. Après je comprends que dans la première période, celle de la crise, qu'il faut avoir une coupure, mais après je ne comprends pas pourquoi ça dure, quoi ...

Etudiante 5 Après de contrôler le comportement pendant l'hospitalisation, moi, je pense que des fois, c'est obligé. Comme par exemple, pour le téléphone parce que nous, on a des patients qui n'ont droit qu'à un coup de téléphone par jour mais s'ils avaient le droit au téléphone sans limite, ils appelleraient toute la journée ! Ou, par exemple, le droit d'aller dans le grand parc, s'il n'y avait pas de limite, il y en a qui passeraient leur journée à la cafétéria... Donc, des fois, on est obligés de mettre des contraintes morales comme ça, parce que sinon il y aurait des abus, même sans que le patient s'en rende compte, mais je pense qu'il y aurait beaucoup d'abus. Mais bon c'est vrai que, des fois, dans d'autres cas, je ne trouve pas ça forcément très utile... Comme par exemple, les empêcher de voir leur famille, bon, au début je comprends, mais après je ne vois pas à quoi ça servirait, ça serait plus les rendre solitaires, ça les coupe de leur monde, de leur famille... Parce que, la plupart du temps, on s'appuie quand même vachement sur leur famille donc les couper de leur famille, des fois, ça ne sert pas à grand-chose parce que la famille, il faut qu'on l'intègre dans le soin aussi parce que, à l'extérieur, elle va bien faire partie du soin, non ?

Etudiante 4 Après, c'est comme à chaque fois, ça dépend de la pathologie. Il y en a qui vont avoir des délires cohérents où cela va être plus facile d'enrober la famille dedans et après la famille, où elle qu'elle se place ? Il y a la vérité du délire, de ce que dit le patient et après il y a aussi la vérité de ce que disent les soignants...

Etudiante 5 Oui, voilà.

Etudiante 2 Après, ça dépend, c'est du cas par cas...

Etudiante 4 Oui, c'est difficile de donner une réponse systématique.

Etudiante 5 Après, la privation en cas d'incivilité, ben c'est une punition, quoi. C'est dire « Si tu es gentil, tu auras droit à quelque chose »... Enfin, c'est la carotte, quoi !

Etudiante 6 Moi, je pense que ça peut être protecteur par moments parce que je vois que, par exemple, on a une patiente jeune qui s'est fait un petit ami dans un autre pavillon, et qui toute la journée demande à sortir et si on la laissait sortir, il y aurait eu des rapports non protégés... Donc c'est pour la protéger, parce qu'elle est fragile, qu'elle est immature, et là je trouve qu'on a aussi un rôle protecteur, dans la mesure où on fait de la prévention par rapport à la sexualité. Et puis, par rapport à son traitement, elle a pris pas mal de poids et vu qu'à la cafétéria elle n'est pas surveillée...

Etudiante 5 Voilà, après, ça dépend de la personne, ça dépend de la pathologie, il faut faire du cas par cas là-dessus, on est obligés...

Etudiante 3 Après, moi j'ai beaucoup de mal à visualiser ça, parce que nous, en hôpital de jour, on a que des patients stabilisés où ça se pose différemment... On a plus le cas du patient irrespectueux, par exemple au moment des repas, mais après...

Etudiante 1 Mais après, il y en a chez qui c'est une personnalité et pas forcément la maladie... Il y a des éducations différentes, c'est comme à l'école, je veux dire, partout il y a des gens insolents, des gens polis et des malpolis... Voilà, après on peut « discuter », pour rappeler les règles, recadrer un peu la personne mais on ne peut pas la punir, parce que ce n'est pas un enfant... On ne va pas l'infantiliser, lui dire « Tu n'as pas été sage, tu

vas au piquet », ce serait un peu débile ! Moi je pense que ce n'est pas forcément la pathologie qui fait ces comportements là.

Etudiante 2 Oui voilà, après ça dépend du milieu social, du cadre familial dans lequel on vit, c'est super important et ça peut influencer le comportement. »

9. Que pensez-vous de restrictions (par exemple, l'arrêt du travail ou un changement du mode de vie) qui s'exerceraient, éventuellement sous contrainte, dans le projet de vie du patient atteint d'une maladie mentale ?

« Etudiante 5 Ben, c'est un peu aller contre ce que le patient veut, quoi ... D'un côté, c'est bien pour la personne, parce que par exemple, si une personne est incapable de revenir chez elle, de vivre chez elle, la placer ça va être contre ce qu'elle veut mais ça va être pour son bien à elle, donc d'un côté, c'est bien. Mais d'un autre côté ce n'est pas bien, parce que c'est plus « C'est nous qui décidons ce que toi, tu vas faire » et c'est l'infantiliser, en fait.

Etudiante 2 Oui après, c'est pareil, ça dépend de la pathologie de la personne, du degré d'autonomie de la personne, de sa capacité au niveau de la prise de décision... Après c'est sûr, il y a des gens qui ne peuvent pas y arriver et qu'il va falloir aider et pousser dans le bon sens, comme par exemple, lui expliquer qu'il ne va pas pouvoir retravailler. C'est délicat, je trouve.

Etudiante 3 Moi, je pense que c'est un peu une histoire de négociation, entre ce que le patient veut, ce qui serait bien pour lui, ce qu'il est possible de faire... C'est un peu ce qu'on fait ici, à l'hôpital de jour, entre ceux qui veulent absolument retravailler dans des secteurs qui ne sont pas du tout plausibles pour elles, et puis d'autres propositions qui sont faites... Oui, c'est de la négociation, mais je ne pense pas que faire adhérer, enfin, qu'imposer quelque chose à une personne qui n'y adhère pas du tout, ça soit forcément une bonne chose pour lui, parce que s'il n'a pas envie, il ne le fera pas, quoi.

Etudiante 1 Déjà, quand ils ont envie, ils ont déjà beaucoup de difficultés, de barrières, alors s'ils n'ont pas envie...

Etudiante 4 Oui, ils ont des difficultés à mettre en place des choses et à les faire aboutir.

Etudiante 5 Et ça leur rajoute des contraintes en plus... C'est comme nous, par exemple, on a une patiente qui habitait à Lille, qui en fait, ne sortait plus de son studio, ne voyait plus personne... Donc ses parents l'ont fait revenir ici, et elle a été placée à l'hôpital et là maintenant son idée pour sortir, ce n'est pas de retourner chez ses parents mais c'est de retourner à Lille. C'est son idée à elle sauf que, vu comme ça s'est passé avant, ce n'est pas possible de la laisser repartir à Lille parce que ça va recommencer dans le même sens... Il y aurait l'idée de la placer chez ses parents sauf qu'elle ne veut pas y retourner, mais alors qu'est ce qu'on peut mettre en place ?

Etudiante 4 Par exemple, trouver une solution intermédiaire avec un foyer à Lille...

Etudiante 5 Elle ne veut pas, elle refuse le foyer, elle veut repartir dans un studio à Lille...

Etudiante 1 Ou alors, qu'elle soit suivie à Lille en hôpital de jour...

Etudiante 2 Moi, je trouve que c'est délicat la place de la liberté individuelle dans la santé mentale...

Etudiante 1 Après il n'y en a plus trop, et d'un côté je trouve que c'est normal, parce que la liberté, elle appartient à tout le monde, mais toi, tu profites de ta liberté parce que t'en es capable et que tu as toutes tes capacités qui font que tu sais que la liberté... En fait, on est tous libres mais, en fin de compte, on n'est pas libres à cent pour cent. Je veux dire, si tu veux aller brûler une voiture, tu n'as pas le droit. On a tous des barrières, on a tous un code commun pour pouvoir vivre en société sauf qu'eux, ce code, ces barrières, ils ne l'ont plus du fait de leur maladie. Ils ne se rendent plus compte de certaines choses donc pour eux, ils sont même « trop libres » du coup, et alors ils ne peuvent pas profiter comme ils veulent de leur liberté, parce que pour le moment, ils n'en sont pas capables...

Etudiante 2 Mais après, c'est difficile de dire à quelqu'un « Ce n'est pas possible, tu ne travailleras plus » alors qu'on a une personne stabilisée, qui prend régulièrement son traitement, où ça marche et qui veut faire des choses, pas forcément très intellectuelles, comme par exemple, faire les marchés, des choses comme ça ... C'est délicat, je trouve, d'imposer de ne plus travailler à une personne qui se sent apte et a envie de travailler.

Etudiante 1 Pas forcément, tu vois, parce que dans notre service, en hôpital de jour, ils ont tous des buts mais, nous, on a aussi des ateliers tôt le matin, où l'accueil se fait à 8h30 et ça oblige les patients à se lever, ça sert à leur redonner un rythme de travail pour ceux qui veulent retravailler...

Etudiante 3 Mais ils ne sont pas obligés d'y aller non plus.

Etudiante 1 Oui, voilà. Mais la plupart ont envie de dormir et disent qu'ils ont beaucoup du mal à se lever parce qu'il y a aussi les cachets et il y en a qui somnoient un peu... Mais voilà, il y a un but donc après, si la personne est stabilisée, il y a d'autres services faits pour amener vers ces buts là, l'autonomie et la resocialisation et plus forcément en hospitalisation complète, où la personne n'aura peut être plus sa place mais dans des services plus adaptés.

Etudiante 2 Moi, j'ai un peu cette vision là aussi parce qu'on a des patients qui ont des pathologies assez compliquées, qui ont tendance à la manipulation et qui font paraître des choses qu'ils ne sont pas intérieurement et du coup, c'est difficile de faire la différence, mais ça c'est parce qu'on n'a pas assez d'expérience.

Etudiante 3 Déjà. Et puis, chez nous, ils sont stables, et chez vous, ils ne le sont pas.

Etudiante 2 Et puis, ils sont très fluctuants, en fait. La plupart des patients, moi, quand je suis arrivée, je me suis demandé « Qu'est ce qu'ils font là tous ces gens ? Ils m'ont l'air assez normaux » et en fait après, on découvre autre chose et ça change... »

Arrêt des contraintes :

10. Que pensez-vous de l'arrêt éventuel de toute mesure de contrainte extérieure (c'est-à-dire ne relevant pas du patient lui-même) dans la prise en charge du patient malade mental stabilisé qui a pu intégrer cette contrainte à son psychisme ce qui lui permet ainsi de se soigner librement de façon adaptée ?

a. chez les malades mentaux n'ayant jamais présenté de dangerosité pour les autres.

b. chez les malades mentaux ayant déjà présenté une dangerosité pour les autres.

« Etudiante 3 Après, ça, ça dépend de l'évaluation qui a été faite, je veux dire, il y a sûrement eu une évaluation qui a été faite quand ça va mieux, pour savoir s'il est apte ou pas à se prendre en charge, à vouloir continuer de lui-même, et si la contrainte peut s'arrêter, ou pas... »

Etudiante 6 Moi, je ne sais pas.

Etudiante 5 Ben, moi, je pense que ça peut être un peu dangereux quand même, et pour les deux sortes de patients. Parce que s'il y a eu une contrainte, ce n'était pas pour le plaisir de mettre une contrainte, quoi, c'était pour le patient...

Déjà, je pense que la contrainte, il faut l'enlever progressivement, pour que le patient se réhabitue à vivre seul, sans avoir du personnel soignant autour, sans qu'on soit derrière lui en lui disant « Il faut que tu prennes ton traitement, il faut que tu fasses ça ». Je pense que ça doit être fait au fur et à mesure, doucement, parce que par exemple, nous, on a des patients qui sont là depuis trois mois, qui sont habitués à avoir la présence du personnel soignant, qu'on leur dise quand est ce qu'il faut qu'ils prennent leurs médicaments...

Alors, je sais bien que l'arrêt des contraintes, ce n'est pas forcément l'arrêt des soins, mais par exemple, pour la contrainte qu'on soit derrière eux pour leur dire de prendre leur traitement et de devoir prendre les médicaments devant nous, ben là du coup, ils vont se dire « C'est bon, c'est la liberté donc je peux faire ce que je veux »... Donc ça peut être dangereux, parce que d'un côté, il peut se dire « Bon, je n'ai plus de troubles donc j'arrête le traitement », ou alors il va continuer son traitement en se disant « Ben, si j'arrête, ça va repartir ». Après, c'est comme la personne le ressent, quoi... Après, ça dépend aussi de la personnalité parce que si une personne, ça fait déjà trois fois qu'elle revient dans le service, on ne pas arrêter la contrainte pour pouvoir continuer à la suivre, quoi...

Et puis, il y a des personnes qui peut être se sentent capables, quand elles sont toujours sous contrainte, de se gérer un peu seules, d'être un peu libres sur ce plan là, et qui le jour où elles le sont, se rendent compte que c'est plus difficile que prévu, qu'il faut penser à pas mal de choses, et qui du coup, peut avoir des angoisses, se dire « Ben, là, je suis tout seul », se sentir livré à soi même parce qu'il faut avoir confiance en soi. Je pense que ça peut être difficile pour certains patients.

Etudiante 5 Et puis cela doit mettre vachement la pression... En gros, c'est « Le personnel soignant me fait confiance pour que je ne reparte pas en crise ». Moi, ça me mettrait la pression de me dire « Bon, maintenant je suis livrée à moi-même, il faut que je me débrouille toute seule », quoi.

Etudiante 2 Ou ça peut être un test...

Etudiante 5 Oui, voilà. Après, en ce qui concerne la dangerosité, ben pour moi, c'est pareil... Parce que, s'ils ont atterri à l'hôpital, c'est qu'ils avaient besoin de soins, d'aide, qu'ils soient dangereux ou pas, donc je pense que je ne ferais pas la distinction entre les deux.

Etudiante 1 Moi, je ferais peut être une petite distinction, je pense que je serais plus sur mes gardes, pas de relâcher un patient parce qu'il n'était pas en prison, mais de rendre vraiment libre un patient qui a été dangereux, parce que s'il a été capable de passer à l'acte, c'est qu'il était encore plus loin dans la maladie que son collègue qui n'est pas encore passé à l'acte, c'est qu'il est plus désinhibé et du coup, je pense qu'il faut peut être mettre un peu plus longtemps pour le laisser libre, qu'un patient qui n'est jamais passé à l'acte. »

Vision générale :

11. Finalement, que pensez vous de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie ?

« Etudiante 3 Ben toujours pareil... Elle doit être personnalisée, ne pas être abusive et toujours dans un but précis. Et, à mon avis, elle est vraiment utile dans certains cas.

Tous –Oui. »

6.2.7. Population générale :

Mesures légales de contrainte :

1. Que pensez-vous de l'utilisation éventuelle de mesures d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie, chez des patients en refus de soins ?

- a. ayant déjà présenté ou présentant une dangerosité pour les autres.
- b. ne présentant pas de dangerosité pour les autres, mais présentant une maladie mentale dont l'évolution sans traitement peut être grave et dangereuse pour eux-mêmes.

« Femme 1 Dans le cas de danger pour soi uniquement, il peut y avoir quand même un danger pour les autres à mon avis, car les réactions sont imprévisibles, le malade peut par exemple bouger un meuble sans vouloir faire mal à quelqu'un, et que quelqu'un le reçoive par exemple... Si par exemple il attrape une chaise et qu'il la jette, quelqu'un la reçoit, c'est dangereux quand même pour d'autres personnes.

Homme 2 Alors qu'il ne pensait pas faire du mal à d'autres personnes...

Femme 1 Non, il ne pensait pas faire du mal, mais il est dangereux quand même potentiellement parce que ses réactions ne sont pas prévisibles et contrôlées.

Femme 3 Moi, je pense que, quand on en arrive là, pour moi, je trouve que c'est nécessaire car c'est quand même sa vie ou celle des autres qui est en jeu, quoi. C'est quand il y a un risque vital...

Homme 4 Ou quand il y a un danger envers les autres.

Femme 3 Et ensuite, par la parole, on peut essayer de le faire changer et qu'il prenne conscience justement de ses problèmes pour pouvoir ensuite revivre en société correctement sans nuire à personne, que ce soit aux autres ou à lui-même. Moi, je pense que parfois c'est indispensable.

Homme 2 Mais est ce qu'il revivra un jour en société aussi ? C'est ça le truc, parce que si c'est pour les enfermer toute leur vie sous contrainte...

Femme 1 Non, avec un traitement médicamenteux, ils doivent normalement pouvoir retourner parmi les autres.

Homme 2 Mais au bout de combien de temps ?

Femme 3 Et s'il ne prend plus de médicaments, tu y as pensé ?

Homme 5 Oui, s'il ne prend plus les médicaments ?

Femme 3 S'il ne prend plus de médicaments, personne ne le sait, ça ; tu dis : « OK, si tu prends tant de médicaments, eh bien tu peux vivre en société, oui mais si... »

Femme 6 Mais tu n'es pas obligé de le faire, quoi...

Femme 1 Il faut voir si la personne est fiable...

Femme 7 La question concerne l'hospitalisation.

Femme 1 L'hospitalisation est indispensable.

Homme 2 Est ce qu'on doit ou on ne doit pas les hospitaliser ?

Femme 6 C'est un biais nécessaire.

Femme 3 C'est dur mais je pense que si les proches en arrivent là, c'est qu'il n'y a pas d'autre solution.

Homme 4 C'est un isolement.

Femme 1 Moi, j'ajouterai quelque chose quand même, il faut être prudent, et vérifier si la famille n'a pas envie de se débarrasser de la personne pour hériter, pour lui prendre son argent...

Homme 5 Oui.

Homme 4 Mais il y a quand même des experts qui passent derrière...

Homme 5 et Femme 1 Pas forcément !

Homme 2 Ben, il faut se méfier des demandes de la famille, c'est sûr. Ce n'est pas toujours bien intentionné. Mais, en ce qui concerne le préfet, je pense que c'est qu'il a déjà fait quelque chose !

Femme 3 Le préfet, c'est qu'il y a un acte de police derrière, certainement.

Femme 1 Voilà, mais en ce qui concerne la famille, il faut être prudent, voir s'il n'y a pas de l'argent à la clé...

Femme 3 Ou alors se débarrasser d'une charge.

Homme 5 Ou simplement pour se débarrasser de quelqu'un, hein, c'est tout !

Homme 4 Il y a quand même un médecin qui va l'examiner.

Femme 3 Tu sais, quelqu'un parfois un peu simple d'esprit...

Femme 6 Oui, c'est ça.

Femme 7 Ou qui délire simplement, mais qui n'est pas dangereux...

Homme 5 C'est ça aussi.

Homme 2 C'est ça aussi, l'hospitaliser sous la contrainte alors que ce n'est pas quelqu'un de dangereux, qui est apte à juger ça justement ?

Femme 3 Eh bien le psy, il n'y a que le psy pour faire ça...

Homme 2 Oui, mais pour ça, le patient, il ne faut pas le voir une heure par-ci par-là...

Femme 3 C'est pour ça que tu es obligé de l'hospitaliser, pour faire une étude sur lui pendant une semaine...

Homme 2 Mais peut être pas. Moi, je suis pour l'hospitalisation complète sous la contrainte mais progressive, déjà...

Femme 1 Non, non, non, il faut d'abord l'hospitaliser et après voir quelle est la situation, et éventuellement le relâcher.

Femme 3 Si le psy se rend compte que c'est un problème de la famille, peut être que son rôle, là, c'est de prévenir la police...

Homme 2 Moi, je suis pour l'hospitalisation, d'accord mais avec une certaine autonomie surveillée, tu vois...

Femme 1 Oui.

Homme 2 Parce que l'isolement, comme ça d'un coup, du jour au lendemain...

Femme 1 Sauf s'il est très dangereux.

Femme 6 Cela dépend des cas.

Homme 2 S'il est très dangereux, oui.

Femme 1 S'il est très dangereux, dans ce cas là, il ne doit pas sortir.

Femme 7 On n'est pas dans la sortie, on est dans l'hospitalisation...

Femme 3 S'il a des armes au poing,... Bien sûr.

Homme 4 Si c'est un psychopathe...

Homme 2 Oui, mais donc ça doit être progressif.

Femme 7 Si c'est quelqu'un de dangereux, de toute façon, il va être automatiquement hospitalisé. Il n'y a pas de doute. S'il est dangereux pour les autres, on est bien obligé de l'hospitaliser, c'est certain.

Homme 4 Il faut hospitaliser, voilà.

Femme 7 La question, ce serait plutôt pour quelqu'un qui ne serait pas dangereux...

Femme 1 Donc, ce que je pense, c'est que dans un premier temps, il faut l'hospitaliser, et qu'on voie après.

Homme 2 Mais que ce ne soit pas complet, que ce soit plus progressif, peut être parce que c'est une contrainte, hein...

Homme 4 Il y a une analyse à faire, je crois.

Femme 7 Oui, mais pour les dangereux, de toute façon l'hospitalisation, c'est sûr, elle est indispensable.

Femme 3 On ne va pas attendre qu'il tue quelqu'un !

Homme 4 Mais est-ce que ça veut dire directement l'isolement aussi ?

Femme 7 Non, ce n'est pas ça, là on est dans l'hospitalisation.

Femme 1 Cela, c'est après, une fois qu'on arrive à l'hôpital.

Femme 3 Par contre, si c'est suite aux dires de quelqu'un, je pense qu'il y a une enquête à mener avant...

Femme 1 Non, pas avant.

Femme 3 Peut-être même au domicile du patient, si c'est juste des racontars...

Femme 1 Mais dans ce cas là, c'est mieux de mettre le patient à l'abri, à l'hôpital, et voir après ce qu'il en est pour son environnement.

Femme 7 J'ai vu un médecin qui avait hospitalisé une personne, il n'était pas son médecin traitant, il ne l'avait pas vue, il a fait un certificat...

Homme 5 Cela aussi, ce n'est pas normal.

Homme 4 C'est le danger.

Femme 3 Cela, ce n'est pas normal.

Femme 7 Sur les dires de la famille...

Femme 3 Eh bien non, hein, il faut qu'un médecin ait vu la personne.

Homme 2 Après, l'hospitalisation sous la contrainte, ce n'est pas forcément que pour des personnes hyper dangereuses, ça peut être pour une personne qui pourrait être dangereuse. Et cette personne là, déjà je pense que sous la contrainte, on n'obtient pas forcément de bons résultats.

Femme 3 Ah ben non.

Homme 2 Donc, si la personne ne veut pas, en la forçant à faire quelque chose, on ne pourra jamais la réintégrer proprement dans la société.

Homme 4 Après, un suicidaire, il n'est pas dangereux pour les autres...

Homme 2 Oui, mais, un petit coup de folie et il peut toujours se suicider, et emmener d'autres personnes avec lui...

Femme 3 Oui, est-ce qu'il vaut mieux être sous la contrainte, hospitalisé, et avoir peut-être une solution ? Ou bien se suicider et c'est aussi une solution...

Femme 1 On en revient au libre arbitre. Moi, je trouve qu'on doit avoir le droit de se suicider.

Homme 2 Si on est au bout du rouleau, moi je suis d'avis aussi... Mais pas d'emmener les autres !

Homme 4 Oui, c'est ta vie...

Femme 7 Oui, moi je trouve qu'on doit avoir le droit de quitter la vie, si on n'a plus d'intérêt, si on n'a plus personne qui nous aime. Par exemple, il y a des gens complètement isolés...

Femme 3 Dans les grandes dictatures, le suicide, c'est la seule liberté...

Femme 7 Moi, je pense qu'il faut distinguer les suicides qui sont des appels à l'aide et...

Femme 1 Sauf si c'est maladif, si c'est dû à une dépression qu'on peut soigner, dans ce cas là...

Femme 3 Ou à un délire. Oui, c'est ça, si c'est quelqu'un qui croit qu'il peut voler, et qui essaie de se jeter d'un immeuble...

Femme 1 Cela, c'est autre chose.

Femme 7 Cela, c'est le danger immédiat, c'est non-assistance à personne en danger si tu ne le secours pas, c'est tout simple.

Femme 1 Oui.

Femme 7 C'est non-assistance à personne en danger. Si tu vois la personne en train de le faire, tu ne peux pas faire autrement que de l'empêcher... Par contre, si la personne dit : « je pense à me suicider », alors là, c'est plus délicat je trouve.

Homme 4 Ou bien : « tu ne me verras plus demain »...

Femme 7 Eh bien oui, parce qu'à ce moment là, est-ce qu'on a le droit de l'enfermer, de l'emprisonner, alors qu'elle a juste exprimé un désir, éventuellement, de se suicider ?

Homme 4 Oui.

Femme 3 C'est peut-être juste une alerte, parfois, pour qu'on s'intéresse à cette personne...

Femme 7 A ce moment là, il y a peut-être d'autres moyens, c'est peut-être de l'entourer, que la famille justement l'entoure...

Homme 5 Une personne isolée a besoin, cherche le réconfort.

Femme 7 J'ai connu des gens qui n'avaient plus personne, leurs derniers amis étaient morts avant eux, les dernières personnes de leur famille étaient mortes, ils étaient âgés. Une personne âgée, qui arrive sur la fin de sa vie...

Femme 1 Les enfants, les petits enfants, s'il y en a, parfois on ne les voit pas.

Femme 7 Évidemment, si tu vois une personne comme ça qui va se suicider, tu ne vas pas la laisser faire, ce n'est pas possible, c'est interdit d'ailleurs par la loi.

Homme 2 Je pense que la vraie personne qui se suicide finalement, c'est celle qui n'en parle à personne et qui le fait.

Femme 3 La personne qui en parle, c'est qu'elle veut qu'on s'intéresse, c'est un signal d'alarme...

Homme 4 C'est visible, un suicide.

Femme 3 Un jour, il va passer à l'acte...

Homme 2 C'est ça, mais sans prévenir.

Femme 7 C'est sûr que n'importe qui, s'il voit une personne en train de passer à l'acte va l'empêcher. L'hospitalisation, c'est parer au plus pressé, c'est parer au danger vital immédiat. Par contre, qu'un médecin et la famille décide d'hospitaliser une personne qui a juste exprimé le désir d'en finir, c'est peut-être aller un petit peu vite, il faut peut être tout essayer avant.

Homme 2 Un accompagnement, mais pas forcément une hospitalisation complète...

Femme 3 Parfois, l'hospitalisation en urgence peut être aussi la sécurité contre les personnes qui veulent enfermer le patient, alors qu'il n'a rien fait...

Femme 1 Si quelqu'un a des crises de colère, dangereuses pour autrui, et qui entre temps se comporte normalement, eh bien au bout d'un certain temps, l'entourage ne peut plus le supporter et, plutôt que d'avoir encore d'autres personnes en psychiatrie, parce que, au bout d'un certain temps, c'est tout le monde qui déprime, il vaut peut être mieux l'écarter de la famille, à ce moment là, le malade...

Femme 7 Eh bien non, parce qu'à ce moment là, c'est facile ! Voilà, ça nuit à l'équilibre de la famille, donc on l'écarte...

Homme 2 On impose un peu son internement et ça ce n'est pas bien...

Femme 1 Non, non, quand on voit des gens au bout du rouleau... Attention, parfois, on voit des gens qui n'en peuvent plus, tout simplement... Parce que c'est tout l'entourage qui en prend un coup.

Femme 3 C'est sûr...

Homme 2 Déjà, de là à la mettre de côté, cette personne...

Femme 1 Non, mais avec des crises de colère violentes, dangereuses !

Homme 2 Mais il y a plein de cas possibles...

Femme 7 Mais ça, c'est pour des personnes dangereuses, mais pour les personnes non dangereuses, ceux qui ne sont dangereux que pour eux mêmes, tu ne vas quand même pas les hospitaliser...

Femme 1 Ah non...

Homme 2 Oui, mais dangereux pour eux mêmes, ça veut dire aussi des personnes inconscientes tout simplement, ce n'est pas forcément des personnes suicidaires, ce sont des personnes qui peuvent aussi ne pas faire attention, tomber dans l'eau...

Femme 1 Là, on arrive à l'Alzheimer !

Femme 7 Là, c'est différent, on est obligé de protéger. Mais une personne qui a toute sa tête, parfois c'est délicat de la contraindre...

Homme 2 Parce qu'elle a sa liberté, la personne. Si elle a envie de se « foutre en l'air », et qu'elle est consciente de ça, c'est malheureux, il faudrait essayer de l'aider c'est sûr, mais pas l'interner. On a le droit de se supprimer, ça fait partie de la liberté...

Femme 7 Si elle risque de passer à l'acte, elle risque de gêner la famille, donc on l'empêche de passer à l'acte...

Femme 1 Des personnes paranoïaques, qui tyrannisent la famille...

Femme 7 Ca c'est autre chose, c'est un autre cas. Si c'est quelqu'un de dangereux, c'est évident, on peut pas le laisser...

Femme 3 Ca peut ne pas être l'internat mais plutôt des visites chez le psy tous les jours, le matin par exemple, mais sans enfermer la personne. Il faut qu'il y ait un suivi psychiatrique intense.

Homme 2 La personne qui se fait interner malgré elle et qui est suicidaire, ce qui peut se passer aussi c'est qu'elle peut nourrir une haine envers ceux qui l'ont internée. Parce qu'elle ne voulait pas, qu'elle a toute sa

conscience, qu'elle voulait juste se supprimer... Et ce qui peut se passer, c'est qu'elle peut ne pas être soignée et en sortant de là, elle peut se suicider, elle peut vouloir tuer des gens.

Femme 3 Ou elle peut en vouloir à ses proches, qui ont demandé l'internement. Développer une autre maladie psychiatrique...

Homme 2 Dans des cas vraiment extrêmes hein !

Homme 5 Cela peut se passer aussi autrement : une personne normale que tu enfermes, il peut devenir violent aussi...

Homme 2 Il y a des folies passagères aussi.

Homme 4 Est ce qu'il est conscient ou pas ?

Femme 7 De toute façon, c'est une situation d'urgence.

Homme 2 Par exemple, on a vu hier dans « la Voix du Nord », qu'une femme s'est suicidée avec un fusil de chasse, elle venait de divorcer de son mari, elle a pris son enfant de onze ans, et avec une balle, ils se sont suicidés à deux en fait... C'est un cas d'urgence, mais on vraiment agir là, parce qu'on n'est pas là. Dans un cas comme ça, ce n'est pas que faire du mal à soi même, elle était pas obligée de prendre son enfant. Elle en voulait peut être à son mari, qui était chasseur, ou je sais plus quoi, et elle a prit son fusil.

Femme 1 Il y a bien quelqu'un qui a tué toute sa famille il n'y a pas si longtemps...

Homme 2 Dans ces cas là, la personne, elle a le droit de se suicider, mais elle n'a pas le droit d'emporter son enfant avec. Là, pour un cas comme ça...

Homme 5 Là, on ne peut plus rien faire pour elle, dans tous les cas.

Homme 2 C'est une situation d'urgence, mais on peut le voir peut être avant...

Homme 5 Elle n'est pas forcément malade, c'est du désespoir.

Homme 2 Non, c'est une folie passagère.

Homme 5 Une folie passagère, mais ça peut être dangereux...

Homme 2 Justement, pour des cas très connus comme le divorce, il peut y avoir un accompagnement psychiatrique.

Homme 5 Non.

Homme 2 Non, on ne peut pas imposer ça aux gens, hein ?

Femme 1 C'est la liberté des gens quand même.

Homme 2 Là c'est pareil...

Homme 2 En gros, c'est comme si on enfermait quelqu'un qui pourrait faire mal aux autres mais qui n'a rien fait pour l'instant. C'est une peine avant la peine !

Femme 3 C'est sur des intentions, quoi... Est ce qu'on peut enfermer quelqu'un sur ses intentions et non pas sur ses actes ?

Homme 2 Voilà.

Femme 1 Moi, je pense que non...

Femme 3 Moi je pense qu'il doit y avoir des actes...

Femme 7 Si c'est une famille avec des enfants, c'est sûr qu'il faut agir.

Homme 4 Il faut les protéger...

Femme 1 S'il y en a un qui dit « je vais tous vous tuer »...

Femme 6 Tout dépend des cas.

Femme 7 Souvent, cela n'arrive pas aussi. Si on voit quelqu'un qui a l'air agressif, un père de famille, justement y'a sa femme et ses enfants, là je pense qu'il faut y aller !

Femme 1 A Noël il y en a eu au moins une dizaine...

Homme 5 La folie passagère, on peut en passer par là : il menace, il menace, mais le jour ou il passe à l'acte, c'est trop tard...

Femme 3 Justement, il faut des preuves, des actes.

Homme 2 Finalement c'est un peu comme la prison, la prison avant la peine. Finalement est-ce qu'on peut mettre quelqu'un en prison s'il n'a pas encore fait quelque chose ?

Femme 4 Celui qui a tout préparé pour cambrioler une banque ne passera finalement peut être jamais à l'acte...

Femme 1 Maintenant, je pense qu'on peut tenir compte d'un commencement d'exécution, avec achat de la carabine avec les munitions.

Homme Oui, mais comment surveiller ? La famille ?

Femme 1 Il faut dans ce cas là séparer la personne de la famille, dans tous les cas. Il faut qu'il y ait une décision du juge...

Homme 5 Moi, je ne pense pas.

Homme 2 C'est vrai que c'est une décision d'urgence, la famille a le droit de dire : « l'ex mari de ma sœur est en train de « péter un câble », il a acheté un fusil, ils sont en plein divorce », là c'est sûr que la famille pourrait agir, pour l'enfermer...

Femme 1 Pas l'enfermer.

Homme 4 Cela ne veut pas dire qu'il faut l'enfermer !

Homme 2 De toute façon, c'est une hospitalisation, c'est une contrainte, quand je dis l'enfermer c'est parce qu'il y a une contrainte !

Femme 7 Il faut l'hospitaliser jusqu'à ce qu'il aille mieux...

Homme 2 En fait, la question est générale, ça dépend vraiment, c'est du cas par cas.

Femme 1 C'est ça.

Homme 2 C'est vraiment du cas par cas, il y a tellement de situations différentes...

Femme 1 Pour les gens qui ont une dangerosité pour les autres, c'est clair pour tout le monde que c'est nécessaire, même s'il y en a qui pensent que c'est quand il y a eu acte ou début de réalisation d'un acte, mais quand c'est une dangerosité pour eux mêmes, c'est beaucoup plus mitigé finalement...

Homme 2 Parce que c'est une atteinte à la liberté.

Femme 7 Sauf si c'est immédiat, si on le voit en train de se suicider...

Femme 3 On sauve la personne quoi !

Homme 2 On ne va pas laisser une personne se suicider, la personne a le droit de le faire, mais on peut toujours essayer de l'aider...

Femme 6 Voilà, c'est ça.

Femme 7 Mais dans ce cas là, la personne, même si elle n'agit pas elle-même, elle a le devoir de prévenir de ce qu'elle a entendu ! Si la personne elle dit : « ben oui, elle a le droit de se suicider », et puis qu'elle fait rien...

Homme 2 Ca, c'est sûr.

Femme 7 Par exemple, une personne à qui le dépressif va dire son intention, ça peut être un appel au secours, et si elle ne le dit à personne, si elle ne fait rien, elle est coupable...

Femme 3 C'est non assistance à personne en danger.

Homme 5 Il faut porter secours, dans ce contexte, il faut mettre au courant le maximum de personnes.

Femme 7 Il faut prévenir son médecin.

Femme 3 Ou le dire à un proche...

Homme 5 A tous les membres de sa famille en quelque sorte, tous les membres de sa famille doivent être au courant.

Homme 4 Il faut le dire aux proches et dans ce cas là, on peut le gérer extérieurement...

Femme 1 Si on n'a pas de réaction, la personne passera à l'acte.

Homme 4 Si c'est dans la famille, quelqu'un qui ne va pas bien, oui, mais extérieurement aussi, si c'est quelqu'un que tu ne connais pas, qui va te dire qu'il veut se suicider ?

Femme 7 Tu es coupable quand même.

Homme 2 L'hospitalisation d'urgence, est ce que c'est l'enfermement ?

Homme 5 Pas forcément...

Homme 2 Ca peut être l'écoute, l'écoute du patient, ce n'est pas forcément tout de suite l'internement ...

Femme 1 C'est un soin.

Homme 2 Pour une personne suicidaire, si on entend qu'elle va se suicider, peut être qu'on peut prévenir les autorités, peut être appeler la police tout simplement, dans un premier temps...

Femme 1 Non, s'il n'est pas directement dangereux pour les autres...

Homme 2 Alerter sa famille, prévenir tout le monde.

Homme 5 Je ne crois pas que dans la police, ils soient bien compétents !

Femme 7 Non, non !

Homme 2 Pour les suicides, à mon avis, ils se déplacent...

Femme 7 Ah oui mais là on est dans la tentative, là on est tous d'accord, si tu vois quelqu'un en train de se suicider, tu vas réagir ! Mais une personne qui te dit simplement « Je m'en vais, j'en ai assez » ou tout ça, là, à mon avis il faut le dire à un proche, ou au médecin, pour que la personne soit entourée quoi.

Homme 4 Ah oui. »

2. Si une de vos relations, personnelles ou professionnelles, présentait des signes évocateurs d'une maladie mentale, que penseriez-vous de la réalisation d'une hospitalisation sous contrainte en cas de refus de soins ?

« Homme 4 Moi, je ne ferais que des conseils...

Femme 7 Quelqu'un de dangereux, il faut déjà voir si on n'a pas peur de lui... On peut avoir peur des représailles aussi.

Homme 2 Ah oui, si ça ne marche pas l'internement...

Homme 5 Un enfant ou un parent assez proche, je pense que le premier rôle de la personne c'est de venir en aide, de ne pas laisser seule la personne, et de s'occuper d'elle, et éventuellement l'entraîner progressivement à voir quelqu'un, un psychiatre, ou son médecin, pour essayer de la raisonner, mais ne jamais la laisser toute seule.

Homme 2 C'est vraiment du cas par cas en fait.

Femme 1 En fait, pour quelqu'un qui est vraiment dangereux tout de suite, qu'il soit de la famille ou pas, de l'entourage ou pas, il faut l'isoler.

Homme 4 Il faut l'isoler pour le protéger.

Femme 7 Si c'est la famille, la prise de décision est délicate !

Homme 2 Tu exagères, l'isoler, ce n'est pas la solution non plus...

Femme 1 On appelle le médecin en premier.

Femme 3 Ce n'est pas à toi de prendre la décision, c'est à toi de proposer quelque chose à un spécialiste, c'est le spécialiste qui décide !

Homme 4 Oui, le médecin.

Femme 3 On doit proposer, on doit en parler au spécialiste, qui va dire : « je vais voir, je vais étudier la question et donner mon avis. »

Homme 4 Nous, on ne peut faire qu'alerter...

Femme 4 Donner un signal d'alarme.

Femme 1 Si un spécialiste disait : « une hospitalisation est nécessaire », et me demandait de signer, moi je dirais oui.

Femme 3 Eh bien oui ! Si on s'est déjà posé la question, si toi même tu vois que ça ne va pas.

Femme 7 Si par exemple, il y a dix personnes dans la famille, c'est quand même celui qui a signé qui est « coupable ».

Femme 3 La personne, elle t'en veut à mort !

Homme 4 Je pense que si on lui dit en face...

Femme 7 Oui, c'est à toi qu'elle en voudra.

Homme 2 Moi, si c'était quelqu'un de la famille ou quelqu'un de proche, dans un premier temps, j'essaierais de l'accompagner moi même, avant de signer quoi que ce soit !

Femme 6 Bien sûr !

Femme 1 Voilà.

Homme 2 Je pense que c'est une personne qui a besoin d'un accompagnement, et l'accompagnement de la famille, c'est bien mieux qu'un accompagnement extérieur, donc, il ne faut pas l'isoler de la famille comme tu l'as dit...

Femme 1 Dans des cas extrêmement graves ou la violence n'est pas maîtrisée...

Homme 2 Ah, la violence...

Femme 1 Là, c'est autre chose !

Femme 3 Et quand A voulait sauter d'un balcon, à un moment donné ?

Femme 1 Là, c'est la famille qui est intervenue, donc ça, c'est bien, on peut le faire !

Femme 7 En urgence, c'est sur qu'on est obligé d'hospitaliser...

Homme 4 On est obligé, c'est une question de conscience !

Femme 1 Tout ce qu'on peut faire soi même, on le fait, mais quand vraiment on n'y arrive plus et que c'est trop dangereux.

Femme 7 Mais par contre, c'est trop dangereux en urgence.

Homme 4 Mais il ne faut pas être tout seul pour gérer les choses aussi !

Femme 1 La famille doit tout tenter avant !

Femme 7 C'est une lourde responsabilité, pour celui qui fait, celui qui se dévoue dans la famille pour le faire.

Femme 3 Oui, mais en même temps, est-ce que la responsabilité n'est pas plus importante si jamais tu ne le fais pas et qu'il y a un désastre ?

Homme 2 Eh bien oui, après tu as le remords aussi !

Femme 3 S'il tue tout le monde, avec son fusil par exemple ?

Homme 5 C'est une décision difficile, mais qui doit être collective.

Femme 6 Oui, c'est ça !

Homme 5 Toi, tu ne peux pas décider tout seul !

Homme 2 La signature, ça ne devrait pas être qu'une personne.

Femme 7 En cas d'urgence, si !

Homme 5 Si ce n'est pas urgent, tu peux voir par toi même, tu peux le prendre sous ton aile, mais si ce n'est pas possible, dans ces conditions, c'est vrai, c'est nécessaire, il faut le faire !

Homme 2 Justement dans l'urgence, ce n'est pas forcément la personne la plus proche qui est la mieux placée.

Femme 7 Dans un cas de suicide, c'est sûr que la personne proche ne va pas vouloir que la personne disparaisse, c'est encore plus dur !

Homme 4 Elle va forcément signer.

Femme 7 C'est quelque chose d'égoïste, tu ne vas pas vouloir que la personne meure !

Femme 3 Tu te dis qu'il y aura toujours une solution.

Homme 4 On peut la sauver !

Femme 1 Je prends le cas d'un type qui se retranche dans la maison avec deux enfants, et sa femme arrive à sortir par miracle avec un autre enfant, il y a des enfants qui restent dans la maison avec le mari qui est complètement fou et qui « pête les plombs ». Et ben qu'est ce qu'il faut faire ?

Femme 7 Eh bien il y a eu le cas à Boulogne !

Femme 3 Il avait tué un fils !

Homme 2 Il l'a tué, oui ! Lui, il est encore vivant, il s'est raté !

Femme 3 Lui il s'est explosé l'œil et sa femme était sortie avec un fils.

Femme 7 Là, c'était une situation d'urgence !

Femme 1 Là, il faut appeler les secours, et il faut enfermer le type, si on arrive à le maîtriser.

Homme 5 Eh bien justement, ils n'ont pas pu le maîtriser !

Homme 2 Ce que je veux dire sur l'hospitalisation d'urgence, c'est qu'elle doit être différente selon le cas. Forcément pour l'assassin, celui qui a déjà commis un acte, ou pour celui dont on n'est pas sûr qu'il voudrait faire des choses, ou pour celui qui voudrait se suicider, ça c'est clair ! Mais il ne faut pas que les assassins en profitent, pour plaider le cas de folie pour être internés avec des gens qui ne sont pas comme eux, finalement, des vrais malades ! Ils sont peut être malades, mais il devrait y avoir une prison psychiatrique, je ne sais pas si ça existe.

Femme 1 Ou aller en prison !

Homme 2 Pour moi, on devrait séparer la prison psychiatrique de l'hôpital psychiatrique ! Je ne veux pas que des gens de ma famille soient hospitalisés d'urgence avec des assassins, tu vois ! C'est ça aussi, parce que c'est une petite communauté ! C'est une vraie question, je ne sais pas s'il y a une séparation entre les assassins, qui préméditent et les autres. Finalement, tu vas envoyer quelqu'un de ta famille, qui va peut être préméditer ou commettre un acte et faire du mal aux autres, mais finalement il va être envoyé avec des assassins ! Parce qu'il y a peut-être des gens qui ont déjà fait quelque chose. Il n'y a pas de séparation !

Femme 7 Ils sont tous mélangés.

Homme 2 Et ça aussi c'est délicat, que tu envoies des membres de ta famille en hôpital psychiatrique, sachant que, la moitié, c'est vraiment des criminels ! Parce que c'est une communauté. Ils ne sont pas forcément isolés. Ils se voient, ils sont ensemble, c'est toute une ambiance, aussi et parce qu'on sait qu'il y a des gens comme Dutroux !

Femme 7 Sans compter qu'il peut y avoir un problème professionnel : si l'employeur de la personne de ta famille apprend qu'elle est allée en hôpital psychiatrique, ça peut avoir des répercussions, elle peut perdre sa profession ! Donc c'est encore plus délicat, parce que tu peux avoir nui à un membre de ta famille. Et parfois, même si la

personne est dangereuse, c'est quand même compliqué pour la famille, car c'est dénoncer la personne, finalement.

Homme 2 Oui, c'est sûr !

Femme 7 C'est une personne de ta famille qui est dangereuse, mais qui ne te fait pas du mal à toi, donc bien sûr, tu portes secours à d'autres personnes que tu ne connais pas et qui pourraient être tuées éventuellement par cette personne de ta famille, mais d'un autre côté, si toi, tu le dénonces au médecin pour qu'il soit hospitalisé, c'est une lourde responsabilité quand même.

Homme 2 Après, je ne sais pas comment ça marche dans les hôpitaux psychiatriques, il y a peut être plusieurs services, mais je trouve que ce qu'il y a de pas bien, dans l'hospitalisation forcée c'est que tout le monde soit mis dans le même panier, qu'il n'y ait pas de différence entre l'assassin, la personne qui pourrait commettre des choses, et la personne dangereuse pour elle même finalement.

Femme 1 Je suis d'accord.

Femme 7 Cela peut aggraver...

Homme 2 Il devrait y avoir des prisons psychiatriques, et des hôpitaux psychiatriques pour ceux qui n'ont encore rien fait finalement.

Femme 1 Mettre dans le même panier des assassins et des victimes !

Homme 2 Après, peut-être que ça existe déjà et qu'il ya plusieurs services...

Femme 3 Cela existe.

Homme 2 Rien que le mot hôpital psychiatrique, ça fait peur.

Femme 7 A juste titre, parce qu'après, si tes voisins apprennent que tu es allé en hôpital psychiatrique...

Homme 2 Ils vont te mettre dans le même panier que les gros tueurs, ils vont dire : lui, c'est un fou, il est dangereux, il n'est pas allé là bas pour se faire soigner mais parce qu'il était fou.

Femme 7 Si c'est une personne simplement suicidaire, on va dire qu'elle est allée en hôpital psychiatrique exactement comme les autres patients.

Femme 1 Il faut y mettre les gens qu'on est sûr de pouvoir soigner avec des résultats.

Homme 5 Tu ne peux pas être sûre

Femme 1 Eh bien quand même, il y a des médicaments qui ont un effet sur l'équilibre des gens...

Femme 7 Si c'est une personne de la famille, on ne considère pas les choses exactement de la même façon. C'est facile si c'est une personne que tu ne connais pas, tu l'envoies parce qu'elle va être dangereuse, pour ses enfants ou pour autre chose. Par contre, si c'est une personne de ta famille, ce n'est plus du tout la même chose, parce que tu as la responsabilité de lui nuire éventuellement, parce que toi, tu ne sais pas, tu ne sais pas finalement ce qui va lui arriver, si ça va être nocif ou bénéfique...

Femme 1 On ne voudrait pas qu'elle soit mise avec les fous dangereux.

Homme 2 Est ce qu'ils sont mélangés, dans les unités ?

Femme 3 Je pense que quand tu arrives là, tu en discutes avec le psy, de ça, il t'explique ce qu'il en est, comment il va être placé. »

3. Que pensez-vous de l'obligation éventuelle, pour les malades mentaux, de devoir se rendre régulièrement, après leur sortie d'hospitalisation et leur retour à domicile, dans un dispositif de soins extra-hospitalier pour y rencontrer un médecin et y recevoir des soins adaptés à leur pathologie?

-a. chez les malades mentaux ayant déjà présenté une dangerosité pour les autres.

-b. chez les malades mentaux n'ayant jamais présenté de dangerosité pour les autres.

« Femme 7 Pour ceux qui ont été dangereux, on a intérêt, hein.

Femme 1 C'est une sécurité.

Homme 4 C'est obligatoire, je dirais même. D'office

Femme 3 On ne pourrait pas mettre aussi un bracelet, comme les prisonniers ? Si jamais ils ne se présentaient pas...

Homme 2 Non, ça c'est extrême, tu imagines, vivre avec un bracelet, ce n'est pas un animal, quand même ! C'est horrible !

Homme 5 Eh bien tu sais, il y a des malades qui sont dehors et il y en a beaucoup, savoir ou ils sont, c'est quand même bien...

Homme 2 Mais le bracelet, c'est extrême.

Femme 1 Pour les plus dangereux, disons...

Homme 5 Tu sais, on est dans une société... Quelquefois, un bracelet, ça peut rendre service à la personne, et à l'entourage aussi !

Homme 4 C'est purement américains, c'est carrément dans les films !

Femme 1 Non, mais pour les plus dangereux, je n'aurais rien contre, spécialement les pédophiles.

Homme 5 En général, et même ceux qui sont bien atteints !

Femme 1 Si on ne les contrôle pas, ils ne prendront pas leurs médicaments à un moment ou à un autre, il faut qu'il y ait un suivi.

Homme 2 A mon avis, on va essayer de les soigner, parce qu'après ils vont être réinsérés dans la société. Les pédophiles, ils vont en hôpital psychiatrique souvent, normalement, après c'est mon avis, mais un pédophile devrait rester en prison jusqu'à la fin de ses jours.

Femme 1 Oui, je le crois aussi, je pense. Mais comme il va finir par ressortir, il faut le contraindre aux soins...

Homme 2 Tu ne peux pas refaire la loi, c'est comme ça !

Homme 4 Il faut des soins.

Femme 7 Cela dépend s'il est soignable ou s'il n'est pas soignable...

Homme 2 S'il n'est pas soignable, c'est un crime inexcusable !

Femme 7 Dernièrement, dans l'actualité, un jeune homme de dix sept ans a violé et tué une fille de treize ans, mais il y avait eu un précédent, il avait déjà attaqué une jeune fille, juste avant, il l'avait attachée à un arbre.

Homme 2 Il s'en est vanté en plus.

Femme 7 Et puis on l'a laissé dehors, dans un lycée ou il y avait des jeunes filles...

Femme 3 C'est ça qui n'est pas normal !

Femme 4 Sans soins quoi.

Femme 1 Si, il avait un suivi...

Femme 7 C'est un cas particulier, mais c'est pour dire qu'un jeune, il peut être pédophile, mais on peut peut-être le redresser, parce qu'il n'a que dix sept ans...

Homme 5 Oui, mais comment ?

Femme 7 Tu ne vas pas l'enfermer toute sa vie, non plus !

Femme 4 Et pour ceux qui ne sont pas forcément dangereux pour les autres...

Femme 1 Pour les suicidaires par exemple, l'obligation de suivi, c'est déjà mieux que l'hospitalisation.

Homme 2 C'est une contrainte, mais une contrainte dans le but d'aider, ce n'est pas méchant.

Femme 7 C'est une obligation, donc c'est une atteinte à la liberté si la personne a été soignée.

Homme 2 Ah, c'est une obligation ! Oui, c'est une atteinte à la liberté...

Femme 7 Elle a été soignée, elle est forcément guérie, c'est une personne dépressive, on ne va pas l'obliger à aller voir un psychiatre toute sa vie si elle ne veut pas...

Femme 1 Non, non.

Femme 3 Mais après, ça dépend, est ce que c'est toute sa vie, c'est au psychiatre de juger de ça ...

Homme 4 Cela dépend si elle va bien ou pas bien.

Femme 3 C'est important de faire un bilan de temps en temps.

Femme 4 Tant qu'il y a un risque suicidaire, si le psychiatre estime qu'il y a un suivi de six mois par exemple, c'est normal de le faire.

Femme 6 Ce n'est pas toute sa vie, hein.

Femme 1 Il ne faut pas que ce soit long...

Homme 5 Je pense que c'est plus de six mois, sinon il y a des rechutes parce qu'il n'y a pas de suivi.

Femme 7 Une fois par mois qu'est ce que tu peux faire ?

Femme 6 Après, c'est le psychiatre qui décide.

Femme 7 C'est le psychiatre qui décide alors. Si la personne est entrée une fois dans un hôpital psychiatrique, elle perd sa liberté alors, parce qu'après, même si elle est guérie. Dans une autre maladie, physique, on va dire « tu es guéri c'est tout », et si tu ne veux plus voir ton médecin, tu en as le droit, et puis là, parce que c'est une maladie psychiatrique, elle va être obligée de voir un médecin une fois par mois.

Femme 1 Elle n'est pas forcément guérie.

Femme 7 Oui, mais si elle n'a tué personne.

Femme 1 Non, si on n'est pas dangereux, il n'y a pas de raison...

Femme 3 C'est le psy qui voit si elle est sur le point de basculer ou non aussi.

Femme 7 Eh bien non, après, si le psy décide de la voir tous les mois et que la personne ne veut pas, on ne va pas la contraindre quand même ! Il y a la liberté individuelle...

Homme 4 On la comprend, si la personne se sent capable de...

Homme 5 Eh bien oui, mais le suivi alors...

Femme 1 Si le psy décide qu'elle a besoin d'un suivi et d'une semi liberté pendant un certain temps...

Homme 4 Oui, mais il faut avoir des bons psy !

Femme 7 Quelqu'un qui a vraiment une maladie mentale, qui va délirer, celui là doit être suivi régulièrement, par contre, pour une personne dépressive, c'est complètement différent ; une fois qu'elle est guérie, elle doit être considérée comme guérie...

Homme 2 Elle n'est peut-être pas complètement guérie, c'est peut-être une étape dans sa guérison finale.

Homme 5 Moi, je pense que c'est utile quand même.

Femme 1 Pour des gens qui ne sont pas entièrement guéris.

Homme 4 Et justement, je trouve qu'il n'y a pas assez de suivi...

Femme 7 Moi, je trouve que la contrainte ne doit être que dans l'urgence pour les dépressifs.

Homme 2 Après, il ne faut pas que ce soit une obligation, avec grosses sanctions derrière, il faut que ce soit plus déguisé...

Femme 3 Mais qu'est ce qui se passe si la personne ne se présente pas ?

Homme 5 Il y a des choses qui se passent que nous ne savons pas. Il faut voir la personne plus souvent, il y a des gens qui ont besoin d'être vus spécialement. On dit qu'il est guéri, guéri, mais il y a peut-être le besoin d'y aller, tu as des gens comme ça...

Femme 7 Oui, mais pour l'entrée en hospitalisation, la famille doit signer, mais pour la sortie, c'est le psychiatre qui décide au final. Et si la famille voulait reprendre la personne ?

Femme 1 Elle peut le dire au psychiatre.

Homme 5 Cela n'empêche pas qu'elle soit suivie de temps en temps.

Femme 7 Pour une maladie mentale, il faut un suivi toute la vie, parce que s'il arrête ses médicaments, il va recommencer. Tandis que pour une personne dépressive, je pense qu'elle doit être considérée comme n'importe quel malade : quelqu'un qui a un infarctus, quand il est guéri, il rentre à la maison, plus personne ne l'oblige à revenir à l'hôpital...

Femme 1 Moi, je suis d'accord aussi de faire une exception uniquement pour la dépression, mais pas pour les maladies mentales.

Homme 5 Ce n'est pas vrai, pour les infarctus, on continue à être soigné...

Femme 7 Tu n'es pas obligé. Si tu ne veux plus voir ton cardiologue, tu ne prends pas de rendez vous et c'est tout, tu as le droit. Pourquoi le dépressif qui a fait une tentative et qui a été soigné, pourquoi il n'aurait pas le droit de rentrer à sa maison et de ne plus voir personne ?

Homme 4 Oui, c'est un choix.

Femme 7 C'est un attentat à sa liberté...

Femme 6 C'est pour lui-même. S'il a été dangereux pour lui même !

Homme 2 Non, je suis d'accord, c'est une atteinte à sa liberté, après il peut être guéri, avoir compris et, le fait de l'obliger à faire des visites tous les mois, ça peut l'obliger à repenser au truc et être encore pire...

Homme 4 C'est un cercle vicieux.

Femme 7 Mais pourquoi la personne deviendrait dépendante du psy, perdrait son indépendance, tout simplement parce qu'un jour, une fois, elle a été dépressive et a fait une tentative ?

Homme 2 Et que la famille a dit : « voilà, il faut l'enfermer ».

Femme 7 Et pourquoi, si la famille dit « je ne veux pas m'en occuper », et que le psy décidait par exemple qu'elle avait besoin de soins, elle serait obligée d'aller voir tous les mois un psy, alors qu'elle, elle se sent guérie, et que peut-être elle ne va jamais recommencer ?

Femme 1 Eh bien oui.

Homme 2 Dans l'exemple, peut-être que le psy dira : « c'est fini ».

Femme 7 Oui, si la personne a fait du mal une fois à elle-même. Par contre, si elle l'a fait plusieurs fois, là c'est autre chose, il y a peut-être un suivi à faire.

Homme 4 Oui, voilà, il faut voir la question.

Homme 2 C'est un cas particulier. Ca dépend des cas, c'est difficile de répondre à une question comme ça. »

Obligation de la prise d'un traitement :

4. Que pensez-vous de l'administration, en urgence et sous contrainte, d'un traitement médicamenteux psychiatrique par voie injectable dans les états d'agitation aigue ?

« Hommes 4 et 5, Femme 7 C'est obligé.

Femme 1 C'est mieux que la camisole...

Femme 7 Oui, c'est la meilleure méthode, une bonne piqûre !

Femme 1 Et puis, c'est calmé tout de suite. Au moins après on voit...

Homme 4 Au moins, il n'est pas en danger.

Femme 7 Et puis, ça évite de se disputer et on voit après.

Femme 1 Il ne fait pas de mal, il ne se blesse pas, il ne blesse pas les autres.

Homme 4 Au moins, il n'est pas dangereux.

Femme 7 Des paroles, ça peut rester !

Homme 2 Moi, je trouve qu'il y a forcément des conséquences à cette piqûre, et je pense qu'il faut l'avis, même si ça peut coûter cher, d'au moins trois spécialistes...

Femme 1 Ah non !

Femme 7 Ah non, la personne est agitée, elle est dangereuse dans l'immédiat.

Femme 1 S'il frappe les infirmiers, s'il frappe tout le monde...

Femme 7 Soit c'est la contention, tu es obligé de l'attacher, il peut y avoir six personnes qui vont se mettre dessus pour le tenir, ou alors tu fais la piqûre, c'est moins traumatisant.

Femme 1 Si cinq personnes doivent se mettre dessus pour le maintenir !

Homme 2 Pour ces cas là, c'est sûr, pour une urgence, avec violence.

Femme 1 Pour les autres, il n'y a aucune raison de faire la piqûre.

Femme 7 Tu ne peux pas laisser la personne s'agiter. Deux minutes après la piqûre, ça va...

Homme 5 Oui, tout le monde est favorable à la piqûre, ça c'est certain.

Femme 1 Il y a une chose que je voudrais dire, je n'aime pas qu'on abrutisse une personne après, sous prétexte qu'elle a fait une action violente. Bon, bien sûr qu'il fallait la maîtriser au départ, mais après, il ne faut pas l'abrutir avec des médicaments...

Hommes 2 et 4 Oui. »

5. Que pensez-vous de l'administration régulière, au long cours et à l'extérieur de l'hôpital, d'un traitement psychiatrique médicamenteux à action prolongée, par voie injectable ?

« Femme 7 Là, c'est une très bonne méthode. Pour un malade mental, c'est une très bonne méthode. Ca protège la société et ça le protège, lui, de faire du mal aux autres, parce qu'il n'est pas conscient.

Femme 1 Et ça n'enlève pas sa capacité de raisonner.

Femme 7 Mais il ne peut pas, il n'est pas conscient. S'il arrête ses médicaments, il va redevenir dangereux.

Homme 4 Il faut que ce soit contrôlé...

Femme 1 Il ne faut pas qu'il disparaisse dans la nature, parce que là, il n'aura plus de traitement et c'est là que ça recommence.

Homme 2 Finalement, il n'y a pas de guérison possible à...

Femme 1 A la schizophrénie, non.

Homme 2 C'est vraiment que l'endormir, enfin endormir sa partie malade...

Homme 4 Il faut qu'il soit quand même présent aux rendez vous pour les injections...

Femme 7 C'est une très bonne méthode, parce que, là, s'il ne se présente pas pour faire sa piqure, on le voit. On peut aller le rechercher éventuellement. L'infirmier qui fait l'injection surveille forcément aussi un petit peu.

Homme 2 Mais dans la paranoïa, il n'y a pas forcément de la violence ? Je sais que c'est grave mais...

Femme 1 C'est quelqu'un qui peut être absolument tyrannique et insupportable.

Homme 2 Oui, mais c'est quelqu'un qui peut s'isoler aussi.

Femme 1 Non, il contraint son entourage.

Femme 6 Le traitement à la sortie, c'est obligatoire, carrément.

Femme 7 Le malade peut très bien ne pas accepter que l'infirmier lui fasse la piqûre, mais l'infirmier va pouvoir prévenir l'hôpital.

Homme 2 S'il est sorti, c'est que la loi ne peut pas le retenir.

Femme 7 Après, ça dépend de comment c'est suivi aussi.

Femme 1 Voilà. Moi, je demanderais que le psychiatre ait un contact avec le médecin de ville, s'il voit qu'il ne vient pas à sa visite, par exemple deux fois de suite, il faut absolument que quelqu'un soit averti sinon, si c'est un schizophrène, ça peut être très dangereux.

Femme 7 À part que, si l'hôpital est averti, ce n'est pas sûr que quelqu'un agisse.

Homme 2 Dans la schizophrénie, c'est toujours un côté méchant qui surgit ?

Homme 4 Il faut une sacrée logistique derrière.

Femme 1 Il faut aussi que le médecin traitant soit averti.

Homme 2 C'est vrai qu'on voit toujours des cas extrêmes dans la schizophrénie avec un cas méchant, une personne normale qui peut avoir des pulsions méchantes, ça peut être une autre personne, un dédoublement de personnalité, mais pas forcément méchant.

Femme 7 Après, ça dépend de la conscience professionnelle du personnel de l'hôpital.

Homme 5 Non, aussi de l'individu. S'il y a une obligation d'y aller et qu'il veut pas y aller.

Femme 3 Que se passe-t-il s'il n'y va pas ?

Homme 5 On peut pas obliger une personne à y aller ! Et là s'il veut pas y aller, qu'est-ce qu'on fait ?

Femme 3 Oui, parce que si là il ne se passe rien...

Femme 1 On est obligé d'aborder la question du suivi. Qui est chargé du suivi ?

Homme 4 Qui va le faire ?

Femme 7 Eh bien, l'infirmier forcément, qui va faire l'injection.

Femme 1 S'il ne voit pas débarquer le type à la consultation mensuelle...

Femme 7 Et même s'il vient et qu'il veut pas se faire piquer qu'est-ce qu'il fait l'infirmier ?

Femme 1 Si le suivi est fait convenablement, ça va. Mais s'il n'est pas fait convenablement...

Homme 4 Voilà !

Femme 7 Ici, non. A l'hôpital de B., non. Dans ce cas là, il faut faire ré hospitaliser les gens quand il y a trouble de l'ordre public.

Homme 4 Ce n'est pas toujours fait sérieusement. Ce n'est pas évident de tout mettre en place.

Femme 1 D. a eu le cas ici.

Homme 5 Et dans pas mal d'endroits.

Femme 7 L'infirmière s'est présentée au domicile, il a dit : « je ne veux plus faire ma piqûre », elle n'a pas fait la piqure, elle n'a même pas prévenu le médecin traitant, le médecin traitant est venu sans savoir que le patient n'avait pas eu son injection depuis quinze jours...

Homme 2 Il y a un truc très bien sur la schizophrénie, un film. C'est un « génie » qui est schizophrène et on lui impose un traitement, il ne prend pas ses cachets et il récupère un peu sa lucidité, et il retourne dans sa paranoïa, avec ses visions, et finalement, le film se termine, il ne prend plus du tout de médicaments, il accepte ses visions et il vit avec. Il ne fait de mal à personne, il est toujours schizophrène, mais il le sait, il est quand même guéri.

Femme 1 C'est un film, mais la schizophrénie, ce n'est pas comme ça, en fait !

Femme 7 Si un jour, dans son délire, il croit que tu lui veux du mal, il va venir te tuer, hein.

Homme 2 Je pense qu'ils ne sont pas tous méchants.

Femme 7 Non, ils ne sont pas méchants, ce n'est pas leur faute, mais il faut les protéger d'eux-mêmes.

Homme 2 Irresponsables.

Femme 7 Dans ce cas là, la piqûre tous les quinze jours, c'est absolument indispensable, sinon ils vont pouvoir tuer quelqu'un et c'est lourd comme responsabilité finalement de laisser une personne qui n'est pas consciente de ce qu'elle fait tuer quelqu'un. Parce qu'après, il saura qu'il a tué quelqu'un, il peut se suicider après, en

sachant qu'au cours d'un délire, il a tué quelqu'un. Donc finalement, c'est le protéger de lui même, de lui faire une injection. Dans ce cas là, sa liberté passe au second plan parce qu'il risque de faire des actes qu'il regretterait après quand il prendra à nouveau ses médicaments. On lui dirait qu'il a fait ça et il serait peut-être désespéré.

Femme 1 Moi, je pense que ses médicaments permettent à sa conscience de fonctionner, alors que la maladie empêche la conscience et le libre arbitre.

Homme 2 Cela empêche ses visions, donc ça limite sa maladie.

Homme 5 C'est là qu'on voit quand même que c'est vachement compliqué.

Homme 2 Le malade est shooté, quand même !

Femme 1 Cela le rend conscient et responsable.

Homme 5 On ne voit pas les choses de la même façon...

Homme 2 On ne peut pas dire que ça le rend conscient. Non, ça limite sa maladie mais il y a forcément des effets secondaires qui font que le mec il est shooté.

Femme 1 Non, il n'est pas shooté.

Homme 2 Si, forcément ! Par exemple, le schizophrène en question, c'est un grand mathématicien, il va prendre le médicament, il n'a plus ses visions, mais il ne peut plus faire ses maths, et son cerveau ne travaille plus, il est complètement shooté Et il se guéri par lui-même...

Femme 1 Moi, je pose la question : est ce que le médicament abîme les facultés intellectuelles ?

Homme 2 Bien sûr !

Femme 1 Attends, toi tu dis bien sûr, est ce que c'est vrai ?

Femme 7 Si, c'est vrai !

Homme 2 Ben oui !

Homme 4 Eh bien oui.

Homme 2 Selon le dosage, selon les cas, selon...

Femme 3 Le patient, parfois, il a beau être schizophrène, il a quand même son activité professionnelle.

Homme 2 Et son intelligence...

Femme 7 Il y a des peintres aussi, ils font des tableaux. Justement, c'est leur maladie parfois qui fait qu'ils sont des grands peintres, des grands sculpteurs.

Homme 2 Des grands mathématiciens...

Femme 7 Finalement, en les guérissant de leur maladie, on les empêche de s'épanouir dans leur art, ils n'ont plus la même capacité de création. Par contre, s'ils risquent de tuer quelqu'un, c'est sûr qu'on ne peut pas les laisser sans traitement. Donc, il faut faire au cas par cas, la balance entre ce qui est bon pour le patient et ce qui est nécessaire pour qu'il ne nuise pas aux autres, qu'il soit le mieux possible.

Homme 2 De toute façon, le but, c'est de les soigner. Mais, leur imposer de prendre des médicaments, dans un cas d'urgence d'accord, mais après il faut que ça diminue, il faut les guérir et leur rendre leur intelligence.

Femme 1 Si le médicament n'agit que sur la maladie et le laisse libre de faire tout ce qu'il doit faire dans la vie...

Homme 5 Si on les hospitalise, justement le but c'est de les aider...

Homme 4 Oui mais jusqu'à quand ?

Femme 7 Je pense qu'ils ont tous besoin de médicaments, mais pour celui qui a déjà tué quelqu'un, il faut privilégier la non-nuisance aux autres.

Hommes 5 et 4 Bien sûr !

Femme 7 Par contre, s'il n'a jamais tué personne, il faut le soigner mais en essayant de préserver au plus ses capacités, de choisir peut être des produits moins...

Femme 1 Moins agressifs, c'est ça que je voulais dire.

Homme 2 Dans les traitements de longue durée, il y a toujours des moments où il y a des accalmies, le patient n'est pas toujours surexcité, donc on peut essayer un traitement réduit.

Femme 7 Par contre, il faut toujours que ce soit par injection, parce qu'il faut s'assurer que le traitement soit pris.

Homme 4 Ah ça, c'est obligatoire !

Femme 1 Si on a un produit qui n'est pas agressif, il n'y a pas de problème, un produit qui ne nuit pas à sa vie de tous les jours.

Homme 2 Forcément un petit peu.

Femme 1 Non, si ça n'agit que sur le délire...

Femme 7 Moi, je trouve que c'est très licite parce que ça le protège de lui même, ça l'empêche...

Homme 5 Oui, c'est sûr.

Femme 1 Il y a des médicaments qui n'agissent que sur les délires.

Homme 2 Ca agit toujours. Prends un problème mathématique, fais le normalement, bois un verre de vin et fais ton problème mathématique, bois deux verres de vin et fais ton problème mathématique, bois trois verres. Et c'est fini, tu ne fais plus. Il y a forcément des effets sur ton intelligence.

Femme 1 Même pour conduire.

Homme 2 Il y a toujours des effets !»

Mesures physiques de contrainte :

6. Que pensez-vous de l'utilisation de moyens de contention physique (tels que la chambre d'isolement ou les entraves) en psychiatrie ?

« Homme 2 C'est courant ?

Femme 3 En même temps, les infirmières ou le personnel médical doivent pas se faire taper, c'est leur sécurité aussi.

Homme 4 Ah bien oui, dès qu'il y a vraiment danger pour le personnel

Femmes 1 et 3 Et pour les autres patients

Femme 3 Parce que voir quelqu'un s'agiter dans tous les sens, pour un patient en cours de traitement, ça peut être super perturbant.

Femme 7 D'un autre côté, être attaché sur un lit comme ça !

Femme 3 Après, il ne faut pas l'oublier non plus, quoi !

Femme 1 Oui, voilà ce que je voulais dire, il ne faut pas que ce soit un moyen de confort pour le personnel : « allez, celui-là on va le mettre là, il va nous laisser tranquille comme ça ! »

Homme 2 Ben, les gens, ils en ont marre.

Femme 7 Moi, je trouve que les piqûres, c'est quand même mieux.

Homme 5 Oui, je pense.

Homme 4 Jusqu'à un certain niveau quand même.

Homme 2 Je trouve ça un peu barbare, par rapport à ce qu'on peut faire maintenant...

Femme 1 C'est du cas par cas, il y en a pour lesquels il faut, d'autres pas.

Homme 2 Oui, c'est ça, c'est du cas par cas.

Femme 3 Il faut, mais peut être une heure ou deux, le temps que la personne se calme.

Femme 1 Si on l'oublie là dedans !

Femme 7 Dans ce cas là, c'est mieux la chambre d'isolement.

Femme 3 Oui, là, attaché sur un lit !

Homme 2 La chambre d'isolement, c'est encore plus dur, ne voir personne !

Femme 3 Quand il avait eu son accident de voiture, Y. il a passé toute la journée allongé sur la planche. C'était affreux !

Femme 1 Oui, même dans un hôpital normal, ça arrive.

Femme 7 C'est vrai que c'est inconfortable...

Femme 1 C'est un peu une torture.

Homme 2 C'est une torture, oui, c'est assez barbare.

Femme 6 Oui, c'est barbare !

Femme 7 Tandis qu'une personne dans une salle, finalement elle se calme toute seule, ça évite d'avoir des mots avec les pensionnaires. Mais il ne faut pas qu'elle se fasse mal non plus.

Homme 2 Je pense que l'isolement, c'est peut-être la pire des tortures.

Femme 1 M, il avait mis sa mère atteinte de Alzheimer en maison de retraite, quand ils sont allés la voir elle était attachée, pour être tranquille avec elle, ils l'avaient attachée.

Femme 7 Oui, ça peut arriver.

Homme 4 Elle avait des crises de démence ?

Homme 5 En trois mois tu sais... Parce que se laisser mourir...

Femme 1 Ils en sont revenus complètement démoralisés.

Femme 7 Mais c'est vrai que ça peut aggraver la personne. Parce que attaché comme ça...

Homme 5 Elle peut se blesser.

Homme 4 Oui, elle peut se laisser mourir.

Femme 3 Moi, je ne pourrais pas être attachée.

Homme 2 C'est inhumain. Mais l'isolement, ce n'est pas bien non plus.

Femme 1 L'isolement, c'est mieux.

Homme 2 L'isolement, c'est sévère, tu imagines ?

Femme 3 Mais la laisser toute seule, est ce que c'est mieux finalement ?

Femme 6 Non, je ne crois pas, elle peut se faire mal.

Homme 4 Cela fait peur quand même.

Femme 3 Tu t'imagines comme ça ? Tu as envie de bouger, tu ne peux pas.

Homme 5 Il faut prendre la question dans le sens contraire, il faut se mettre aussi à la place du personnel, le personnel n'est pas là non plus pour recevoir des coups !

Homme 4 Avec la piqûre, la personne est tranquille, contrôlée.

Homme 2 C'est sûr que la piqûre, c'est plus propre, mais éthiquement est ce que c'est bien aussi finalement ?

Femme 3 Faut mieux avoir sa tête hein, finalement.

Femme 7 En dehors de la situation d'urgence, il faudrait peut-être demander au patient s'il préfère la chambre d'isolement, ou être attaché, ou la piqûre...

Homme 5 Arrivé à ce stade, tu ne peux rien dire.

Femme 7 Si ça lui est déjà arrivé, on peut lui demander quand même. La première fois, c'est une situation d'urgence, mais après s'il a déjà essayé les trois, on peut lui demander son avis, lui dire : « voilà, dans l'état où vous êtes, il y a trois solutions, soit on vous met dans la chambre d'isolement, soit on vous attache, soit on fait la piqûre ». S'il a déjà vécu les trois situations, il pourra choisir.

Femme 1 Oui, ça peut marcher.

Homme 4 Au point de vue psychologique, ça peut marcher.

Femme 7 Comme ça, on ne le prive pas de sa liberté. On l'empêche de faire quelque chose sinon il va perturber tout le service, il va perturber les autres patients.

Homme 4 Il y a des personnes pour qui ce n'est pas possible. Ça dépend de la personne que tu as en face de toi aussi.

Homme 2 C'est une condition extrême quand même.

Femme 1 Sauf si on n'a pas le temps d'agir. Quand on n'a pas le temps de lui demander, la question ne se pose pas.

Homme 4 S'il y a du danger...

Femme 7 La question se pose pour la première fois, mais après s'il recommence, on peut lui dire. Tu respecterais sa volonté comme ça, pour ceux qui récidivent. La première fois, tu ne peux pas lui demander son avis.

Femme 1 Je pense qu'il ne faut pas s'en tenir là, il faut sauter sur l'homme.

Femme 7 De toute façon, les gens hospitalisés au long cours, à mon avis ils ont dû essayer les trois.

Homme 4 Ils sont dangereux quand même hein.

Femme 1 Je dirai en conclusion qu'il ne faut pas oublier quelqu'un dans la chambre d'isolement, ou oublier de désentraver la personne quand il n'y a plus de danger.

Homme 4 Si ça fait deux mois en chambre d'isolement !

Femme 1 Il y en a qui exagèrent !

Homme 2 Moi, je dis contre la chambre d'isolement et les entraves.

Femme 3 Surtout les entraves...

Femme 1 Ça dépend des cas, en cas de grande agitation avec violence...

Homme 2 Si c'est un cas extrême, mais pas longtemps.

Femme 1 Pas longtemps...

Homme 2 Oui, voilà. Pas longtemps.

Femme 7 Parce qu'il y a des entraves qu'on laisse si j'ai bien compris...

Homme 4 Il faut être humain !

Femme 1 Mais il ne faut pas les laisser !

Homme 2 Il ne faut pas que la personne vive attachée à son lit.

Femme 1 Pour maîtriser, d'accord, on donne un tranquillisant pour que le malade se calme...

Femme 3 Ce n'est pas un chien au bout d'une laisse quoi.
 Femme 1 Ah bien non, après il ne doit pas rester là.
 Femme 7 Et puis même, les autres patients, qu'est ce qu'ils doivent penser de lui, le voir attaché comme ça dans le service...
 Homme 2 Mais, s'ils sont là, c'est qu'ils ne sont pas loin non plus !
 Femme 7 Eh bien oui, mais si ça dure.
 Homme 4 Tous à quatre pattes, attachés à leur lit...
 Femme 6 C'est le truc le plus vicieux en fait !
 Femme 1 Cela s'est déjà vu.
 Femme 7 Mais non en fait c'est les deux. Les gens sont entravés dans la chambre d'isolement
 Femme 1 Les entraves et la chambre d'isolement ?
 Homme 2 Eh bien oui.
 Femme 3 Oui, parce que si la personne qui hurle au milieu de tout le monde...
 Femme 7 En gros, on le met en chambre d'isolement, et s'il se fait mal on l'attache, quoi !
 Femme 1 Je voudrais bien qu'il n'y ait pas d'entraves, mais dans ce cas là il faudrait une salle complètement capitonnée pour qu'il ne se fasse pas mal.
 Femme 7 Cela n'existe pas.
 Femme 1 Ah, ça n'existe pas ?
 Homme 4 Pas attaché, sans rien, il va tout détruire.
 Femme 7 Eh bien ça dépend des cas, si la personne, il y a une chance pour qu'elle se calme en étant attachée dans l'isolement, et que ça peut lui éviter une piqûre au long cours, ça peut être bien.
 Femme 1 Mais il n'y a pas des salles capitonnées ou on peut laisser la personne isolée mais sans l'entraver ? »

7. Que pensez-vous de l'utilisation de la mise en pyjama (par exemple, au décours d'un épisode d'agitation aigue ou en prévention du risque suicidaire ou de fugue) en psychiatrie ?

« Femme 3 C'est une sorte d'uniforme du malade...
 Homme 4 C'est pour les reconnaître.
 Femme 1 Comme ça, s'il se sauve de la clinique ou de l'hôpital, on le repère dans la rue.
 Femme 6 Cela veut dire quoi finalement ?
 Homme 4 C'est quand même marqué « service psychiatrique » dessus ?
 Femme 7 Non. C'est une sorte d'uniforme. Il n'y a rien de marqué dessus.
 Hommes 4 et 5 Mais à l'hôpital, tout le monde en a.
 Femme 1 Je n'ai rien de spécial à dire contre ça, un pyjama c'est confortable...
 Femme 3 Non, ce n'est pas ça, c'est que la personne, ou alors il faudrait que tous les patients soient comme ça...
 Homme 5 Ils sont comme ça.
 Femme 3 Non, pas tous. Ça veut dire, a tel patient, je vois qu'il est puni, il a mis le pyjama quoi...
 Femme 6 A quoi ça sert ? Comme si ça changeait quelque chose qu'ils soient en pyjama ou pas en pyjama...
 Homme 2 C'est une punition .Et pour ceux qui sont suicidaires, c'est pour leur montrer qu'ils sont malades.
 Femme 3 C'est un bonnet d'âne, moi j'appelle ça un bonnet d'âne !
 Homme 2 C'est ça !
 Femme 6 Pourquoi on le mettrait aux suicidaires ?
 Homme 2 C'est pour leur montrer qu'ils sont malades.
 Femme 1 C'est dangereux !
 Femme 3 C'est un bonnet d'âne quand même.
 Homme 4 « Toi tu vas rester longtemps, tu vas être en pyjama ! »
 Femme 1 On ne met pas un pyjama aux suicidaires quand même ?
 Femme 6 Je ne vois pas l'intérêt de mettre un pyjama aux suicidaires.
 Homme 5 Il y a ceux qui sont en civil, pantalon et en chemise et peuvent aller dans le jardin. Ceux qui sont en pyjama, ça veut dire qu'ils restent dans leur chambre, ça doit être ça, non ?

Homme 4 Non, qu'il ait un pyjama ou pas, ça ne change rien Moi quand j'étais à l'hôpital j'ai demandé un pyjama.

Femme 6 Je ne vois pas ce que ça peut changer.

Femme 3 C'est un bonnet d'âne. Parce que les autres sont habillés correctement

Femme 7 Ca ne doit pas être qu'une punition, si c'est une punition parce qu'il a insulté une infirmière ou pour autre chose...

Femme 6 Homme 4 Ca ne tient pas debout.

Homme 5 C'est difficile, quand même...

Femme 1 Moi, je n'y vois pas d'utilité, sauf une quand même...

Homme 4 Le confort !

Femme 1 ... pour celui qui fait des fugues, voilà ! Au moins, on le repère dans la rue quand il s'en va.

Homme 4 Oui, mais justement...

Femme 6 Oui, mais habillé comme ça ou pas...

Homme 5 Il n'est pas comme les autres.

Homme 5 C'est pour le repérer.

Femme 1 Autrement on ne le voit pas.

Femme 7 On nuit à l'amour propre de la personne, on nuit au respect de la personne, au respect que les autres ont pour elle ?

Homme 2 Est ce que tous les patients peuvent se voir, est ce qu'ils font une pause, vont dans la cour ?

Femme 1 Oui, ils peuvent faire du sport, regarder la télé, aller et venir comme ils veulent.

Homme 2 Donc ce n'est pas bien...

Femme 1 Non, ce n'est pas bien !

Homme 2 ...de les rendre différents des autres.

Femme 6, homme 4 Je n'en vois pas l'intérêt.

Femme 3 Pour moi, ça fait comme un bonnet d'âne.

Femme 6 Oui, c'est ça, c'est pareil.

Homme 2 C'est une humiliation.

Femme 7 Oui, c'est une humiliation qui n'est pas forcément utile.

Femme 1 Donc, on est contre !

Femme 3 Sauf si le gars il n'a pas d'autres vêtements.

Homme 4 Sauf s'il veut un pyjama pour dormir.

Homme 4 Un pyjama pour dormir, tu comprends, mais pas un pyjama toute la journée !

Femme 7 En plus ça peut être une mesure abusive, utilisée à mauvais escient.

Femme 3 Et puis ça n'est pas très propre, d'avoir toujours le même pyjama toute la journée, je plaisante !

Femme 1 À l'hôpital, on met un pyjama, c'est vrai.

Homme 4 Pour dormir.

Homme 2 Non, mais pourquoi tu mets un pyjama à l'hôpital ? C'est pour les soins.

Femme 1 Parce que tu es malade.

Homme 5 Non ce n'est pas pareil, c'est pour les soins.

Femme 7 Tandis que là, la seule justification, c'est pour les fugues en fait.

Femme 6 Comme ça ce n'est pas possible de faire une fugue parce qu'on les repère.

Homme 4 Moi, je crois qu'on peut les repérer.

Homme 5 Ah non, on ne le repère pas, parce que c'est le même pyjama que n'importe quel voisin.

Femme 1 Ah non, si tu vois quelqu'un en pyjama tu l'interpelles.

Femme 3 Attends, c'est débile, il peut prendre le manteau d'un autre gars qui est là et ça y est, il n'est plus en pyjama !

Homme 5 Il peut partir.

Femme 6 Ah bien oui !

Homme 2 Le pyjama, c'est aussi fait pour leur montrer qu'ils vont rester un petit moment...

Homme 5 Peut-être.

Homme 2 C'est pour leur faire comprendre qu'ils ne sont pas là pour deux jours.

Femme 1 Ce n'est pas la peine, la nuit ils auront le pyjama, le jour ils s'habillent et puis c'est tout.

Femme 7 C'est complètement abusif.

Homme 2 En gros, il y a les pyjamas et les pas- pyjamas. Les pyjamas ils restent longtemps et les pas-pyjamas sont là en transition peut-être.

Femme 6 Même ! A quoi ça sert finalement ?

Homme 5 Je ne savais pas que c'était si compliqué que ça.

Homme 2 C'est peut-être l'utilisation actuelle du pyjama. Après c'est clair que ce n'est pas bien, mais c'est peut-être ça.

Femme 3 Je crois que c'est important aussi de se sentir « bien dans ses fringues », tu vois...

Femme 6 Oui, ce n'est déjà pas évident d'être là. Si tu dois rester en pyjama, que tu ne peux pas te « fringuer »...

Homme 2 En fait, les patients, les schizophrènes ou autres, ils ont besoin de stabilité.

Femme 3 Finalement c'est infantilisant.

Femme 7 Oui, c'est évident. Ça les infantilise.

Femme 1 Comme ça, ça leur permet d'être beaux s'ils mettent de beaux habits. Ils seront contents...

Femme 3 Justement, c'est important de garder une certaine coquetterie

Femme 7 Eh bien justement ! En plus, pour reprendre confiance en soi, ce n'est pas l'idéal !

Femme 3 C'est à dire, tu n'as même pas le choix, de mettre un pantalon, ou...

Femme 6 Non, c'est ça : et hop ! Tu es puni

Femme 3 D'abord mettre un slip, quoi !

Femme 1 Non, on est contre !

Femme 7 On s'attendrait à être envoyé au lit ! »

Mesures morales de contraintes (obligations) :

8. Que pensez-vous de l'utilisation, au cours d'une hospitalisation en psychiatrie, de moyens de contrainte (par exemple, la restriction des sorties) sur le patient malade mental présentant des troubles du comportement afin de lui faire adopter une attitude plus citoyenne et adaptée aux règles de la vie en société ?

« Femme 1 Qu'on participe à la vie, c'est normal, en mettant les assiettes sur la table... Chacun doit faire son travail.

Homme 2 C'est une réinsertion, ce n'est pas mal !

Homme 4 Je pense.

Femme 1 Dans une maison, il n'y en a pas un qui va se tourner les pouces et les autres travailler.

Homme 2 La vie en communauté, c'est important pour eux, et c'est pour ça que, contrairement au pyjama, c'est important pour le patient de pouvoir mettre la table, vivre normalement comme celui qui vit dans sa maison, de se sentir utile, humain, bien par ses vêtements, d'être quelqu'un.

Femme 1 Faire les choses qu'on ferait chez soi...

Homme 2 Voilà, c'est ça, et pas simplement rester à regarder la télé, à être sous sédatif. Justement, je trouve que l'activité physique, c'est la meilleure chose

Femme 3 Un esprit sain dans un corps sain !

Homme 4 Avec des ateliers.

Homme 2 C'est le meilleur moyen de soigner quelqu'un.

Homme 4 C'est de la rééducation, quoi.

Homme 2 Donc, l'obligation de faire ça, c'est bien ou ce n'est pas bien. Il ne faut pas que ce soit une obligation violente.

Femme 1 Pour certains ça peut parfois être...

Homme 4 Une sanction. Une corvée.

Femme 3 Pour certains ça peut être structurant, mais pour certains, ça peut être infantilisant quand même.

Femme 1 Oui, voilà, c'est terrible. Priver de visites par exemple, ce n'est pas bien, c'est le lien avec la famille.

Femme 6 Oui, c'est ça, c'est le lien social, l'extérieur c'est le lien social. Si on veut le sociabiliser et qu'on l'empêche de voir les gens, je trouve ça...

Femme 3 Par contre, mettre la table, tu vois, des choses comme ça...

Femme 6 Oui, voilà, c'est ça.

Homme 2 Mais il ne faut pas infantiliser le truc, il faut que ce soit adapté à chaque personne.

Femme 3 Oui, parce tu en as qui...

Homme 2 Qui ne savent pas le faire, bon, ils apprendront à mettre la table, c'est important, mais celui, par exemple, qui est malade, on l'oblige à mettre la table, c'est...

Femme 1 Celui qui joue à la console tout le temps, tout le temps, s'il refuse de participer un peu, on peut lui supprimer la console de jeux, pourquoi pas ?

Femme 3 Bien sûr !

Femme 1 C'est mieux qu'une piqûre. Après on va être obligé de lui faire une piqûre si son comportement n'est pas correct.

Homme 2 De toute façon, la console ça doit énerver, pour les malades psychiatriques, ça ne doit pas être le bon remède !

Femme 1 Ou alors un programme de télévision...

Femme 7 Eh bien, tu ne peux pas l'obliger quand même, s'il ne gêne personne. Par contre, s'il gêne les autres, c'est autre chose.

Femme 1 Voilà !

Femme 7 Parce que : « la liberté des uns commence où finit celle des autres ». Si c'est gênant pour les autres patients, tu ne peux pas le laisser faire.

Femme 1 Voilà, il faut qu'il prenne conscience que lui, il gêne.

Femme 7 Il faut qu'il apprenne à vivre en société et à gérer sa liberté.

Femme 1 Si les autres regardent la télé, et s'il gêne ceux qui regardent la télé, eh bien il faut qu'il aille ailleurs.

Femme 7 On ne peut pas le laisser faire tout ce qu'il veut, les autres, à ce moment là sont privés.

Homme 4 De toute façon, il y a un règlement, il est soumis au règlement.

Femme 1 Donc lui, il sera forcément privé de télé à ce moment là, mais il l'aura bien cherché puisqu'il aura empêché les autres de la regarder.

Femme 7 Sans compter que c'est un service à lui rendre, car s'il a un comportement complètement antisocial, il va être tout seul, il n'aura pas d'amis.

Femme 1 Et il ne pourra pas ressortir.

Femme 7 Si on lui apprend finalement à bien se comporter, il va être plus heureux, il va y avoir plus de gens dans sa vie, il va nouer des relations avec d'autres personnes. Il faut toujours voir l'intérêt de la personne... Mais aussi l'intérêt des autres !

Homme 2 Surtout l'intérêt des autres.

Femme 3 Ah non, pas surtout.

Homme 2 Pour les cas extrêmes oui, il ne faut pas mettre tout le monde dans le même panier.

Femme 1 Surtout l'intérêt des autres, parce que les autres n'ont rien demandé, il ne faut pas non plus subir.

Homme 4 Savoir vivre en société, c'est important aussi.

Femme 7 De toute façon, son retour dans sa famille va être beaucoup plus facile s'il a appris à se comporter normalement socialement.

Femme 3 C'est vrai !

Femme 7 Il va être plus facilement accepté par sa famille.

Femme 3 Il va être plus sociable.

Femme 7 Quand il va revenir, on va dire : « oui, il a changé, c'est vrai que maintenant on le retrouve, il est bien », tout ça. Donc, les gens vont être gentils avec lui.

Femme 3 Il s'intègre dans la société quoi.

Homme 2 C'est bien mais...

Femme 7 Et sa famille va pouvoir l'aider à suivre son traitement, à accepter la piqûre.

Femme 1 Autrement, sa famille ne le voudra jamais..

Femme 3 De toute façon, dans la vie, il y a plein de contraintes, donc c'est un service à lui rendre. C'est ça aussi.

Femme 1 Nous aussi, on a des contraintes tous les jours.

Femme 3 Bien sûr, tout le monde en a !

Homme 2 Je pense que sa contrainte morale doit être adaptée à ses capacités d'avant.

Femme 7 C'est parce qu'on contraint notre liberté finalement qu'on peut vivre en société.

Femme 3 Qu'on peut être avec les autres.

Femme 7 Simplement, nous, on choisit de faire cette contrainte nous mêmes, lui il n'est pas en mesure de choisir, donc il faut l'aider.

Femme 3 Ca s'apprend.

Homme 4 Il faut lui expliquer aussi, il y a des explications qui vont derrière.

Femme 3 Parfois, il y a des personnes qui n'ont jamais eu de contrainte dans leur vie aussi...

Femme 7 C'est pour son bien, et pour le bien aussi des autres personnes qui pourraient être gênées, dont la liberté pourrait être réduite par sa prise de liberté à lui.

Femme 1 De toute façon, faire des petits travaux, je trouve que c'est bien, hein. Dans tous les cas, c'est bien.

Homme 4 Travaux d'intérêt général...

Femme 6 Eh bien oui, c'est toujours mieux que de rester devant la télé.

Femme 3 De toute façon, ils vont s'occuper, plutôt que d'être passifs, enfermés passifs.

Femme 7 Non, et puis ça leur apprend à partager.

Hommes 2 et 6 Lui donner des objectifs peut-être, oui.

Femme 3 Et peut-être parfois aussi que dans certaines maladies, ce sont des gens tout le temps isolés, qui ne parlent pas, qui ne communiquent avec personne, et que justement ça va un peu les forcer.

Femme 6 C'est ça.

Femme 3 Et après, alors qu'ils ne l'étaient peut-être pas, ils seront peut-être capables d'avoir un emploi, une vie quoi.

Femme 7 Il faudrait que ce soit toujours justifié aussi, il faut qu'il y ait une justification, que ce ne soit pas simplement une mesure de rétorsion qui ne correspond à rien.

Femme 1 Voilà. Il faut qu'il y ait un but.

Femme 7 Il faut que ce soit, soit dans l'intérêt des autres patients, soit dans son intérêt à lui, pas dans leur intérêt à eux...

Femme 1 Toujours pour qu'il y ait un progrès. »

9. Que pensez-vous de restrictions (par exemple, l'arrêt du travail ou un changement du mode de vie) qui s'exerceraient, éventuellement sous contrainte, dans le projet de vie du patient atteint d'une maladie mentale ?

« Femme 1 La parentalité, moi je laisse... C'est un peu... Ben, si, avoir des enfants alors que, si tu veux...

Homme 2 Tu peux être malade après aussi.

Femme 3 Il y en a qui sont malades après avoir eu des enfants.

Femme 1 Oui, eh bien, ils les ont, les enfants ! Ceux qu'on ne peut pas éviter, ils sont là, mais pour les autres...

Homme 2 En même temps, ça peut être un moteur de guérison, ça peut être quelque chose qui pousse vers l'avant.

Femme 6 Oui, ça peut être bénéfique peut-être.

Femme 1 Non, parce que la maladie, elle ne fonctionne pas comme ça la maladie mentale.

Femme 7 Non, s'ils ne sont pas capables de s'occuper d'eux mêmes, ils ne vont pas être capables de s'occuper d'un enfant.

Femme 1 Ils ne vont pas être capables de s'occuper d'un enfant.

Femme 7 D'un autre côté, c'est sûr que c'est une atteinte à la liberté, hein.

Femme 3 On est embêté, hein ! Ils ont des enfants avec qui ? C'est ça aussi !

Femme 1 Avec un autre malade mental...

Femme 3 Non, avec quelqu'un qui n'est pas forcément malade, qui est normal...

Homme 2 À moins qu'il y ait divorce, ça ne peut que pousser vers le haut aussi. Parce qu'il y a un partenaire, ça veut dire qu'on n'est pas forcément tout seul.

Femme 3 En même temps, si ça se passe dans un hôpital psychiatrique où tu as des personnes complètement à l'« ouest », c'est vrai, pourquoi pas donner la pilule à la femme, quoi !

Homme 4 Tu ne peux pas interdire, eh bien non, hein.

Femme 1 Ah bien oui ! Pourquoi exposer un enfant à un milieu pareil ?

Femme 6 C'est ça le danger !

Femme 7 Comment tu peux l'obliger à prendre la pilule ?

Femme 7 On ne peut pas l'obliger, mais on peut toujours essayer de persuader la personne.

Femme 3 Lui expliquer...

Femme 6 Oui, voilà !

Femme 7 Après, la personne, elle fait ce qu'elle veut...

Femme 6 Voilà.

Femme 7 Pour le travail, de toute façon, s'il n'est plus capable d'exercer sa profession, il va se casser la figure, donc c'est un service à lui rendre. Mais il faut être sûr de ce qu'on fait aussi !

Femme 1 Cela dépend.

Femme 6 Eh bien oui, c'est compliqué.

Femme 3 Cela dépend, on parlait juste avant de réinsertion sociale ! Si après il a plus de boulot...

Homme 4 Est ce qu'il est capable ou pas d'assurer son métier s'il y a une détérioration mentale ?

Femme 7 Ce qu'il y a, c'est que le médecin est faillible aussi... Il faut qu'il soit sûr...

Femme 3 Oui, ce n'est pas sa vie ! Il faut quand même que le patient puisse vivre !

Homme 4 Eh bien oui, c'est son indépendance. Ce n'est pas évident quand même.

Femme 7 Moi, je pense qu'il faut le laisser d'abord réessayer, et puis si à chaque fois il échoue, eh bien ça va lui faire du mal d'échouer tout le temps.

Homme 4 Mais tu ne peux pas interdire de travailler.

Femme 3 En même temps, il ne peut pas « se reposer » que sur l'hôpital, il n'y aura plus jamais de solution, il va vivre seulement à l'hôpital sans aucune possibilité de sortir.

Homme 4 Oui, là c'est dur.

Femme 1 S'il trouve un employeur qui est d'accord pour...

Femme 3 Après il peut dormir à l'hôpital et aller travailler.

Femme 7 S'il était ingénieur, il ne pourra plus jamais être ingénieur !

Femme 1 S'ils font régulièrement leur piqûre, il n'y a pas de raison, hein, ils peuvent travailler !

Femme 6 Oui, si ce n'est pas dangereux, finalement, il n'y a pas de raison...

Femme 3 De toute façon, si l'employeur est content du boulot !

Homme 2 Oui, voilà, c'est ça ! De toute façon, s'il y a des débordements, il va se faire virer.

Femme 3 C'est clair !

Femme 6 Voilà, de toute façon, si vraiment ça ne va pas...

Homme 2 Donc autant en arriver là.

Femme 3 L'employeur va le voir si ça ne va pas.

Homme 5 L'employeur n'est pas d'accord. De toute manière, c'est un arrêt forcé.

Homme 2 Il ne faut pas lui imposer d'arrêter son travail, ne pas arrivera là dans tous les cas, sauf si ça doit arriver. Tant qu'il ne met pas la vie de quelqu'un en danger...

Homme 5 Je pense que la personne aura du mal à travailler et sera en longue maladie

Femme 7 Finalement, c'est peut-être plus rentable qu'il n'aille pas travailler à ce moment là, s'il doit se faire virer, c'est traumatisant pour lui !

Femme 3 Après, mais attends, s'il est complètement schizophrène et qu'il a des guns, on ne peut pas non plus lui permettre de mettre en danger la vie des autres.

Femme 7 S'il se trouve qu'on lui interdit de travailler, c'est parce qu'il est somnolent, ou bien parce qu'il n'est pas....

Homme 4 Ou violent...

Femme 7 ... C'est parce qu'il n'est pas contrôlé par ses médicaments, ou alors que ses médicaments sont trop forts.

Femme 3 Ah oui, s'il est assommé par ses médocs, qu'est ce qu'il peut faire ? C'est sûr !

Femme 1 Je pense qu'il faut faire attention de ne pas donner des médicaments trop forts.

Homme 2 Je pense que c'est à l'employeur de décider.

Femme 7 Ah bien non !

Femme 3 Ah mais regarde, s'il appuie sur des boutons !

Femme 7 Non, à ce moment là, il n'aura jamais de travail, s'il doit le dire...

Homme 2 Non, mais pour savoir s'il doit arrêter.

Femme 7 S'il a un bon traitement, qu'il est bien équilibré...

Homme 4 Quelque part, pourquoi pas ?

Femme 1 Non, je ne vois pas d'inconvénient.

Femme 7 Et si les psychiatres le trouvent capables, il pourra travailler, si les psychiatres estiment que...

Femme 3 Oui, s'il est complètement shooté par ses médicaments évidemment il y a un danger au niveau du travail.

Homme 4 S'il ne peut pas assurer derrière. Mais s'il peut assurer ?

Femme 7 Mais moi, je crois qu'il faudrait quand même dans ce cas là, quand on interdit à quelqu'un de travailler, qu'il y ait une discussion un petit peu collégiale entre les médecins, il ne faudrait pas que ce soit sous la dépendance d'un seul médecin, il y aurait moins de chance de se tromper.

Femme 3 Mais alors là, il y a la liberté aussi, tu vois. Le médecin ne va pas aller le...

Homme 5 C'est très compliqué. Déjà pour une personne malade c'est difficile

Femme 3 Oui, mais est ce que le médecin a le droit d'aller voir le patron, je ne suis pas sûre...

Homme 5 Non, bien sûr que non !

Femme 7 Non, on ne parle pas de ça ! Ce n'est pas une contrainte à ce moment là, c'est juste une proposition.

Femme 1 Pour conclure, dans le cadre du travail, finalement, on dirait arrêt du travail s'il y a danger pour les autres personnes. Maintenant pour ce qui est du changement de mode de vie, si c'est bénéfique...

Femme 3 Il faut que ce soit librement consenti quand même...

Femme 1 Par exemple, la psychose peut être relancée par le fait de revenir à l'endroit où elle a commencé, c'est à dire avec la personne qui la déclenche, la même personne la redéclenche encore une fois. Par exemple si c'est un type qui a un problème avec sa femme...

Femme 7 Cela peut être dangereux.

Homme 4 Il peut refaire la même chose...

Femme 1 ...De revenir au foyer, ça va annihiler tous les effets bénéfiques de l'hospitalisation.

Femme 7 C'est vrai que ça peut être bénéfique d'être coupé de sa famille.

Femme 1 Et parfois ça peut être bénéfique de revenir dans la famille.

Homme 4 Oui, c'est une question de change.

Femme 3 Il faut qu'il soit prêt.

Femme 1 Il faut interroger la famille aussi hein.

Homme 4 Voir si elle est capable de recevoir. C'est une question de confiance.

Femme 3 Oui, ou alors au contraire, d'accepter son départ.

Femme 1 Parce que quand ça s'est passé comme ça, ça laisse des traces.

Homme 4 Le retour n'est pas évident. »

Arrêt des contraintes :

10. Que pensez-vous de l'arrêt éventuel de toute mesure de contrainte extérieure (c'est-à-dire ne relevant pas du patient lui-même) dans la prise en charge du patient malade mental stabilisé qui a pu intégrer cette contrainte à son psychisme ce qui lui permet ainsi de se soigner librement de façon adaptée ?

a. chez les malades mentaux n'ayant jamais présenté de dangerosité pour les autres.

b. chez les malades mentaux ayant déjà présenté une dangerosité pour les autres.

« Femme 7 Ah non, pour un dangereux, non !

Femme 3 C'est trop dangereux !

Femmes 1 et 6 Pour un dangereux, il faut un suivi !

Homme 4 S'il a été déclaré plusieurs fois, oui je pense. Une fois, pourquoi pas, plusieurs fois, non...

Femme 3 Eh bien oui, parce qu'il faut que ce soit toujours la même personne qui le suive.

Homme 4 Oui, voilà, c'est ça.

Femme 3 C'est cette personne qui va sentir s'il est sur le point de déraper, de rechuter.

Homme 4 Il ne faut pas qu'on change d'intervenant.

Femme 3 Il faut garder le référent, je pense.

Femme 1 Il ne faut pas oublier qu'il y a aussi un transfert qui se fait du malade sur le médecin, il y a une relation spéciale entre le patient et le médecin.

Femme 6 Oui mais là, la question elle parle de l'arrêt de la contrainte, pas de l'arrêt de soins.

Femme 7 Cela veut dire qu'il peut très bien arrêter; mais à ce moment là, s'il ne se soigne plus, on ne fait plus rien !

Femme 1 Mais alors là, il faut être sur de son coup parce que Il y a des malades paranoïaques qui ont une duplicité incroyable, et qui sont capables de faire croire qu'ils sont parfaitement guéris Et qui ne le sont pas, qui gardent l'arrière pensée de ce qu'ils vont faire quand ils vont sortir. Ils ont une très grande duplicité !

Homme 4 Et bien, ça dépend s'il est guéri ou pas.

Femmes 1 et 3 - Le problème, c'est la responsabilité d'une récidive, quoi !

Femme 7 Ca, c'est pour les paranoïaques.

Femme 1 Les paranoïaques sont capables de faire semblant.

Femme 3 Ils peuvent ressortir et faire semblant et tuer leur famille !

Femme 1 Pendant des mois, pendant des années ils vont faire semblant.

Femme 3 On va l'enfermer.

Homme 2 Et puis après on le relâche.

Femme 7 Et puis après il peut se venger sur la famille.

Homme 4 C'est un jeu, quoi

Femme 1 Non, ce n'est pas un jeu, c'est quelqu'un qui pense à long terme, le paranoïaque

Homme 4 Un jeu dangereux, quoi, pour lui, pour...

Femme 7 Moi, je trouve qu'à partir du moment où on a une maladie mentale vraiment avérée, diagnostiquée, reconnue, le suivi doit être obligatoire toute la vie.

Femme 3 Quand il y a une violence etc.

Femme 1 Le paranoïaque est un très grand manipulateur.

Femme 7 En ce qui concerne le paranoïaque, on peut très bien ne pas savoir qu'il est dangereux. Sa famille peut très bien ne rien dire, il peut persécuter tous les membres de sa famille, on peut très bien ne pas le savoir, et à ce moment là il peut, comme on disait tout à l'heure...

Femme 1 Vis à vis des autres il peut être extrêmement normal.

Femme 3 Par contre pour un schizophrène, s'il n'est pas dangereux...

Femme 7 Cela se discute, pour le schizophrène.

Homme 4 Il peut être extrêmement intelligent et...

Femme 7 Justement, pour le cas des artistes...

Femme 3 S'il n'a jamais présenté de dangerosité, oui, mais en même temps est ce qu'un spécialiste ne peut pas vérifier que ce soit toujours le cas ?

Femme 7 Il doit quand même rester suivi hein, même si on ne lui donne pas de traitement, il doit quand même rester suivi régulièrement. Oui, suivi obligatoire, parce qu'on peut très bien décider de ne pas lui donner de traitement et le psychiatre voit s'il n'a pas changé. De pas dangereux, il peut être devenu dangereux ! A ce moment là, le psychiatre, s'il le voit tous les mois, va s'apercevoir qu'il a changé et que maintenant il va présenter du danger. Et justement ça va pouvoir être préventif, pour qu'il ne tue pas quelqu'un, de garder le suivi, parce que la personne ne va peut-être pas être toujours pareil.

Homme 5 Je pense que c'est très important.

Femme 7 le malade peut très bien ne jamais avoir été dangereux pour personne, mais s'il voit le psychiatre, le psychiatre il va s'apercevoir, lui, qu'un danger va pouvoir arriver, il va le voir.

Homme 5 Pas forcément !

Femme 7 Eh bien si, dans le cas du petit Larbi, là, le pédophile, eh bien il en a parlé à son psychiatre, malheureusement, c'était déjà fait quand il lui en a parlé.

Homme 5 La contrainte pour le suivi.

Femme 1 On est quand même responsable vis à vis des gens qui n'ont rien fait, leur vie peut être brisée.

Femme 7 De toute façon un psychotique n'est pas responsable de sa maladie.

Homme 4 Ah bien non !

Femme 7 Il a besoin d'être aidé de toute façon.

Femme 3 C'est une aide !

Femme 7 On peut l'aider en discutant avec lui, ou en lui donnant des médicaments par la bouche, ou en lui donnant une piqûre.

Femme 3 Ou une entrave...

Femme 7 Mais justement le suivi est encore plus indispensable que les médicaments. C'est un professionnel qui voit son évolution.

Femme 1 Par manque de suivi, on ne peut pas condamner à mort des gens qui n'auraient rien fait. »

Vision générale :

11. Finalement, que pensez-vous de l'utilisation de la contrainte comme outil de soins en psychiatrie ?

« Femme 6 Eh bien, c'est nécessaire pour certains cas.

Femme 3 En cas de dangerosité.

Femme 6 Voilà. C'est du cas par cas, après, c'est difficile.

Femme 3 Après, il ne faut pas que la contrainte s'installe.

Homme 4 Et qu'il n'y ait que de la contrainte.

Femme 6 Et que ce ne soit que ça, quoi.

Femme 1 Et il ne faut pas que ce soit une solution de facilité.

Femme 6 Voilà !

Homme 4 Et qu'elle soit bien amenée.

Femme 3 Et il faut que la vie soit possible à l'extérieur.

Homme 2 Il faut qu'il y ait une solution d'avenir.

Femme 6 Oui, c'est ça.

Homme 2 Et déguiser la contrainte peut-être...

Femme 1 Oui, mais elle n'est pas toujours possible, la solution d'avenir.

Femme 6 Il y a des cas pour lesquels...

Femme 7 S'il y a des moments dans le suivi où la personne par exemple ne fait pas ses injections régulièrement...

Femme 1 Pour ceux qui sont trop atteints, on ne pourra jamais rien faire.

Homme 5 Oui !

Femme 7 Cela, le psychiatre va s'en apercevoir.

Homme 5 Il ne va pas les laisser sortir...

Homme 2 C'est peut-être important de ne pas « punir » autant ceux qui n'ont rien fait.

Femme 6 Eh bien voilà !

Homme 4 Donc, le rôle du psychiatre est forcément au centre, il est obligé.

Femme 7 Il faut toujours que la contrainte soit, soit pour le bien du patient, soit pour le bien de la société, des autres personnes.

Femme 6 Ah oui, ce serait bien !

Femme 3 Ce serait impeccable.

Femme 7 Malheureusement, elle est utile ! Heureusement qu'on l'a !

Femme 1 Mais enfin, pour conclure, il faut pour ça des psychiatres qui ont une grande conscience professionnelle, parce que sinon ce n'est pas la peine...

Femme 6 Ah oui !

Homme 4 C'est difficile.

Femme 6 Qu'ils suivent bien leurs patients...

Homme 4 Ne pas faire que du chiffre !

Homme 2 Oui, c'est sûr !

Femme 7 Justement, on a l'habitude de ne pas avoir confiance dans les psychiatres.

Femme 1 Non !

Femme 3 Ils n'ont pas bonne réputation !

Femme 1 Il y a des cliniques où des gens ont fait enfermer des proches qui auraient très bien pu rester à l'extérieur.

Femme 7 Donc en fait, nous, public eh bien c'est la contrainte à bon escient ! Administrée par des professionnels responsables.

Homme 4 Ah oui, responsables, et qui ont de la bouteille, et qui savent bien gérer.

Femme 1 Un contrôle aussi sur le personnel soignant.

Femme 7 Pour éviter les punitions injustifiées.

Femme 1 Il y a parfois des infirmiers de nuit qui, pour ne pas être embêté, ils attachent les gens...

Homme 4 C'est tellement injustifié que...

Femme 7 Eh bien ça existe dans des pathologies physiques hein !

Femme 6 Voilà !

Homme 4 Exactement !

Homme 2 Même, dans certains services, ils attachent hein !

Femme 7 Cela existe dans tous les domaines, pas seulement la psychiatrie.

Femme 3 Et pourquoi pas une formation, justement pour ces infirmiers qui ont des cas lourds à gérer.

Homme 4 Ah oui, oui, eh bien c'est quasiment impossible, parce qu'infirmier, diplômé d'état, il a fait un mois de stage...

Femme 7 Les infirmiers sont des personnes extrêmement dévouées, la plupart du temps, la plupart du temps.

Femme 1 Donc, il faut faire déjà attention à la formation des personnes qui s'occupent des malades mentaux.

Homme 4 Ah oui, oui, des unités spéciales.

Femme 7 Et puis d'ailleurs, je trouve que la contrainte doit préserver un petit peu le personnel infirmier.

Femme 1 Oui.

Femme 7 Car ce sont des personnes souvent qui sont très dévouées, qui ont beaucoup de conscience professionnelle, elles ne méritent pas d'être insultées.

Homme 5 Je pense que la formation, c'est quand même quelque chose d'important.

Homme 4 La formation est obligée. Une belle formation...

Femme 3 Pour que la réponse de l'infirmier...

Femme 1 Bien sûr, c'est spécifique, pour les infirmiers.

Femme 7 Les brebis galeuses, ce sont quand même des exceptions, parce que les gens qui ont choisi cette profession là, en général...

Homme 4 Oui, souvent.

Femme 3 Cela doit être dur de travailler en hôpital psychiatrique.

Femme 1 Il y en a, des brebis galeuses.

Homme 5 Ecoutes, à l'hôpital ici, déjà pour les personnes normales le personnel parfois n'est pas terrible...

Homme 2 Il y en a partout, dans tous les métiers, dans la police...

Femme 7 Dans les médecins aussi, il n'y en a pas que dans les infirmiers, dans les médecins aussi !

Femme 1 C'était toi qui disais que les psychiatres...Je n'aimerais pas être psychiatre.

Femme 7 Justement oui. Ca doit être exercé, la contrainte, avec responsabilité

Femme 6 Dans tous les métiers, hein !

Femme 1 C'est la conscience professionnelle, je reviens à ça.

Homme 5 Une bonne formation, parce que tu sais, moi à l'hôpital, j'ai été très, très bien reçu, mais dans certains services, c'est catastrophique...

Femme 7 Dans les cas un petit peu litigieux, je trouve que la décision collégiale, ça peut être bien.

Homme 2 Oui, oui, toujours l'avis de plusieurs personnes.

Femme 3 Oui, ça, c'est important, c'est une décision collégiale, ce n'est pas qu'une personne qui décide de l'avenir d'une autre.

Femme 7 Collégiale entre tous les gens du service, des discussions entre les infirmiers, médecins.

Homme 2 Oui, parce qu'on décide de l'avenir d'une personne.

Femme 7 L'avenir d'une personne, c'est quelque chose d'important.

Femme 1 Ce n'est pas un cas, comme ça...

Homme 5 C'est peut-être aussi un besoin pour la personne, tu sais d'avoir plusieurs personnes...

Femme 7 Moi, ça me fait un petit peu peur de voir une personne, qui peut décider de l'avenir d'une autre.

Homme 2 En équipe pour juger une personne.

Femme 6 En équipe, un médecin, une infirmière...

Femme 7 Une personne, c'est toujours une personne qui peut se tromper...

Homme 5 Je me demande si ce n'est pas mieux.

Homme 4 On ne connaît pas tout, hein non plus, ce n'est pas évident.

Homme 5 Il faut réfléchir à une solution.

Femme 1 D'un autre côté, quand on a un enfermement et qu'on en parle.

Femme 3 Quand on a une mesure d'internement, je pense qu'il faut que ce soit toute une équipe qui décide de l'avenir d'une personne.

Femme 7 C'est d'ailleurs pour ça qu'on a prévu que la famille signe, mais le psychiatre passe derrière, il y a tout ça, ça montre bien qu'il ne faut pas que ce soit une seule personne qui décide.

Homme 4 Autrement, c'est trop facile hein.

Femme 7 Il faut mettre des garde-fous, moi je trouve qu'il faut mettre des garde-fous, et utiliser la contrainte à bon escient.

Femme 1 Il ne faut pas oublier non plus que celui qui décide de l'envoi à l'extérieur, ce n'est pas lui qui subit, en fait, il faut tenir compte de ça.

Femme 3 Je pense qu'on en tient compte, c'est l'équipe qui choisit ça, si on entre dans les critères bien sûr.

Femme 1 Oui, mais ce n'est pas eux qui le vivent au quotidien avec la personne.

Femme 7 De toute façon, ça doit toujours être individuel. Tous les cas sont différents finalement.

Femme 1 Parce que la maladie psychiatrique, c'est l'affaire de chacun finalement.

Femme 7 On ne peut pas mettre les gens dans des cases, ce n'est jamais pareil... »

Remerciements

A M. le Professeur Bougerol, pour avoir accepté de présider ce jury, ainsi que pour ses conseils méthodologiques précieux tout au long de ce travail.

A M. le Professeur Terra et à M. le Professeur De Gaudemaris, pour avoir accepté de siéger dans ce jury.

Au Dr Jean Paul Chabannes, pour tout, son aide, son soutien constant et son exemple.

A M. le Professeur Imbert pour ses conseils méthodologiques sur l'étude qualitative figurant dans ce travail.

A tous les infirmiers et infirmières ayant accepté de participer à cette étude.

A Mme Gisèle Libouton et Mme Gisèle Bougerol pour leur serviabilité et leur aide précieuse dans l'organisation de la soutenance de ma thèse.

Au Dr Philippe Sechier pour m'avoir fait apprécier la psychiatrie au cours de mon premier semestre.

A tous ceux qui furent mes maîtres durant mes différents stages

Et bien sûr, merci à toute ma famille pour son soutien.



Qui diis memorem laudes, repetamque fideles
 Ingenij dotes, Hippocratisque decus.
 Democriti auditor Phœbea, ô, Coë propago,
 Certius an quis te tradidit artis opes?

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénérologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophtalmologie
CHIROSSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie

MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectueuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire

Maitre de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie (3 options)
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion (2 options)
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière (2 options)
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale (2 options)
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale (2 options)
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière (2 options)
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RENVERSEZ	Jean-Charles	Biochimie et biologie moléculaire
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

THESE SOUTENUE PAR JULIEN DUBREUCQ

TITRE : LA CONTRAINTE : UN OUTIL DE SOIN EN PSYCHIATRIE ?

CONCLUSIONS

L'utilisation de la contrainte est souvent indispensable en psychiatrie, dans la prise en charge des malades mentaux, en raison de la présence d'une altération persistante du jugement provoquant un déni des troubles et donc une impossibilité à consentir librement aux soins nécessaires.

Cependant cette contrainte transforme nécessairement la relation médecin – malade, d'une adhésion aux soins à une observance obligée de ceux-ci.

Son utilisation est-elle donc légitime et thérapeutique, ou au contraire, ne s'agit-il que d'une mesure arbitraire, potentiellement nocive ?

Pour répondre à cette question, trois aspects de cette utilisation sont envisagés dans les trois parties de ce travail.

La première étudie les aspects historiques, philosophiques, éthiques et légaux de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie, afin d'en évaluer l'évolution et la légitimité.

La seconde évoque les différentes mesures de contrainte utilisables en psychiatrie, physiques ou morales, ainsi que leurs objectifs et leur justification.

La troisième partie est consacrée à l'étude d'une des limites possibles de l'efficacité de cette utilisation, la représentation qu'en ont les équipes infirmières chargées de son application.

Pour ce faire, une étude qualitative sur la représentation sociale qu'ont les infirmiers psychiatriques de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie, a été réalisée.

La méthode employée est celle des focus groups avec sept groupes constitués, à savoir quatre groupes d'infirmiers psychiatriques, un groupe d'infirmiers généraux, un groupe d'étudiants infirmiers et un groupe de population générale.

Les focus groups ont ensuite été retranscrits littéralement puis décortiqués à l'aide d'une analyse thématique continue.

Cela a permis de comparer les représentations de ces différents groupes et d'évaluer l'impact du travail en psychiatrie et de la formation infirmière sur la transformation de celle-ci.

Les résultats de cette étude montrent un impact important du travail en psychiatrie dans la transformation de ces représentations sociales avec notamment une meilleure image des malades mentaux chez les infirmiers psychiatriques que dans les autres groupes, ce qui est à mettre en lien avec la diminution du sentiment de peur qu'ils inspirent.

Elles montrent cependant également une persistance d'une mauvaise image de la psychiatrie de type asilaire chez les infirmiers psychiatriques, notamment en ce qui concerne les mesures physiques de contrainte, comparable avec des stéréotypes retrouvés en population générale.

Il est également à noter la présence chez les infirmiers psychiatriques, en ce qui concerne les mesures morales de contrainte, de stéréotypes évoquant un rôle normalisateur de la psychiatrie, les rendant moins favorables que les autres groupes à ces mesures.

Par ailleurs, il faut constater que la formation infirmière a aussi un impact majeur dans la transformation des représentations sociales, puisqu'il y a une différence entre la représentation des infirmiers, pour qui l'utilisation de la contrainte répond davantage à la nécessité de la protection de la personne qu'à celle de la protection des autres, et celle de la population générale pour qui c'est plutôt l'inverse.

Au total, l'utilisation de la contrainte en psychiatrie semble donc bien être un outil de soins et avoir toute sa légitimité.

Cependant, il s'agit d'un outil dont il convient de se servir avec mesure, afin d'éviter de potentiels abus qui lui enlèveraient son caractère thérapeutique.

Il apparaît également important de développer des actions de formation des personnels infirmiers sur le sens de ces mesures ainsi que sur leur rôle thérapeutique, afin d'en faciliter l'application pour eux.

Dans la même veine, la lutte contre la stigmatisation en population générale doit permettre d'expliquer que la contention est fondée sur une éthique de soin et pas seulement sur une démarche sécuritaire.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

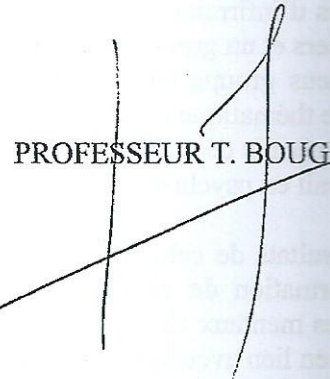
Grenoble, le 21/2/2012

LE DOYEN



J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE


PROFESSEUR T. BOUGEROL