

**UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2020

**THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Regards croisés entre patients et soignants : le vécu et les
représentations des soins sans consentement en psychiatrie**

Présentée et soutenue publiquement le
Mardi 22 Septembre 2020 à 16h
A l'Université Lille 2

Par Agnès MORLOT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Ali AMAD

Monsieur le Docteur François MEDJKANE

Directeur de thèse : Dr François MEDJKANE

Avertissement

L'Université n'entend donner aucune approbation aux épinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé

CIDPH : Convention des Nations unies relative aux Droits des Personnes Handicapées

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMP : Centre-Médico-Psychologique

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

HDJ : Hôpital de Jour

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers, anciennes SPDT

HO : Hospitalisation d'Office, ancienne SPDRE

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

RimP : Recueil d'informations en psychiatrie

SPDRE : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPDTU : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence

SPPI : Soins Psychiatriques en Péril Imminent

SL : Soins Libres

UHSA : Unité Hospitalières Spécialement Aménagées

Table des matières

Introduction	7
I. Les représentations de la maladie mentale et de la folie : aspects sociologiques, historiques, légaux et administratifs.....	13
A. Aspects sociologiques et historiques : Naissances de la folie et évolution du regard sociétal au travers des siècles.....	13
1. Moyen-âge et Âge Classique	13
2. L'aliénisme et la loi de 1838	19
3. Naissance de la psychanalyse, diversification des connaissances et des pratiques	26
B. Etat des lieux actuels.....	31
1. La Sectorisation	31
2. Aspects légaux, après la loi de 1848.....	36
3. Aspect administratif.....	40
4. Aspects statistiques.....	42
II. Etude des représentations de patients et de soignants vis-à-vis des soins sous contrainte au Centre Hospitalier de Denain :	47
A. Argumentaire	47
B. Objectifs	51
C. Méthode	53
D. Terrain de recherche	58
1. Situation géographique de la ville de Denain.....	58
2. Aspects socio-économiques.....	59
3. Le Centre Hospitalier de Denain	66
4. Organisation de la psychiatrie au sein du territoire	66
E. Déroulé de l'étude.....	70

F. Présentation des résultats	72
1. Conduite des entretiens :.....	72
2. Questionnaire	74
3. Métathèmes identifiés.....	75
III. Discussion	111
A. Méthodologie	111
B. Terrain de recherche	113
C. Biais d'inclusion, d'anonymisation, de résultats	116
D. La contenance institutionnelle en question.....	120
Conclusion.....	127
Bibliographie	131
Livres.....	131
Lois, décrets, rapports	132
Revue, Articles	133
Données statistiques	135
Sites internet :.....	136
Emissions radiophoniques.....	136
Annexes : 1 exemple de traitement des données, l'entretien de O.K.	137

Introduction

Les soins sous contrainte font partie intégrante de la pratique quotidienne de la psychiatrie en France. En 2016, 80 000 personnes ont été hospitalisées dans ce cadre parmi les 342 000 personnes hospitalisées à temps complet dans des structures de soins psychiatriques¹. En service de psychiatrie générale, ce mode d'hospitalisation fait partie des possibilités de soins, au même titre que les soins libres, dans une normalité qui n'appelle pas à se questionner, à partir du moment où l'indication est claire.

Les motifs de soins sans consentement sont nombreux et chaque patient est donc évalué au cours d'un entretien psychiatrique, le plus souvent aux urgences, afin de cerner les limites du cadre à poser et la nécessité ou non d'une hospitalisation. Hétéro-agressivité, syndrome délirant aigu, risque suicidaire élevé, conduites à risque pouvant mettre la vie du patient ou celle des autres en danger, trouble à l'ordre public etc. sont des indications potentielles d'hospitalisation sous un mode non consenti. Chaque cas est unique et une réponse appropriée doit être recherchée à chaque nouvel entretien, afin de garantir au patient ses droits ainsi qu'une prise en charge adaptée.

Pourtant, cette pratique interroge, et pour cause, puisqu'elle va à l'encontre du souhait d'une personne et nie sa capacité à prendre des décisions pour elle-même.

Elle suscite également bien des fantasmes, chez les personnes extérieures au milieu psychiatrique bien sûr, mais aussi chez les patients et les soignants. Deux aspects caricaturaux ressortent régulièrement dans les media à ce propos : les soins sous contrainte seraient automatiquement reliés à la question de la dangerosité du patient ou à sa qualité de « fou délirant » ou les deux à la fois. L'affaire de l'hôpital de St Egrève en 2008 est un malheureux exemple de cette communication délétère, qui a stigmatisé les hôpitaux psychiatriques et les

¹ Hazan, A. : Soins sans consentement et droits fondamentaux, Editions Dalloz, Juin 2020, page 1

patients. Pourtant, ce type d'affaire est heureusement exceptionnel et ne reflète pas le visage quotidien de la psychiatrie.

Ces préjugés font souvent écho à la peur de « l'asile » et inspirent à la plupart des personnes extérieures à cet univers de la crainte voire du dégoût de l'hôpital psychiatrique comme des patients. Il sera intéressant de voir à quel point ce sentiment est ancré dans l'Histoire de la Psychiatrie en France.

A l'inverse, certains détracteurs de ce type de soins accuseront les soignants et les hôpitaux de déshumaniser les patients ou de les transformer en cobayes, lorsqu'ils les « enferment » en psychiatrie.

Dans tous les cas, le sujet ne laisse pas indifférent et il est toujours bienvenu de s'interroger sur des pratiques qui suscitent autant de discours contradictoires.

En pratique, les soins sous contrainte regroupent de nombreux modes de soins différents, certains plus coercitifs que d'autres et faisant plus ou moins violence tant aux patients qu'aux soignants. Des protocoles comme les mises en isolement ou les mises en contention peuvent marquer les esprits à juste titre : ils ne sont jamais anodins (ou ne devraient jamais l'être) et ne doivent être mis en place que dans des conditions bien particulières. Cependant, ils sont parfois essentiels aux soins et nous verrons dans les témoignages de cette étude qu'ils peuvent même être vécus de manière positive dans certains cas. Enfin, les soins sous contrainte ne nécessitent pas obligatoirement une hospitalisation à plein temps et certains patients peuvent évoluer au quotidien dans leur espace de vie habituel, en programme de soins.

La psychiatrie reste, malgré l'intégration progressive des neurosciences dans les savoirs et les applications cliniques, une discipline médicale bien à part, avec des codes qui lui sont propres et une relation au patient qui est unique ; c'est d'ailleurs ce qui en fait toute sa richesse.

Elle est inscrite dans une longue « tradition » en France, que Michel Foucault a explicitée

dans des livres comme « *Histoire de la Folie à l'âge classique*² » ou « *Le pouvoir psychiatrique*³ ». Il est marquant de voir que cette question a passionné un sociologue, et Michel Foucault ne sera pas le seul auteur à se pencher sur ce sujet. Il considère que la folie existe uniquement parce que la société l'a créé et nommé ainsi, pour normer une catégorie de personnes et l'exclure. Si ce postulat, repris par le mouvement de l'antipsychiatrie dans les années 1970, peut interroger, il n'empêche que la question de la privation de liberté dans le cadre des soins psychiatriques ne peut être détachée de la manière dont la société considère le patient, car cette vision influence les soins, l'intégration du patient hors de l'hôpital ainsi que la loi.

Nous pouvons d'ores et déjà voir que la question des soins sans consentement peut être également abordée sous ses aspects historiques et sociologiques et nous prendrons donc le temps de les étudier afin d'obtenir un tableau plus complet de tous les enjeux qu'elle soulève.

Cependant, notre étude va se concentrer sur un point précis, celui du vécu et des représentations des personnes au contact avec les dispositions de privation de liberté, à travers la vision de ceux qui ont vécu une hospitalisation sous contrainte ou qui sont encore sous le régime de la contrainte, en hospitalisation ou en programme de soins.

Les représentations des patients seront étayées par celles des soignants qui ont la responsabilité de gérer l'enjeu de la contrainte au quotidien.

L'hypothèse ici n'est pas tant d'aller questionner les raisons de la mise sous contrainte que de s'intéresser à ce qui est vécu une fois que celle-ci a été statuée.

Quelles sont donc les représentations des soins sans consentement pour les patients comme pour les soignants ?

² Foucault Michel, *Histoire de la Folie à l'âge classique*, Histoire de la folie à l'âge classique, Première parution en 1972, Collection Tel (n° 9), Gallimard, 2014

³ Foucault, Michel, *Le Pouvoir Psychiatrique*, Cours au Collège de France, 1973-1974, Gallimard, Seuil

Qu'en est-il du vécu de ces patients dont le quotidien bascule d'un jour à l'autre d'une vie autonome, construite sur le monde extérieur, à des journées cadrées au sein d'une structure fermée, régentées par le personnel soignant ?

Des questions plus précises découlent de cette hypothèse : comment les patients vivent-ils cet enfermement, qui peut aller jusqu'à prendre la forme d'un isolement avec contentions dans certains cas ?

Que peuvent-ils dire de la dépendance à la loi et au médecin qui est devenue la leur ? Quels enjeux voient-ils dans le programme de soins ? A quel degré se joue l'ambivalence ressentie chez eux entre contenance des soins et intrusion des soignants ?

Quant aux soignants, quelle relation entretiennent-ils avec la contrainte et avec les patients qui évoluent sous ce régime ? Quels sont les vécus qui naissent en eux quand ils sont confrontés à la mise en pratique de la contrainte ?

Pour prendre un exemple très pragmatique et commencer à évoquer ce qu'est l'hospitalisation sans consentement en pratique, il faut imaginer que lorsqu'un patient est hospitalisé sous contrainte, cette dernière est très forte, puisque, en plus de la négation du jugement propre du patient, on peut la décliner sous 3 aspects pratiques différents : contrainte de lieu, contrainte de temps et contrainte de personnes.

En effet, la personne hospitalisée n'a pas le choix de son lieu de séjour, ni celui de sa chambre, fonction pour le premier du lieu d'habitation initial du patient, fonction pour la deuxième des places disponibles à l'hôpital et de l'état clinique du patient. Les permissions ne sont accordées que sur décision médicale (et du préfet en cas de SDRE).

Pour les patients en programme de soins, une autorisation préalable signée par le psychiatre référent et le préfet est nécessaire pour pouvoir se déplacer, d'un département à un autre et a fortiori d'un pays à un autre, phénomène relativement courant dans la région des Hauts-de-France que ce soit vers la Belgique ou même vers l'Angleterre.

Le patient n'est pas non plus maître de sa durée d'hospitalisation ou de la durée de son programme de soins. C'est le psychiatre et le psychiatre seul - sauf décision contraire du Juge des Libertés - en accord avec le préfet pour le régime des SDRE, qui est décisionnaire de cette modalité. Dans les services dans lesquels j'ai été appelée à faire mes stages, je n'ai jamais vu de patient hospitalisé sous la modalité des Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat changer pour un mode d'hospitalisation libre, même si pour certains patients très déficitaires, la notion de soins sous contrainte pouvait perdre de son sens.

Dans le cas du programme de soins, le but est évidemment d'obtenir l'adhésion du patient pour la durée d'hospitalisation préconisée si l'hospitalisation séquentielle fait partie des obligations à respecter. Cependant, le psychiatre ne peut pas tout à fait s'engager par rapport à une date butoir de sortie d'hospitalisation dans le sens où, si l'état clinique du patient est inquiétant le jour prévu pour sa sortie, une nouvelle hospitalisation serait probablement envisagée en urgence et dans la continuité de la première.

Il existe enfin une contrainte de personnes, puisque le patient ne choisit pas avec qui il va être hospitalisé ni le personnel soignant qui l'aura à sa charge. Or, pour ce type de patients, l'hôpital est un lieu familier avec des personnes identifiées, d'autres non, des personnes appréciées et d'autres avec lesquelles un contact peut être rapidement source de tensions. Il est fréquent que les patients régulièrement hospitalisés se connaissent entre eux, voire entretiennent des liens à l'extérieur, parfois inadaptés et potentiellement conflictuels. Les prêts d'argent ou de cigarettes sont monnaie courante, des vols peuvent éventuellement survenir, surtout quand les chambres ont tendance à devenir des lieux d'habitation avec des objets propres (transistors, produits de beauté, vêtements plus ou moins précieux...). Enfin, comme dans toute communauté, des liens amoureux se font et se défont et, au gré des hospitalisations itératives, les patients peuvent être amenés à se revoir.

Grâce à cette première immersion dans ce que peut être le quotidien d'un patient hospitalisé en soins non consentis, nous pouvons déjà mieux imaginer certains enjeux dont il sera question dans notre étude.

Pour répondre à ces hypothèses, nous nous appuyerons sur une étude qualitative avec analyse par théorisation ancrée, réalisée au sein du Centre Hospitalier de Denain en 2018, avec des patients et des soignants qui avaient été ou étaient encore touchés par les soins en situation de privation de liberté au moment de l'étude.

Nous débuterons cette thèse par une première partie sur l'évolution de la notion de folie, sous l'angle de la sociologie et de l'histoire et nous évoquerons également les aspects administratifs, statistiques et légaux propres aux soins sans consentement afin de mettre en lumière toutes les résonances que ce sujet fait naître.

Ce tableau peut interroger au premier abord. Le regard du peintre semble ironique, extrêmement moderne ; on pourrait avoir l'impression d'avoir sous les yeux une consécration de la folie en même temps qu'une mise en garde vis-à-vis des plaisirs de la vie par l'entremise de personnages terribles et repoussants ... On est en droit de se demander à quelle époque a été peint le tableau lorsque l'on n'en connaît pas son auteur tant cet univers nous semble étranger et étrange.

Quelle était donc réellement la représentation de la folie à l'époque ?

Maud Ternon nous en donne la réponse : « *Les images de la folie qui se développent au Moyen-Âge et qui ont intéressé les historiens jusqu'ici émergent dans la sphère culturelle : elles n'ont que très peu de rapport, voire aucun, avec les pratiques sociales du Moyen-Âge. La Nef des fous est un stéréotype littéraire et iconographique qui a connu un grand succès à la fin du XV^e siècle ; et à cette période le motif de la folie est très à la mode dans la littérature - on pense à l'Eloge de la folie d'Erasmus. Il s'agit chaque fois d'un schéma d'inversion : il s'agit de soit vanter le fou qui est le plus sage de nous tous dans l'Eloge de la folie ; soit dans La Nef des fous de montrer que chaque fou représente un vice de la société qu'il s'agit de dénoncer⁴. »*

Avec la *Nef des Fous*, nous sommes donc avant tout en présence d'une œuvre quasi politique, qui prend la figure du fou comme exemple de déchéance, dont il ne faudrait surtout pas suivre le chemin.

Maud Ternon nous explique en effet qu'entre le XIII^e et le XV^e siècle, le fou fait peur avant tout. Il représente des schémas d'inversion des normes et de rupture du lien social : il se promène nu, ne mange plus, vit reclus, a un discours délirant... En cela, il est rejeté. Les normes attendues ne sont pas les mêmes selon la place du citoyen dans la société : on considère qu'il est normal que l'aristocrate fasse preuve de charité mais on se méfie lorsqu'il

⁴ Ternon Maud, Une histoire de la folie, Épisode 1 : Furor, furiosus. La folie au Moyen Âge, France Culture, 25/02/2019

fait preuve de prodigalité et qu'il commence à dilapider à outrance le patrimoine familial. Une jeune femme non mariée, ayant commis un infanticide ne sera pas inévitablement condamnée, la norme étant plutôt de l'excuser de ce geste de survie qui pourrait nous paraître aujourd'hui d'un extrême brutalité.

On est pourtant face à un discours populaire et un discours légal, qui n'ont pas tout à fait ni les mêmes teneurs ni les mêmes conséquences.

Le discours populaire retrouve généralement la cause de la folie dans l'ensorcellement des personnes concernées ou à cause d'une possession démoniaque. Le risque est donc majeur, c'est celui d'être torturé, voire brûlé. Charles VI sera d'ailleurs considéré comme coupable d'ensorcellement et sera surnommé « *Le Fol* », épisode ayant de graves conséquences pour la France de l'époque.⁵

Ce discours populaire va à l'encontre de celui de l'Eglise d'alors, qui essaie de circonscrire au minimum les cas de possessions démoniaques pour réaffirmer ses bases. L'Eglise pousse donc la Justice à prendre en charge la question.

Au niveau légal, deux systèmes cohabitent : le droit romain (dont on observe une résurgence au XIIIème siècle) et la coutume, régionale, pragmatique.

Le juge va enquêter sur la « *fama* », la réputation de la personne, pour établir le diagnostic de folie de l'accusé. Les médecins sont peu interrogés par la Justice et cette enquête de terrain suffit généralement au juge pour rendre sa décision.

Des théories se mettent donc en place afin d'explorer des causes pouvant expliquer la survenue des symptômes : dans les écrits de l'époque, la théorie humorale d'Hippocrate reste la plus citée mais on retrouve également l'influence de la lune (maladie par lunaison, être

⁵ En 1392, il est pris d'un premier accès de folie durant lequel il se retourne contre ses propres troupes ; une régence se met en place qui débouchera sur l'assassinat du Duc d'Orléans par Jean Sans Peur en 1407 et une reprise de la guerre de 100 ans (bataille d'Azincourt, 1415)

« lunatique ») ou des raisons supposément médicales « *Un fournier qui se serait approché trop régulièrement de son four aurait fait cuire son cerveau* ». Les étiologies de la folie sont donc les chocs émotionnels ou physiques (type le fournier), les deuils, ainsi que les épisodes de jalousie intense ou les « fièvres » de tout type.

La question de la folie est importante car elle recoupe celle de la démence. Or, en droit romain, le crime commis par un dément n'est pas puni, en aucun cas et avec aucune nuance, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui (c'est la notion de responsabilité pénale). De même, le droit romain permet de donner droit de curatelle à la famille qui est alors autorisée à gérer les biens du fou ou du dément. Des similarités importantes sont à retrouver en France et en Italie alors qu'en Angleterre, le système de distribution de patrimoine des déments est très différent car le roi d'Angleterre a le droit de saisir les biens de la personne (le droit repose ici sur des fondements féodaux).

On comprend grâce à ces explications que la prise en charge par la Justice permet de protéger les personnes considérées comme folles ou démentes. Si la justice ne donne pas d'explication très rationnelle au mal, elle permet néanmoins de ne pas accuser la personne de sorcellerie, ce qui lui vaudrait la mort.

On voit également que les représentations artistiques de l'époque sont avant tout allégoriques et ne sont pas le reflet du quotidien pour les personnes atteintes de folie.

En guise de conclusion pour l'évocation de cette période du Moyen-âge, voici ce qu'en disait Michel Foucault, interrogé à la radio en 1961 :

« Les fous sont traités de 3 façons jusqu'à la fin du XVIème siècle : ou bien ils étaient traités dans les hôpitaux et soignés comme tels avec les médicaments et les thérapeutiques de l'époque c'est-à-dire saignées etc. Ou bien ils étaient enfermés. Ils étaient enfermés en général dans des sortes de citadelles, dans des tours, les forteresses qui entouraient les villes,

et ils étaient là, on les montrait, ils étaient à la fois des sortes d'emblèmes de terreur et de répulsion. Et puis 3^{ème} possibilité, ils circulaient à l'état libre. Et on trouve dans la littérature du XVIème siècle et encore dans la littérature baroque de la fin du XVIIème siècle beaucoup d'allusions à ces personnages de fous qui distraient le public, il y en avait même qui étaient célèbres, il y en avait qui écrivaient des livres. Au début du XVIIème siècle, quelqu'un qui signait le comte de Permission et qui était un fou célèbre protégé par les plus grandes familles françaises, vivant à leur crochet, a publié des œuvres, qui sont des œuvres de délire n'est-ce pas. ⁶»

En avançant dans le temps, nous arrivons à un changement de mentalité quant aux représentations de la folie, qui sera mis en actes par Louis XIV. L'âge classique correspond en effet selon M. Foucault à la période du « *grand renfermement* », c'est-à-dire de la détention systématique de toute personne susceptible de nuire à l'ordre public.

Une date sert de repère, 1656. C'est la date du décret édicté par Louis XIV, pour la fondation des Hôpitaux généraux. Ils serviront de lieu d'internement pour les fous, mais aussi les pauvres et les criminels. Très peu de structures seront spécifiquement dédiées aux aliénés. On peut citer l'Hôtel-Dieu à Paris mais en province, l'Hôpital Général prévaut sur tout le reste. On essaie alors de trouver une réponse rationnelle à ce qui est considéré comme une transgression sociale de plus en plus gênante.

Le lieu sera à la fois vecteur de répression et de charité. En effet, les hôpitaux généraux sont le plus souvent tenus par des congrégations religieuses, qui y réalisent ainsi un de leur vœu perpétuel. Les médecins ne sont pas détenteurs d'un quelconque pouvoir ou savoir dans ce type de lieu. Leuret, un psychiatre très connu du milieu du XIXème siècle, disait « *qu'un médecin chef dans un hôpital ordinaire pouvait consacrer en gros 37 minutes par an à*

⁶ Foucault, Michel, Intervention Radiophonique, Radio France 1961 in La Fabrique de l'Histoire, Episode 3 : Quelles histoire de la folie après Foucault ? 27/02/2019

chacun de ses malades et il citait un hôpital, probablement Bicêtre, dans lequel le médecin-chef pouvait consacrer au maximum 18 minutes par an à chaque malade.⁷ » Cela laisse imaginer que la présence des médecins n'est probablement pas nécessaire au bon fonctionnement de la structure. Ces hôpitaux généraux seront relayés par des Maisons de Force dans le secteur privé.

Lorsque Foucault est interrogé sur les représentations de la folie à l'Âge Classique, voici ce qu'il répond : *« Je crois que l'expérience tragique de la folie est tout à fait caractéristique du théâtre du XVIème siècle et du début du XVIIème siècle. La folie chez Shakespeare est quelque chose de tout à fait capital. L'intéressant, c'est que justement à partir du milieu du XVIIème siècle, en somme avec Andromaque, on a la dernière tragédie classique qui parle encore de la folie et, à partir de 1650, on peut dire je crois, que la folie et la raison sont séparées, sont séparées dans les choses, sont séparés dans les hommes. Les hommes qui sont fous n'ont plus le droit de faire partie de la société et au moment où se fait ce partage, où la dissociation entre l'expérience de la déraison et l'expérience de la raison est définitivement sanctionnées, la folie n'apparaît plus que comme une chose dont laquelle la raison va pouvoir s'emparer, et pour laquelle la raison va pouvoir spéculer sur un objet scientifique et la Psychiatrie devient possible.⁸*

Avec l'enfermement dans les hôpitaux généraux ou les maisons de santé, la folie est tue. Même dans les créations artistiques, elle n'a plus sa place, la mode étant aux architectures droites et géométriques, aux compositions ordonnées et à l'idéalisation de la nature.

⁷ Foucault, Michel, *Le Pouvoir Psychiatrique*, Cours au Collège de France, 1973-1974, Gallimard, Seuil, p. 177

⁸ Foucault, Michel, *Intervention Radiophonique*, Radio France 1961 in *La Fabrique de l'Histoire*, Episode 3 : *Quelles histoire de la folie après Foucault ?* 27/02/2019

2. L'aliénisme et la loi de 1838

L'enjeu de la prise en charge de la folie a demandé aux pouvoirs publics de mettre rapidement en place des lieux pour accueillir les personnes souffrant de désordre psychique.

Pourtant la question du sort spécifique des « aliénés » - c'est ainsi que l'on appelle alors les personnes enfermées dans les Hôpitaux Généraux, même si le motif n'est pas souvent en rapport avec la folie- ne va véritablement se poser qu'à la fin du XVIIIème siècle, avec les bouleversements sociétaux liés à la Révolution Française.

D'une part, il faut statuer sur l'aspect sécuritaire de la prise en charge des patients troublant l'ordre public. D'autre part, la voix de certains aliénistes commence à se faire entendre et ceux-ci dénoncent la déshumanisation de personnes dont on ne cherche pas à comprendre les comportements et qui sont oubliés dans les Hôpitaux Généraux, au milieu d'une foule de personnes très disparate.

Prenons le temps d'examiner cette peinture.



Tony ROBERT FLEURY, « *Le Professeur Pinel, faisant tomber les chaînes des aliénés* », 1876, *Hôpital de la Pitié Salpêtrière*

Le tableau de Tony ROBERT FLEURY illustre très bien la nouvelle dynamique que souhaitent insuffler les députés du Parlement en 1838.

Il représente une scène, datée de 1794, où Philippe Pinel, médecin chef de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre, libère de ses chaînes une jeune femme diaphane, au milieu d'une cour peuplée de personnages aux allures apocalyptiques, en pleine période post-révolutionnaire.

Si ce tableau est si populaire, c'est qu'il met en exergue, dans la représentation picturale qu'en fait son auteur, tout ce que l'univers de la psychiatrie peut véhiculer comme clichés et comme peurs dans la société, tout en relatant le premier fait d'humanité en France, probablement fictionnel mais symbolique, envers une population jusque-là méprisée voire torturée et écartée du monde. Philippe Pinel, précurseur de la médecine « moderne » de la fin du XIX^{ème} siècle, assise sur le positivisme, est l'un des premiers aliénistes à proposer un traitement « moral », basé sur des efforts de compréhension envers les difficultés du patient et appuyé sur la rationalité qu'il reste encore au patient afin de le faire revenir à la raison.

Jean-Louis Esquirol, son élève, est celui qui fera levier pour créer une nouvelle loi statuant sur la situation de ces patients.

Voici ce qu'il relate dans son ouvrage *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique, et médico-légal* : « *Je les ai vus nus, couverts de haillons, n'ayant que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nourris, privés d'air pour respirer ; d'eau pour étancher leur soif et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus livrés à de véritables geôliers, abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vus dans des réduits étroits, sales, infects, sans air, sans lumière, enfermés dans des antres où l'on craindrait de renfermer des bêtes féroces, que le luxe des gouvernements entretient à grands frais dans les capitales.* ⁹ ».

⁹ Esquirol JE *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique, et médico-légal*, Volume 2, JB Baillière 1838

On imagine aisément la pression que les aliénistes ont pu mettre sur le gouvernement de l'époque grâce à ce type de discours, afin d'obtenir les asiles qui, pour eux, représentaient une clé pour la guérison des patients.

La loi du 30 juin 1838 est donc votée dans ce contexte. Elle aura cours jusqu'à la loi du 27 juin 1990, soit durant 150 ans environ.

Elle prévoit notamment deux types « d'internement », placement volontaire (demandé par la famille) et placement ordonné par l'autorité publique. L'objectif est empreint des idées de la Révolution Française et veut que l'aliéné devienne « un sujet de droit » et non plus un « sous-homme », végétant un lieu confus, alternant entre phases punitives et phases d'exclusion. Il est à noter que le terme de « séquestration » n'a volontairement pas été retenu pour sa connotation de détention pénale.¹⁰

Par cette loi, la psychiatrie devient une spécialité médicale à part entière puisqu'on lui reconnaît des patients, un lieu de soins et des médecins. Esquirol soutient d'ailleurs la nécessité du rôle totipotent des aliénistes : « *Le médecin doit être, en quelque sorte, le principe de vie d'un hôpital d'aliénés. C'est par lui que tout doit être mis en mouvement ; il dirige toutes les actions, appelé qu'il est à être le régulateur de toutes les pensées. C'est à lui, comme au centre d'action, que doit se rendre tout ce qui intéresse les habitants de l'établissement*¹¹. »

En revanche, la loi reste chevillée aux notions d'enfermement et de surveillance, ce qui est résumé dans son premier article : « *Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département*¹² ».

¹⁰ Landron Gilles. Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. In: *Déviance et société*. 1995 - Vol. 19 - N°1. p. 3

¹¹ Esquirol, J.E.D, « Des Maisons d'Aliénés », in *Des Maladies Mentales [...]* Tome II, p.227 à 528

¹² <https://www.cnle.gouv.fr/le-xixe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html>

Jean Carbonnier, auteur contemporain, met très justement en avant l'ambivalence d'une telle loi : « *À légiférer sur les fous, pour les fous, très vite l'impression vous vient qu'on ne peut être pour eux sans, au fond, d'une certaine manière agir contre eux. Car toute protection des aliénés, en un sens, les aliène par cela seul qu'elle les suppose étrangers à l'univers raisonnable.* »¹³

Cependant, c'est un argument que les législateurs de l'époque ont probablement à l'esprit puisque le comte de Gasparin, ministre de l'intérieur de l'époque, précise en 1837 que l'isolement ne doit être en aucun cas subordonné à l'interdiction civile, ce qui est déjà très novateur par rapport à la situation des aliénés dans les Hôpitaux Généraux. Gasparin demande également que la question de l'internement en asile soit gérée par les autorités administratives et non judiciaires, plus lentes et moins efficaces, afin qu'un état des lieux permanent puisse être demandé si nécessaire. Cette mesure sert donc l'idée de protection comme celle de surveillance.

La loi de 1838 apporte aussi des solutions financières pour prendre en charge les « aliénés », et même si ces solutions restent précaires (prise en charge financière du département pour un an, à renouveler au prochain budget¹⁴), elles permettent de proposer un soutien jusque-là inexistant pour des patients qui ne reposaient que sur le bon vouloir de leurs familles.

C'est justement cet aspect financier qui va créer un gouffre économique qui, s'il avait été pensé, aurait probablement bloqué la promulgation d'une telle loi. En effet, personne n'avait prévu que les nouvelles « machines à guérir » d'Esquirol allaient rapidement être prises de cours par le nombre de patients y étant admis.¹⁵

En 1875, les patients internés en asile sont ainsi plus de 40000 pour une population d'environ

¹³ Carbonnier Jean, *Droit civil, I/ les personnes : personnalité, incapacités, personnes morales*, Paris, PUF, 17e édition, 2000, p. 302

¹⁴ Landron Gilles. Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. In: *Déviance et société*. 1995 - Vol. 19 - N°1. p. 8

¹⁵ Fauvel Aude, « Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles en 1880 », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 2002/1 (n°49-1), p. 195-216.

35 millions d'habitants. Ce nombre ne cesse d'augmenter à tel point que sous la Troisième République les établissements dévolus aux fous accueillent plus de monde que les prisons de droit commun (huit fois plus exactement). De 1838 à 1939, la population asilaire sera multipliée par 11 passant de 10 000 individus à 110 000.

Il faut dire que les moyens thérapeutiques sont faibles (drogues type laudanum, opium, nitrite d'amyle, chloroforme, éther ou des techniques comme le mesmérisme puis l'hypnose) et que parmi toutes ces entrées, peu de malades ne sortent. Ceci mettra les principes théoriques des aliénistes en grande difficulté vis-à-vis d'une pratique toute autre que celle qu'ils avaient imaginée et qui fera dire à Foucault « *L'hôpital psychiatrique est là pour que la folie devienne réelle contrairement à l'hôpital général qui a pour fonction à la fois de savoir ce qu'est la maladie et la supprimer*¹⁶. »

Cette diversité de patients permettra en revanche de dresser différents tableaux nosographiques qui, au fur et à mesure des améliorations et des tris successifs, donneront les fondements scientifiques de la discipline. C'est par exemple le cas du fameux ouvrage de Philippe Pinel, réédité à maintes reprises : *Traité médico-philosophique sur l'Aliénation mentale ou la manie* (1801).

Il est à noter que la vision carcérale et monolithique de cette époque, telle qu'elle est décrite par Michel Foucault, qui dresse de Pinel et des autres aliénistes du XIX^{ème} siècle des portraits de personnes avant tout portées sur le pouvoir qu'elles exercent en tant que médecins et responsables d'institutions, n'est pas le seul angle de vue qui a été adopté dans la littérature vis-à-vis de cette question.

D'autres discours ont émergé, contemporains pour certains de Michel Foucault (Erwin Goffman a publié *Asylums* en 1961) ou plus actuels. Gladys Swain¹⁷ ou Michel Gauchet

¹⁶ Foucault, Michel, *Le Pouvoir Psychiatrique*, Cours au Collège de France, 1973-1974, Gallimard, Seuil, p.252

¹⁷ Swain, Gladys, *Le Sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, 1977

pensent notamment que Pinel avait le souhait véritable de réintégrer le patient au sein de la cité et non pas d'exercer sur lui un pouvoir tyrannique. Erwin Goffman, auteur souvent cité par le courant antipsychiatrique, a lui-même une vision plus partagée de l'asile. Il est allé étudier directement son terrain de recherche et lorsqu'il publie *Asylums*¹⁸, il y présente l'idée que toute institution totale (et l'asile en est une) produit également des espaces de libertés, lieux de créativité pour le patient.

De plus, il est important de garder en mémoire qu'une grande diversité de prises en charge a été réalisée sur le territoire français, ne serait-ce que par la multitude de congrégations religieuses qui recevaient les patients, dont les règles étaient propres à chaque communauté. On peut également observer ce phénomène dans le domaine public. Il est évident que des asiles abritant 5000 personnes comme Clermont fonctionnaient comme des entités tout à fait indépendantes les unes des autres tant elles représentaient à elles seules de véritables villes dans lesquelles des mouvements de protestation de patients voyaient régulièrement le jour, afin de revendiquer des droits plus souples. Un crime eut lieu dans l'hôpital de Clermont en 1880¹⁹ : un surveillant violenta une patiente et la laissa mourir sans soins. Cet événement permit d'ouvrir les portes de cet asile à une enquête policière, alors qu'elles restaient totalement closes et hermétiques jusqu'alors, ce qui donna beaucoup d'informations sur le quotidien des habitants aux historiens.

Qui plus est, un programme « open-door » avait vu le jour en Ecosse dès le XIX^{ème} siècle : 30% des patients évoluaient en liberté dans des structures que l'on pourrait qualifier aujourd'hui de « structures de secteur » et dès 1860 certaines voix se levèrent contre le

¹⁸ Goffman Erwin, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Penguin Social Sciences, Broché, 1991

¹⁹ Fauvel Aude, « Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles en 1880 », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 2002/1 (n°49-1), p. 195-216.

système aliéniste, comme celles du Dr Freiherr von Mundy²⁰ ou même d'écrivains comme Hector Malot²¹ qui a créé le Roman d'Asile, pour dénoncer les pratique aliénistes, visiblement non efficaces.

Le début du XIXème siècle correspond à la création de l'Asile mais la spécificité de la folie et la différenciation entre la folie et « l'arriération mentale » n'arrivera que plus tard avec en particulier, la notion d'aliénation mentale.

Parchappe explique, dans ses Principes à suivre dans la fondation et la construction d'asiles d'aliénés en 1853 : « *L'aliénation mentale comprend non seulement toutes les formes et tous les degrés de folie proprement dite [...] mais encore l'idiotie, qui dépend d'un vice congénital, et l'imbécillité qui a été produite par une maladie postérieure à la naissance. Les asiles d'aliénés doivent donc être fondés pour recevoir tous les aliénés, c'est-à-dire les fous, les idiots, et les imbéciles* »²²

Avec cette citation, nous voyons que si les phénomènes sont bien distincts (Esquirol écrit que « *L'idiotie n'est pas une maladie, c'est un état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées ou n'ont pu se développer assez* »²³) ils vont malheureusement être traités de la même façon, c'est-à-dire, par l'enfermement et des méthodes de rééducation souvent brutales ou des expérimentations médicamenteuses parfois douteuses. Il faut dire que pour soulager les familles et internet les déficients mentaux, les médecins devaient parfois produire de faux certificats attestant de la dangerosité du patient²⁴, afin que la Préfecture accepte de régler les frais de son séjour par obligation de mise à l'abri du patient, même si la loi de 1838 était pensée pour les déficients également.

²⁰ Mueller Thomas, « Le placement familial des aliénés en France. Le baron Mundy et l'Exposition universelle de 1867 », *Romantisme*, 2008/3 (n° 141), p. 37-50.

²¹ Fauvel Aude, « La voix des fous. Hector Malot et les « romans d'asile » », *Romantisme*, 2008/3 (n° 141), p. 51-64.

²² Foucault, Michel, *Le Pouvoir Psychiatrique*, Cours au Collège de France, 1973-1974, Gallimard, Seuil, p. 212

²³ Esquirol J.E.D. *De l'idiotie*, 1820, p.284

²⁴ Foucault, Michel, *Le Pouvoir Psychiatrique*, Cours au Collège de France, 1973-1974, Gallimard, Seuil, p. 217

Foucault explique un peu plus avant dans son livre²⁵ : « *La différence entre l'erreur d'un fou et celle d'un non-fou n'est pas tellement dans l'extravagance même de l'idée ; parce qu'après tout, ce n'est pas très extravagant de croire qu'on a la « gale répercutée ». [...] Qu'est-ce qui fait l'erreur du fou ? Ce n'est donc pas tant l'extravagance, l'effet terminal de l'erreur, que la manière dont on peut vaincre l'erreur, la réduire. Le fou, c'est celui dont l'erreur ne peut pas être réduite par une démonstration ; c'est quelqu'un pour lequel la démonstration ne produit pas la vérité. Par conséquent, il va bien falloir trouver un autre moyen de réduire l'erreur, puisque la folie, c'est bien, en effet, l'erreur, sans passer par la démonstration.* »

Cette citation est intéressante vis-à-vis du contexte auquel elle fait référence. Dans une période de changement de paradigme pour la médecine, qui passe d'une médecine basée sur des croyances théoriques non vérifiables à une médecine basée sur l'expérience et la preuve, le fou met en échec ce progrès médical : il ne peut pas y adhérer, du fait de son délire. L'aliéniste est donc pris au piège. Il ne peut appliquer sur son patient ce qui est en train de se pratiquer dans les autres domaines de la médecine (du moins, il tentera mais cela n'aura malheureusement aucun succès). Cette réalité tend à faire accroître l'exclusion des patients, qui sont incompris d'une société désormais capable d'expliquer beaucoup plus de phénomènes médicaux qu'auparavant.

3. Naissance de la psychanalyse, diversification des connaissances et des pratiques

Nous voici arrivés à un nouveau tournant de l'histoire de la psychiatrie et de ses représentations, entre les années 1870 et 1890, en plein essor de la période anti-aliéniste en

²⁵ Ibid, page 146

France. En effet, le Pr Charcot, marque les esprits par son analyse sémiologique précise et son traitement neurologique de l'hystérie qui semble aboutir- enfin- à une cure efficace pour certaines pathologies psychiatriques²⁶. A la fin du XIXème siècle, de nombreuses nosographies ont été réalisées et les débuts de la neurologie permettent de spécifier encore un peu plus ce qui est du domaine de la psychiatrie et ce qu'il ne l'est pas (paralysies, démences alcooliques...) mais il faudra attendre les années 1950 pour qu'apparaissent les premiers neuroleptiques et les premiers résultats valables pour les patients psychotiques.

Son élève, Sigmund Freud, très impressionné par les leçons de son maître, va réfléchir à une autre vision de ces troubles, basée sur l'histoire du patient et les potentiels traumatismes qu'il aurait connu dans l'enfance. Il crée le concept de psychanalyse qui donne des explications sur le développement normal et pathologique de l'enfant mais aussi sur les différentes pathologies existantes à l'âge adulte.

Grâce à ce renouvellement de regard, c'est une nouvelle relation thérapeutique qui se crée, nous plus dans le déséquilibre de pouvoir mais dans le transfert. Freud laisse l'hypnose de côté pour ne garder que la relation thérapeutique particulière au patient.

C'est aussi une acceptation différente des troubles dits névrotiques, mieux vécus par la société et moins stigmatisés, puisque- dans la croyance populaire- ils découleraient d'un évènement connu, moins angoissant qu'une cause sans nom et curables. Les troubles du registre psychotiques restent en revanche toujours aussi méconnus et stigmatisés.

La psychanalyse va être la nouvelle et la seule approche thérapeutique pour les patients durant quasiment toute la durée du XXème siècle avant l'émergence des techniques dites cognitivo-comportementales dans les années 90 ou d'autres approches thérapeutiques comme les thérapies systémiques, thérapies brèves ou encore l'EMDR (et bien d'autres). Elle se divisera

²⁶ Lakhdari Sadi, « Hypnose, hystérie, extase : de Charcot à Freud », *Savoirs et clinique*, 2007/1 (n° 8), p. 201-209

en de multiples courants et de nombreux auteurs contribueront à son essor.

Elle n'empêchera pourtant pas l'existence immuable des hôpitaux psychiatriques qui va être remise en cause de manière très vindicative par le mouvement de l'antipsychiatrie dans les années 1970. On peut en voir un exemple très parlant dans le film « Vol au-dessus d'un Nid de coucou » réalisé par Milos Forman en 1975 (« cuckoo » désignant en argot une personne « dérangée », un « dingue ») et produit à partir du livre éponyme, de Ken Kesey en 1962, où l'hôpital est clairement assimilé à une prison, qui aurait déshumanisé ses pensionnaires, institution qui ne peut évoluer et que l'on doit détruire, définitivement.

D'autre part, au XXème siècle, la neuro-imagerie fait son apparition, les neurosciences se développent et de nouvelles classifications des maladies psychiatriques voient régulièrement le jour comme le DSM, qui amène avec lui une vision plus systématique de la psychiatrie. On observe donc une évolution en arborescence, en même temps que les progrès scientifiques et le développement de nouvelles techniques de thérapies, tout cela, en un temps très accéléré. Pour la plupart des maladies, des guérisons sont envisageables ou tout du moins des stabilisations dans le domaine de la psychose. Les patients ne sont effectivement plus condamnés à rester toute leur vie à l'hôpital, ce que l'on verra plus en détail dans le prochain paragraphe. Patients et familles se renseignent sur les symptômes qu'ils présentent et consultent facilement les internet pour traquer les potentiels effets secondaires ou les effets attendus des traitements prescrits. L'obligation de résultats n'est pas de mise mais elle est tout de même espérée. L'obligation de moyens, en particulier dans la maîtrise des prescriptions, des droits du patient et des obligations administratives est, elle, requise.

Enfin, avec la 1^{ère} Guerre Mondiale, une nouvelle forme de folie apparaît ou est tout du moins identifiée, c'est le syndrome post-traumatique. Il faut alors réinsérer dans la société des anciens soldats qui vont parfois présenter des symptômes dissociatifs voire des crises de violence importantes. La société quant à elle, va devoir accepter ces rescapés, ce qui est très

bien montré dans la série télévisée *Peaky Blinders*, dont le début se situe à la fin des années 20. Des techniques spécifiques vont être développées progressivement, afin de mieux prendre en charge cette pathologie, qui n'est pas considérée par la société comme un trouble psychiatrique comme les autres et s'en trouve moins stigmatisée.

Aujourd'hui, la pratique en psychiatrie est donc très diverse, en fonction évidemment de la pathologie mais aussi du lieu d'exercice ou des techniques thérapeutiques utilisées. Les représentations sociales en ont été bouleversées. De nombreux courants de thérapie coexistent, de manière paisible parfois mais aussi de façon moins délicate.

Si l'hôpital psychiatrique cumule toujours beaucoup de clichés ainsi que les patients qui y sont hospitalisés, certaines maladies telles que la schizophrénie ou le trouble bipolaire sont malheureusement elles aussi très discriminées. D'autres maladies semblent au contraire parfois suivre des effets de mode et on peut lire ou entendre certaines personnes, en particulier sur les réseaux sociaux, se réclamer d'être « bipolaire », « borderline » ou encore « pro-ana » (en référence à Ana, personnage symbolisant l'anorexie mentale), ce qui ne manque pas d'interroger sur les motifs de ces allégations.

Des associations de patients se sont créées, que ce soit pour des actions de plaidoyer, comme des actions de prévention ou de sensibilisation au sein-même des personnes concernées (Groupes d'Entraide Mutuelle). De leur côté, et nous en reparlerons dans la Discussion, des médecins ont commencé à mettre en place des programmes neurocognitifs afin de favoriser le retour à l'autonomie des patients, c'est le principe du rétablissement. Enfin, médecins et patients se sont rassemblés autour d'un projet commun, celui de la mise en place des patients-experts, patients stabilisés dans leur maladie et formés à la sensibilisation de leurs pairs, afin de les aider dans leur quotidien et dans l'acceptation de leur maladie.

J'ai pris le parti de réserver un paragraphe entier à l'histoire de la sectorisation en France, qui s'est mise en place entre les années 1960 et 1980 et qui a toujours cours aujourd'hui car il était important de reposer les jalons de ce grand projet, qui a lui aussi révolutionné la prise en charge des patients.

B. Etat des lieux actuels

1. La Sectorisation

L'idée d'un soin « autre », reposant sur l'ouverture de l'hôpital sur la « cité » et sur la prise en compte de l'identité de chaque personne, unique et digne de respect, est née dans un contexte très particulier. En effet, durant la Deuxième Guerre mondiale, a eu lieu en France occupée « l'extermination douce »²⁷, qui avait pour but de se débarrasser des patients vivants en asile en les affamant et en les laissant sans soins de première nécessité. Au sortir de la guerre, les médecins et les responsables politiques se trouvent face à un constat alarmant : entre 40 000 à 70 000 personnes sont décédées entre 1940 et 1945. Ces asiles qui avaient été créés par Esquirol au début du XIX^e siècle et qui avaient comme vocation première de protéger les patients, dans un cadre très organisé, ont été pervertis par la guerre (même si le projet en lui-même était bien utopique) et se sont transformés en machines à tuer. Même si certains psychiatres français engagés avaient appelé à une prise de conscience vis-à-vis de l'atrocité de la situation dès 1941 et avaient essayé d'adoucir par tous les moyens possibles les conditions de vie déplorables de leurs patients durant ces années noires, un autre modèle devait émerger de manière urgente, afin de pouvoir continuer à prendre en charge les patients sans répéter les erreurs du passé.

La clinique de Saint Alban en Lozère a formé le creuset de cette révolution institutionnelle. En effet, dans cette période troublée survient François Tosquelles, psychiatre d'origine espagnol et marxiste ayant échappé au régime de Franco, qui va arriver en tant que simple infirmier dans la clinique. Il a réussi le pari de garder en vie chacun de ses patients durant la guerre. Non seulement cette clinique va accueillir des patients psychiatriques de la région, mais elle va aussi devenir un lieu de résistance intellectuelle avec le passage- présumé- de

²⁷ Lafont (Max). L'extermination douce. La mort de 40.000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France, sous le régime de Vichy

personnes comme Georges Canguilhem ou le jeune Lucien Bonnafé ou encore la diffusion de traductions d'œuvres de psychanalystes non disponibles en Europe nazie. Dans tous les cas, l'engagement de Tosquelles n'est pas uniquement orienté vers le soin mais aussi vers ce désir profond de mettre en place dans une société, aussi petite soit-elle, une démocratie participative au sens strict du terme. Les auteurs d'un portrait de François Tosquelles paru aux éditions ERES parlent d'une rupture épistémologique en temps de guerre, c'est-à-dire, d'un changement de paradigme dans les soins sur un temps donné. Pour ces auteurs, « *Il paraît plus juste de penser que la folie, en temps de guerre, est moins manifeste parce que la texture du lien social change de nature.* »²⁸. En effet, les patients vont pouvoir communiquer avec les personnes des villages alentours, les aider dans les travaux du quotidien (les hommes sont prisonniers de guerre ou partis dans le maquis et on manque cruellement de main d'œuvre) ou faire du troc pour se nourrir. La folie n'est plus facteur d'exclusion, elle n'empêche plus le lien ; le normal et le pathologique ne peuvent plus être réduits à des concepts rigides et le quotidien et le concret prennent la place des croyances délétères. Mais les patients vont aussi être appelés à s'organiser au sein même de l'institution, à remplir leur tâches, en tant que citoyen de cette institution. C'est la création du premier club thérapeutique bien loin de « l'atelier occupationnel » que tout soignant redoute. Ce double renversement va constituer le noyau d'énergie qui animera chaque soignant convaincu et acteur de cette pensée.

Cette expérience d'un lien différent, de la fluctuation d'un paradigme bien établi dans des circonstances exceptionnelles, va donc nourrir les réflexions de Tosquelles, Bonnafé et toutes les personnes qui graviteront dans cette sphère. Si le « fou » peut s'intégrer à la société et à la vie quotidienne en temps de guerre, pourquoi ne le pourrait-il pas en temps de paix ? De plus, cela amène aussi un autre questionnement : quel est le rôle de l'hôpital psychiatrique ? Est-ce

²⁸ Faugeras Patrick, Minard Michel, Portrait d'un militant, François Tosquelles, éditions ERES, « Sud/Nord » 2010/1 n° 25, pages 49 à 56

celui qui se réclame d'un lieu d'enfermement et de mort ou pourrait-on imaginer que l'hôpital devienne réellement un lieu de vie, dans tous ses aspects et non plus seulement sous un jour sécuritaire ?

Ainsi va se créer le mouvement de psychothérapie institutionnelle qui sera baptisé officiellement en 1952 par Georges Daumezon et Philippe Koechlin. Il prendra place dans de nombreux hôpitaux, périphériques ou centraux, pendant une longue période. Il sera basé sur une théorie solide, axée sur le respect des patients, dans toutes leurs dimensions, l'ouverture de l'hôpital au maximum pour que d'autres solutions ambulatoires soient possibles et la responsabilisation des patients comme de tout le personnel de l'hôpital afin de créer un espace de vie commun, respectueux de chacun. L'introspection y sera un élément clé.

Jean Oury en donne une définition complexe : « *Méthode permettant de créer une aire de vie avec un tissu interrelationnel, où apparaissent les notions de champ social, de champ de signification, de rapport complémentaire, permettant la création de champs transférentiels multifocaux* »²⁹ que nous pouvons peut-être nous permettre de simplifier en : réinjecter de la vie, réinsérer socialement et donner du sens, par la relation humaine.

La sectorisation, quant à elle, représente le découpage administratif qui permet d'adresser un patient dans un lieu de soin donné, selon son lieu d'habitation. L'idée est totalement empreinte du concept de psychiatrie institutionnelle puisque le but de cette réforme est de rendre la Psychiatrie accessible au patient, de manière pragmatique, grâce à des lieux d'accueil dans lesquels il pourrait se rendre facilement. L'autre objectif est de désenclaver les hôpitaux psychiatriques, afin de ne plus laisser des catastrophes comme celles de la IIème Guerre Mondiale se produire à nouveau.

Mme Hazan, la contrôleuse générale des libertés l'exprime ainsi : « *Plus d'un siècle après la loi de 1838, la mise en place de la sectorisation, d'abord par une circulaire du 15 mars 1960*

²⁹ Jean Oury, Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle, Payot, 1976

puis par la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985, va constituer le socle organisationnel de la psychiatrie en France. »³⁰

Michelle Moreau Ricaud réfléchit dans son article « *Une « utopie » à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle*³¹ » à l'importance que la psychanalyse a eu dans la conception du modèle de psychiatrie institutionnelle mais aussi à cette fonction de pilier qu'elle constitue dans le fonctionnement de l'institution au quotidien, notamment dans la façon de questionner les interactions de toutes sortes. Cet article est intéressant car il montre que la pratique de la psychanalyse, les connaissances que celle-ci requière et la dimension temporelle qui lui est propre sont compris dans le modèle de soins. Or, il est bien évident que cela constituera un point d'achoppement important avec d'autres pratiques thérapeutiques, qui se feront une place plus tard, dans les années 90-2000 et qui ne fonctionnent pas du tout sur le même modèle.

Actuellement, l'administration hospitalière ne laisse plus la place d'exister à ce type de prises en charge, pour des raisons très concrètes et logiques au court terme, probablement un peu moins au long terme. Le modèle présenté par Tosquelles, repris par Oury à la Borde ou à Saint Egrève existe encore aujourd'hui de manière rigoureuse voire rigorique dans certains établissements (La Borde, Angers...). Il est encore pratiqué avec une place plus ou moins importante dans la plupart des lieux de soins psychiatriques en France. L'équilibre est précaire entre les aspirations des soignants dans leur groupe de pairs mais aussi avec l'administration et les tensions politiques qui pèsent sur l'hôpital psychiatrique en France aujourd'hui rendent la prise en charge des patients plus ardue et moins flexible qu'on pourrait l'espérer.

³⁰ Hazan, A. : Soins sans consentement et droits fondamentaux, Editions Dalloz, Juin 2020, page 6

³¹ Moreau Ricaud M., Une « utopie » à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle, *TOPIQUE* 2004/3, N°88, p. 95-108.

Ce modèle et ses vertus seront souvent nommés par des témoins de mon étude. Il était donc important de connaître le mouvement auxquelles ceux-ci feront référence afin de mieux percevoir ce qu'ils sous-entendent par cette référence. Cependant, il faut aussi en souligner ses limites directes, en particulier par rapport au nombre de lits qui a drastiquement diminué en quelques années, faisant de la psychiatrie un secteur à flux particulièrement tendu : on est en effet passé de 170 000 lits en 1970 à 50 000 lits en 1999, ce qui n'a malheureusement pas été compensé par une augmentation des moyens alloués aux dispositifs extrahospitaliers.

Une autre limite citée par Mme Hazan est celle de l'attribution obligatoire d'un lieu d'hospitalisation (ou d'un lieu de soins extra-hospitalier) en fonction de la domiciliation³². Cette limitation engendre aujourd'hui une psychiatrie à deux vitesses avec d'une part, des secteurs hospitaliers publics saturés et accueillant un public aux pathologies lourdes et/ou un public défavorisé et des cliniques accueillant des pathologies plus légères et plus rentables, mais pour lesquelles une bonne couverture mutuelle est nécessaire.

³² Hazan, A. : Soins sans consentement et droits fondamentaux, Editions Dalloz, Juin 2020, page 8

2. Aspects légaux, après la loi de 1848

Nous avons vu que la loi de 1838 avait eu cours pendant plus de 150 ans, ce qui est assez étonnant pour une loi statuant sur la liberté des personnes. En 1990, il était donc urgent de modifier certaines définitions et de créer d'autres solutions légales, plus en accord avec la pratique psychiatrique courante.

La loi du 27 juin 1990³³, dite Loi Evin, apporte une vraie évolution à la loi de 1838³⁴. L'aliéné devient un « malade psychiatrique » et la notion de consentement donne lieu à la création d'une hospitalisation libre. Par ailleurs, le législateur demande l'utilisation a minima de la contrainte dans les soins. Il existe donc maintenant 3 types de prises en charge pour les patients : l'hospitalisation libre (HL), l'hospitalisation sous contrainte à la demande d'un tiers (HDT) et l'hospitalisation d'office (HO). Le patient a aussi le droit de faire appel à un juge et à demander une mainlevée de cette contrainte, même si en pratique, cette demande n'est quasiment jamais faite. Enfin, la procédure de mise sous contrainte ne peut exister qu'au cours d'une hospitalisation et non en ambulatoire et les premières réintégrations des patients hospitalisés sous contrainte se font sous la forme de sorties d'essai.

C'est pourtant la loi du 5 juillet 2011³⁵ qui marque un véritable tournant dans le respect des droits des patients. La loi du 5 juillet 2011 est née de différentes sanctions émanant du Conseil Constitutionnel³⁶ et de la Cour Européenne des Droits de l'Homme en 2004. Les recommandations du Conseil Constitutionnel insistent notamment sur la nécessité d'information du patient et de sa famille, la restriction et l'intrusion minimale du patient, un

³³ Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

³⁴ Fiche Mémo de l'HAS, Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures, Rapport d'élaboration, Mars 2018, pages 9 à 13

³⁵ 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.

³⁶ Conseil constitutionnel, décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010.

plan de soins personnalisé avec consentement du patient (au maximum et si tel n'est pas le cas, un traitement involontaire administré sur la durée la plus courte possible) ainsi que la possibilité de demande de réexamen de la situation par le patient ou sa famille.

La loi du 5 juillet 2011 reprend les différents aspects des lois et décrets précédents mais réaffirme la volonté de préserver les libertés des patients hospitalisés sous contrainte. Ainsi, elle supprime le principe des sorties d'essai mais crée le programme de soins, outil plus complet et plus étayant pour le patient. Elle réclame la mise en place de certificats médicaux à 24h et 72h suivant l'admission du patient afin de garantir une réévaluation de son état et de la mesure.

Elle met aussi en place, et ce de manière systématique, un passage du patient en audience devant le Juge des Libertés et de la Détention, dans les 12 jours suivant son hospitalisation sous contrainte, pour vérifier que le déroulé de son hospitalisation s'est fait en accord avec la loi. Le Juge sera également sollicité tous les mois pour les hospitalisations se prolongeant dans le temps. Le patient peut ne pas être entendable devant le juge mais l'avis motivé du psychiatre doit alors justifier de cette privation de droit (patient trop instable, délire de persécution pouvant être majoré par l'audience, démence...)

Elle détache définitivement la notion de soins en psychiatrie de celle d'hospitalisation psychiatrique, mettant ainsi l'accent sur le travail essentiel à mener en ambulatoire. Elle introduit enfin la notion de péril imminent (soins sous contrainte en urgence et en l'absence de tiers, dans un contexte précis), mode de contrainte qui a explosé en quelques années et qui inquiète les professionnels du fait du cadre trop flou concernant sa mise en place.

Depuis, des compléments de loi (en particulier en 2013) et des décrets ont vu le jour, notamment pour répondre aux inquiétudes du Conseil Constitutionnel vis-à-vis de certains points encore trop vagues ou de dispositifs dont les patients ne se saisissent pas, faute d'une connaissance de leur existence.

Au niveau mondial, en 2016³⁷, le Sous-comité des Nations Unies pour la prévention de la torture rappelle dans sa Position sur les droits des personnes placées en institution et faisant l'objet d'un traitement médical sans avoir donné leur consentement éclairé que « Toute privation de liberté doit être nécessaire et proportionnée aux fins de la protection de l'intéressé ou de la prévention des atteintes à autrui. Elle doit être décidée en prenant en considération d'autres mesures moins restrictives et doit être entourée de garanties de procédure et de fond suffisantes, établies par la loi ». Pourtant, ces mesures ne sont pas assez appliquées par la France puisque la Rapporteuse spéciale pour les droits des personnes handicapées appelle la France à « [...] revoir le cadre juridique se rapportant aux soins psychiatriques sans consentement, de sorte que tous les soins de santé soient prodigués sur la base du consentement libre et éclairé, notamment d'autoriser l'octroi de soins intensifs à domicile sans entraves. »

Enfin, en France, une entité indépendante a été créée afin de vérifier les conditions dans lesquelles sont accueillies les personnes privées de liberté. C'est le Contrôleur Général des lieux de privation de liberté. Nous trouvons dans le rapport : Soins sans consentement et droits fondamentaux, paru en juin 2020 la définition suivante : « Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté est une autorité administrative indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007 à la suite de l'adoption par la France du protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. [...] »³⁸

Adeline Hazan a été nommée le 17 juillet 2014 pour un mandat de six ans non renouvelable.

Le Contrôleur général a pour mission de « veiller à la protection de l'ensemble des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, qu'elles soient en prison, en garde à vue, dans

³⁷ CAT/OP/27/2

³⁸ Hazan, A. : Soins sans consentement et droits fondamentaux, Editions Dalloz, Juin 2020, 128 pages

un établissement de santé mentale, en centre de rétention pour étrangers, dans les geôles d'un tribunal, en centre éducatif fermé pour mineurs ou dans tout autre lieu dans lequel des personnes sont enfermées par la décision d'un juge ou d'une autorité administrative. »

A travers cet historique des lois ainsi que le contexte dans lequel elles ont vu le jour, nous pouvons voir combien les soins sous contrainte ont posé et posent toujours question d'un point de vue éthique mais aussi pragmatique, en particulier financier.

Les enjeux d'exclusion, de discrimination, de dangerosité, d'invalidité ne peuvent être réglés par les lois seules et prennent forme sur le terrain, avec les personnes responsables d'appliquer les lois et la politique du lieu d'accueil.

Nous prenons également la mesure de l'importance des pressions politiques qui peuvent co-exister à propos de ces questions : gouvernement, syndicats, associations de patients... Si les aliénistes ont été le moteur des premières lois concernant la psychiatrie, il se pourrait que les patients prennent de plus en plus part à la création des règles qui les concernent. L'empowerment, qui représente la prise de conscience et de responsabilités des patients envers leur maladie mais aussi pour l'évolution de la psychiatrie, pourrait amener à des innovations intéressantes si un dialogue se nouait durablement entre tous ces acteurs.

Bien évidemment, toutes ces lois n'ont pas fait l'unanimité et ont notamment vu se lever les voix de soignants, de professionnels de la justice ou même de personnalités politiques, qui dénoncent l'hypocrisie d'un système qui pourrait faire passer pour légal de l'enfermement abusif et de l'exclusion, sous couvert d'un souhait de protéger le patient, son entourage ou même la société. Cela a été par certains aspects la position de Michel Foucault, ainsi que tout le mouvement de l'antipsychiatrie apparu dans les années 70. Elles ont le mérite d'évoluer sans cesse et de se tourner de plus en plus vers les droits des usagers, même si en pratique, nous le verrons dans cette étude, de nombreux progrès sont encore à réaliser.

3. Aspect administratif

Actuellement, il existe donc plusieurs régimes d'hospitalisations possibles en psychiatrie en particulier lorsque la personne n'est pas consentante ou qu'elle n'est pas en capacité de prendre la décision et que l'hospitalisation s'impose³⁹.

L'article L.3211-2-1 du code de la Santé Publique énumère ainsi ces possibilités :

- Soit sur décision du directeur de l'établissement de santé (art. L. 3212-1 du Code de la santé publique :
 - o Consécutivement à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU),
 - o Ou sans demande de tiers en cas de péril imminent (SPI) ;
- Soit sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) ou sur décision de justice (SDJ).

Pour toutes ces hospitalisations, une période de 72h d'observation en hospitalisation complète est autorisée au maximum avec comme obligation pour le psychiatre, l'élaboration d'un certificat à 24h d'hospitalisation et d'un à 72h, qui statue sur la prise en charge à mettre en place par la suite.

Le psychiatre peut décider du maintien ou de la levée des soins mais en cas de maintien, il a le choix entre laisser le patient en hospitalisation complète ou lui proposer une prise en charge tournée vers l'ambulatoire, le programme de soins.

Le programme de soins est un document officiel qui définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État.

C'est donc une contrainte imposée au patient, et celui-ci reste sous la responsabilité du psychiatre et/ou du préfet en fonction du régime de son hospitalisation initiale. Le psychiatre rédige lui-même le programme de soins et y articule les différents type de prises en charge

³⁹ Fiche Mémo de l'HAS, Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures, Rapport d'élaboration, Mars 2018, pages 9 à 13

qu'il pense nécessaire au patient (hospitalisations séquentielle, travail en ambulatoire, travail au domicile, traitement médicamenteux...)

En pratique, le programme de soins permet au patient et au psychiatre d'organiser des retours à la vie quotidienne de façon sécurisée et régulière, dans une optique de réinsertion du patient sur l'extérieur. Ainsi, lorsque l'état d'un patient hospitalisé en soins sous contrainte se stabilise et permet d'envisager plus d'autonomie et moins de contenance mais que les soins restent toujours nécessaires, le programme de soins est évoqué et alors mis en place si les deux parties sont d'accord. Dans un service d'hospitalisation de secteur classique, cela revient souvent à organiser des hospitalisations séquentielles avec des temps de quelques jours à l'extérieur et quelques jours dans la structure, des temps d'hôpital de jours très réguliers, des visites à domicile ou de dresser un protocole pour un traitement médicamenteux, souvent injectable.

Enfin, il est à noter que toute hospitalisation en soins sans consentement est gardée en mémoire dans le dossier médical du patient d'une part, mais aussi dans un logiciel géré par l'ARS et appelé HOPSYWEB, ce qui a été contesté par plusieurs associations dès la création du fichier.

4. Aspects statistiques

En 2015, plus de 1,7 million de personnes, âgées de 16 ans ou plus, ont été suivies dans les établissements de santé publics et privés autorisés en psychiatrie⁴⁰. Parmi ces patients, plus de 92 000 personnes l'ont été dans le cadre de soins sans consentement, soit 15% de plus qu'en 2012. En 2015, ces 92000 personnes représentaient 5,4 % de la file active totale de soins en psychiatrie (ensemble des personnes suivies au moins une fois au cours d'une année donnée) contre une proportion de 4.5% en 2012. Les hospitalisations sous contrainte représentent 24% des hospitalisations à temps complet.

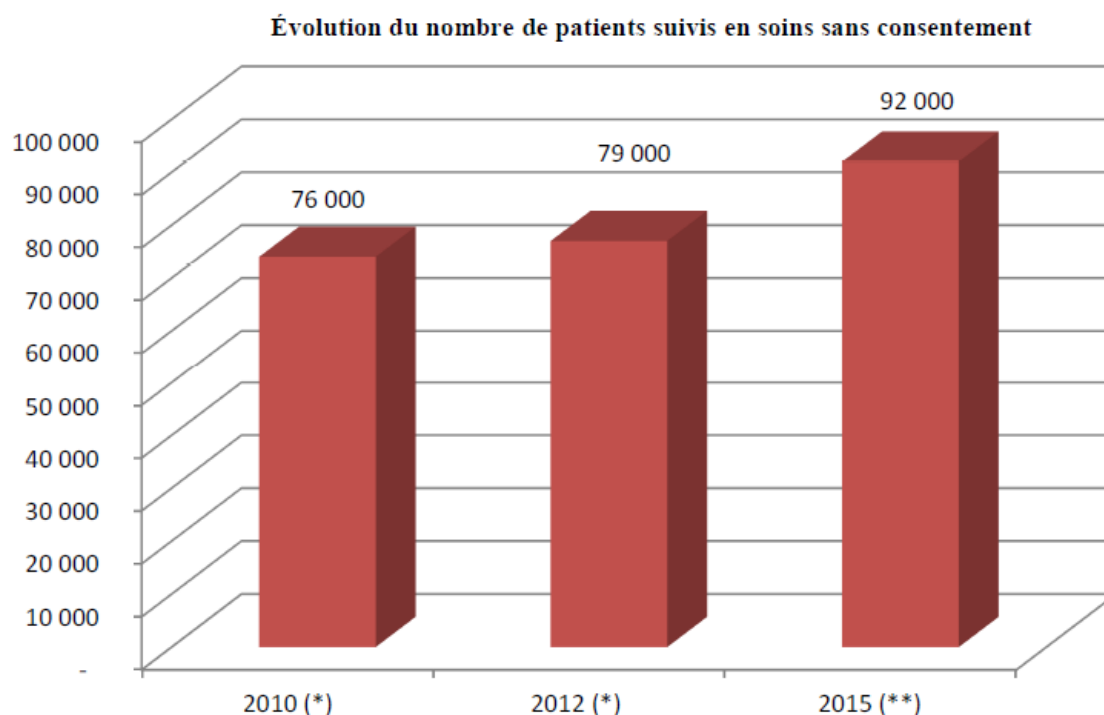
Cette population se différencie de la patientèle prise en charge librement en psychiatrie par plusieurs aspects : les hommes sont surreprésentés (60 % des personnes prises en charge sans consentement contre 47 % parmi l'ensemble des personnes suivies en psychiatrie), l'âge moyen de prise en charge en soins sous contrainte est de 43 ans contre 47 ans en moyenne pour les autres populations, et les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble schizophrénique ou trouble psychotique représentent la moitié des personnes prises en charge. Cette dernière assertion semble logique d'un point de vue clinique puisque ces troubles sont les plus longs à stabiliser et les plus complexes à prendre en charge.

Mme Magali Coldefy a ainsi indiqué aux rapporteurs que le taux moyen de prise en charge sans consentement constaté pour l'année 2015 est de 171 pour 100 000 habitants⁴¹. Il ne s'agit toutefois que d'une moyenne nationale, les écarts s'échelonnant de 1 à 10 selon les départements. Parmi les taux les plus élevés figurent des départements tels que l'Yonne, le Vaucluse ou le Val-de-Marne.

⁴⁰ Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 : Magali Coldefy (Irdes), Sarah Fernandes (ORU-Paca, Université Aix-Marseille), avec la collaboration de David Lapalus (ARS Paca)

⁴¹ Ibid

En 2015, sur les 219 442 personnes domiciliées dans les Hauts-de-France prises en charge en service de psychiatrie décrites dans le Recueil d'informations en psychiatrie (RimP), 8917 connaissent au moins un épisode de soins sans consentement, soit 149 habitants de la région sur 100 000.



Ces chiffres n'incluent pas deux départements non répondant.

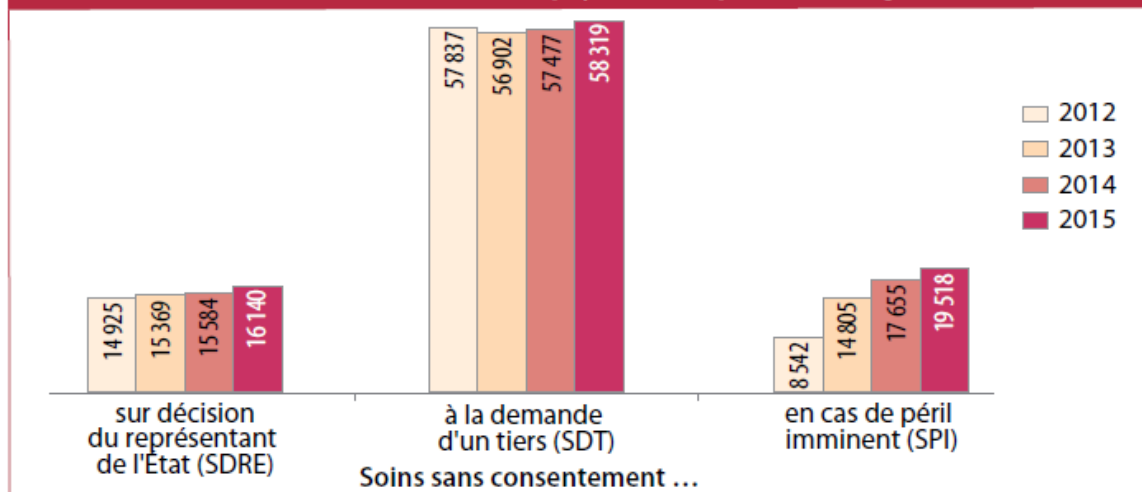
) Donnée présentée en audition. Le chiffre concerne tous les départements. À périmètre comparable, le nombre de patients suivis est de 91 151.

Evolution du nombre de patients suivis en soins sans consentement⁴²

⁴² Ibid

G1

Evolution entre 2012 et 2015 du nombre de personnes prises en charge sans consentement en psychiatrie, par mode légal



À noter : Un même patient peut être pris en charge sous différents modes légaux au cours d'une année.

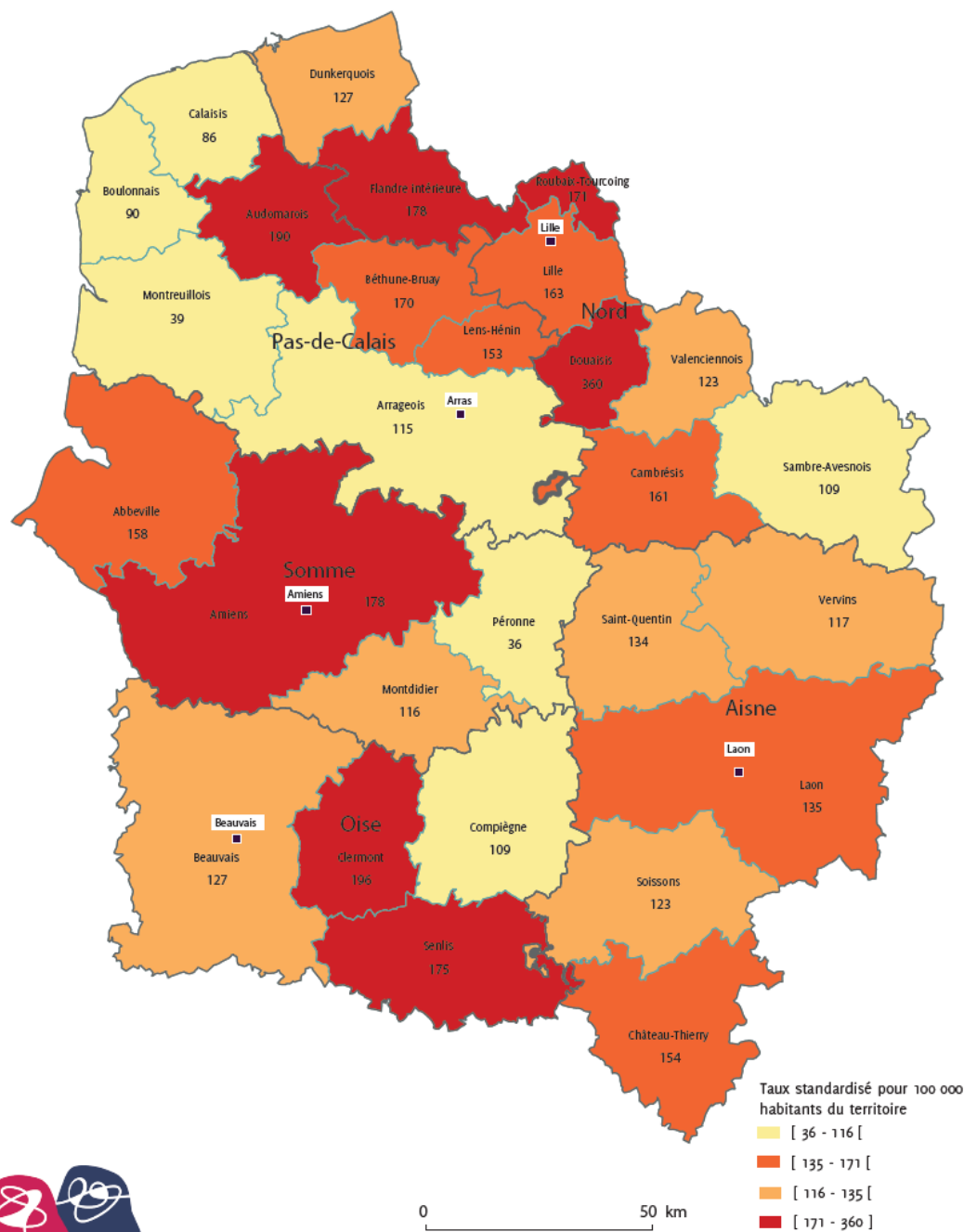
Champ : France entière.

Source : Rim-P.

 Télécharger les données

On peut remarquer sur ce dernier graphique que les hospitalisations sous contrainte ont augmenté pour les 3 modes de contrainte possibles, mais les soins en cas de péril imminent ont connu une augmentation plus importante que les deux autres. Cette augmentation pose la question de l'accueil et de l'orientation des patients aux urgences car les SPPI devraient être utilisées en dernier recours, après des recherches conséquentes d'un tiers capable de signer les certificats de soins sans consentement. Or cette étape est parfois rapidement passée, du fait du manque d'organisation ou de moyens aux urgences même, les urgentistes devant gérer les flux d'entrée au plus vite, afin de ne pas se laisser dépasser. La priorité étant de trouver un lit pour chaque patient n'étant pas en capacité de rentrer à son domicile, le risque est donc d'admettre un patient trop rapidement en soins sans consentement, afin de soulager les soins en amont.

Prises en charge psychiatriques sous contrainte par territoire de proximité
 Taux standardisés pour 100 000 habitants. 2015. Hauts-de-France.
 Standardisation par âge et sexe sur la structure de la population régionale de 2013



F2RSMPsy

Fédération régionale de recherche
 en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France

Source : Atih-RimP - Mise en ligne : novembre 2017 - Traitement et cartographie : F2RSM Psy (2015)

3, rue Malpart 59000 Lille (France) + 33(0)3 20 44 10 34 contact@f2rsmpsy.fr twitter.com/F2RSMPsy www.f2rsmpsy.fr

Sur le graphique précédent, on peut voir que le taux d'hospitalisations sous contrainte est moins élevé que la moyenne nationale dans le Valenciennois, avec un taux de 123 pour 100 000 habitants. En revanche, dans le territoire limitrophe du Douaisis, ce taux s'élève à 360, soit plus de 2 fois la moyenne nationale. Une commission a été demandée pour travailler sur ce point qui reste énigmatique et probablement dû en partie à des différences de pratiques et d'organisation de territoire puisqu'en termes de population, les enjeux entre les deux régions sont assez similaires⁴³.

Ces quelques chiffres ayant été évoqués, nous allons pouvoir maintenant passer à notre étude proprement dite, avec des éléments tant d'ordre sociologique et historique, que légaux et statistiques à l'esprit, afin d'aborder notre sujet de la manière la plus exhaustive possible.

⁴³ Coralie Gandré, Jeanne Gervaix, Julien Thillard, Jean-Marc Macé, Jean-Luc Roelandt, and Karine Chevreul BMC Health Serv Res. Published online 2018 Apr 6. DOI: 10.1186/s12913-018-3064-3

II. Etude des représentations de patients et de soignants vis-à-vis des soins sous contrainte au Centre Hospitalier de Denain :

A. Argumentaire

Au cours de mon internat, j'ai effectué plusieurs stages en services dits de « secteur », c'est-à-dire des services de psychiatrie générale, accueillant les patients tout-venant, en secteur ouvert ou en secteur fermé. On peut trouver dans ces services des patients de tout âge, toute pathologie psychiatrique confondue, avec des profils dépendants de la gestion de crise jusqu'à ceux de patients porteurs de maladies chroniques qui nécessitent des soins au long cours.

Avec la mise en place de techniques de remédiation cognitive ou tout simplement par souci d'organisation simplifiée, il devient habituel, même si cela peut renvoyer de manière caricaturale à certaines idées de la politique asilaire, de créer une aile particulière dédiée à la réhabilitation, pour les patients hospitalisés en soins sous contrainte au long-terme ou patients apparentés. Dans ces unités, les soignants ont pour objectif de mettre en place des activités thérapeutiques afin de permettre au patient de ne pas se détériorer d'un point de vue cognitif mais aussi des activités tournées vers l'extérieur, afin de cultiver le lien social. Certaines unités organisent même des programmes très précis et complets de « rétablissement », concept lancé en France par le Pr Nicolas Franck du CHU du Vinatier à Lyon et repris dans différentes villes à l'heure actuelle. C'est dans ce type d'unité que j'ai pu croiser des patients hospitalisés dans le cadre d'un programme de soins puisque c'est généralement à ce type de patients qu'est proposé ce protocole.

J'ai été très étonnée de constater qu'un certain nombre de patients issus de ces unités n'étaient pas particulièrement demandeurs d'une sortie définitive de l'hôpital, du moins pas dans une perspective raisonnée et réaliste. Certains patients n'appréciaient pas l'idée d'être hospitalisés en soins sous contrainte, mais pour autant, ils n'avaient pas non plus le souhait de sortir de ce lieu coercitif avec un projet ancré dans la réalité. Ils aimaient à participer aux sorties et, de ce que l'on m'avait rapporté, ces patients s'étaient beaucoup investis lors de séjours thérapeutiques lorsque ceux-ci avaient encore cours. Ils étaient donc capables de rester sur l'extérieur pendant quelques jours d'affilée, sans difficultés majeures retrouvées (quoiqu'encadrés par l'équipe) et auraient pu pour certains prétendre à un projet de sortie. De plus, pour la plupart, les patients pouvaient aussi rapporter leur soulagement de rentrer in fine à l'hôpital après avoir vécu ces moments sur l'extérieur.

En tant que soignante mais surtout, en tant que personne vivant en autonomie sur l'extérieur, j'ai été très déconcertée par cet « hospitalisme » et cette acceptation de la contrainte sans colère.

Le biais que l'on pourrait directement trouver dans mon observation proviendrait de la détérioration cognitive présente de façon plus ou moins importante dans ces maladies au long cours, qui ne permettrait plus de projections en dehors du monde investi dans le moment présent. Mais toutes les personnes par mon observation n'avaient pas pour autant de comorbidités pouvant expliquer cette attitude.

Bien évidemment, des lieux comme les maisons thérapeutiques constituent un entre-deux formidable pour maintenir la contenance inhérente à l'hôpital tout en favorisant l'autonomie. Ces espaces proposent en effet une expérience de vie en semi-autonomie (chacun a sa chambre, chacun peut se préparer à manger ou sortir quand il le souhaite) tout en maintenant un contact fort avec les soins et le cadre institutionnel (soignants et éducateurs présents au quotidien). Mais ces modes d'hébergement devenant rares, certains patients semblent préférer

les bénéfiques à rester dans une sécurité psychique à l'hôpital, malgré les difficultés à supporter la perte d'autonomie et de liberté qui en découle.

Ces ébauches d'interrogations sont apparues pour moi durant mon stage à Calais en psychiatrie adulte, lorsque j'étais en 2^{ème} semestre. Je m'occupais notamment d'un patient hospitalisé en SDRE, qui était du même âge que moi et qui ne semblait avoir aucune velléité à sortir de l'hôpital. Les processus d'identification entre le patient et moi étant bien difficiles à contrôler en ce début d'internat, je m'étais posé beaucoup de questions vis-à-vis de l'impact de sa maladie sur son projet de vie mais aussi de l'impact de la contrainte sur ce dernier. La mise sous contrainte, en SDRE, avait été plus que justifiée pour ce patient. La question de la durée de celle-ci et de sa flexibilité l'étaient en revanche beaucoup moins ; la SDRE étant une contrainte très coercitive, une réelle organisation d'un point de vue administratif était nécessaire pour organiser une permission alors même que la symptomatologie du patient était assez peu criante (dans mon regard d'interne de l'époque).

Ce patient participait volontiers à toutes les activités thérapeutiques et appréciait en particulier les sorties sur l'extérieur où il aimait guider les autres patients durant les randonnées ou leur montrer certaines spécificités du terrain dont il était expert : il se montrait donc très adapté et faisait d'ailleurs l'étonnement des soignants dans ces moments. Pourtant, il n'avait jamais exprimé le souhait de quitter définitivement l'hôpital et de retrouver son autonomie, complète ou en appartement thérapeutique. Finalement, nous avons organisé pour lui une prise en charge en programme de soins, qui de ce que l'on m'en a rapporté plus tard, se déroulait sans difficulté. Pour autant, je n'ai jamais eu le sentiment – et il ne m'a jamais répondu dans ce sens- que la contrainte d'hospitalisation lui pesait.

En 3^{ème} semestre, une immersion à Denain m'a permis d'ajuster ma réflexion et d'entrevoir une réalité plus complexe.

Une patiente m'a plus particulièrement marqué, ses initiales sont O.K.

Au niveau de sa pathologie, malgré ses nombreux traitements, O.K. oscillait entre des comportements plus ou moins adaptés et des états grande désorganisation, à tonalité persécutoire. Elle avait une position très ambivalente vis-à-vis du soin de manière générale. Elle appréciait venir se confier aux soignants sur des problématiques somatiques - à raison, car son état de santé était très détérioré - mais elle avait aussi beaucoup de difficultés à lier une véritable alliance avec ceux-ci, à respecter le cadre, les consignes, ou bien les traitements prescrits. Elle aimait aller et venir dans mon bureau comme dans celui des autres soignants, rassurée peut-être d'avoir pu parler de ce qui l'angoissait sur le moment ou simplement du fait de sa désorganisation. Du reste, elle était tout aussi ambivalente à propos de ses consommations de toxiques, irrégulières mais massives, (alcool, tabac et cannabis) qu'elle revendiquait mais pour lesquelles elle pouvait soudainement demander une substitution ou un sevrage.

Il en était de même de son programme de soins à mes yeux. Elle semblait très heureuse d'avoir l'autorisation d'aller sur l'extérieur pour les 2 ou 3 jours par semaine prévus dans son contrat, mais elle aimait aussi venir saluer l'équipe et discuter avec les patients hospitalisés durant ces quelques jours. De même, elle montrait souvent sa désapprobation à revenir dans le service mais nous remerciait en même temps de prendre soin d'elle sur ces temps particuliers ou lors des visites à domicile.

C'est ainsi que j'ai décidé de me pencher sur un vécu qu'il m'est difficile d'analyser en tant que personne extérieure, sans récit de personnes concernées, grâce à une étude qualitative, centrée sur la personne de O.K. comme premier interlocuteur.

B. Objectifs

Le but de cette étude est d'explorer les représentations des personnes pris en charge dans le cadre d'une modalité de soins sous contrainte et de leurs soignants. Ces deux visions sont en effet complémentaires. Les patients vont parfois nous présenter un verbatim brut, sensitif, empreint de leur maladie ou de leurs symptômes, tandis que les soignants verbaliseront des vécus plus distanciés, des questionnements, montrant un autre aspect de la contrainte, celui qui concerne les personnes requises pour la mettre en place et pour « faire avec » elle et ses conséquences sur la relation avec le patient.

Nous nous doutons que le tableau final sera probablement moins caricatural que cette description et que les vécus de chacun risquent de s'entremêler les uns aux autres. Cependant, c'est tout l'intérêt de ce sujet et l'un des objectifs sera de rendre ce contenu plus organisé et plus compréhensible afin de pouvoir en tirer des conclusions sur nos pratiques de soins.

En effet, le vécu des patients peut nous éclairer en tant que soignants sur les représentations qu'ils peuvent avoir des soins sans consentement, de l'hospitalisation, du programme de soins pour ceux qui sont concernés. En ayant ces informations en tête, nous ne pouvons que proposer un soin plus adapté et plus à l'écoute de celui ou celle qui est en situation de privation de liberté. Ce vécu peut aussi influencer des mises au travail dans les équipes ou des changements d'organisation afin d'adapter les soins que nous proposons selon le patient.

Le vécu et les représentations des soignants ne sont pas moins importants car ils amènent eux aussi des questionnements, sur la relation à l'autre, l'alliance thérapeutique et le cadre institutionnel. Ces interrogations ne sont pas souvent verbalisées, par crainte de mobiliser des processus plus globaux et plus dangereux pour l'institution. Cette étude nous permettra donc de donner la parole à des personnes qui s'autorisent peu à la prendre, dans un contexte de sous-effectif et de charge de travail très importante.

Imposer une contrainte à un être humain n'est jamais anodin et il ne faudrait pas que de mauvaises raisons poussent le soignant à mettre en œuvre cette pratique coercitive, sans objectif précis ou dans une démarche éthiquement acceptable.

En revanche, des arguments clairement assumés d'un point de vue médical, qui prennent en compte le patient dans son entièreté et qui lui sont expliqués dans la mesure du possible, sont tout à fait entendables et même parfois essentielles pour des questions de sécurité. La contrainte est donc par essence une notion ambivalente puisque, de l'avis d'une des personnes avec qui nous aurons un entretien, elle est « un mal pour un bien ». Encore faut-il savoir peser ce qui est en notre pouvoir en termes de raisonnement, d'évaluation du risque et de flexibilité.

A travers ce constat et celui décrit en introduction, voici notre hypothèse de départ : la privation de liberté d'une personne, imposée dans le cadre des soins sans consentement en psychiatrie, et, en particulier, imposée au long terme dans le cadre d'un programme de soins, peut avoir des aspects vécus comme négatifs mais aussi comme positifs.

La vision carcérale que l'on peut en avoir existe dans une certaine mesure, surtout si des dérives sont reconnues, mais cette contrainte est plus souvent perçue comme un ressenti complexe et ambivalent, avec des bénéfices et des obligations, dont les patients comme les soignants peuvent parler chacun à travers leur propre prisme. Les soins sans consentement ne sont pas synonymes de perte de liberté sans contrepartie et la plupart des patients en ont conscience, au moins dans un second temps, après la crise. Cependant, ces bénéfices de contenance, de canalisation de la désorganisation et d'étayage bienveillant ne peuvent être obtenus qu'à la condition sine qua none que les membres de l'équipe hospitalière aient les moyens d'accueillir et de proposer des soins de manière décente et adaptée aux patients entrant dans leur service.

C. Méthode

Nous allons donc nous intéresser à ces différents enjeux et surtout à la manière dont ils sont vécus au travers d'une étude qualitative observationnelle avec une analyse des données par théorisation ancrée.

La théorisation ancrée, qui se rapproche de la « grounded theory » a été décrite pour la première fois par Glaser et Strauss en 1967⁴⁴.

Elle consiste à répondre à une hypothèse initiale, au moyen d'observations de terrain et d'entretiens semi-directifs, en collectant les données et en les analysant d'une manière protocolisée. Il n'y a pas de chronologie spécifique entre la collecte des données et l'analyse, la méthode de théorisation ancrée est itérative, c'est-à-dire que l'analyse débute sans attendre la fin de la collecte des données. Chaque étape est dite interdépendante⁴⁵, c'est-à-dire qu'aucune étape ne peut être supprimée et que si l'une d'entre elle s'avérait mal construite, toutes les autres en seraient directement impactées. Il faut donc comprendre ici que cette théorie repose sur une organisation rayonnante et non linéaire.

Lorsque l'on parle de théorisation, il ne faut pas entendre un exact équivalent de théorie. En effet, dans la théorisation, toute hypothèse part d'une observation du réel et les liens créés au fur et à mesure de l'analyse ne prétendent pas aboutir à un paradigme universel. L'auteur d'un article reposant sur une analyse par théorisation ancrée propose simplement un élargissement de ce qu'il a décrit, potentiellement applicable à d'autres situations, mais selon sa propre expérience.

Quant à l'explicitation du mot « ancré », Paillé le résume au « matériau empirique qui est à la fois le point de départ de la théorisation, le lieu de la vérification des hypothèses émergentes,

⁴⁴ Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago : Aldine Publishing.

⁴⁵ Méliani V., Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode, in Choisir la théorisation ancrée, Hors série, N°15, p.436.

et le test ultime de la validité de la construction d'ensemble »⁴⁶. Ce mot regroupe donc toutes les informations que l'analyse va pouvoir faire ressortir des observations de terrain et que l'auteur devra compiler systématiquement, sous le prisme du protocole codifié, pour faire finalement émerger des thèmes puis des propositions qu'il pourra remanier jusqu'à ce que la théorie fasse corps avec tout ce qui a été compilé.

Glaser et Strauss proposent une analyse en 6 étapes, dont le but est de permettre au chercheur d'acquérir un certain niveau d'abstraction en partant des données de terrain :

- la codification
- la catégorisation
- la mise en relation
- l'intégration
- la modélisation
- la théorisation.⁴⁷

Ainsi, la première étape, la codification, consiste à effectuer une sorte de retranscription des entretiens et des observations faites sur le terrain en quelques mots, afin que la lecture de ces derniers donne une compréhension entière de l'observation sans avoir à la lire dans son intégralité. Cette étape n'est pas tout à fait comparable à un résumé car il faut rester au plus près de toutes les données collectées. Il n'est absolument pas question de proposer durant cette étape des interprétations quelconques des propos des personnes ayant répondu aux entretiens. On cherche plutôt ici à s'approprier des informations pour pouvoir se lancer dans des étapes plus abstraites par la suite, non pas à travers un protocole établi à l'avance avec des

⁴⁶ Paillé, P. (1996). L'échantillonnage théorique. Induction analytique. Qualitative par théorisation (analyse). Vérification des implications théoriques. Dans Méliani V., Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode, in Choisir la théorisation ancrée, Hors série, N°15, p.436.

⁴⁷ Lejeune Christophe, Manuel d'analyse qualitative, Analyser sans compter ni classer, De Boeck Supérieur,s.a., 2014

hypothèses fixées (recherche quantitative) mais bien d'une manière moins directe, dans la lecture simple de donnée, afin de rester au plus près du terrain dans un premier temps.

« La codification porte sur le vécu des acteurs. Les mots du chercheur entendent donc qualifier l'expérience, le vécu (et non le discours). Il est bien question de sens (et non de mots). La codification assume donc la tension entre la proximité du texte (son ancrage) et la qualification du sens vécu (son orientation expérientielle) »⁴⁸.

L'étape de catégorisation permet de regrouper certains sujets abordés dans l'observation et dans les différents entretiens à travers des catégories créées par l'auteur, au fur et à mesure de l'analyse des informations codées. C'est un travail fastidieux qui peut être repris plusieurs fois durant l'analyse, afin de ne pas oublier une thématique abordée, ou de la différencier d'une autre, voisine mais moins spécifique. La catégorisation permet ainsi de mieux cerner les phénomènes évoqués par les acteurs ou observés parfois de manière furtive ou peu linéaire. C'est une étape qui représente la clé de voute de la théorisation ancrée.

Cependant, une catégorie n'est pas inventée de toutes pièces, sans fondement théorique. Ainsi, *« Chaque catégorie doit être définie, il faut décrire ses propriétés (ce qui la compose), spécifier ses conditions d'existence (ce dont elle a besoin pour être), identifier ses diverses formes et dimensions possibles (intensité, durée...) »⁴⁹.*

L'étape de mise en relation est en continuité avec celle de catégorisation. Elle va reprendre deux ou plusieurs catégories afin de les mettre en comparaison, en exergue, ou de chercher un lien de causalité entre elles. Est-ce que telle catégorie va être potentialisée par telle autre ? Est-ce que telle catégorie est dépendante de telle autre et si, oui, de quelle manière ? Comment s'articulent cet ensemble de catégories ?

⁴⁸ Ibid, p.63

⁴⁹ Ibid.

Cette étape, comme la précédente, repose sur l'analyse de beaucoup de données et se modifie sans cesse, au fur et à mesure que les liens se font et se défont entre les différentes informations recueillies. Il faut savoir accepter cet aspect mouvant de la théorisation ancrée, non pas comme une preuve de non fiabilité mais plutôt comme une preuve de remise en question perpétuelle pour rester au plus proche du discours des acteurs.

L'étape d'intégration prend donc sa source au travers de toutes ces interprétations encore hésitantes et tout à fait modifiables. Les liens effectués dans les étapes précédentes prennent de plus en plus de sens à mesure qu'ils se recourent entre eux et on peut commencer à ce moment à faire émerger les premières questions plus théoriques et moins en lien direct avec l'observation. L'étape d'intégration permet aussi de vérifier où les différentes données nous ont mené jusqu'alors et la validité de notre hypothèse de départ vis-à-vis de ces données.

Ces hypothèses de travail peuvent ensuite se concentrer dans une modélisation. La modélisation porte sur un autre niveau de compréhension et nous amène à réfléchir sur un autre niveau d'abstraction. On se pose ici des questions sur le phénomène observé, comme il a pu se mettre en place, sur quoi il s'est construit ou encore quels sont les processus qui soutiennent ce phénomène. La théorisation n'est plus très loin et l'étude commence à prendre une forme lisible pour le lecteur. Cependant, cette modélisation, quoique plus abstraite que les observations de départ, reste ancrée sur les données observées, elle n'est pas généralisante ni généralisable. Elle permet simplement d'apporter des réponses de terrain, sur une problématique donnée, en restant au plus près des informations qui ont été collectées. Comme dans toute démarche anthropologique ou sociologique, le chercheur se doit de rester le plus neutre possible.

Enfin, la dernière étape, celle de théorisation à proprement dite, permet de faire ressortir les

concepts émergents semblant les plus mis en valeur par les étapes précédentes et de réduire les propositions divergentes ne prenant que peu d'appui sur ces mêmes étapes. Plusieurs outils sont utilisés à ces fins. Ainsi, le propos est plus lisible et le chercheur peut apporter une conclusion argumentée, construite de la manière la plus objective possible, avec un chemin de raisonnement clair et dirigé.

Cette méthode d'analyse qualitative est difficilement comparable aux méthodes d'analyse quantitative car le ressort épistémologique est différent pour chaque type d'analyse. Nous porterons notre attention sur ce point plus précisément dans la discussion.

D. Terrain de recherche

1. Situation géographique de la ville de Denain⁵⁰



Denain est une ville qui se situe en plein territoire du Nord (59), dans la région des Hauts-de-France. Elle est à équidistance de Valenciennes, Cambrai et Douai, villes qui forment un triangle équilatéral. Elle se trouve assez proche de la frontière belge, à moins de 34km de la ville belge la plus proche, Brunehaut.

⁵⁰ <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/2014/06/03/reforme-territoriale-finalement-le-nord-pas-de-calais-va-rester-seul-489949.html>

2. Aspects socio-économiques

Denain a été le siège de l'entreprise USINOR qui a fermé brutalement en 1983, laissant derrière elle une situation économique et sociale des plus inquiétantes.

Ancien haut lieu de l'aciérie française et située au cœur du bassin minier du Nord, Denain fut une ville bourgeoise jusque dans les années 1960. Les infrastructures dans le domaine de l'éducation, de la culture, des soins, y étaient nombreuses, signes d'une prospérité certaine. Ces souvenirs sont encore très prégnants pour la génération des baby-boomers.

La population est actuellement en forte baisse comparée à la population du Nord en règle générale. Depuis 2014, le taux de naissances a baissé de 16%⁵¹. Dans le même document, nous lisons plus loin : « Avec le plus fort déficit migratoire derrière l'Île-de-France, la région reste peu attractive. Entre 2016 et 2019, elle perd plus de 17 000 habitants par an au travers des migrations résidentielles, contre 15 000 entre 2007 et 2012 ». En 2016⁵², on observait une baisse de la population de 3.22% à Denain par rapport à 2011 contre +0.95% dans le Nord. Cette diminution a débuté entre 1962 et 1968, ce qui correspond au coup d'envoi des transformations et des délocalisations des usines d'USINOR vers la côte d'Opale.

En 2015, le taux de pauvreté à Denain se situait à 44.5%.

Pour rappel, le taux de pauvreté correspond à la part de la population vivant en dessous du seuil de 60 % du niveau de vie médian (11844€ par an)⁵³.

Nous pouvons nous référer à la carte représentant les taux de pauvreté en France et à celle représentant ceux au sein même de la région des Haut-de-France, documents publiés par la F2RSM⁵⁴ (Fédération et Réseau Santé Mentale). Selon la même source, les Hauts-de-France

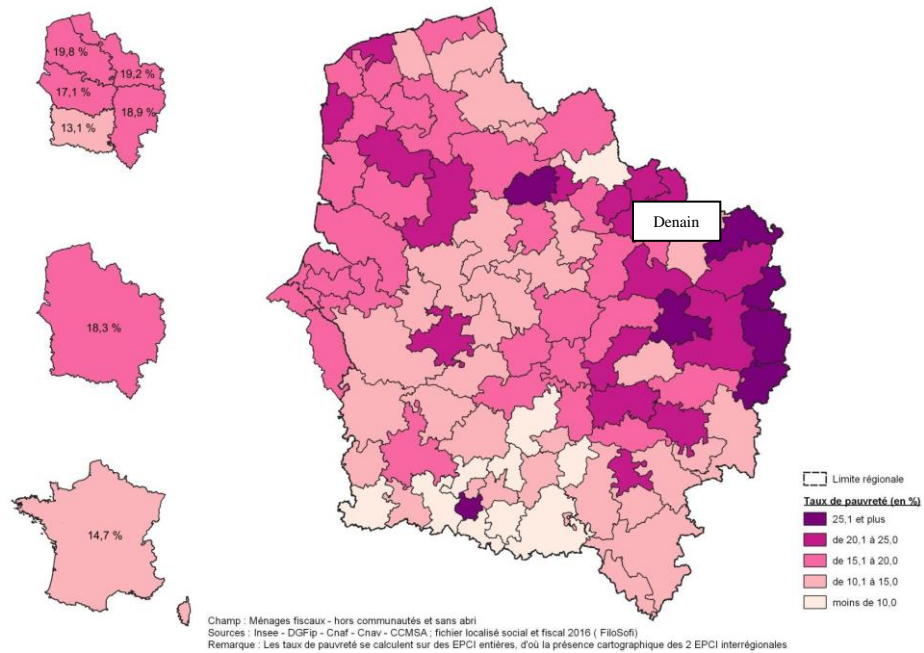
⁵¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4620300>

⁵² <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-59172>

⁵³ <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/taux-pauvrete.htm>

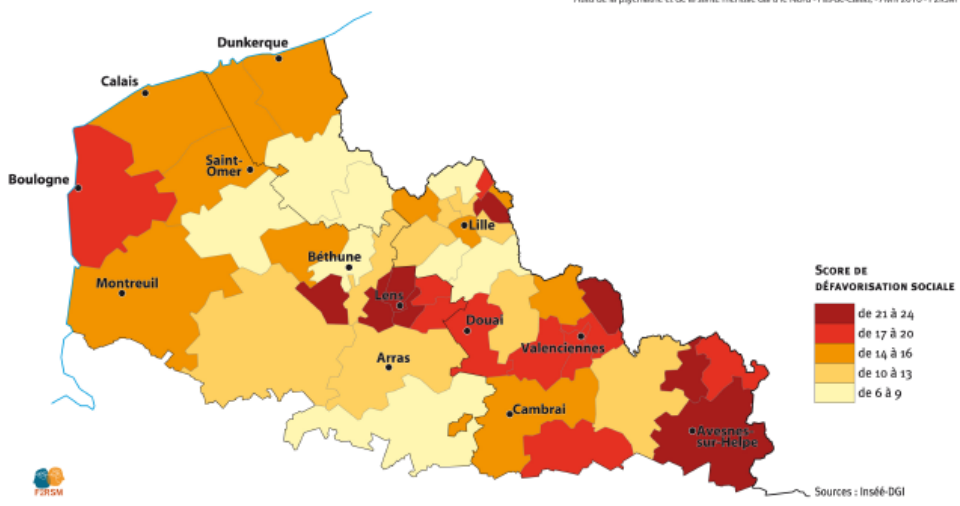
⁵⁴ <https://www.f2rsmpsy.fr/part-population-situation-pauvrete-france-2012.html>

connaissent le 2e plus fort taux régional de pauvreté (18,2% vs 13,9% en France métropolitaine). À l'intérieur de la région, la pauvreté concerne un habitant sur cinq dans le Pas-de-Calais, département le plus défavorisé, alors que l'Oise connaît un niveau inférieur à la moyenne nationale.



Taux de pauvreté de la région Hauts-de-France, INSEE 2019

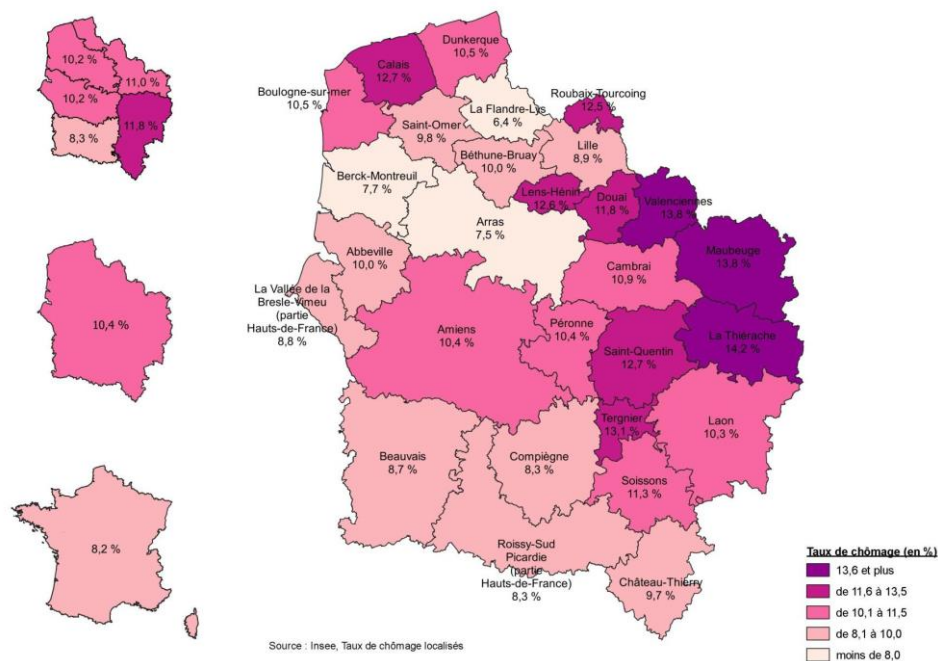
Score de défavorisation sociale* en 2006 Répartition par pseudo-secteur* de psychiatrie adulte dans le Nord - Pas-de-Calais



*Score de défavorisation sociale : Indicateur composite prenant en compte les taux des non diplômés, des chômeurs et des faibles revenus (défavorisation matérielle), et ceux des ménages composés d'une seule personne, des veufs divorcés et de familles monoparentales (défavorisation sociale).
 *Pseudo-secteur : dans le cas où une ville comprend tout ou partie de plusieurs secteurs, nous avons nommé pseudo-secteur l'aggrégat des secteurs qui l'englobent (c'est le cas de Cambrai, Denain, Douai, Dunkerque, Lille, Roubaix, Tourcoing dans le Nord et d'Arras, de Boulogne et de Calais dans le Pas-de-Calais). Dans les 36 autres cas, le pseudo-secteur est identique au secteur.

Quant au taux de chômage et à celui du taux de bénéficiaires du RSA, il se mesure tout d'abord empiriquement par rapport à la population qui vient consulter, au CMP en particulier, lorsque l'on demande au patient la profession exercée. Il ne peut qu'interpeler.

Selon les statistiques de l'ARS (Agence Régionale de Santé) rassemblées dans un document datant de 2019⁵⁵, le taux de chômage des personnes de plus de 15 ans dans les Hauts de France est le plus important des régions de l'Hexagone. En 2020, le taux de chômage est à 10% dans le Nord par rapport à une moyenne en France de 7.6%⁵⁶. Selon les statistiques du 2^{ème} trimestre 2019 de l'INSEE, le taux de chômage du Valenciennois est de 13,8%, l'équivalent du taux observé à Maubeuge. En 2016, 36,6 % de la population active des 15-24 ans n'avait pas d'emploi, ce qui représente le taux le plus élevé en France Métropolitaine⁵⁷. La part des jeunes 15-24 ans inactifs ou au chômage est de 19,9% dans le Nord, contre 16,7% en France Métropolitaine.

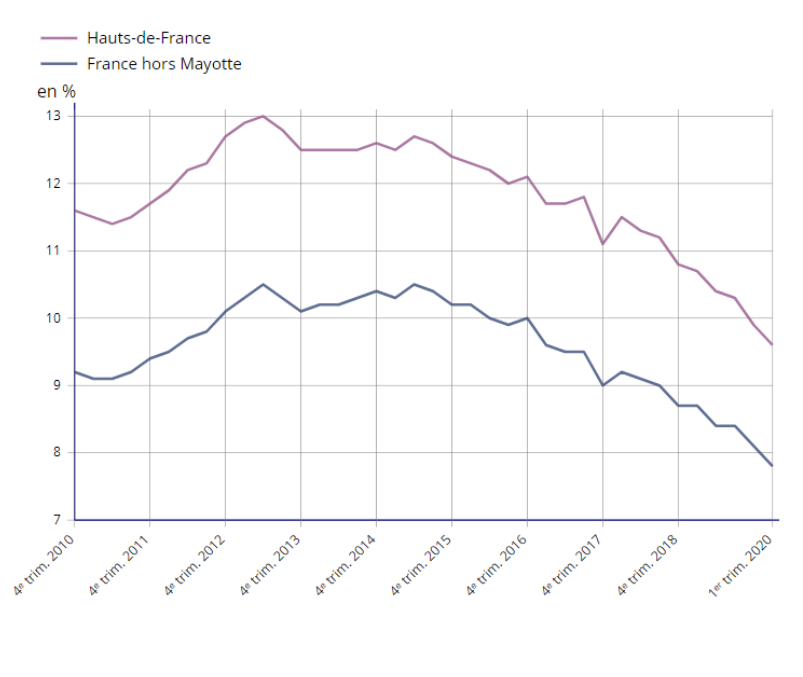


⁵⁵ Diagnostic territorialisé des Hauts de France, ARS, 2019 en partenariat avec l'Observatoire Régional de la santé et du social

⁵⁶ https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012804#tableau-TCRD_025_tab1_departements

⁵⁷ http://hauts-de-france.direccte.gouv.fr/sites/hauts-de-france.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_-_2t19.pdf

Taux de chômage localisés en Hauts-de-France, Insee 2020⁵⁸



Evolution des taux de chômage selon les trimestres, Insee 2020⁵⁹

J'aimerais enfin souligner un facteur de comorbidité important en psychiatrie et encore plus dans le département du Nord ou du Pas-de-Calais, c'est celui de la consommation d'alcool et l'alcoolisme.

En effet, en 2006-2013, un peu plus de 2 800 décès (dont 75 % d'hommes) en lien avec cette surconsommation sont comptabilisés en moyenne annuelle dans les Hauts-de-France. Le taux de mortalité régional est supérieur à celui de la France de 68 %, le différentiel étant encore plus notable chez les femmes (+91 %).

En janvier 2020, Santé publique France a publié un « Bulletin de santé publique » portant sur la consommation d'alcool.⁶⁰ Les statistiques relèvent qu'en 2017, le taux de mortalité cumulée associée aux principales pathologies liées à la consommation d'alcool (cancers des voies aéro-digestives supérieures, cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme) était de

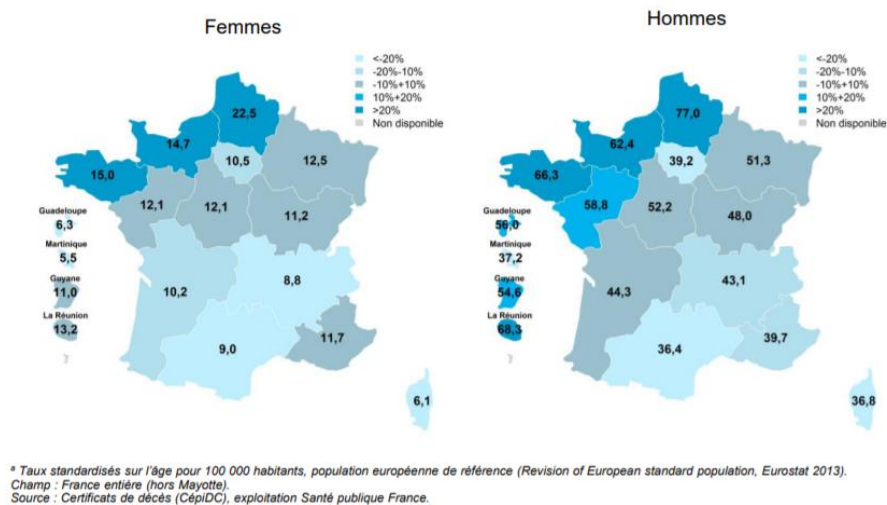
⁵⁸ <http://hauts-de-france.direccte.gouv.fr/Chiffres-cles-2eme-et-3eme-trimestres-2019>

⁵⁹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121818>

⁶⁰ <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-alcool-dans-les-hauts-de-france.-janvier-2020>

22,5 pour 100 000 habitants chez les femmes et de 77,0 chez les hommes. Ces taux sont largement supérieurs à ceux des autres régions françaises puisque l'on retrouve des taux, pour exemple, en Ile de France, à respectivement 10.5 et 35.2 pour 100 000 habitants. Au sein même de la région, les taux du département du Nord sont de 10% supérieurs aux taux régionaux. Les autres taux sont visibles sur la carte ci-dessous.

Figure 31 : Taux régionaux standardisés* de mortalité par les principales pathologies en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2013-2015



Les passages aux urgences ont également été comptabilisés et « en 2017, 22 363 passages aux urgences étaient en lien direct avec l'alcool, soit en moyenne 61 passages quotidiens ce qui représentait 1,86 % des passages aux urgences toutes causes confondues en région Hauts-de-France (vs 1,38 % au niveau France entière) ».

Enfin, on relève également qu'en 2017 en Hauts-de-France, 11,5 % des adultes de 18 à 75 ans consommaient quotidiennement de l'alcool (prévalence significativement plus élevée que la moyenne des autres régions métropolitaines) et 15 % consommaient 6 verres ou plus en une seule occasion au moins une fois par mois (comparable à la prévalence moyenne de France métropolitaine).

Cependant, il est à noter que les Hauts-de-France sont la seule région ayant une

consommation d'alcool plus faible chez les jeunes adultes de 18-30 ans. Il s'agit donc d'une inversion de tendance importante, d'autant que les moins de 17 ans consomment également moins d'alcool que dans les autres régions. Il faudra évidemment veiller à la diminution progressive des autres chiffres mais il faut relever les efforts de politique de santé de l'ARS, qui s'est fortement mobilisée sur les enjeux d'addictions dans les Hauts de France ces dernières années. La politique de mobilisation contre les addictions menée depuis plusieurs années, soutenue notamment par l'Agence régionale de santé, va se poursuivre pour conforter ces bons résultats

Figure 2 : Prévalences régionales standardisées* de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans selon le sexe en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014

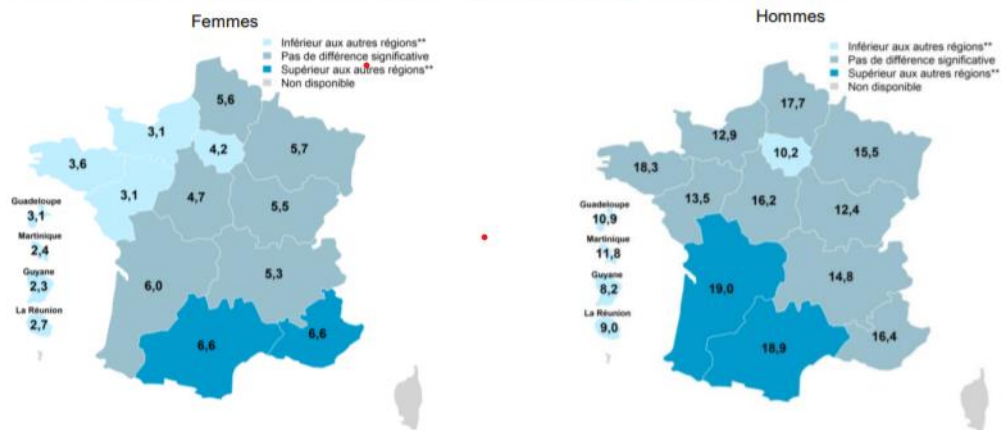
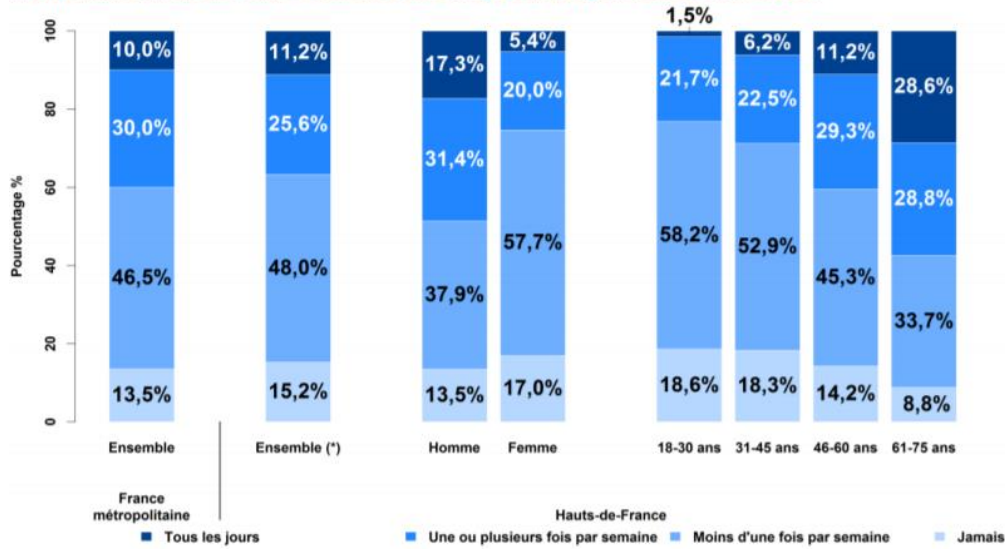


Figure 11 : Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois des adultes de 18-75 ans en France métropolitaine et Hauts-de-France, et selon le sexe et l'âge pour la région Hauts-de-France, 2017



* différence significative (comparaison avec les autres régions).
 Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.
 Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Tous ces chiffres sont des indicateurs de précarité et donc de comorbidité en psychiatrie et ils nous permettent d’imaginer qu’actuellement, une partie de la population fréquentant les lieux de soins de la ville de Denain peut être amenée à vivre dans des conditions difficiles, avec une gestion du quotidien complexe (précarité alimentaire, précarité hygiénique) et souvent des carences marquées. Cet aspect est à prendre en considération dans la manière de prendre en charge les patients qui viennent à nous et qui n’ont pas toujours les capacités d’être aussi autonomes que l’on pourrait s’y attendre, même pour ceux porteurs d’un trouble psychiatrique identifié. Le soutien familial de ces patients est parfois très distant voire inexistant ou peu étayant et ces particularités sont à prendre en compte plus encore que dans d’autres services de psychiatrie générale.

3. Le Centre Hospitalier de Denain

Le Centre Hospitalier de Denain a été inauguré en 1928. Il représente un lieu de soins de proximité pour les habitants qui ne sont plus systématiquement contraints à recevoir des soins au Centre Hospitalier de Valenciennes.

En 2017⁶¹, plus de 88 000 consultations externes ont été effectuées, 29 000 passages aux Urgences, 8400 interventions chirurgicales ont été réalisées. Le budget d'exploitation est de plus de 80 millions d'euros. L'offre de soins est diversifiée, des urgences ouvertes 24h/24 à la maternité, en passant par les services de médecine, les blocs opératoires, et, pour le sujet qui nous intéresse, la psychiatrie.

4. Organisation de la psychiatrie au sein du territoire

L'offre de soin disponible en psychiatrie adulte est sectorisée et est installée pour sa partie hospitalière dans l'hôpital général, au sein d'un bâtiment en dehors du bloc principal, sur trois étages, 2 étages destinés au soin, un étage uniquement destiné aux bureaux. Le bâtiment est dénommé le Rivage et est appelé ainsi par tout un chacun.

Un centre de consultations externes est situé en face du Centre Hospitalier et est intersectoriel pour sa partie médicale. Le bâtiment en lui-même accueille les patients provenant des deux secteurs. Seule l'équipe soignante est encore fixée sur le secteur G33 ou le secteur G34.

Deux hôpitaux de jour (un pour chaque secteur) sont situés côte à côte dans la même rue que le CMP et fonctionnent en étroite collaboration avec les unités d'hospitalisation. Toutes ces structures sont donc accessibles à pied entre elles pour les patients, ce qui facilite les transferts d'un lieu à un autre.

Certaines équipes ont aussi été créées pour assurer des missions spécifiques. C'est en particulier le cas de l'équipe du D3A, dispositif prévu pour étayer les patients les plus

⁶¹ <https://www.ch-denain.fr/chiffres.html>

précaires, afin de les aider dans leur quotidien et veiller à ce qu'ils soient dans les meilleures conditions possibles à domicile. Cette équipe est aussi présente pour donner des signaux d'alerte lorsqu'un patient est plus instable, afin de ne pas attendre une décompensation trop importante pour prendre des dispositions (réintégration à l'hôpital, changement de traitement...)

Des visites à domicile sont également organisées par les infirmiers du CMP, pour permettre un suivi plus régulier des patients à risque de rechute.

Enfin, une association a été créée par des patients et des soignants et proposait jusqu'à il y a peu des randonnées et un atelier d'écriture. La Fabrique des Arts est une autre association qui permet aux patients de venir pratiquer les Arts Plastiques dans un lieu ouvert, sans vocation de thérapeutique. Elle organise régulièrement des expositions-ventes des œuvres produites.

Il existe encore un lieu de vie alternatif, l'hôtel thérapeutique, tenu par des salariés de l'hôpital et pour lequel les locataires payent un loyer. Depuis la fermeture de la dernière maison communautaire, l'équipe du D3A est en lien étroit avec la structure de foyer logement et EPHAD de Bouchain, où un certains nombres de résidents sont aussi des usagers du secteur psychiatrique.

Ce système de soins est conforme aux attentes des décrets votés lors de la mise en place de la sectorisation du territoire en ce qui concerne les prises en charges psychiatriques et il est encore très empreint des outils proposés par la psychiatrie institutionnelle même si la plupart des soignants regrettent la fermeture des structures communautaires ou l'arrêt des séjours thérapeutiques qui avaient encore cours il y a 10 ans.

Voici une brève chronologie de la création des deux secteurs psychiatriques à Denain, le G33 et le G34.

Initialement, l'unité d'hospitalisation pour le Denaisis se trouvait au sein du Centre de soins et

d'hygiène mental d'Ulysse Trélat, à Saint André-Lez-Lille, créé en 1965⁶² en remplacement d'un hospice pour personnes indigentes et pionnier de la politique de sectorisation dans la métropole lilloise. Il est important de mentionner cet hôpital car certains patients, usagers de la psychiatrie depuis longtemps, se souviennent encore de leurs séjours dans ces lieux.

Le centre d'Ulysse Trélat était organisé sous la forme de pavillons séparés par des allées, des jardins et même des potagers, le tout sur une superficie de 2 hectares. L'architecture y était soignée. L'enceinte n'était pas grillagée, « ouverte sur la ville » comme aimaient à le souligner les fondateurs du mouvement de la sectorisation. Ce type d'organisation architecturale peut toujours se trouver dans les Etablissements de Santé Mentale d'Armentières ou de Bailleul car elle était un standard pour l'époque. Le centre fut un haut lieu de la psychiatrie institutionnelle.

A Denain, c'est d'abord une consultation médico-psychologique qui s'ouvre en 1977, pour les deux secteurs. 10 ans plus tard, ce sera cette fois la création d'un hôpital de jour, toujours intersectoriel.

En 1991 s'ouvre la première unité d'hospitalisation de 15 lits, service dénommé « le 15 lits » - celui-ci sera cité dans les entretiens de patients - qui accueille d'abord les patients stabilisés d'Ulysse Trélat et dépendant d'un des deux secteurs de Denain. Dans le même temps, les premières expériences de psychiatrie de liaison se mettent en place au centre hospitalier de Denain.

En 1998, deux unités d'hospitalisation de 30 lits sont créées au sein d'une aile de l'hôpital général appelée *Le Rivage*, qui regroupe l'unité *Lesage* (au premier étage) et l'unité *Janet* (au rez-de-chaussée) gérées par deux chefs de services.

L'année 2001 reste très marquée dans les esprits de l'ensemble des soignants en psychiatrie à Denain. C'est l'année de la séparation des deux secteurs dans un contexte de querelles de

⁶² <http://lommelet-histoire.over-blog.fr/article-les-soins-54735088.html>

chefferie qui prirent beaucoup d'ampleur. Dès lors les deux secteurs se développeront parallèlement.

De récentes transformations ont eu lieu au sein du service de psychiatrie. La dernière maison thérapeutique a fermé ses portes en 2018 et les patients qui y vivaient ont été déplacés soit à l'hôtel thérapeutique soit dans d'autres lieux comme des EPHAD, des MAS, ou des résidences logements non médicalisées.

De plus, les deux services intra-hospitaliers, qui correspondaient chacun à un secteur géographique donné ont fusionné fin 2018, donnant naissance à un service spécialisé dans les troubles anxio-dépressifs, un service de réhabilitation pour les personnes inscrites dans un soin au long terme, et un service fermé.

Le service dédié aux personnes anxio-dépressives se situe maintenant au rez-de-chaussée, à la place de l'ancienne unité Janet, qui correspondait au secteur G34. L'unité de soins libres de l'ancienne unité Lesage, secteur G33, au premier étage, s'est transformée en unité de réhabilitation. L'espace fermé de l'unité Lesage est restée tel quel, mais doit maintenant accueillir les patients des deux secteurs. Il y a 4 chambres d'isolement localisées dans cet espace.

Au rez-de-chaussée, on peut maintenant trouver un espace détente, une salle bien être et des aménagements ont été mis en place comme la télévision dans chaque chambre et des repas en chambre. Le rythme de vie du 1^{er} étage est resté le même avec une télévision et des repas en communs, dans des salles assez spacieuses pour accueillir les patients même si pour le moment, l'unité fermée subit les conséquences de son augmentation d'effectif brutal et n'est pas encore tout à fait adaptée à ce nouvel agencement, d'autant que des travaux y sont encore en cours.

Les équipes ont elles aussi été remaniées. Chacun a pu s'exprimer sur sa nouvelle affectation mais, même si les équipes des deux secteurs se côtoyaient avant la fusion, les équilibres qui

s'étaient constitués entre les membres de celles-ci ont été modifiés et cet enjeu est toujours sensible au moment où se tient ma recherche. Le décès d'un soignant au cours de mon semestre d'hiver en 2017 a lui aussi marqué les équipes et, encore aujourd'hui, certains sujets restent tus.

L'histoire des deux secteurs est bien présente dans l'esprit de chacun et, en tant qu'interne, j'ai été amenée à la connaître par morceaux, comme un héritage que l'on me transmettrait, afin que je saisisse mieux les enjeux institutionnels qui pèsent aussi bien sur les soignants que sur les patients. Sans en savoir tous les détails, j'ai pu ainsi mieux comprendre certains fonctionnements ou certaines réactions d'équipe, parfois virulentes, qui pouvaient impacter des prises en charge de patients.

E. Déroulé de l'étude

Voici les différentes étapes attendues pour cette étude :

- Elaboration du projet
- Rencontre de la patiente témoin
- Analyse du Verbatim
- Répétition de ces séquences jusqu'à saturation des données
- Intégration
- Analyse et interprétation
- Discussion
- Retour aux personnes

En ce qui concerne l'élaboration du projet et la rencontre avec la patiente témoin, comme je

l'ai expliqué précédemment, ces deux étapes se sont faites assez naturellement, au cours de mes stages, et la problématique est devenue plus précise à mesure que j'ai gagné en expérience avec les patients. La rencontre avec O.K s'est faite de plusieurs manières différentes. C'est une patiente que j'ai côtoyée pendant 6 mois, au gré de ses hospitalisations, d'un point de vue somatique comme psychiatrique même si je n'étais pas son psychiatre référent. Selon son degré de désorganisation ou de contenance, O.K. savait mettre parfois le doigt sur des dysfonctionnements institutionnels ou nous remettait en question dans nos pratiques du quotidien en tant que soignants. C'est elle qui m'a permis d'aller plus loin dans mon raisonnement et dans mes interrogations même si la problématique de cette thèse n'a pas été conscientisée de suite et qu'il m'aura fallu d'autres situations dans des contextes différents pour aboutir à une hypothèse plus consistante.

Avant de rencontrer O.K., j'ai dû demander l'autorisation de faire son entretien à la responsable de service d'abord puis à son médecin référent. C'est d'ailleurs lui qui lui a fait la proposition en premier, afin de ne pas la déstabiliser outre mesure si cette proposition l'effrayait.

Finalement, j'ai profité d'une hospitalisation où Mme O. K. avait été réintégrée à la suite de difficultés à son domicile pour m'enquérir moi-même de son consentement et enchaîner directement par un entretien avec elle.

Pour ce qui est de l'analyse du Verbatim, je mettrai uniquement en annexe les étapes de catégorisation et de mise en relation, ne souhaitant pas produire des témoignages qui pourraient nuire à l'anonymisation des données et à l'intimité des témoignages.

F. Présentation des résultats

1. Conduite des entretiens :

Les entretiens ont été conduits au sein même de l'hôpital pour certains, dans des structures extérieures pour d'autres ou encore au domicile des personnes.

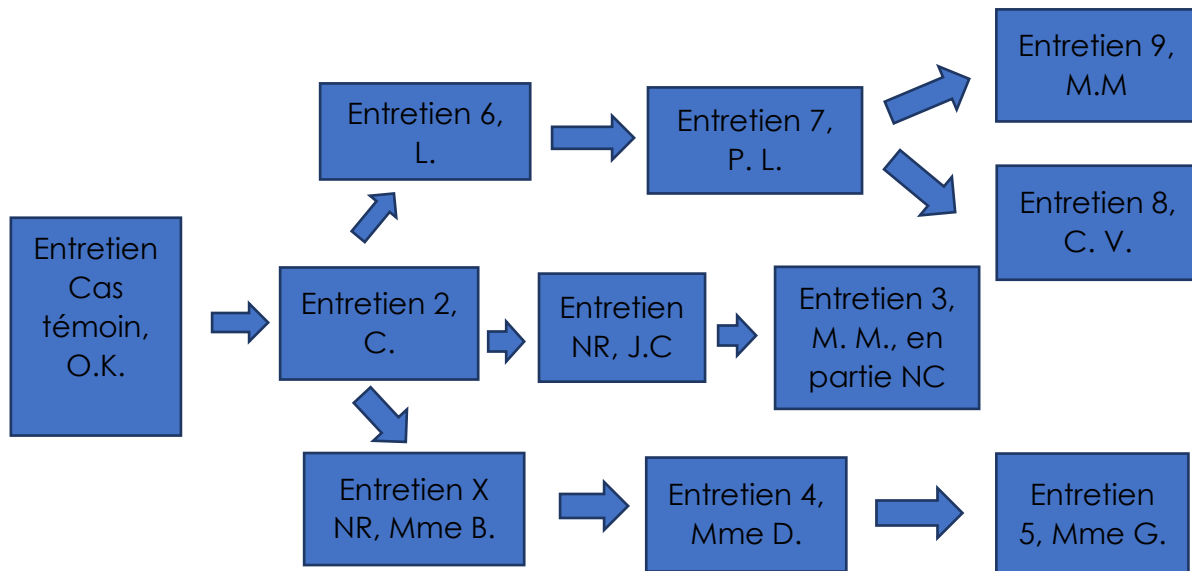
Ils ont toujours été réalisés dans le calme, dans une salle avec une porte fermée, et avec le soin de respecter la confidentialité des personnes.

J'ai enregistré chaque entretien, avec la permission de mon interlocuteur, et ai transcrit moi-même le Verbatim par écrit en totalité, sans omission ni synthèse.

Certaines personnes étaient des patients (entretiens 1, 3, 4, 5, 9) et d'autres des soignants (entretiens 2, 6, 7, 8) issus de 3 professions différentes.

A noter que les patients 1, 3 et 9 étaient dépendants administrativement d'un programme de soins. La patiente n°5 était mineure et j'ai hésité pour cette raison à faire son entretien. Je me suis ensuite rendu compte qu'être hospitalisée en tant que jeune adolescente en unité adulte (la patiente avait 15 ans et 6 mois) était aussi une forme de contrainte puisque ce sont les personnes désignées comme ayant l'autorité parentale qui sont lors décideurs. Enfin, la patiente n°4 n'était plus sous contrainte lors de l'hospitalisation où je l'ai rencontrée mais elle l'avait été alors que j'étais en stage à Denain.

Voici l'enchaînement des entretiens tel qu'il s'est déroulé et qui n'a pas été aussi linéaire que prévu (pour rappel, la première personne devait en désigner une autre qui en désignait une autre à son tour jusqu'à saturation des données).



NC = Entretien Non Côté

NR = Entretien Non Réalisé

Sur ce schéma, nous pouvons voir qu'à partir de l'entretien n°2, la ligne d'entretien se divise en 3, car C. m'avait proposé de rencontrer 3 personnes différentes. Cependant, sur ces trois personnes, une seule était véritablement en capacité d'être entretenue. Les deux autres entretiens sont donc côtés NR, non réalisés. En effet, la deuxième personne désignée avait des difficultés cognitives trop importantes pour pouvoir communiquer avec aisance et la troisième était très instable au moment où je suis venue la rencontrer ; l'équipe m'avait donc demandé de ne pas intervenir auprès d'elle. J'ai fait des entretiens de « remplacement » avec des personnes dont les profils étaient au plus proche des personnes initiales en termes de pathologie et de type de contrainte.

Par ailleurs, d'autres entretiens sont en partie NC, non côtés, soit parce que mon interlocuteur était trop dispersé et diffluent pour pouvoir répondre à une question précise, soit parce que le discours était trop pauvre, en particulier chez un patient atteint d'une psychose déficitaire assez avancée.

Enfin, lors de l'entretien numéro 7, mon interlocuteur m'a donné le nom d'un patient et d'un soignant qui me paraissaient importants de faire apparaître dans l'étude. C'est pourquoi j'ai pris la liberté de terminer cette troisième ligne par deux personnes et non une seule.

Suite aux 9 personnes avec qui j'avais pu réaliser mon questionnaire, les informations étaient saturées et il n'y avait plus d'intérêt à continuer les entretiens.

2. Questionnaire

Voici le questionnaire, composé de 5 questions semi-ouvertes, qui englobent les thématiques que je souhaitais aborder dans mon mémoire. Il y a bien évidemment la question des représentations et la question du vécu de la personne vis-à-vis de cette contrainte mais aussi 3 questions plus pointues, qui pouvaient permettre l'émergence d'idées plus discriminantes.

1^{ère} question : Quelle est votre représentation des soins sous contrainte ?

2^{ème} question : Quel est votre vécu des soins sous contrainte ?

3^{ème} question : Quels sont les points négatifs, s'il y en a, de la mise sous contrainte ?

4^{ème} question : Quels sont les points positifs, s'il y en a, de la mise sous contrainte ?

5^{ème} question : Avez-vous un souvenir particulier relatif à la question de la contrainte ?

3. Métathèmes identifiés

1^{ère} question : Quelle sont vos représentations des soins sous contrainte ?

- Patient 1 : Les soins sous contrainte sont des soins subis, violents et intrusifs, avec des traitements spécifiques, inscrits dans une temporalité lente avec un isolement vis à vis du monde extérieur.
- Soignant 1 : Les soins sous contrainte représentent des hospitalisations subies par des patients dans un déni de leur trouble. Ils nécessitent la présence d'un tiers et sont encadrées par la loi.
- Patient 2 : NC
- Patient 3 : Les soins sous contrainte se caractérisent par des soins imposés par un tiers, souvent membre de la famille, ce qui perturbe l'homéostasie initiale.
- Patient 4 : Des soins où l'on se trouve dans une situation de dépendance totale vis à vis des adultes et où la mise en sécurité de la personne est assurée par une surveillance accrue.
- Soignant 2 : Une contrainte à double sens, violente pour le patient comme pour le soignant, qui nécessite la création d'une alliance thérapeutique.
- Soignant 3 : Un moyen de soin spécifique qui permet de créer un sas temporo-spatial essentiel afin d'amorcer des soins sans que cette contrainte amène systématiquement un sentiment de révolte.
- Soignant 4 : Des soins au corps à corps, marqués par la violence parfois disproportionnée et l'intrusion faite au patient, en annihilant son propre jugement. Un dispositif qui peut être utilisé comme moyen de facilité et qui mériterait des alternatives.

- Patient 5 : Les soins sous contrainte représentent une contrainte administrative. Pourtant, le patient met aussi en valeur une limitation des libertés de circulation et d'action avec un quotidien ritualisé par les décideurs du programme de soins en lui-même.

Conclusion 1^{ère} question

Les soins sans consentement sont ancrés dans un dispositif propre à la psychiatrie, qui permet de créer un sas durant un état de crise, quand le patient est dans le déni de ses troubles, afin de le mettre en sécurité ou de protéger ses proches grâce à une surveillance accrue. Cela permet de prendre le temps de trouver un traitement spécifique à ces manifestations comportementales et psychiques et de créer une alliance thérapeutique avec le patient même si le contexte de soins reste paradoxal avec la notion d'alliance thérapeutique à proprement parler⁶³.

Ce temps est souvent vécu comme long par les patients alors qu'il semble plutôt adapté pour aux soignants, sauf quand la mise sous contrainte s'éternise et devient alors abusive.

Ces soins sont encadrés par la loi. Ils nécessitent la présence d'un tiers (la plupart du temps), souvent issu de la cellule familiale et qui devient facilement un objet de persécution pour le patient. Celui-ci doit se positionner dans la durée, malgré les pressions familiales ou l'incompréhension de cette dernière. La pression est parfois telle qu'il peut parfois décider de lever la contrainte. Un exemple nous est donné dans un des entretiens par une patiente qui avait « réussi à avoir l'accord de son mari » (pour sortir d'hospitalisation) et en avait « profité ». En situation de SDRE, la contrainte est aussi administrative puisque le patient est

⁶³ Marius Prytz, Karina Natalie Harkestad, [...], and Jone Bjornestad, "It's not a life of war and conflict": experienced therapists' views on negotiating a therapeutic alliance in involuntary treatment ; *Ann Gen Psychiatry*. 2019; 18: 9. ; Published online 2019 Jun 21. doi: [10.1186/s12991-019-0234-6](https://doi.org/10.1186/s12991-019-0234-6)

limité dans sa liberté de circulation, en étant dans l'obligation de signaler sa position géographique au préfet et au médecin responsable.

Les soins sous contrainte se font dans une annihilation du jugement propre du patient. Ils sont subis et peuvent être violents de manière parfois disproportionnée, au niveau du vécu du patient, comme au niveau de celui du soignant (« *T'arrives aux Urgences, on te demande pas ton avis, on te claque dans une chambre, on te met en pyjama, la chambre est fermée, à la rigueur, t'es même en contention* » rapporte un soignant). Ils sont aussi intrusifs, en particulier lorsque des moyens comme les chambres d'isolement ou les contentions sont utilisés. Une personne utilise la notion de « *corps à corps* » pour décrire les scènes de mises en contentions. Ils peuvent créer un isolement du patient vis-à-vis de l'extérieur, lorsque celui-ci n'a pas le droit aux visites ou aux sorties, de l'unité fermée comme du service et créent une véritable dépendance aux soignants.

Enfin, pour certains soignants, la contrainte est à double sens. Ceux-ci ressentent une forme de violence subie à devoir en imposer une. Mais l'enjeu de soin est toujours celui de la création d'une alliance thérapeutique, qui apaisera le sentiment de révolte, chez le patient comme chez le soignant en créant une entité positive et une forme de reconnaissance, chez les deux acteurs de la relation. Certaines personnes s'interrogent pourtant : les soins sans consentement seraient-ils un moyen de facilité ? N'y aurait-il pas besoin d'alternatives ?

2^{ème} question : Quel est votre vécu vis-à-vis des soins sous contrainte ?

- Patient 1 : La patiente rapporte un vécu intense, avec une perte de ses moyens allant jusqu'à un sentiment de déshumanisation, le tout mêlé à une sensation d'impuissance totale. Elle raconte avoir ressenti une frayeur vis à vis d'elle-même et des autres avec un sentiment d'urgence à agir. Elle évoque un délitement tant physique que psychique avec pourtant une contenance vécue comme positive mais en même temps un sentiment de persécution.
- Soignant 1 : On peut vivre la contrainte de manière très ambivalente, avec des défenses exacerbées, et ce, de manière plus ou moins consciente, surtout quand on est le premier interlocuteur du patient au quotidien. D'une part, avec une culpabilité, voire un contre-transfert massif en cas de contrainte abusive, qui peut être apaisée par le cadre institutionnel. Mais on retrouve aussi des projections en tous sens, envers le patient, envers le médecin décideur ou encore reçues par le patient persécuté, qui témoignent d'un vécu intense et peu métabolisé.
- Patient 2 : Les soins sous contrainte peuvent être vécus sous une forme mélancolique, avec une impression de traverser un tunnel sans issue même s'ils peuvent amener un apaisement relatif. La famille est objet de soutien comme objet de cadre pour le patient sous contrainte.
- Patient 3 : Le vécu de la contrainte est très intense chez cette patiente. Elle décrit de la colère vis à vis du dénigrement de sa volonté, de la peur, une hypervigilance mais aussi un sentiment d'étrangeté, la sensation d'être rejetée par sa famille et de ne pas appartenir au groupe de patients.
- Patient 4 : Cette patiente relate un vécu d'impuissance avec une impression de temps suspendu et un décalage par rapport aux pairs vivant à l'extérieur. Le

ressenti vis à vis de l'institution est ambivalent, protectrice mais trop cadrante et tester les limites permet de s'y repérer.

- Soignant 2 : Une pratique qui questionne, qui est souvent frustrante et qui nécessite de faire des compromis avec le patient mais aussi avec l'équipe pour éviter les clivages.
- Soignant 3 : Une décision qui peut faire naître un sentiment de culpabilité avec la responsabilité d'être le décisionnaire final. Rapidement cependant, cette posture est relativisée par les compétences acquises et une certaine souplesse, ce qui permet de prendre la décision de mettre un patient sous contrainte de manière adaptée et sans cas de conscience.
- Soignant 4 : Les soins sous contrainte peuvent faire vivre aux soignants des états émotionnels intenses, dépressifs voire morbides. Ceux-ci éprouvent alors des sentiments d'illégitimité, de découragement ou de honte qui amènent à adopter une posture défensive ou à laisser naître une colère pour lutter en tant que garde-fou de l'institution.
- Patient 5 : Le vécu de ce patient est ambivalent avec à la fois une relativisation voire un déni de sa situation malgré un inconfort lié à la perte de mobilité et, à la fois, des révoltes périodiques probablement sous-jacentes à un vécu persécutoire de la situation. Le patient manifeste aussi une envie d'élargissement de sa mesure et se projette dans un avenir différent.

Conclusion Question 2

Le vécu de la contrainte est, pour tous, patients et soignants confondus, intense mais aussi très ambivalent. Je choisis de séparer ici le vécu des patients et des soignants, dans un souci de clarté.

Vécu des patients

Les patients décrivent plusieurs types de vécus : un vécu propre à la maladie psychique qui motive l'hospitalisation sans consentement et un vécu de colère et de révolte vis-à-vis des objets persécuteurs (tiers, médecin, soignants, institution) teinté pourtant d'une certaine ambivalence. Enfin, on peut aussi relever un vécu plus positif, secondaire aux bénéfices des soins.

Pour les patients, le vécu de la maladie se fait d'abord par rapport aux symptômes qu'ils éprouvent, qui, s'ils ont motivé une hospitalisation sans consentement, sont souvent conséquents et parfois impressionnants. Il est intéressant de relever les propos des patients à ce sujet en détails car ils nous donnent accès à des ressentis que nous pouvons percevoir en tant que soignants, mais pour lesquels nous n'avons pas accès à leur entièreté, du fait du discours désorganisé ou des barrages des patients.

On peut d'abord décrire le vécu persécutoire, les hallucinations angoissantes, la frayeur vis-à-vis de soi ou des autres, le sentiment d'urgence à agir et l'hypervigilance, pour empêcher un évènement grave et traumatique d'advenir (que ce soit sur soi ou sur les autres). C'est cet aspect qui, je pense, est le plus facilement perceptible en tant que soignant car les angoisses des patients sont souvent très projectives et ne peuvent pas laisser leur interlocuteur indifférent.

Les patients nous rapportent aussi des sensations physiques de délitement, de déshumanisation (« *j'étais un zombi* » « *je sautais partout* »), de perte de ses moyens

(incapacité à marcher, à se laver, à aller aux toilettes...) ou d'impuissance totale (l'impression d'être cloué sur place, que ce soit avec ou sans contentions).

La notion d'effondrement thymique, à un moment donné de la prise en charge, est présente dans le discours de chaque patient soit à cause des symptômes propres à la maladie pour certains, soit à cause ou en plus du sentiment d'impuissance décrit ci-dessus pour d'autres. Un autre type d'effondrement thymique peut se manifester lorsque le patient réalise l'ampleur de ses symptômes et revient dans une réalité partagée.

Par ailleurs, le temps semble être suspendu pour un certain nombre de patients, qui peuvent être désorientés dans le temps et l'espace, que ce soit à cause de leur symptomatologie délirante ou à cause des effets secondaires des traitements qui peuvent amener de la somnolence. Il faut rappeler que hormis lors des passages soignants, les patients n'ont pas de notion de temps en chambre d'isolement et qu'en secteur fermé, le temps est avant tout rythmé par les repas et les sorties pour fumer. Cette désorientation temporo-spatiale, si elle n'est pas reprise et désamorcée par les soignants, pourrait avoir tendance à renforcer les manifestations délirantes.

Par ailleurs, on retrouve pour tous les patients, dans un premier temps du moins, un sentiment de révolte, vis-à-vis d'une hospitalisation qui s'est faite à l'encontre de leur volonté et de leur propre capacité de jugement. Ce vécu, qui apparaît de manière très marquée dans les entretiens, semble ne pas être relié aux symptômes qu'a pu présenter le patient et fait probablement plus appel à leurs capacités cognitives préservées malgré la décompensation sous-jacente qu'à leur vécu persécutoire délirant.

Ce sentiment de révolte peut faire résurgence de manière cyclique pour les patients évoluant dans le cadre d'un programme de soins et ce, non plus seulement vis-à-vis des hospitalisations (parmi les 9 entretiens, un patient en programme de soins n'avait plus été hospitalisé depuis

10 ans), mais vis-à-vis des contraintes quotidiennes telles que les journées d'hôpital de jour, les RDV de suivi, les traitements (en particulier les traitements injectables) ou les visites à domicile. C'est un enjeu extrêmement important à prendre en compte dans la prise en charge au long terme des patients psychotiques chroniques car si cette colère n'est pas entendue, elle débouche souvent sur un arrêt des traitements ou des suivis et malheureusement souvent sur une nouvelle décompensation.

On décèle également un sentiment d'étrangeté vis-à-vis de soi-même, par rapport aux symptômes ou au fait d'être hospitalisé sans consentement, surtout s'il s'agit d'une primo-hospitalisation. Ce sentiment se déplace aussi vis-à-vis des autres patients, avec l'impression de ne pas être à sa place, d'être « *au milieu des fous* », de ne pas supporter les autres en se considérant en dehors du groupe désigné. Certains patients décrivent aussi avoir l'impression d'être en retrait du monde extérieur et de se sentir isolés, coupés de leurs proches et de la vie « réelle ». Cet aspect de vie en communauté à l'hôpital, au milieu d'autres patients, n'est pas à négliger. Il est souvent le motif de disputes voire de violence entre les patients. En secteur fermé, ces difficultés se manifesteront plutôt par rapport au vécu persécutoire des patients qui se sentent harcelés par d'autres. En USAD ou en réhabilitation, ce seront plutôt des conflits autour de relations qui se seront liées dans le service (amicales ou amoureuses) ou des mouvements de tabac, de cannabis ou d'alcool, échangés à l'insu des soignants.

Parfois, le sentiment de révolte est supplanté par un déni de la contrainte ou une banalisation de celle-ci, en particulier pour les patients pris en charge dans le cadre d'un programme de soins. Cependant, durant ces entretiens, les mêmes patients sont capables de verbaliser des sensations de lassitude ou de révolte après l'avoir dénié. Ce déni de la contrainte, voire de la maladie permet à ces patients de se projeter dans l'avenir, de manière fantasmée, mais

heureuse. (« *J'aimerais reprendre les études [...] Peut-être un jour je retravaillerai, peut-être un jour j'aurai des enfants* »)

Au fur et à mesure des entretiens, le vécu propre du patient se déplace sur le vécu par rapport aux proches et à l'institution. Ainsi, la place de la famille est ambivalente, en même temps persécutrice (enjeu de la personne qui signe le tiers) et protectrice (la famille ramène des vêtements, de la nourriture et elle prend soin du patient sur l'extérieur).

Enfin, les patients parlent de leur vécu vis-à-vis de l'institution. Le cadre institutionnel peut être protecteur, il peut procurer de l'apaisement, du réconfort, un certain maternage et amène de la contenance. Cependant, il est aussi associé à la notion de surveillance pour tous les patients et, à défaut d'être persécuteur, il est en premier lieu décrit comme lourd et contraignant. Une notion intéressante ressort de quatre des entretiens, celle du besoin de tester les limites du cadre. Nous reprendrons ce point plus longuement dans la question des points positifs de la contrainte mais il est intéressant de souligner que cette fonction de la contrainte est plus ou moins conscientisée par le patient, qui est capable d'y associer un vécu de défi et une projection de ses pulsions de vie et de mort.

Du côté des soignants

Du côté des soignants, le sentiment de culpabilité vis-à-vis des patients est assez fort (« *On est souvent perçu comme les mauvais, les méchants, parce qu'on va imposer* ») même s'il est amenuisé par la rationalité et la nécessité de donner des soins à une personne vulnérable. Les soignants peuvent verbaliser que des défenses inconscientes et projectives se mettent en place pour résister aux attaques persécutives des patients. Cela peut mener à des mouvements de persécution de leur part, vis-à-vis des autres soignants, des médecins décideurs ou même des patients eux-mêmes. Ils expriment l'importance d'avoir conscience de ce type de défenses pour pouvoir les contenir au maximum ou s'en expliquer à posteriori si une tension s'était fait ressentir. Cet auto-examen de conscience semble fondamental pour pouvoir métaboliser le vécu ressenti.

Parfois, la contrainte peut se révéler frustrante voire même intolérable en fonction de l'aménagement des soins, de la durée des contentions, de la durée d'isolement ou de la légitimité de la mesure elle-même. Dans ce cas, certains soignants admettent être alors dans un contre-transfert massif avec leur patient, quand ils considèrent que celui-ci vit une injustice dans les soins. Ils expliquent alors leurs difficultés à appliquer ce que les médecins ou leur cadre leur demande de faire et expriment une grande souffrance psychique à cet égard « *Moi, à l'époque, je me souviens j'étais très gênée par ça, parce que je la recevais en entretien plusieurs fois par semaine et que c'était toujours la même plainte et que moi je pouvais pas répondre et c'était compliqué de travailler avec ça.* » ou encore « *Quelque part, je suis un peu écrasée par le poids de l'héritage institutionnel et du coup, je me suis rangée quoi* ».

Les soignants énoncent tous la nécessité de faire des compromis ou de faire preuve d'une certaine souplesse, que ce soit avec le patient (autorisation d'une cigarette, d'un coup de téléphone qui n'était pas prévu...) ou avec l'équipe (selon la composition de celle-ci et le degré de tolérance vis-à-vis des dérogations au cadre). Cette souplesse peut aussi leur

permettre d'alléger la culpabilité qu'ils éprouvent. Au niveau de la psychiatre, celle-ci dit avoir appris à appréhender la responsabilité qui lui incombait en termes de décision, en mettant au point une grille de critères et avoir pu s'apaiser grâce à l'expérience (« *Aujourd'hui, je n'ai plus de cas de conscience* »). Elle explique qu'en tant qu'interne, cette responsabilité était beaucoup plus difficile à assumer, en particulier lors des gardes car, même si légalement son senior était responsable de l'admission en soins sans consentement, en pratique, c'était elle en tant qu'interne qui posait l'indication et qui devait expliquer la situation à la famille, ce avec quoi elle n'était pas du tout à l'aise.

Pourtant, les pratiques actuelles qui sous-tendent les soins sans consentement peuvent engendrer des questionnements et des doutes pour un certain nombre de soignants. Des ressentis négatifs et puissants sont décrits tels que le sentiment de honte, le découragement ou encore des symptômes relevant du champ de la dépression (asthénie, épuisement, tristesse de l'humeur, anhédonie...). Ces soignants se sentent investis d'une mission de lutte pour préserver leurs croyances institutionnelles, institution qui se doit de garantir la prise en compte du patient dans toutes ses dimensions. S'ils sont tous persuadés que les soins sous contrainte sont une solution dans certains cas de figure, ils regrettent que l'appauvrissement du secteur psychiatrique et de l'hôpital public en règle générale les fassent devenir une solution majoritaire, avec un cadre de plus en plus autoritaire et rigide.

3^{ème} question : Quels sont les points négatifs inhérents à la mise en place de soins sans consentement ?

- Patient 1 : La mise sous contrainte représente un enfermement strict, renforcé par les contentions et modifie la sensation de temporalité chez cette patiente. Elle impose aussi un traitement, avec ses effets secondaires et peut créer une certaine inhibition ou au contraire renforcer son délire lorsque la patiente est appelée à croiser d'autres patients. Elle impose aussi un suivi médical au long cours.
- Soignant 1 : Les soins sous contrainte impliquent une contrainte à double sens avec une impuissance des soignants vis à vis du décideur des soins. La contrainte est aussi présente du fait du manque de moyens pour la mettre en œuvre humainement et du manque de recours pour la contester. Les dérives sont toujours possibles et la question de la dureté de la contrainte psychiatrique par rapport à la contrainte carcérale peut être posée.
- Patient 2 : Pour un patient chronicisé dans sa maladie, les soins sous contrainte perdurent dans le temps et l'issue semble lointaine.
- Patient 3 : L'hospitalisation sous contrainte peut créer un isolement du monde extérieur avec des jugements de l'état du patient de la part des proches, ce qui peut entraîner une grande dépendance vis à vis du personnel soignant.
- Patient 4 : La contrainte impose au patient un enfermement et un isolement de ses proches. Elle amène le patient à expérimenter la bizarrerie voire la violence de certaines situations rencontrées avec les autres personnes hospitalisées, ce qui peut conduire à un sentiment de disqualification de la part du monde extérieur.

- Soignant 2 : Un protocole qui a tendance à devenir systématique et rigide, à dériver vers des pratiques inhumaines, ce qui questionne sur les bénéfices à longs termes et qui nécessite des conditions adaptées, non présentes aujourd'hui.
- Soignant 3 : Au-delà de la restriction des libertés, la mise sous contrainte questionne les familles, qui peuvent elles aussi s'engager dans le rejet du soin. D'un point de vue légal, le passage devant le JLD peut déstabiliser les patients, ayant alors un effet contraire à celui bienveillant prévu à l'origine.
- Soignant 4 : La mise sous contrainte peut être pratiquée de manière trop rigide et répressive. Le risque est que la prise en charge devienne schématique avec un rétrécissement du champ des possibles pour les soignants et un effet délétère au long terme pour les patients.
- Patient 5 : Les points négatifs du programme de soins sont une limitation des libertés, assujettie d'une surveillance et d'un encadrement du rythme de vie, le tout englobé dans un projet de soin médical.

Conclusion Question 3

Les aspects négatifs des soins sans consentement sont pour la plupart inhérents à leur nature, c'est-à-dire au fait qu'ils soient des soins imposés par autrui. Un patient emploie le mot de « *dépendance totale* » vis-à-vis des soignants. Il est vrai que le patient en crise et, dans les premiers jours d'hospitalisation du moins, est dépendant dans bien des dimensions comme celle de la décision de la personne qui s'est posée en tiers, de celle du médecin, du traitement instauré, de la régression de ses symptômes... Ces soins spécifiques à la psychiatrie sont effectivement très éloignés des recommandations de bonnes pratiques qui ont cours dans la plupart des autres spécialités médicales (consentement éclairé, décision conjointe...) et

mettent les familles en porte-à-faux dans le contexte des soins sans consentement à la demande d'un tiers.

Une soignante relève que pour elle, un des seuls points réellement négatifs à la contrainte est celui de l'enjeu familial car ce type de soins vient souvent créer des conflits de loyauté et une remise en cause en profondeur du système familial, d'autant que le patient peut largement les alimenter. Cette tension peut nuire aux soins dans la confiance donnée aux soignants, malgré des explications bienveillantes (tout niveau social confondu) ou peut même conduire des levées de contrainte demandées par les personnes qui s'étaient placées en tiers et qui se rétractent et qui restent fréquentes. Une patiente, à nouveau hospitalisée au moment de son entretien rapporte : « *Oui je pense que je suis sortie un peu trop vite de l'hôpital. Comme j'avais réussi à avoir l'accord de mon mari à ce moment-là, à ce moment-là j'en ai profité.* »

Le champ lexical du domaine du carcéral est très employé. Le sentiment d'enfermement est renforcé par l'utilisation des contentions et la sensation d'être isolé du monde extérieur. Plusieurs personnes utilisent le mot « *répression* » en évoquant le processus d'hospitalisation sans consentement, quittant alors le champ lexical du soin.

Des soignants viennent à aborder un sujet que nous renvoient parfois les patients, à savoir qu'ils seraient mieux en prison qu'à l'hôpital. Cette affirmation peut émaner de détenus qui sont hospitalisés en urgence pour un motif psychiatrique et qui sont en décalage vis-à-vis de leur cadre habituel, plus tolérant sur certains aspects (promenades autorisées, visites, cantinage). Il faut souligner ici que les détenus hospitalisés en psychiatrie ne font normalement qu'un passage bref en psychiatrie générale, en attendant d'obtenir une place dans les UHSA, les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées. Durant ce séjour en psychiatrie générale, ils sont hospitalisés sous le mode de la SDRE, en isolement et parfois en contentions. On peut donc comprendre que le choc soit rude pour ces personnes qui s'imaginaient parfois que la prison serait plus coercitive. Mais certains patients ont aussi pu

l'exprimer au travers de mes entretiens ainsi que des soignants qui se questionnent vis-à-vis de certaines hospitalisations qui durent dans le temps. Il sera intéressant de revenir plus tard sur ce parallèle.

La notion de surveillance est omniprésente, pour les patients hospitalisés bien sûr mais aussi pour les personnes en programme de soins, qui déplorent la limitation de leurs libertés au long cours et l'encadrement strict de leur rythme de vie (hygiène corporelle, vestimentaire, heures de lever, obligations dans la journée...).

Un patient explique « *Si par exemple, j'ai envie d'aller en Belgique, acheter du Léonidas ou pour les parents, du Martini, du Pastis... Faut l'accord signé du psy* ». Cette phrase montre que la contrainte au long terme n'est pas anodine et que le quotidien des patients peut être impacté de manière assez forte, ce que nous pouvons facilement oublier en tant que soignant. L'obligation de suivi, qu'il soit médical ou autre (visites à domiciles, consultations au CMP...) ainsi que l'obligation de traitement, dont les patients relèvent les effets secondaires (« *j'avais une mauvaise peau* » ; « *j'étais fort sédaté, on m'aurait poussé, je serai tombé* ») sont difficiles à accepter pour les patients. Enfin, une contrainte sur le long terme peut donner une impression de tunnel sans fin aux patients, surtout ceux dont les capacités cognitives sont altérées qui sont en difficulté pour envisager des propositions de soin plus ancrées dans le réel.

En hospitalisation, les patients doivent aussi se confronter à la violence et à l'étrangeté de certains autres patients, qu'ils sont obligés de côtoyer, n'ayant qu'un espace limité pour déambuler et vivre au quotidien. Ces expériences inédites et insupportables pour le patient qui les fait sont d'autant moins bien vécues que celui-ci peut avoir l'impression que les personnes de l'extérieur l'associent à ce qu'il considère comme une caricature du « fou ». Ainsi, plusieurs patients me rapportent ce type de discours : « *Il y avait un patient, il avait des trucs au bout de sa bouche... Quand je le voyais... Je voulais pas !!!* » ou encore « *J'avais*

l'impression d'être chez les fous en fait, être enfermée et être avec des personnes qui n'ont pas toute leur tête. Parce que dans la nuit, j'entendais taper aux portes ». Une patiente me rapporte aussi avoir reçu des reproches sur le fait que son hospitalisation était prolongée « *Ma mère a continué à me dire que j'étais une bonne à rien, que si je venais ici, c'était pour faire semblant, que c'était une échappatoire ».* Cette contrainte de proximité voire de promiscuité rejoint le sentiment exprimé par les patients dans la question précédente et doit être prise en compte par les soignants, pour être dans une meilleure écoute vis-à-vis du patient mais aussi pour veiller au maintien du calme dans le service.

Les soignants se montrent unanimes quant à la difficulté de construire une relation avec le patient alors qu'on impose des soins à celui-ci. Partant du principe qu'une relation doit être équilibrée pour fonctionner de manière sereine et, en particulier, que la question de l'emprise sur autrui ne soit pas prégnante, les soignants se trouvent face à une posture paradoxale et devant un dilemme qu'il leur faut surmonter pour pouvoir travailler dans les services auxquels ils sont affectés. Certains rapportent « *Même s'ils savent que ce n'est pas nous qui l'avons décidé, ils nous la font vivre cette contrainte ! Leur enfer, ils nous le ressortent !* » et évoquent même leur fonction de « *délation* » du point de vue du patient « *Déjà, on un patient qui est persécuté, et nous, on rapporte des éléments qui font que sa contrainte dure encore plus* ». Dans cette situation, le système n'est pas égalitaire puisque les médecins sont les responsables de la mise sous contrainte mais aussi décideurs de la levée de celle-ci. Ils peuvent donc représenter des potentiels « *sauveurs* » pour les patients mais aussi pour les soignants qui ont parfois des difficultés à se positionner et vivent très négativement la situation ainsi que cela est relaté : « *Le médecin, c'est un sauveur... L'équipe paramédicale, c'est à cause d'eux quoi... Pourtant ce n'est pas nous qui mettons cette contrainte mais c'est à cause de nous qu'elle dure* ».

Ils ont conscience du pouvoir que ce type de soins leur donne et sont vigilants vis-à-vis des dérives possibles. Cependant, ils ont aussi tous déjà vu ce type de dérives se produire au cours de leur carrière. Les dérives peuvent être multiples, concernant le lieu d'hospitalisation (unité fermée versus unité ouverte, chambre d'isolement), le temps de maintien en secteur fermé, en isolement, en contentions etc. mais aussi le non-respect du cadre légal de ces soins sans consentement (passages infirmiers et médicaux réguliers, température des chambres, aménagement...). Selon leur degré de responsabilité, certaines personnes déplorent cet état de fait et peuvent se montrer acteurs (médecins qui ont le pouvoir de gérer par eux-mêmes les conditions d'hospitalisation de leurs patients, infirmiers qui proposent un temps cigarette en plus des temps convenus quand ils voient le patient « monter ») mais les autres soignants sont souvent pris dans des vécus d'impuissance vis-à-vis des situations éthiquement répréhensibles de certains patients (« *on est spectateur d'une contrainte inutile* »).

Certains soignants dénoncent une certaine rigidité dans le processus d'hospitalisation, qui aurait tendance à devenir systématique à la moindre dangerosité présumée : « *Pour moi, c'est le schéma obligatoire* » ou « *Le cadre c'est important, pas de pas de travers, pas de pas de côté, on a l'habitude de mettre en chambre fermée, on a l'habitude de mettre en contentions, c'est le fonctionnement du service* ». Ils remarquent et regrettent un rétrécissement du champ des pratiques chez les soignants et les aménagements qui étaient possibles dans les hôpitaux pavillonnaires avant les années 70 : « *J'ai la nostalgie de ces grands centres [...] A Armentières, Ulysse Trelat, les gens sous contrainte pouvaient sortir de l'unité, prendre leur paquet de clopes... Ils revenaient le soir...* »).

Quelqu'un avance la notion très intéressante que plus le fonctionnement sera rigide, plus le patient sera traité dans un cadre sécuritaire, favorisant le repli au long terme. La question est en effet pertinente vis à vis des prises en charge de patients atteints de psychose chronique, parfois très ardues et sujettes aux tensions et aux clivages dans l'équipe. Le raisonnement est

le suivant : plus le patient est bruyant au niveau de ses symptômes, plus il va être isolé du service, mais en retour, moins il recevra d'informations et de stimulations du monde extérieur. Or, celles-ci deviendront de plus en plus difficiles à réguler et le patient comme l'équipe ont tous les risques de tomber dans un cercle vicieux. S'il n'y a pas de réponse unique et performante pour ce type de prise en charge, cette remarque est, à mon sens, très juste et nécessaire à garder en tête pour envisager d'autres solutions, moins évidentes mais potentiellement plus porteuses à long terme.

Certains soignants ont peur d'une déshumanisation des soins par sur-interprétation de l'aspect sécuritaire (« *Maintenant, c'est un protocole, pyjama papier, t'es à poil en dessous, y'a même des situations où t'enlèves carrément les draps [...] dormir sur un matelas en plastique, avoir ses chiottes fermées ! C'est inhumain, pour moi c'est inhumain* ») mais aussi par manque de moyens. Ils relèvent que dans ces conditions, la contrainte retourne l'institution contre elle-même et nuit à la prise en charge à long terme. Plusieurs soignants relatent des histoires de patients dont le parcours a malheureusement commencé par une prise en charge « *musclée* » qui a rendu très difficile la création d'une alliance thérapeutique. Une soignante pense que l'institution « *rate des étapes* » en n'ayant que la solution de la contrainte à proposer, que ce soit par le mode d'hospitalisation ou durant la prise en charge au sein même de l'hôpital.

Les soignants s'interrogent aussi sur la place du système judiciaire dans les soins sans consentement et déplorent que celui-ci ne sache pas s'adapter aux capacités du patient. Ainsi, ils relèvent que les associations permettant aux patients de réclamer le respect de ses droits sont trop peu présentes sur le territoire et au sein même de l'hôpital (dénonciation partagée par les personnes chargées dans leur rapport sur les soins sans consentement cité dans

l'introduction⁶⁴), que les dispositifs ne sont pas adaptés aux patients qui n'ont pas les capacités cognitives suffisantes pour faire les démarches par eux-mêmes et que le maillage entre la justice et les soins n'est pas encore très pertinent. En effet, les Juges des Libertés et de la Détention n'ont pas reçu de formation spécifique pour pouvoir appréhender des patients atteints de maladies psychiatriques sévères et sont parfois en difficulté face à eux. Il est aussi vrai que parfois, institution soignante et institution judiciaire sont confrontées à des patients dont les comportements peuvent varier à tel point que certains comportement relèveront du soin et d'autres du judiciaire sur un laps de temps parfois infime. Dans ce cas, la question des expertises psychiatriques peut s'avérer nécessaire quoique parfois frustrante pour le patient ou pour les équipes en fonction de l'avis de chacun sur la responsabilité du patient.

Un exemple de ces difficultés entre Justice et Soins nous sera donné par un soignant à la question n°5.

⁶⁴ Rapport d'information par la commission des affaires sociales n°4486, Denys Robilliard et Denis Jacquat, en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

4^{ème} question : Quels sont les points positifs à la mise en place de soins sans consentement ?

- Patient 1 : Outre la contenance que permet la contrainte, la patiente évoque un apaisement, un accès à la rationalité et un retour dans la réalité, une possibilité pour elle de se laisser aller à régresser, à se « purifier ». Elle énonce que c'est par ses hospitalisations qu'elle a pu prendre conscience de sa maladie et qu'elle a pu effectuer un retour à la normale. Enfin, elle nous présente ses interactions avec le personnel comme des ouvertures sur l'extérieur au travers d'une bulle sécurisante.
- Soignant 1 : La contrainte permet la stabilisation de l'état clinique du patient et sa mise en protection en même temps qu'une mise au travail vis à vis de la maladie et la création d'un lien de confiance réciproque au fur et à mesure de l'hospitalisation.
- Patient 2 : Les soins sous contrainte peuvent être l'occasion d'expérimenter des activités thérapeutiques, une ouverture sur l'extérieur de manière protégée et l'adhésion à d'autres lieux de soins comme l'hôtel thérapeutique, tout en gagnant une certaine connaissance de son trouble.
- Patient 3 : Pour cette patiente, les effets positifs d'une hospitalisation sous contrainte sont la présence d'un étayage et d'un cadre institutionnel qui lui permettent de se sentir en sécurité vis à vis de ses pulsions.
- Patient 4 : Le soin sous contrainte peut être une aide vers l'acceptation du soin, il peut représenter un pas vers la guérison par une prise de conscience du trouble. Cependant, certains patients y voient des failles dans le sens où s'ils arrivent à persuader la personne qui a signé le tiers de se retirer, ceux-ci peuvent sortir de l'hôpital.

- Soignant 2 : La mise sous contrainte permet avant tout la mise en sécurité du patient. Sur ce temps aujourd'hui réduit, l'enjeu crucial est de construire une alliance thérapeutique, qui permettra au patient de prendre conscience du travail effectué par la suite.
- Soignant 3 : En aigu, la mise sous contrainte permet de créer un sas temporel et spatial pour un moment particulièrement complexe. Le programme de soins est plus symbolique, il maintient un cadre institutionnel et légal en ambulatoire pour préserver le patient et maintenir une adhésion aux soins au long terme.
- Soignant 4 : La mise sous contrainte nécessite de penser en équipe pour être mise en place de façon adaptée. Elle permet de travailler le besoin de soins du patient et de faire limite, là où le patient n'est pas en capacité de se contenir.
Le programme de soins permet un étayage du patient sur l'extérieur en même temps que la préservation d'un sas de liberté pour celui-ci. En procédant ainsi, on peut diminuer les hospitalisations de crise.
- Patient 5 : Pour ce patient, le premier point positif de la mise sous contrainte a été l'obtention de son irresponsabilité pénale et donc sa non-incarcération vis-à-vis du crime qu'il avait commis. Il énonce aussi avoir reçu des soins adaptés, qui ont déchargé sa famille et lui ont permis de recevoir un étayage de la part des soignants. Le programme de soins lui a donné un cadre et appris le respect mutuel.

Conclusion Question 4

- Soins sans consentement dans un cadre de crise

Les points positifs inhérents à la mise sous contrainte sur fond de crise sont partagés par la plupart des soignants et par la totalité des patients pour tout ce qui touche à l'enjeu de l'étayage permis par les soins et imposé dans le contexte des soins sans consentement.

Au niveau légal, la mise sous contrainte « permet » parfois aux patients de ne pas être placés en garde-à-vue et/ou de ne pas être incarcérés s'ils ont commis un délit ou un crime. Pour certains, il s'agit d'obtenir l'irresponsabilité pénale, qui signe la non-poursuite des faits au niveau judiciaire, ce dont témoigne un patient à propos de deux épisodes distincts.

Cette question est épineuse car rares sont les cas pour lesquels l'expertise tranche facilement la question de l'irresponsabilité pénale. Certains patients, qu'ils soient hospitalisés en soins libres ou en soins sous contrainte, utilisent leur hospitalisation et leur motif de soins pour espérer un aménagement de peine au niveau de la Justice. Il est assez fréquent que des patients tendent à faire passer des actes de vandalisme (incendie, dégât des eaux...) pour des actes délirants même s'il semble assez évident que la cause ne peut pas être entièrement attribuée à leur pathologie et qu'une part de leur responsabilité pénale est engagée. En tant que soignants, la position à adopter vis-à-vis de ce type de patients n'est pas évidente car un transfert très négatif s'opère régulièrement (« *Ils profitent du système* ») et peut bloquer la construction de l'alliance thérapeutique. De plus, il n'est pas rare que les démêlés avec les Justice concernent des affaires de stupéfiants, ce qui rend l'accueil d'autant plus difficile que les soignants savent qu'une porte d'entrée directe s'ouvre sur toute sorte de trafics.

D'autre part, les soignants se comportent d'une manière tout à fait différente vis-à-vis de patients qui ont dégradé leur appartement dans un accès délirant, du fait de leur maladie. Ils se montrent au contraire prévenants et pleins de sollicitude avec eux, veillant à ce que leur appartement soit en parfait état avant que les patients, une fois stabilisés, le réintègrent.

Cependant, pour certains patients, connus du secteur, délirants au moment des faits par exemple, et retrouvés délirants sur la scène de crime (c'était le cas de notre dernier patient entretenu), l'expertise est souvent simplifiée même si le cas ne se présente que très rarement (le taux d'homicide chez les patients schizophrènes est de 0.5%, il faut le rappeler). Pour ce type de patients, la contrainte en SDRE est l'équivalent d'un rappel à la loi, qui ne s'applique pas avec les mêmes protocoles qu'en population classique mais qui résonne de manière similaire dans leurs témoignages. Le même patient peut donc dire au travers de son témoignage « *La seule contrainte, c'est que si j'avais un problème avec la Justice, ils verraient que je suis sous contrainte, en SDRE psychiatrique* ». Il manifeste ainsi une ambivalence entre le soulagement que peut représenter la contrainte psychiatrique vis-à-vis de la contrainte pénale mais aussi le fait que son état clinique le maintient tout de même dans un statut de patient au long-terme, dépendant d'une institution.

D'un point de vue clinique, on note que l'enjeu premier dans la situation de crise est celui de la création d'un sas temporo-spatial afin de se donner du temps pour faire diminuer des symptômes bruyants tels que l'agitation, les symptômes productifs ou encore les éléments suicidaires. Mais la mise sous contrainte permet aussi d'être placé dans un lieu de protégé, de soi-même et des autres ainsi que loin de tous conflits (familiaux, conjugaux, amicaux...). Nous retrouvons ici le constat fait dans l'argumentaire d'une unité de lieu et de temps, pouvant être aussi bénéfique que problématique parfois.

C'est aussi bien souvent l'occasion d'être pris en charge au niveau somatique, régulièrement négligés par les patients atteints de maladies psychiatriques chroniques. Une patiente rapporte :« *Je me disais que j'avais peut-être le SIDA. Alors on m'a fait des prises de sang, mais non, j'avais pas le SIDA* » ou encore « *Là, je suis là pour mon diabète, et puis ils*

essaient de me trouver une structure ». Un patient décrit recevoir des soins « adaptés » lorsqu'il est hospitalisé sous contrainte, c'est-à-dire un soin qui prenne en compte tous les aspects de son mal-être, psychique, corporel (entendre les notions de schéma corporel et d'image du corps dont nous reparlerons dans la Discussion) et physique.

Enfin, comme nous l'avons déjà décrit, l'instauration des soins sans consentement et les quelques jours suivant cette décision représentent un moment clé qui permettra, s'il a pu être vécu dans de bonnes conditions, de construire une alliance thérapeutique solide entre le patient et les soignants, qui perdurera sur l'extérieur.

La qualité de l'accueil d'un patient hospitalisé en soins sans consentement est un gage d'acceptation pour la suite des symptômes et des soins, enjeu qui fait partie du champ plus vaste de l'éducation thérapeutique qui sera co-construite avec le patient sur le reste de l'hospitalisation et sur l'extérieur. Pour les soignants, c'est aussi une forme de fierté que d'avoir réussi le défi de créer cette alliance thérapeutique malgré l'état de crise du patient.

Un infirmier rapporte : « *Quand ils viennent en consultation (NB : après la sortie d'hospitalisation) ils viennent te voir avec le sourire, ils viennent demander de tes nouvelles et ça c'est gratifiant parce qu'au départ, c'était mal barré.* »

Le patient peut être conscient de la fonction symbolique protectrice de l'institution, à la fois dans un sens de barrière vis-à-vis du danger auto et hétéro-agressif mais aussi dans un sens plus maternant. Certaines patientes expriment avoir pu expérimenter des sensations de régression voire même de « purification », à interpréter -après explications de la patiente- comme une sorte de mue, pour lui permettre de laisser ses difficultés derrière elles.

Voici un témoignage assez éloquent des différentes expériences sensorielles décrites ci-dessus : « *J'avais des poux. [...] De l'isolement ils m'ont coupé mes cheveux, je me suis lavée, j'ai eu mon pyjama et de là, j'avais plus rien dans mes cheveux, j'avais plus rien sur*

moi... Cheveux propres, réellement. J'ai dormi. ». Cette patiente relate avec ses mots l'aspect essentiel qu'a eu pour elle la mise sous contrainte à ce moment de son histoire et de son hospitalisation. Grâce aux soins prodigués, elle a pu retrouver son intégrité physique, et donc psychique. Elle sait d'ailleurs que les hospitalisations séquentielles qui ont été mises en place pour elle par la suite prennent en compte ces besoins et y répondent pour le temps où elle est hospitalisée.

Une autre patiente explique qu'elle a besoin de la surveillance des équipes pour « *se protéger vis-à-vis de ses pulsions* ». De fait, les mots « *apaisement* » ou « *contenance* » reviennent dans la plupart des entretiens. Une soignante estime que les soins sans consentement peuvent venir « *faire limite* » au patient, c'est-à-dire poser un cadre mais aussi reconstruire une enveloppe psychique autour d'un patient vulnérable. Nous retrouvons toujours ici la notion de schéma corporel et du « *Moi-Peau* » de Didier Anzieu⁶⁵, qui sera explicité dans la discussion.

Enfin, un patient évoque la thérapie par des médiations groupales, proposée au sein même de l'hôpital, et met en valeur la stimulation qui a pu être bénéfique pour lui lors de ces activités, qu'il n'aurait pas été capable de mettre en place spontanément. Une soignante parle de sa propre expérience : « *Moi, je fais un groupe de parole et je sens qu'au niveau de l'ambiance, c'est beaucoup plus léger pendant le groupe ! Alors peut-être parce que j'essaie d'introduire l'humour et tout, ça demande de l'énergie ! Mais on en sort mieux. Tant les patients que moi. Ou les soignants qui sont là. Généralement, ils ont le sourire quand ils en sortent.* ».

Cette soignante (comme beaucoup d'autres) regrette qu'il y ait actuellement si peu d'investissement des médiations thérapeutiques en intra-hospitalier, en particulier en secteur

⁶⁵ ANZIEU, Didier, *Le Moi-peau* - 2ème édition, Collection : Psychismes, Dunod, octobre 1995

fermé. Pour elle, cela permet de ramener une certaine dynamique de vie dans des services parfois asphyxiés en termes de place et de pénurie d'équipes.

Cependant, cette question sera discutée plus loin dans cette thèse car l'enjeu thérapeutique de certaines médiations est de plus en plus sujet à polémique, ces médiations étant parfois qualifiées « d'activités occupationnelles ».

- Soins sans consentement dans le cadre d'un programme de soins

Dans le cadre des programmes de soins, une soignante décrit l'apport bénéfique de la contrainte vis à vis d'une contenance symbolique institutionnelle prolongée sur l'extérieur. Elle rapporte : « *Je pense que ça peut contenir l'angoisse parce que ça doit être sacrément angoissant de se retrouver tout seul, dehors, adulte, donc de devoir gérer une vie d'adulte, des relations, quand soi-même, on a l'impression d'être en décalage avec les autres* ».

Le patient peut avoir conscience des bénéfices qu'il tire des soins mais il peut aussi être en difficulté pour les réclamer (en partie dû à l'apragmatisme fréquent des patients psychotiques chroniques). Il a alors la possibilité d'y revenir de manière régulière avec l'aide de ce programme de soins. Parfois, cette conscience émerge peu ou est totalement absente et, dans ce cas, ce sera plutôt la peur de réintégrer la structure hospitalière, si le contrat de soins n'est pas rempli, qui sera le moteur du respect du contrat.

Dans les faits, l'indication de réintégration en soins sans consentement intra-hospitaliers se fera sur les mêmes critères qu'une primo-hospitalisation. Légalement, il n'existe pas de réintégration directe, c'est-à-dire que si le patient est en rupture de soins simple, sans agitation au domicile ou sur la voie publique, il n'y aura pas forcément de critères cliniques suffisants pour réaliser une réintégration en soins sous contrainte hospitaliers. Mais le patient - et la plupart des soignants- ne réalisent pas forcément que le protocole est plus complexe que ce

qu'il donne à voir, et restent sur une version simplifiée de « *Si je ne respecte pas mon contrat, je retourne à l'hôpital* », ce qui peut poser question.

Dans le même esprit, les hospitalisations séquentielles se rencontrent fréquemment et remplacent en quelque sorte les anciennes « sorties autorisées » qui étaient effectives avant la loi de 2008.

Dans ce cas de figure, le patient, stabilisé et sans risque hétéro-agressif, est appelé à revenir très régulièrement en hospitalisations séquentielles, et passe une partie de son temps en hospitalisation et une partie en autonomie ou en semi-autonomie sur l'extérieur. Pour certains patients dont la place n'est pas en hospitalisation complète mais pas non plus tout à fait dans des lieux dénués de cadre, les soignants envisagent ces sorties comme des possibilités d'expérimentation d'espaces de liberté, sécurisés car se situant entre deux périodes de soins très proches dans le temps (par exemple, pour O.K., notre patiente témoin : 5 jours à l'extérieur, 2 jours dans la structure) mais laissant un certain libre-arbitre à la personne concernée sur ses jours passés sur l'extérieur.

Une soignante exprime son ressenti vis-à-vis du programme de soins d'O.K. : « *Alors oui, peut-être, pendant quelques heures, quelques jours, quand elle est chez elle, elle ne va pas entretenir son logement, elle ne va pas s'habiller... Mais elle sait que le lendemain, ou le soir même, elle va retourner à l'hôpital et là elle va être obligée de s'habiller, elle va être obligée de faire sa toilette... Elle a besoin d'un cadre qui va l'inciter à.* ».

Il en est de même pour certains patients qui ont tendance à ne pas prendre leur traitement sur certaines périodes et à qui on laisse la liberté de ne pas le prendre, dans une certaine mesure et s'ils restent assez stables, pour préserver le lien avec eux et réintroduire un traitement plus tard, lorsque qu'ils seront en capacité de le prendre (ou d'accepter qu'un infirmier les aide à le prendre, à domicile ou au CMP).

Une soignante rapporte à ce propos : « *Je me dis parfois qu'un psychotique qui prend plus son*

traitement, parfois, c'est juste qu'il a besoin de souffler. Peut-être qu'il a besoin de délirer même si c'est terrible de dire ça. Je pense que ça ne peut pas être accepté de tous. Mais parfois il y a besoin de fenêtres. Et le soins sous contrainte, je crois qu'il est suffisamment souple pour permettre à un patient de ne pas prendre son traitement pendant quelques semaines, en tous cas je l'espère. Mais je crois que le patient il a parfois besoin de ce sas. Ne pas être toujours sous la coupe du juge, du médecin... Il a besoin d'un peu de liberté. ».

Il est à noter que cette prise de position reste personnelle même si d'autres soignants ont pu exprimer des propos quelque peu semblables, en d'autres termes.

Un patient exprime la fierté qu'il ressent quant au fait d'avoir été autorisé à sortir d'hospitalisation complète en programme de soins : *« Ils m'ont fait confiance, ils ont eu raison parce qu'il n'y a eu aucun incident ni de violence, ni d'agressivité. Oh moi je pense qu'une personne, si elle est vraiment honnête, faut essayer de lui faire confiance, faut lui faire faire un essai. Ça marche, ça marche, ça ne marche pas, ça ne marche pas et puis on retourne à l'hôpital. Ils ont eu raison de faire ça, ça fait 4 ans que je suis ici et j'ai eu aucun problème. ».* Même si les croyances du patient sur ses capacités à se contenir sont bien réelles, ses comportements ne sont pas toujours aussi adaptés qu'il ne le décrit. Cependant, cela fait effectivement plus de 10 ans qu'il n'a pas été hospitalisé et que le programme de soins, avec tous les aménagements qu'il comporte (c.-à-d., pour ce patient : consultations régulières, visites à domicile toutes les semaines, hôpital de jour 4 jours par semaine) lui permet d'avoir autant d'autonomie que possible puisque le patient a son logement propre et peut assurer des tâches quotidiennes par lui-même (soins d'hygiène, habillage, petites courses, trajets...).

Plusieurs patients témoignent que ce dispositif leur permet aussi de décharger leur famille de la gestion de leur maladie et verbalisent que cette séparation entre la sphère des soins et la sphère familiale est importante et tend à réduire les tensions sur l'extérieur.

Un autre patient peut expliquer que son intégration à la Maison Thérapeutique puis à l'Hôtel Thérapeutique a constitué un socle solide pour lui, auquel il a pu s'arrimer pour faire face à sa maladie. Ces structures alternatives permettent au patient, moyennant un loyer très faible, d'évoluer dans un lieu non médicalisé quoique cadré et d'expérimenter la vie en communauté, avec d'autres patients mais aussi des personnes salariées, qui assurent la bonne tenue de la maison. Cette solution est encore plus contenante que celle des hospitalisations séquentielles simples ou peut-être plus continue, pour des patients qui ont en même temps besoin d'une aide rapprochée, mais qui sont aussi en capacité de supporter l'intrusion qu'ils peuvent ressentir de la part des autres patients et de participer pleinement à la vie en communauté. Nous en parlerons de ce dispositif particulier de manière plus poussée dans la Discussion.

Dans le contexte de l'hôpital de jour cette fois, un patient rapporte qu'il a pu faire l'apprentissage du respect des autres – et il souligne que celui-ci doit être réciproque pour que cela fonctionne - et qu'il commence désormais à verbaliser ses émotions. Il dit aussi avoir aujourd'hui accès à une certaine rationalité, ce dont on peut se permettre de douter devant le délire sous-jacent très perceptible dans ses propos, mais qui fait aussi preuve d'une certaine logique puisque ce patient est stabilisé depuis des années au moment de l'entretien.

Comme dans le cas des hospitalisations de crise, certains patients ont l'impression d'être protégés par le programme de soins vis-à-vis de la justice lorsqu'ils ont commis des délits ou des crimes et, qu'une fois sortis de l'enceinte hospitalière, ils ont à nouveau la possibilité de passer à nouveau à l'acte. Peut-être ont-ils aussi la sensation d'être protégés de manière quasi magique par ce programme de soins, qui pourrait les empêcher d'être à nouveau interpellés au niveau pénal.

Grâce à l'existence de tous ces dispositifs, contenus dans l'idée même du programme de soins, nous pouvons attester que celui-ci ne peut être résumé à une contrainte rigide exercée

sur un individu mais que cette contrainte peut s'exploiter à travers toutes sortes de nuances et constituer un cadre qui peut s'assouplir ou se réajuster en fonction des besoins du patient.

Les soignants – même si les statistiques ne sont pas encore en capacité de le prouver⁶⁶ (le logiciel RIM-P ne sait pas discriminer les hospitalisations séquentielles des hospitalisations de crise) - pensent que cette contrainte de soins tendrait à faire diminuer les hospitalisations intercurrentes, relevant de la crise. Les rapporteurs de la Commission des Affaires Sociales ont cependant demandé des statistiques plus poussées, afin de statuer sur ce point.

⁶⁶ Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales, présenté par MM. Denys Robiliard et Denis Jacquat, députés. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 février 2017.

- 5^{ème} question : Citez-moi un évènement marquant par rapport aux soins sous contrainte ?

- Patient 1 : NC
- Soignant 1 : Lors d'une audience devant le juge des Libertés et des Tutelles, une patiente déficiente n'a pas supporté le cadre de la procédure et a fait une crise clastique obligeant le juge, dans un paradoxe maximal, à lever les soins tout en menaçant d'une garde à vue. Si les deux cadres se côtoient, les codes qui les régissent ne sont pas les mêmes et peuvent perturber les patients comme les hommes de loi.
- Patient 2 : NC
- Patient 3 : Chez cette patiente, la fugue a été un moyen de tester le cadre, institutionnel comme parental, et vérifier l'étanchéité de celui-ci. C'était aussi une expérience de maîtrise de sa vie en dehors des soins mais celle-ci ne se terminera pas avec la reconnaissance réclamée.
- Patient 4 : Les soins sous contrainte amènent le patient à devoir côtoyer de manière proche voire dans une grande promiscuité une population habituellement stigmatisée. Certains patients ne comprennent pas le pourquoi d'une telle peine et rejettent donc les autres patients.
- Soignant 2 : On observe depuis peu des violences répétées à l'égard des soignants, dans un contexte où les soins demeurent essentiellement tournés vers le médical et où les autres activités n'ont plus la place d'être pensées, tant l'atmosphère est mortifère, institutionnellement parlant.
- Soignant 3 : L'UMD est vécue par les soignants et par le patient comme une contrainte suprême. Elle découle généralement d'une série de passages à l'acte, avec un patient sans critique et une équipe impuissante. Elle nécessite une

contrainte forcée et violente dans la plupart des cas mais, une fois le patient arrivé dans les lieux, elle permet une prise en charge adaptée du patient.

- Soignant 4 : Des patients peuvent parfois être hospitalisés sous contrainte pour un motif légitime mais être maintenus sous contrainte de manière abusive. Cela peut engendrer des traumatismes et une perte de confiance dans la médecine au vue de la négation de la dignité qui s'est jouée durant l'hospitalisation.
- Patient 5 : Le patient nous relate sa 1ère hospitalisation en SDRE après avoir commis un meurtre pour lequel il a bénéficié d'une irresponsabilité pénale. Il lui est essentiel de dérouler précisément le processus d'hospitalisation en le reconstruisant en partie, sans aucun affect, en banalisant son geste tout en le critiquant. Il peut pourtant faire part d'une peur d'être stigmatisé par rapport à sa maladie.

Conclusion Question 5

Cette dernière question vient toucher aux limites du dispositif des soins sous contrainte, par rapport à un épisode précis ayant eu lieu dans ce cadre de soins spécifique, choisi et relaté par chacun de mes interlocuteurs.

Le contenu de ces réponses est donc très hétérogène car la question posée laissait libre cours au récit mais on retrouve des points communs dans les questionnements émergents : pour les soignants, ceux-ci sont tous d'ordre éthique, tandis que pour les patients, c'est l'enjeu du test et de la contenance du cadre institutionnel qui est mis en exergue.

Cependant cette hétérogénéité est intéressante car elle montre à quel point le dispositif est complexe à mettre en œuvre et combien il est important de considérer chaque facette qu'il peut présenter afin que les soins s'organisent au mieux autour du patient et de l'équipe qui les prodigue.

Chez les soignants, si les contenus des témoignages diffèrent, l'enjeu de la dignité humaine est mis en lumière, sous toutes ces formes.

Ainsi, un infirmier va se poser la question du bien fondé d'un passage d'une patiente déficiente devant le Juge des Libertés, audience qui mettra le juge en difficulté du fait des comportements inadaptés de la patiente, qui finira par la menacer d'un placement en garde à vue devant l'agitation qu'elle présente alors que cette dernière venait au contraire dans le cadre d'une levée de soins sous contrainte. Cet infirmier questionne aussi les limites des compétences de chacun et le manque de formation et d'accompagnement autour des enjeux soulevés par ce type d'audience.

Une psychologue explique le désarroi qu'elle a éprouvé face à une patiente hospitalisée sous un régime de soins sous contrainte, strict et nécessaire à l'entrée, mais de moins en moins légitime au fur et à mesure de son hospitalisation. Elle exprime son impuissance face à une situation qu'elle a trouvée injuste et le traumatisme qu'en a gardé la patiente. Ici, le questionnement éthique est omniprésent, devant la possibilité d'une injustice infligée par des soignants et, même si cette situation n'est pas fréquente, un questionnement à bas bruit est souvent palpable au sein des services, à propos de la légitimité de garder sous contrainte certains patients, stabilisés aux yeux de l'équipe, ce qui menace l'intégrité de l'équipe et favorise les clivages à différents niveaux.

Un médecin relate son embarras et son vécu de culpabilité devant la décision qu'elle a dû prendre pour faire admettre un patient en UMD (Unité Malades Difficiles), ce qui, pour elle, représentait la contrainte ultime. Là encore, la question de l'accompagnement du patient et de l'équipe se pose, dans cette situation où la communication est bloquée et où patient comme soignants évoluent dans un cercle vicieux d'impuissance. Quel sens peut-on donner aux soins sous contrainte lorsque ceux-ci ne permettent pas de mettre en place l'alliance thérapeutique

recherchée et que les soins ont bien des difficultés à émerger du carcan sécuritaire nécessaire pour protéger l'équipe mais en même temps néfaste pour l'humanisation du patient?

Un soignant aborde la question très délicate de la violence à l'hôpital. Il se trouve que le patient qui s'était montré violent envers lui est le même patient que la psychiatre a envoyé ensuite en UMD.

Plusieurs discours soignants se rejoignent à propos des accès de violence en psychiatrie. Tout d'abord, les soignants ne nient pas cette éventualité, par rapport aux situations parfois très tendues qui se présentent à l'hôpital. Ils acceptent ce risque, le considérant comme inhérent au métier. En revanche, ils mettent en avant le manque de moyens, en particulier humain, le manque de psychiatres dont la conséquence directe est une prise en charge moins rapprochée des patients, et le manque de cohésion dans les équipes, qui, selon eux, était portée par les projets institutionnels qui ont pu exister auparavant. Dans tous les cas, le surgissement d'un accès de violence apparaît généralement lorsque le service est en difficulté, pour une raison d'ordre pratique ou d'ordre éthique et, quand bien même la responsabilité reste celle du patient, il n'empêche que l'on pourra quasi systématiquement retrouver une défaillance institutionnelle. Si le cadre n'est plus étanche, les projections agressives des patients peuvent émerger et le risque d'hétéro-agressivité devient réel. La rigidité croissante du cadre ne permet plus aux soignants d'être créatifs dans le soin et dans la gestion de la crise, ce qui a comme effet direct un risque d'emballement (« *Le patient flambe* ») de la situation ou un effet anxigène sur le patient (« *Ces patients-là, ils comprennent qu'il ne faut pas prendre de risque donc ils sont dans un fonctionnement en miroir. Et donc ils sont beaucoup plus angoissés dès qu'il y a un petit changement, dès qu'il y a une petite sortie* »)

Une patiente reste fixée sur la difficulté de vivre à l'hôpital avec les autres patients. Elle a eu l'impression d'être exclue, mise au rebut, « *enfermée avec les fous* » et, vis-à-vis de ce

témoignage, on doit se poser la question de la manière de gérer l'altérité dans ce type d'unités de soins : la promiscuité engendrée par l'agencement des unités favorise le sentiment d'intrusion ou d'étrangeté de certains patients. Les soignants savent d'expérience que lorsque deux patients qui soliloquent se trouvent dans une même pièce, l'un des deux ne supportera probablement pas la présence de l'autre et qu'il faut sans cesse être vigilant à ce type de situations.

Une autre patiente évoque une des fugues qu'elle a effectuées lorsqu'elle était hospitalisée. Il s'agit de la patiente mineure. Elle explique facilement combien cet acte était un test parmi d'autres (elle aurait tendance à cacher ses médicaments, des objets coupants...) pour vérifier que ses proches et que les soignants étaient présents pour elle. Si elle a été très déçue de la réaction de sa mère (agressive et projective, dans un contexte de relation mère-fille très complexe), elle a pu expérimenter la contenance des équipes, la pérennité du lien et sa stabilité. Cette patiente explique s'ennuyer à l'hôpital (d'autant qu'il n'y a pas d'autres jeunes de son âge hospitalisés dans l'unité à cette époque) mais elle semble investir petit à petit les espaces de soin qui lui sont proposés et gagner en contenance interne, qui lui faisait cruellement défaut à l'arrivée dans le service.

Enfin, le dernier patient tient à m'expliquer son parcours de vie, mêlé à son parcours de soin, les deux étant indissociables tant ce dernier bénéficie d'une prise en charge psychiatrique importante et ancienne. Il commence par me décrire sa vie « d'avant » et le crime qui l'a fait entrer dans l'univers de la psychiatrie mais aussi les traitements parfois lourds et invalidants qu'il a du prendre, la rechute qu'il a faite et qui a conduit à une deuxième hospitalisation, son quotidien actuel et ses aspirations.

Il est intéressant d'analyser ce qui semble authentique chez le patient et ce qui semble plutôt relever d'un faux-self, qu'il se serait construit pour être mieux accepté socialement. Si le

patient critique son premier passage à l'acte (particulièrement violent) et explique qu'il était très délirant à ce moment-là et visiblement dissocié (« *J'ai encore des trous, je me rappelle plus* ») il est beaucoup plus ambivalent vis-à-vis du 2^{ème} passage à l'acte, qui aurait eu lieu quelques années plus tard et qui aurait été arrêté à temps. Le discours est d'ailleurs beaucoup plus confus et l'interlocuteur peine à suivre le fil du discours. D'un côté, le patient a intégré que la psychiatrie, l'hôpital de jour, les visites à domicile etc. feraient partie de son quotidien, même s'il peut m'expliquer qu'il n'a parfois aucune motivation pour s'y rendre ; d'un autre côté, le patient a des projets que d'aucuns jugeraient fantasques vis-à-vis de son état clinique, comme la reprise de l'université ou le souhait de fonder une famille. Ce témoignage, très touchant, montre de mon point de vue à quel point il est important de pouvoir garantir au patient une insertion sociale, malgré ou grâce à la contrainte quotidienne qui pèse sur lui. Si ce patient n'était pas placé sous contrainte à long terme, il y aurait d'abord un risque évident de dangerosité non régulé. Mais il y aurait probablement aussi une perte de liens humains et de projets, plus ou moins réalisables, qui permettent au patient de se projeter comme toute autre personne appartenant à la société. Dans ce cas précis, les soins sous contrainte au long terme sont probablement la solution la plus humaniste que l'on pouvait proposer à cette personne même si cela laisse aux soignants la responsabilité de juger de la dangerosité du patient, ce qui est un enjeu très délicat à évaluer et qui, parfois, peut conduire à des dérives, d'un côté comme de l'autre.

III. Discussion

A. Méthodologie

Il est important de revenir ici sur la méthodologie de cette étude, c'est-à-dire la méthodologie de la théorisation ancrée. Peu utilisée encore dans les études scientifiques, elle permet pourtant d'adopter un regard tout à fait différent vis-à-vis des phénomènes sociaux ou humains que l'on peut rencontrer dans le cadre d'une pratique médicale.

Voici un tableau comparatif des deux approches généralement utilisées dans les études scientifiques.

	Approche quantitative	Approche qualitative
Méthodes	Questionnaires, sondages... Souvent appareil statistique.	Observation, monographies, études de communautés, entretiens, récits de vies...
Mode de généralisation	Représentativité de l'échantillon. Souci d'exhaustivité.	Exemplarité du cas.
Type de problématiques	Imputation causale, recherche des déterminants, des pratiques.	Compréhension des processus.
Mode d'élaboration théorique	Démarche hypothético-déductive.	Induction et déduction, <i>Grounded theory</i>
Élaboration des catégories	Avant l'enquête.	Pendant et après l'enquête.

Tableau de comparaison des approches qualitatives et quantitatives⁶⁷

⁶⁷ « Construire le cadre de la comparaison », dans : Cécile Vigour éd., *La comparaison dans les sciences sociales. Pratiques et méthodes*. Paris, La Découverte, « Repères », 2005, p. 188-222.

Le lecteur rodé à l'exercice d'analyse d'articles scientifiques dans le domaine des sciences médicales peut s'interroger sur le degré de certitude qu'il va obtenir après lecture d'un écrit issu de l'analyse par théorisation ancrée. En effet, les enseignements que l'on reçoit en tant que futur professionnel de santé portent avant tout sur les méthodes quantitatives : les critères de validité de celles-ci nous sont donc familiers et il n'est pas évident de s'adapter à un nouveau cadre lorsque l'on en connaît mal les spécificités. Souhaiter retrouver les mêmes repères que ceux identifiés en approche quantitative dans une étude en théorisation ancrée semblerait légitime au premier abord mais de fait les deux approches, si elles ne sont pas opposées, ne sont pas opposables pour autant. Le tableau ci-dessus l'illustre parfaitement.

Si l'approche quantitative a pour objectif de démontrer une hypothèse par un système logique reposant sur des critères précis qui seront remplis ou non (système hypothético-déductif), le principe de la théorie ancrée repose sur le fait que le chercheur se doit de rester ouvert à toutes les hypothèses qui lui seront amenées par son terrain de recherche et à commencer celle-ci sans a priori. Ces hypothèses résultent de l'extraction d'une mosaïque d'observations mises en relation les unes aux les autres par une série de procédés analytiques. Le système est donc inductif ou induit.

D'autre part, les informations collectées ne sont pas les mêmes dans les deux méthodes. Si on peut par exemple utiliser des questionnaires en recherche quantitative, cette option ne sera pas envisageable en méthode qualitative puisque la légitimité de la méthode ne se base pas sur le nombre de réponses obtenues mais sur l'analyse du verbatim, qui est unique et non comparable sur des critères stricts, pour chaque observation ou entretien. Ces observations vont se recouper petit à petit, ce qui permettra d'évoluer vers une mise en relation des éléments puis une ébauche de théorie.

On pourrait opposer qu'une approche est objective et l'autre subjective, que l'une prouve une hypothèse de manière rigoureuse et que l'autre ne respecte pas les critères nécessaires pour valider sa recherche. Cependant, ce serait prendre pour paradigme universel le système hypothético-déductif des modèles quantitatifs. Or le chercheur raisonnant avec une approche de théorie ancrée ne se réclame pas d'être objectif. Les observations du terrain de recherche ne sont par définition pas objectives puisqu'elles demandent une implication de la part du chercheur pour mettre en lien et intégrer ses observations dans une théorie naissante. Ici, le chercheur crée en quelque sorte sa théorie, sur son terrain de recherche, théorie qui n'est pas produite à visée universelle mais dans le but de mettre en valeur un phénomène précis, en partant de l'observation et non du raisonnement.

Le but de la théorisation ancrée n'est pas de démontrer un fait mais plutôt de proposer un éclairage sur un processus observé dans le réel. Il n'y a pas une approche plus pertinente ou plus efficace qu'une autre. Le chercheur se sert de l'approche par théorie ancrée quand celle-ci correspond le mieux à l'objet qu'il se propose d'étudier.

Cependant, raisonner en termes de théorisation ancrée n'autorise en aucun cas le chercheur à se passer de tout cadre ou de tout critère de recherche. Les différentes étapes énumérées dans la partie « Méthodes » doivent être effectuées de manière répétée et rigoureuses avant de pouvoir présenter une théorie valable et le chercheur doit créer ses éléments de codification et de catégorisation avec le plus grand soin, en ayant toujours à l'esprit que ces mots-clés ne doivent pas simplement résumer des idées mais mettre avant tout en exergue les phénomènes / émotions / raisonnements qui sous-tendent la production de ceux-ci⁶⁸. C'est ainsi que la méthode par théorisation ancrée propose un chemin de conduite balisé, afin que le chercheur s'astreigne à une analyse cadrée et reconnaissable par ses pairs.

B. Terrain de recherche

⁶⁸ Lejeune Christophe, Manuel d'analyse qualitative, Analyser sans compter ni classer, De Boeck Supérieur,s.a., 2014

Comme je l'ai décrit dans la présentation de mon terrain de recherche, le Centre Hospitalier de Denain n'est ni un Centre Hospitalo-Universitaire ni un hôpital de grande ville. Il draine une population particulière, souvent précaire. On peut donc imaginer que le soin administré n'est pas tout à fait le même que dans un hôpital avec des plus grosses capacités, non pas en termes de qualité mais plutôt pour la proximité accrue entre les soignants et vis-à-vis des patients (comme dans tous les hôpitaux périphériques où j'ai fait un stage en tant qu'interne). A titre d'exemple, à Denain, il suffit de se déplacer dans le bâtiment face à celui de Psychiatrie pour négocier de vive voix un scanner en urgence avec le radiologue, qui prendra le temps de vous conseiller sur le type d'examen demandé et sur ses objectifs, expérience pédagogique et bienveillante que je n'avais jamais encore faite jusqu'alors, les grands hôpitaux n'étant pas réputés pour la simplicité des demandes d'examen paracliniques.

Cependant, le biais de la précarité de la population est déjà souvent présent dans la plupart des études menées dans le domaine de la psychiatrie, d'autant plus pour les patients en situation de maladies chroniques. Du fait des conséquences sociales de ces maladies et le milieu dont proviennent parfois certains patients, cet enjeu est plus important dans un service de psychiatrie que dans un service de médecine générale. Ainsi, les biais de ruralité ou de précarité peuvent facilement s'annuler dans cette étude si on prend en compte que le même type de population se retrouve dans les autres services de psychiatrie, quel que soit le lieu, pour une partie du moins. Mais il est probable que le système de sectorisation crée des unités dont les populations n'ont pas les mêmes spécificités sociologiques, ce qui montre encore une fois que cette étude ne pourrait se vouloir universalisante.

Le fonctionnement du Centre Hospitalier de Denain reste familial et c'est d'ailleurs peut être en partie pour cette raison que la parole y circule encore librement, chacun se sentant investi d'un rôle particulier pour le bon fonctionnement de sa structure.

En revanche, un critère est généralement admis dans les études observationnelles et je ne le remplirai pas en totalité. En effet, ces études sont souvent mises en place par des sociologues, des anthropologues ou des chercheurs étrangers au terrain sur lequel ils s'apprêtent à étudier. Ce n'est évidemment pas mon cas et je connais même plutôt bien mon terrain d'étude puisque c'est un service dans lequel j'ai effectué deux semestres d'internat (mon 3^{ème} semestre et mon 8^{ème} semestre).

Si je ne peux pas supprimer les données que j'ai déjà engrangées à propos de ce terrain, il est utile de rappeler que mon point de vue est celui d'une interne en psychiatrie, un regard qui est loin d'être totipotent. Ce n'est ni celui d'une infirmière, d'une secrétaire ou du chef de pôle ni même celui de mon propre co-interne de l'époque. Ma vision de terrain n'est que parcellaire, et en cela, je peux réussir à prendre une place extérieure, pas tout à fait étrangère, mais plus tout à fait sur scène. Il n'est pas interdit d'avoir un biais dans une étude observationnelle mais il est important d'en avoir conscience. De plus, pour ce type de terrains, une non connaissance des lieux, des codes, des pathologies, de la hiérarchie des équipes etc. aurait rendu la création d'une alliance plus ardue, surtout vis-à-vis du sujet que je m'apprêtais à aborder.

C. Biais d'inclusion, d'anonymisation, de résultats

1. Biais d'inclusion

Hormis deux patients que je ne connaissais pas, toutes les personnes qui ont été incluses dans mon étude m'étaient familières soit en tant que collègues, soit en tant que patients. Je n'avais cependant jamais été amenée à prendre en charge les patients d'un point de vue psychiatrique hormis une des patientes incluse dans l'étude, lors de son premier séjour hospitalier.

Les personnes avec qui je me suis entretenue au cours de ma recherche m'ont toutes reconnu et, avant ou après l'entretien, m'ont demandé de mes nouvelles ou ont eu envie de me rappeler des anecdotes que nous avons vécues ensemble au cours de mon stage. Elles m'ont également donné des nouvelles de patients, ou encore, m'ont tout simplement parlé de leur vie privée. Nous sommes donc loin de la distance relationnelle recommandée pour une étude de théorisation ancrée, qui se veut héritée d'une approche sociologique.

Cependant, la théorisation ancrée, utilisée effectivement dans un premier temps dans le domaine de la sociologie, s'est aussi étendue à d'autres domaines, en particulier l'anthropologie, ce qui a amené certaines adaptations de la méthode puisque l'investissement demandé au chercheur est plus fort (on pense notamment aux études portant sur les représentations de populations indigènes pour lesquelles le chercheur vivait dans la communauté, etc.).

Connaître mes interlocuteurs et travailler un temps avec eux m'a donc probablement permis d'accéder plus facilement à un discours authentique, en confiance, ce qui était bien le but recherché.

Ainsi, je ne crois pas que ces liens avec mes interlocuteurs aient pu affecter le contenu de leur récit vis à vis du thème très précis de ma thèse, dans le sens où les patients n'avaient aucun intérêt à me donner un discours qui différait de ce qu'ils pensaient réellement et où les

soignants n'avaient pas à cacher leur position, déjà connue de tous même si non verbalisée fréquemment.

Si j'avais dû faire cette étude dans un hôpital qui m'était inconnu, les résultats n'auraient certainement pas été probants, voire biaisés, à cause cette fois de la défiance des soignants (probablement plus que des patients), qu'il aurait été difficile de surmonter. Mon statut d'interne m'aurait peut-être permis d'avoir accès plus facilement aux soignants vis-à-vis du fait que je n'aurais pas encore été médecin senior et que je n'aurai pas eu de lien de hiérarchique avec eux, mais les liens de confiance dans les équipes sont complexes et il est fort à parier que j'aurais eu des difficultés à obtenir un verbatim aussi riche et dense que celui que j'ai obtenu, de la part d'une équipe qui ne me connaîtrait pas.

Qui plus est, si je n'avais pas travaillé dans le domaine médical, la tâche aurait été encore plus ardue. Je n'aurais alors ni maîtrisé les codes du milieu hospitalier, ni ceux de la psychiatrie. Or cette niche est particulièrement inaccessible aux personnes novices vis-à-vis de ce qu'il s'y joue et vis à vis des représentations que pourrait en avoir quelqu'un de l'extérieur.

Le sujet que j'ai décidé de traiter vient toucher à des ressentis intenses et violents, je n'aurais jamais pu y accéder en n'ayant pas appartenu pour un temps à la structure.

Même un chercheur expérimenté aurait probablement buté sur ce temps de « prise de contact », essentiel pour que l'interlocuteur soit en confiance. Le travail aurait été différent et d'autres aspects auraient été mis en valeur mais je crois que mon statut m'aura permis d'aller directement au cœur du sujet sans trop de difficultés et que les résultats n'en seront pas moins pertinents.

2. Biais d'anonymisation

Les données de mon étude ont été anonymisées au maximum et les personnes extérieures à l'hôpital ne pourront pas identifier les participants qui ont accepté de s'entretenir avec moi.

Cependant, au vue des éléments rapportés par ces derniers, il serait présomptueux de garantir un anonymat total aux personnes qui ont accepté de collaborer avec moi, au sein même du cercle restreint de l'hôpital.

Pour les patients, les histoires de vie, les manières d'aborder le sujet ou encore les différents traits de personnalité qui peuvent émerger de leurs témoignages sont facilement identifiables par les personnes travaillant en intra comme en extra-hospitalier.

De même, pour les soignants, l'abord différent de la thématique proposée dans cette recherche selon la formation de chacun, le vocabulaire employé ou les représentations très ancrées dans le concept de psychothérapie institutionnelle pour certains, rendent le respect de l'anonymat complexe au sein de l'institution.

Cependant, les personnes entretenues le savent, certains ont même abordé la question de manière frontale avec moi sur le ton de l'humour et on peut penser que cette étude a permis de libérer une parole au travers d'un écrit de recherche afin de témoigner de certains dysfonctionnements d'une manière indirecte et différente de ce qui peut être proposé en réunion institutionnelle.

Enfin, il n'est pas plausible qu'un patient chronique ne soit pas identifié par les soignants du secteur, de l'hôpital ou même de son quartier. Les profils des patients, surtout pour les plus chroniques ou les plus « excentriques » d'entre eux, sont généralement connues par les personnes travaillant dans l'hôpital, même dans d'autres services, du fait de l'aspect « familial » du CH de Denain. Ils sont aussi connus des habitants des villages dans lesquels ils sont domicilié qui jouent parfois un rôle de protection, n'hésitant pas à alerter les soignants si besoin (nous avons l'exemple de locataires d'un immeuble qui coupent systématiquement l'arrivée d'eau de la résidence lorsqu'ils sentent que leur voisin, un des patients chroniques du secteur, se désorganise. En effet, celui-ci a tendance à percer les canalisations dans des moments de phases maniaques et de nombreux accidents ont déjà eu lieu dans la résidence). C'est aussi une particularité de la psychiatrie dans ce type de lieux, que d'offrir un soin un

peu moins anonyme pour les patients connus de longue date mais aussi bien souvent plus étayant, même à l'extérieur du service.

3. Biais de résultats

Les données étaient saturées à la fin de mon étude et je n'ai pas reçu de visions très antagonistes de mon hypothèse mais je suis consciente du fait que mes interlocuteurs m'ont orienté vers des personnes qui partageaient leur point de vue de manière générale et non l'inverse. De fait, c'est inhérent à la méthode de recrutement et c'est ce qui permet d'obtenir une saturation des données aussi rapidement.

Ceci donne lieu à une théorie très portée vers la question de la contenance et de la psychothérapie institutionnelle, ce qui n'aurait pas été le cas si j'avais rencontré des personnes me tenant un discours plus sécuritaire ou à l'opposé de ce type d'idéaux. C'est le principe même de cette recherche puisque les hypothèses font surface au fur et à mesure de l'analyse des entretiens.

D. La contenance institutionnelle en question

On ne peut lire les résultats de cette recherche sans avoir conscience du caractère engagé du discours de la plupart des soignants. Comme nous l'avons vu dans la description du terrain de recherche, Denain a été un haut lieu de la Psychothérapie Institutionnelle. Prenant le parti de tourner les soins au maximum vers l'extérieur et vers l'intégration des patients dans la société civile pour accroître leurs capacités d'autonomie et de vie en communauté, l'hôpital a investi les équipes d'une mission importante : celle de porter le projet au quotidien avec les patients et ce, de nombreuses manières différentes. Le but était de prolonger la contenance apportée par l'hôpital à l'extérieur, au sein de structures hospitalières (CMP, HDJ, maisons thérapeutiques, hôtel thérapeutique) ou d'associations dont l'horizontalité était revendiquée (un patient pouvait tout à fait prétendre à la présidence de l'association).

D'un point de vue historique, l'idée de contenance n'est pas nouvelle. Esquirol décrit très parfaitement bien qu'elle représente une des fonctions fondamentales de l'asile : *« Il y a dans une maison semblable, un mouvement, une activité, un tourbillon, dans lequel rentre peu à peu chaque commensal ; le lypémanique le plus entêté, le plus défiant, se trouve à son insu forcé de vivre hors de lui, emporté par le mouvement général, par l'exemple [...] Le maniaque lui-même, retenu par l'harmonie, l'ordre, et la règle de la maison, se défend mieux contre ses impulsions et s'abandonne moins à ses activités excentriques.⁶⁹ »* Avec cet exemple, on est certes plutôt dans l'aspect disciplinaire de la contenance mais il n'empêche que les aliénistes du XIX^{ème} siècle pressentaient déjà le caractère hautement bienfaiteur du cadre thérapeutique mais aussi de son portage.

⁶⁹ Esquirol, J.E.D, De la folie, 1816, in « Des Maladies mentales[...] ». Tome 1, p.126

D'un point de vue sociologique, Michel Foucault tend aussi à cette idée même si de son point de vue, c'est pour en faire ressortir la totipotence du médecin et l'importance de son pouvoir au sein de l'asile : « *L'asile est un dispositif à guérir dans lequel l'action du médecin fait corps avec celle de l'institution, des règlements, des bâtiments. Il s'agit au fond d'une sorte de grand corps unique où les murs, les salles, les instruments, les infirmiers, les surveillants et le médecin sont des éléments qui ont, bien sûr, des fonctions différentes à jouer, mais qui ont essentiellement pour fonction de jouer un effet d'ensemble*⁷⁰. ».

Au niveau psychanalytique, cette contenance est très bien explicitée par Didier Anzieu. En effet, dans son livre le « *Moi-Peau* », il fait le lien entre 10 fonctions de la peau de l'être humain avec les fonctions de contenance du corps psychique. Sont par exemple listées les fonctions de soutènement (du squelette et des muscles), de contenance des organes, de protection contre les attaques extérieures, de communication, de pare-excitation ou au contraire de soutien de l'excitation, en particulier sexuelle ou encore d'unicité du soi, la peau de chacun étant unique de par sa coloration, sa pigmentation, ses empreintes etc.

A ces fonctions, Didier Anzieu accole des angoisses psychotisantes, qui apparaîtraient lorsque les fonctions citées ne seraient pas remplies par le parent. « L'inquiétante étrangeté » que peut ressentir le nourrisson et qui ne va pas être métabolisée par le parent va être reliée à la question de l'unicité : ainsi peuvent apparaître des angoisses de morcellement, de démantèlement, de liquéfaction, qui seront liées à la sensorialité non régulée.

Pour ce qui est des fonctions de contenance et de soutènement, Didier Anzieu fait appel aux travaux de Donald Winnicott et en particulier à ses notions de *holding* et de *handling*⁷¹. En effet, ces fonctions, assurées par la mère vis-à-vis de son nourrisson, sont essentielles au bon développement de ce dernier. La mère (ou le parent référent), en portant de manière adaptée

⁷⁰ Foucault, Michel, *Le Pouvoir Psychiatrique*, Cours au Collège de France, 1973-1974, Gallimard, Seuil

⁷¹ Winnicott D. : *De la Pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1983

son nouveau-né lui offre le rôle de protection et de pare-excitation vis-à-vis des stimuli extérieurs dont il ne peut se protéger à la naissance. Elle lui apporte la sécurité intérieure qui sera le socle de sa sécurité interne. Le handling est l'aspect dynamique du holding, dans les manipulations que la mère va effectuer avec son bébé. Avec ces deux notions, Winnicott donne les bases des travaux sur les interactions précoces mère-bébé et sur les difficultés qui peuvent survenir lorsque cette question du portage n'a pas été investie par le parent.⁷²

Plusieurs auteurs ont travaillé sur l'enjeu du portage institutionnel, véritable point d'ancrage de la psychothérapie institutionnelle. Ce sont d'abord des chercheurs de psychologie sociale comme René Kaës⁷³ qui, s'attachant aux thématiques de mouvements de groupe, ont remarqué des dynamiques bien particulières en fonction de l'environnement dans lequel évoluait ledit groupe. Ils partent du postulat que le groupe ne peut se résumer à une somme d'individualités mais que le groupe forme une entité psychique propre, au-delà des individus qui le composent.

Ce sont sur ces bases que seront fondés tous les outils de médiation de groupe, qui sont encore très utilisés actuellement bien que parfois critiqués pour leur manque « d'efficacité ». En effet, lorsque l'on évoque le groupe, on n'oublie pas l'individu mais celui-ci peut avoir tendance à s'effacer par moment pour se fondre dans une masse qui le portera, ce qui peut paraître paradoxal dans un système où la thérapie individuelle est souvent prédominante. Pourtant le groupe porte l'angoisse individuelle et les ateliers thérapeutiques permettent au patient de se dépasser dans un contexte très sécurisant pour eux. Une séance de relaxation ne va pas être vécue de la même façon en groupe qu'en séance individuelle et, parfois, les séances individuelles sont trop intrusives pour qu'un patient psychotique puisse y adhérer

⁷² Lehmann Jean-Pierre, « Holding et Handling », dans : *La clinique analytique de Winnicott. De la position dépressive aux états-limites*, sous la direction de Lehmann Jean-Pierre. Toulouse, ERES, « Transition », 2007, p. 170-206.

⁷³ Kaës René, « Groupes internes et groupalité psychique : genèse et enjeux d'un concept », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2005/2 (n° 45), p. 9-30.

pleinement. Le groupe permet donc cet équilibre de portage sans intrusion, si délicat à trouver avec les patients psychotiques.

C'est ainsi que les activités thérapeutiques, si elles sont pensées, construites sur le long terme et réellement investies par les soignants, peuvent créer cette « *pulsion de vie* » qu'évoque une soignante dans un entretien et qu'elle déplore voir disparaître petit à petit dans sa pratique quotidienne. Plusieurs patients m'en ont parlé au cours de mes entretiens ainsi que leur ressenti sur les séjours thérapeutiques ou la Fabrique de l'Art, en mettant en valeur le dynamisme ou l'apaisement que ces activités avaient pu leur procurer. Les activités extérieures et les séjours thérapeutiques sont aussi des occasions de tester l'autonomie des patients et, pour ces derniers, de redécouvrir le monde extérieur ainsi qu'une certaine liberté de mouvements.

En revanche, ces activités demandent une véritable préparation de la part de soignants si on ne veut pas déboucher sur l'échec des « activités occupationnelles », qui émerge dès lors que le projet n'est plus assez contenant et créateur de sens. Ce dernier point est essentiel car le concept d'activité thérapeutique a été créé dans un contexte plus politisé qu'aujourd'hui, où l'objectif final était de pouvoir vivre en communauté horizontale, patients et soignants confondus. Si le contexte actuel ne va plus dans ce sens aujourd'hui, il n'empêche que l'idée de responsabiliser le patient et de lui redonner toute son humanité, malgré le caractère contraignant des soins doit rester une priorité, car sans cela, la contrainte dérive vers un concept très sécuritaire.

Ces propositions de soins, quoique très différentes des projets de soins de rétablissement neurocognitifs, sont à mon sens parfaitement complémentaires avec ces derniers puisqu'ils ne touchent pas la même facette de la maladie des patients et ne viennent pas travailler les mêmes difficultés. Cependant, comme pour tout projet au sein de l'hôpital, ces activités nécessitent un investissement des individus en tant que soignants ou en tant que patients mais également de l'institution.

Nous en arrivons au concept que Pierre Delion développe dans différents ouvrages, dont « *La fonction phorique* »⁷⁴ : c'est à l'institution de prendre cette position contenante dont les patients chroniques manquent cruellement pour la plupart. C'est également à l'institution de porter les projections agressives des patients, afin de permettre aux soignants de se libérer de ce poids et de travailler en harmonie avec les patients, même ceux qui auraient tendance à mettre toute proposition de soins échec. Sans devenir des adeptes inconsidérés des synthèses institutionnelles, il est essentiel que le fonctionnement d'un service de psychiatrie prévoie des temps de partage, tant autour des difficultés rencontrées avec les patients que par rapport aux dysfonctionnements institutionnels en tant que tels. Ces temps doivent pouvoir s'organiser en toute horizontalité hiérarchique car sur cet aspect organisationnel, chacun est concerné au même niveau. Si l'institution ne porte pas elle-même ses soignants, le cercle vertueux ne peut pas se mettre en place et les soignants s'épuisent à trouver des solutions pour les patients et à prendre des responsabilités qui ne sont pas les leurs.

Si je me permets de rappeler ces principes de psychothérapie institutionnelle c'est parce qu'à cause du manque de moyens, de soignants et en particulier de médecins, ces moments de réflexion partagées sont les premiers à pâtir et les soignants se sentent de plus en plus seuls face aux patients et aux situations cliniques régulièrement difficiles rencontrées en psychiatrie. Or la situation actuelle de la psychiatrie en France est précaire, voire désastreuse dans certains endroits. La région des Hauts-de-France est loin d'échapper à la règle et certains services ferment définitivement leurs portes, n'étant plus en capacité d'accueillir les patients. Pourtant, les soignants restent mobilisés sur les questions qui leur importent : le soin du patient, son bien-être, son accueil, son avenir. Ce sont ces enjeux qui sont encore aujourd'hui source de motivation, malgré l'épuisement qui les guette. Les principes de psychothérapie

⁷⁴ Delion Pierre, *Fonction phorique, holding et institution*. ERES, « Thémapsy », 2018, 128 pages.

institutionnelle jouent une part importante dans les valeurs qui les animent. Ils m'ont tous assuré que ce sont ces valeurs qui leur permettraient encore de proposer des soins de qualité aux patients, malgré les difficultés criantes du secteur.

Ils m'ont également mise en garde vis-à-vis de la vision sécuritaire, adoptée souvent par manque de moyens, qui coupe toute humanité et toute créativité dans le soin. Cette menace est réelle et nous en avons eu récemment la preuve avec le cri d'alerte lancé par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté en juin 2020. Si cette prise de position est intervenue après la crise de la COVID-19 qui a pu mettre en difficulté les hôpitaux psychiatriques, son rapport est bien plus général et contient 67 recommandations.⁷⁵

Le contrôleur emploie des mots très durs dans son rapport, qui doivent nous alerter en tant que soignants et nous faire prendre conscience de l'urgence de la situation : « *La culture de l'enfermement et des restrictions dans le champ psychiatrique est intériorisée par tous : soignants, famille et proches, patient compliant. L'ensemble perpétue le refus de s'interroger sur les pratiques, la compatibilité de l'enfermement et des restrictions qui l'accompagnent avec le soin* »⁷⁶. Et de rajouter : « *Pourtant, les soignants admettent eux-mêmes que la gestion de ces restrictions leur complique sérieusement la tâche, prend du temps, alimente conflits et tensions avec les patients* ».

L'idée de ce rapport est de partir de la prise en charge initiale des patients, dès les urgences. Une des premières recommandations est donc de proposer une salle d'apaisement au sein même des urgences pour optimiser la prise en charge des patients agités. Cette proposition, que j'ai vu appliquée dans certains hôpitaux, permet effectivement de parer à l'agitation du patient en toute sécurité, mais aussi d'éviter une montée d'inquiétude chez les autres patients en attente de soin, souvent pour des raisons toutes autres. Outre la prise en charge adéquate du

⁷⁵ HAZAN, A. : Soins sans consentement et droits fondamentaux, Editions Dalloz, Juin 2020, 128 pages

⁷⁶ Ibid, page 24

patient concerné, on évite donc également sa discrimination et la construction chez les autres usagers des urgences de fantasmes néfastes à l'image de la psychiatrie.

Le rapport axe également ses propositions sur la prise en charge de crise, dans des services dédiés à certaines pathologies spécifiques comme des unités de rétablissement ou de psychogériatrie (qui existent aujourd'hui dans beaucoup d'hôpitaux des Hauts-de-France) ainsi qu'un accompagnement en ambulatoire très étayé, que ce soit par le CMP ou des équipes mobiles afin de préserver au maximum l'autonomie du patient. Le contrôleur réclame une augmentation des budgets pour ces types de structures.

Le rapport insiste aussi sur la formation continue, des soignants comme des médecins, et la question des médecins remplaçants. La recommandation 14 est très claire et va dans le sens des propositions des soignants avec qui je me suis entretenu : « *Les établissements doivent organiser l'accès des professionnels à une supervision, indépendante de la structure et réalisée sur leur temps de travail* ». A propos de cette recommandation, je tiens à faire part au lecteur que nombre de soignants ne partagent pas ce point de vue, considérant que les supervisions sont des pertes de temps, laissant libre cours aux bavardages, sans but précis. Je pense qu'une supervision de qualité requière un superviseur formé et expérimenté et qu'il ne faut pas hésiter à expliciter les objectifs de ce type d'intervention avant qu'elle ait lieu afin que chacun puisse y trouver un intérêt. En revanche, si ces temps sont supprimés les uns après les autres, le danger de l'automatisation des pratiques est bien réel et peut porter un lourd préjudice aux patients, premières personnes concernées et encore plus vulnérables que dans d'autres spécialités, du fait de leur mode d'hospitalisation.

Au niveau du rôle des patients durant leur hospitalisation, le contrôleur pousse ses propositions assez loin, utilisant d'ailleurs le lexique « d'utilisateur » et non de patient. Il écrit : « *Des réunions soignants-soignés régulières doivent systématiquement être mises en place dans toutes les unités d'hospitalisation à temps plein. Des conseils de la vie sociale, à l'instar*

de ceux du secteur médicosocial, devraient être installés. ». Il évoque également les commissions des usagers, afin de les rendre plus équitables pour les patients ainsi que la place des familles, les groupes d'entraide mutuelle ou les patients experts.

Ces recommandations peuvent sembler loin de la réalité quotidienne des hôpitaux psychiatriques et pourtant, certaines expérimentations se mettent en place petit à petit. En particulier en ce qui concerne la question des patients experts, le domaine plus spécifique de l'addictologie semble beaucoup plus avancé que la psychiatrie générale pour faire intervenir des aidants-pairs, probablement en lien avec des pratiques et des mentalités qui ne sont pas tout à fait semblables, avec une relation au patient généralement plus horizontale. Cependant, ces expériences montrent qu'une autre psychiatrie est possible et que si la sectorisation montre aujourd'hui ses limites, rien ne nous empêche de créer un nouveau concept plus pertinent avec les besoins et les compétences actuelles.

Si certaines recommandations peuvent poser question en pratique, surtout vis-à-vis du manque de moyens auxquels sont confrontés les hôpitaux publics (le contrôleur reproche à un hôpital d'avoir donné une chambre à un patient qui était déjà attribuée à un autre patient, placé alors en isolement, mais il est fort probable que le service ait été à flux tendu à ce moment-là et qu'il n'y avait pas d'autre alternative) et si d'autres ne remporteront pas forcément l'adhésion de tous les soignants, ce rapport a pour mérite d'appuyer sur des enjeux cruciaux, dont on ne peut faire abstraction si l'on se pose la question de la bientraitance des patients.

Conclusion

Cette recherche avait pour but de dresser un état des lieux des représentations et des vécus des soins sans consentement en psychiatrie, patients et soignants confondus. La méthode d'analyse qualitative par théorisation ancrée nous a permis de collecter un certain nombre de

données au plus près du terrain de recherche et du discours de ceux qui ont accepté de témoigner.

Il est intéressant d'observer qu'un certain nombre de discours se recoupent et que cette question est loin d'obtenir des réponses simples et tranchées comme voudraient le véhiculer certains préjugés qui entachent la discipline. Cette étude contient toute l'ambivalence des soins en psychiatrie, avec la subtilité que requière une alliance thérapeutique solide mais non intrusive, l'équilibre à trouver entre les temps à passer en intra-hospitalier et ceux, plus libres et plus autonomes, en extra hospitalier ou encore le rôle complexe que l'institution a à jouer auprès des patients. Le sujet était riche et dense et la qualité des témoignages m'a permis d'en dresser un tableau assez complet. Ce travail avait pour but de compléter les réflexions sur la thématiques des soins non consentis, peu abordée sous l'angle du vécu et en cela, l'analyse des données a permis de faire ressortir des points peu abordés en profondeur, que ce soit en entretien avec les patients mais aussi en équipe.

S'il n'est pas étonnant que les discours des patients et des soignants ne soient pas tant éloignés les uns des autres, il est tout de même remarquable de voir que ces entretiens viennent casser certains clichés concernant les soins sans consentement. Pas un patient avec qui je me suis entretenu ne m'a tenu un discours revendicateur ou acerbe, conspuant les soins reçus ou le système prévalent. De manière réciproque, je n'ai pas reçu de témoignage de soignants prenant visiblement plaisir à exercer son autorité sur les patients. Pour autant, ce type de profil est susceptible d'exister à d'autres endroits, le contrôleur général des libertés et de la détention ayant attiré plusieurs fois l'attention sur les pratiques punitives de certains services.

Cependant, si les soins sous contrainte existent depuis la création des hôpitaux généraux et qu'ils sont inscrits comme des soins banalisés aujourd'hui en psychiatrie, il n'empêche qu'il est essentiel de se poser des questions sur leur bien-fondé et leur application, surtout au vue de l'histoire qui marque ce type de lieu de soins.

Le rapport de force induit par l'essence même du soin sans consentement peut rapidement provoquer des dérives, surtout dans un contexte de travail complexe aux vues du manque de moyens de l'hôpital public.

Il serait très dommageable que le système actuel se transforme peu à peu en système sécuritaire d'autant que les soignants restent très investis dans leur rôle, malgré les difficultés au quotidien.

Certains éléments ont pu être préservé et de nouvelles initiatives voient le jour régulièrement, le rapport du contrôleur général des libertés en témoigne.

Il faut donc espérer que cette énergie créatrice puisse insuffler des projets novateurs et respectueux du patient, dans toutes ses dimensions, et que la psychiatrie en France trouve la force de se renouveler malgré tous les obstacles auxquels elle est actuellement confrontée.

Les propositions sont nombreuses, elles sont de plus en plus étayées, en particulier celles au niveau du rétablissement des patients ou du respect des usagers et des familles. Pour certaines, elles sont même d'une grande simplicité de mise en œuvre et l'expérience des soignants devrait suffire à leur mise en place sans difficulté. Cette expérience est une richesse incroyable dans un domaine où le patient nous apprend chaque jour un peu plus notre métier. Encore plus que dans d'autres spécialités médicales, les soignants en psychiatrie développent leur savoir au jour le jour : il n'existe encore que peu de protocoles thérapeutiques en psychiatrie et les soignants n'ont généralement pas de réponse directe et automatique vis-à-vis de la clinique d'un patient. Il est donc urgent de valoriser l'expérience et de donner de réelles capacités de transmission et de création à ceux qui en sont vecteurs.

La psychiatrie a l'avantage d'être une discipline qui nécessite un lien proche avec les patients, en particulier avec ceux porteurs de maladie chronique, si l'on veut pouvoir les toucher et les accompagner de la manière la plus ajustée. Ce lien est à la base d'un respect et d'une estime mutuelle qui doit être préservée pour garantir un soin de qualité. C'est pour cela que les soignants se battent au quotidien et c'est un des principes fondamentaux du serment d'Hippocrate, que chaque médecin est tenu de respecter. Cette thèse en est un rappel, à sa mesure au travers d'une étude spécifique, celle du vécu et des représentations des soins sans consentement.

Bibliographie

Livres

- Anzieu, Didier, *Le Moi-peau* - 2ème édition, Octobre 1995
- Beydon Nicole, « Les soins sous contrainte », *Empan*, 2013/1 (n° 89), p. 85-89. URL : <https://www.cairn.info/revue-empan-2013-1-page-85.htm>
- Carbonnier Jean, *Droit civil, 1/ les personnes : personnalité, incapacités, personnes morales*, Paris, PUF, 17e édition, 2000, p. 302
- Delion Pierre, *Fonction phorique, holding et institution*. ERES, « Thémapsy », 2018, 128 pages.
- Dill Jacques & Sassolas Marcel, *12 rencontres en terrain psychotique*, Collection « Des travaux et des Jours », Edition Erès, 2015
- Foucault Michel, *Histoire de la Folie à l'âge classique*, Histoire de la folie à l'âge classique, Première parution en 1972, Collection Tel (n° 9), Gallimard, 2014
- Foucault, Michel, *Le Pouvoir Psychiatrique*, Cours au Collège de France, 1973-1974, Gallimard, Seuil
- Fauvel Aude, *Témoins aliénés et "Bastilles modernes" : une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914)*, Thèse de doctorat en Histoire et civilisations. Sous la direction de Jacqueline Carroy. 2005
- Foucault, Michel, *Naissance de la clinique*, 1963, Presses Universitaires de France, Quadriges
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago : Aldine Publishing.
- Goffman Erwin, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Penguin Social Sciences, Broché, 1991

- Kaës René, « Groupes internes et groupalité psychique : genèse et enjeux d'un concept », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2005/2 (n° 45)
- Lafont (Max). L'extermination douce. La mort de 40.000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France, sous le régime de Vichy
- Lejeune Christophe, Manuel d'analyse qualitative, Analyser sans compter ni classer, De Boeck Supérieur,s.a., 2014
- Oury, Jean, Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle, Payot, 1976
- Paillé, P. (1996). L'échantillonnage théorique. Induction analytique. Qualitative par théorisation (analyse). Vérification des implications théoriques.
- Swain G., Le Sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie, 1977
- Winnicott D. : De la Pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1983

Lois, décrets, rapports

- Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
- 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.
- Conseil constitutionnel, décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010
- Rapport d'information déposé en application de l'article 145-7 alinéa 3 du règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la 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, et présenté par MM. Denys Robiliard et Denis Jacquat, députés. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 février 2017.

- Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 : Magali Coldefy (Irdes), Sarah Fernandes (ORU-Paca, Université Aix-Marseille), avec la collaboration de David Lapalus (ARS Paca) Coralie Gandré, Jeanne Gervaix, Julien Thillard, Jean-Marc Macé, Jean-Luc Roelandt, and Karine Chevreul BMC Health Serv Res. Published online 2018 Apr 6. <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>
- Hazan, A. : Soins sans consentement et droits fondamentaux, Editions Dalloz, Juin 2020, 128 pages

Revues, Articles

- Fiche Mémo de l'HAS, Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures, Rapport d'élaboration, Mars 2018, pages 9 à 13
- Bantman Patrick, « La Liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, ou en sommes-nous ? », *L'information psychiatrique*, 2010/4 (Volume 86), p. 293-297.
URL : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-4-page-293.htm>
- Faugeras Patrick, Minard Michel, Portrait d'un militant, François Tosquelles, éditions ERES, « Sud/Nord » 2010/1 n° 25, pages 49 à 56
- Fauvel Aude, « Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles en 1880 », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 2002/1 (n°49-1), p. 195-216. URL : <https://www.cairn.info/revue-d-histoire-moderne-et-contemporaine-2002-1-page-195.htm>

- Fauvel Aude, « La voix des fous. Hector Malot et les « romans d'asile » », *Romantisme*, 2008/3 (n° 141), p. 51-64. URL : <https://www.cairn.info/revue-romantisme-2008-3-page-51.htm>
- Gonzaga Galvis Quiceno Luis : Le sujet et son rapport au manque chez Freud, Lacan et Maître Eckhart. Psychologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2015. Français. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01304451/document>
- Lakhdari Sadi, « Hypnose, hystérie, extase : de Charcot à Freud », *Savoirs et clinique*, 2007/1 (n° 8), p. 201-209. DOI : 10.3917/sc.008.0201. URL : <https://www.cairn.info/revue-savoirs-et-cliniques-2007-1-page-201.htm>
- Landron Gilles. Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. In: *Déviance et société*. 1995 - Vol. 19 - N°1. pp. 3-21. URL : www.persee.fr/doc/ds_0378-7931_1995_num_19_1_1559
- Lehmann Jean-Pierre, « Holding et Handling », dans : *La clinique analytique de Winnicott. De la position dépressive aux états-limites*, sous la direction de Lehmann Jean-Pierre. Toulouse, ERES, « Transition », 2007, p. 170-206. URL : <https://www.cairn.info/la-clinique-analytique-de-winnicott--9782749201160-page-170.htm>
- Méliani V., Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode, in Choisir la théorisation ancrée, Hors série, N°15, p.436.
- Mueller Thomas, « Le placement familial des aliénés en France. Le baron Mundy et l'Exposition universelle de 1867 », *Romantisme*, 2008/3 (n° 141), p. 37-50. URL : <https://www.cairn.info/revue-romantisme-2008-3-page-37.htm>
- Moreau Ricaud M., Une « utopie » à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle, *TOPIQUE* 2004/3, N°88, p. 95-108
- Marius Prytz, Karina Natalie Harkestad, [...], and Jone Bjornestad, "It's not a life of war and conflict": experienced therapists' views on negotiating a therapeutic alliance

in involuntary treatment ; Ann Gen Psychiatry. 2019; 18: 9. ; Published online 2019 Jun 21.

- Vigour Cécile, « Construire le cadre de la comparaison » dans, *La comparaison dans les sciences sociales. Pratiques et méthodes*. Paris, La Découverte, « Repères », 2005, p. 188-222. URL : <https://www.cairn.info/la-comparaison-dans-les-sciences-sociales--9782707143044-page-188.htm>

Données statistiques

- Population des Hauts-de-France : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4620300>
- Taux de pauvreté : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/taux-pauvrete.htm> et <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-59172>
- Part de la population en situation de pauvreté : <https://www.f2rsmpsy.fr/part-population-situation-pauvrete-france-2012.html> et <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/taux-pauvrete.htm>
- Diagnostic territorialisé des Hauts de France, ARS, 2019 en partenariat avec l'Observatoire Régional de la santé et du social
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKewiCj5KT2MblAhUP1hoKHekIDRsQFjABegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.hauts-de-france.ars.sante.fr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F2017-01%2FORS-Diagnostic_part_1_0.pdf&usg=AOvVaw1aSWISAS-cioh_XfABx3M
- Chômage : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012804#tableau-TCRD_025_tab1_departements et <http://hauts-de-france.direccte.gouv.fr/Chiffres-cles-2eme-et-3eme-trimestres-2019> et <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121818>

- Alcool : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-alcool-dans-les-hauts-de-france.-janvier-2020>

Sites internet :

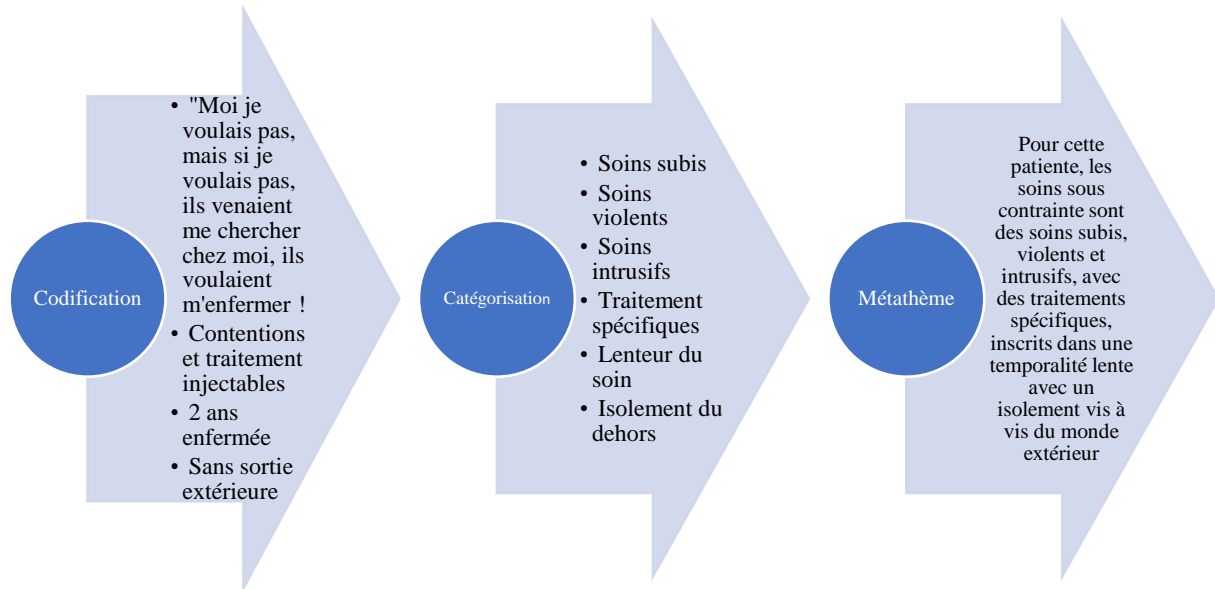
- Site internet CH Denain : <https://www.ch-denain.fr/chiffres.html>
- Histoire de la création du Centre Hospitalier de Lommelet : <http://lommelet-histoire.over-blog.fr/article-les-soins-54735088.html>
- Par rapport à la loi du 30 juin 1838 : <https://www.cnle.gouv.fr/le-xixe-siecle-la-loi-de-1838-et-1.html>

Emissions radiophoniques

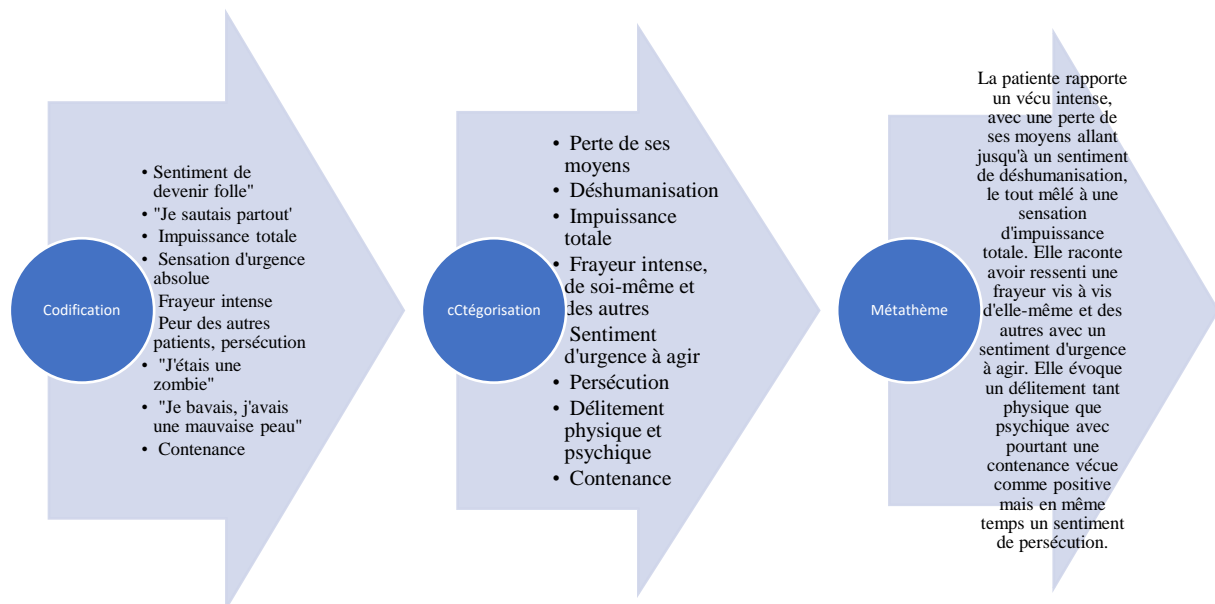
- La fabrique de l’histoire ; Une histoire de la folie, Épisode 1 : Furor, furiosus. La folie au Moyen Âge, France Culture, 25/02/2019
- La Fabrique de l’Histoire, Une histoire de la folie, Episode 3 : Quelles histoire de la folie après Foucault ? 27/02/2019
- Foucault, Michel, Intervention Radiophonique, Radio France 1961 in La Fabrique de l’Histoire, Episode 3 : Quelles histoire de la folie après Foucault ? 27/02/2019

Annexes : 1 exemple de traitement des données, l'entretien de O.K.

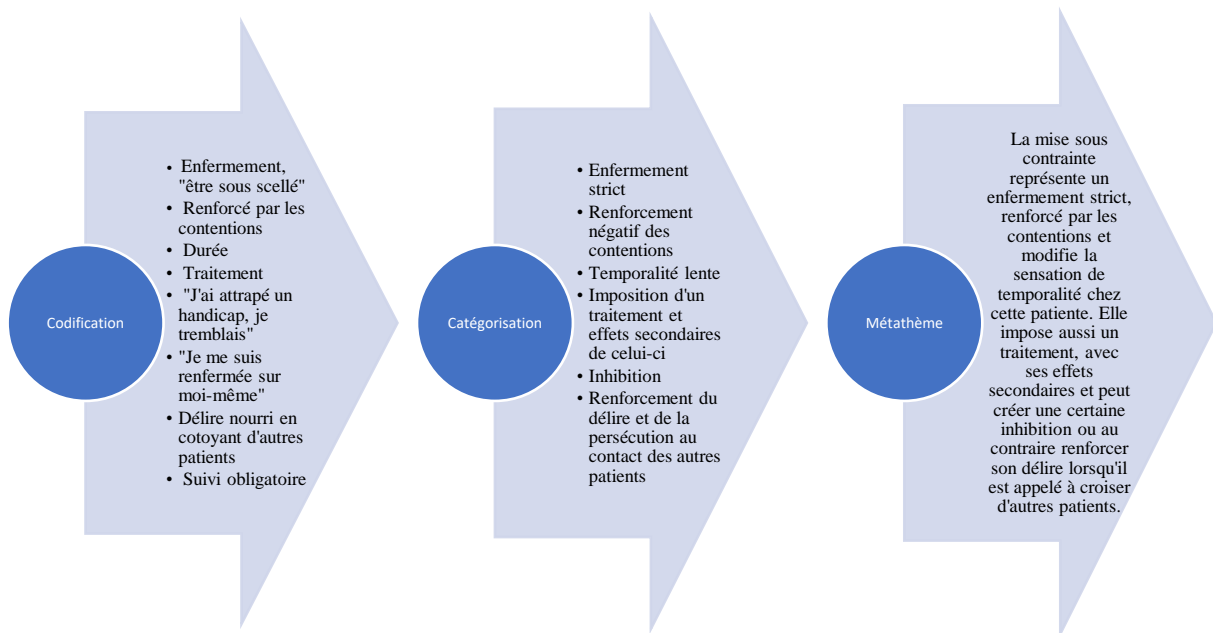
1^{ère} question : Quelles sont vos représentations des soins sous contrainte ?



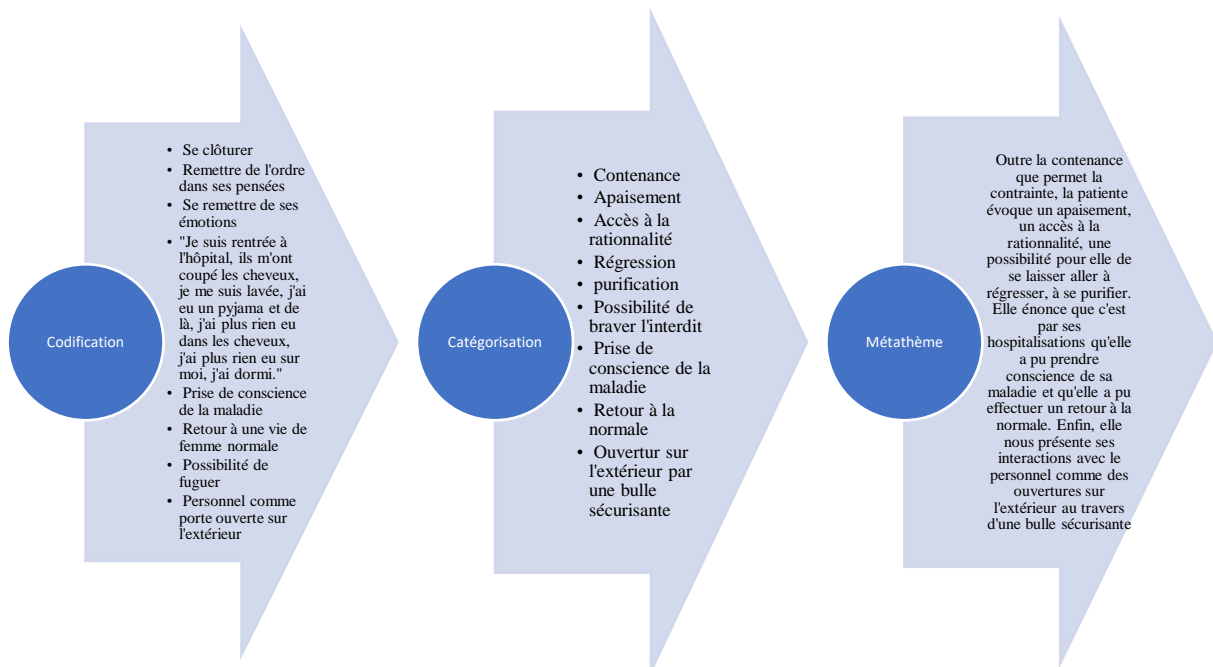
2^{ème} question : Quel est votre vécu des soins sous contrainte ?



3^{ème} question : Quels sont les points négatifs à la mise sous contrainte ?



Quels sont les points positifs à la mise sous contrainte ?



Question 5 : non côtée

AUTEUR : Nom : MORLOT

Prénom : Agnès

Date de soutenance : 22 septembre 2020

Titre de la thèse : Regards croisés entre patients et soignants : le vécu et les représentations des soins sans consentement en psychiatrie

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : soins sous contrainte, soins sans consentement, éthique, libre-arbitre, représentations en psychiatrie, programme de soins, histoire de la folie, psychiatrie institutionnelle, étude des représentations, théorisation ancrée

Les soins sans consentement posent une question éthique que nul ne peut ignorer en psychiatrie. S'ils sont de pratique courante, il n'empêche qu'ils font perdre au patient son autonomie et sa liberté le temps de leur application. Pourtant, patients et soignants peuvent aussi témoigner de leur nécessité parfois. Une ambivalence est donc présente vis-à-vis de ces soins.

Qu'en est-il du vécu et des représentations et du vécu des soins sous contrainte pour les patients et pour les soignants ? Pour y répondre, nous avons réalisé une étude qualitative par théorisation ancrée dans le Centre hospitalier de Denain en 2019.

Les témoignages reçus et analysés nous ont permis de dresser un tableau du vécu et des représentations de chacun avec des recoupements notamment sur la notion de contenance apportée par ces soins et la notion de temporalité. En effet, la plupart du temps, les soins sans consentement sont utilisés durant un moment de crise, lorsqu'il faut créer un sas d'apaisement pour le patient. Parfois, les soins sous contrainte se prolongent au sein d'un programme de soins et les patients vivent alors à l'extérieur de la structure, mais ne sont pas tout à fait libres de leurs mouvements.

Si les patients comme les soignants peuvent admettre certains mérites des soins sans consentement, ils attestent aussi de leur violence au niveau du vécu ou même parfois dans la réalité.

Certains soignants regrettent que les principes de psychiatrie institutionnelle soient peu à peu abandonnés. Ils craignent un renfermement de la psychiatrie et une pratique de plus en plus arbitraire des soins, ce qui fait écho dans l'histoire aux asiles psychiatriques que la politique de sectorisation avait pourtant voulu dépasser.

En conclusion, les soins sans consentement sont vécus comme des soins utiles et contenant mais peuvent également parfois être le vecteur de vécus de violence. Une réflexion permanente quant à nos pratiques de soins et une prise en compte de celle-ci sont essentielles afin d'assurer la meilleure prise en charge possible à nos patients.

Composition du Jury :

Président : Pr Pierre Thomas

Asseseurs : Pr Guillaume Vaiva, Pr Ali Amad, Dr François Medjkane

Directeur de thèse : Dr François Medjkane