

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de psychiatrie

par

David REYBOZ
né le 20 juin 1981 à Chambéry

Présentée et soutenue publiquement le 29 octobre 2012

POINT DE VUE DE PATIENTS SUR L'OUVERTURE ET LA FERMETURE À CLÉ
DES PORTES DES SERVICES D'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUES

Président : Monsieur le Professeur J-M. VANELLE
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur J-P. GARRET
Membre du jury : Monsieur le Professeur P. BARRIERE
Membre du jury : Monsieur le Professeur G. DABOUIS

Cette œuvre est mise à disposition sous licence Creative Commons

**Attribution – Pas d’Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions
3.0 non transposée.**

Pour voir une copie de cette licence, visitez

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>

ou écrivez à :

Creative Commons, 444 Castro Street, Suite 900, Mountain View, California, 94041, USA.



Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury,
Vous avez su transmettre l'importance à accorder à la clinique, vous montrer bienveillant et disponible au cours de notre formation.
Soyez assuré de ma grande reconnaissance et de mon plus profond respect.

Monsieur le Docteur Jean-Pierre GARRET,

Vous m'avez fait partager un regard sur l'humanité profonde de notre discipline.
Vous avez guidé ma réflexion et ma formation.
Vous me faites l'honneur de juger ce travail
Soyez assuré de ma grande reconnaissance et de mon plus profond respect.

Monsieur le Professeur Paul BARRIERE,

Vous avez accepté avec enthousiasme de faire partie du jury de cette thèse.
Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mes remerciements.

Monsieur le Professeur Gérard DABOUIS

Vous avez accepté sans hésitation de faire partie du jury de cette thèse,
Soyez assuré de toute mon estime et de ma gratitude.

Je dédie ce travail,

À Julia,

Pour la joie que tu me fais partager au quotidien, le réconfort et l'inspiration que me procure ta générosité sans borne.

À ma mère et mon père,

Pour votre soutien et vos encouragements dans mes choix, la liberté à laquelle vous m'avez donné accès.

À Émilie,

Ta vivacité d'esprit, ton initiative et ton exigence sont toujours des modèles pour moi.

À ma famille, à la famille de Julia et à mes amis,

Sources constantes d'inspirations, d'émotions et de vie. Merci d'être là.

« Comme tout devient concret dans le monde d'une âme quand un objet, quand une simple porte vient donner les images de l'hésitation, de la tentation, du désir, de la sécurité, du libre accueil, du respect ! On dirait toute sa vie si l'on faisait le récit de toutes les portes qu'on a fermées, qu'on a ouvertes, de toutes les portes qu'on voudrait rouvrir.

Mais est-ce le même être, celui qui ouvre une porte et celui qui la ferme ? À quelle profondeur de l'être ne peuvent-ils pas descendre les gestes qui donnent conscience de la sécurité ou de la liberté ? N'est-ce point en raison de cette « profondeur » qu'ils deviennent si normalement symboliques ? »

G. Bachelard

Abréviations

C.S.I. : Chambre de Soins Intensifs, appelée également chambre d'isolement, spécialement aménagée, permettant l'isolement thérapeutique du patient.

H.A.S. : Haute Autorité de Santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique, chargée d'évaluer les soins, de promouvoir les bonnes pratiques, d'améliorer la qualité des soins, de l'information médicale diffusée, d'informer, et de développer la concertation entre les acteurs du système de santé.

H.D.T et **H.O.** :Hospitalisation à la Demande d'un Tiers et Hospitalisation d'Office, modes d'hospitalisation sans le consentement du patient, selon la loi de juin 1990 abrogée par celle de juillet 2011.

H.L. :Hospitalisation Libre, selon laquelle le patient est à l'initiative de son hospitalisation.

S.P.D.T. et **S.D.R.E.** :Soin Psychiatriques à la Demande d'un Tiers, et Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État, modes d'hospitalisation sans le consentement du patient, selon la loi de juillet 2011.

Table des matières

I INTRODUCTION.....	9
A Pourquoi prendre la porte ?.....	9
B L'institution et ses pouvoirs.....	10
II HISTORIQUE.....	15
A Préambule.....	15
B Moyen Âge.....	16
C Autour de la révolution, en porte à faux entre médecine et justice.....	18
D À la fin du XIXe, L'utopie asilaire aux portes de la mort ?.....	21
E Après la seconde guerre mondiale, une issue de secours ?.....	24
F Evolution des rapports entre psychiatrie et justice.....	27
G La porte se referme ?.....	28
H Synthèse.....	29
I Retour à nos pas.....	31
III ASPECTS LÉGAUX.....	33
A Grandes chartes.....	33
B Références légales et recommandations en France.....	35
C Jurisprudence.....	40
D À l'étranger : cadre réglementaire.....	43
E Conclusion.....	46
IV ÉTAT DES PRATIQUES.....	47
A Expériences d'interne.....	47
B En France.....	48
C À l'étranger.....	53
D Au total.....	55
E Limitations.....	55
V MÉTHODE.....	56
A Choix de la méthode.....	56
B Le corpus.....	57
C Les entretiens :.....	59
VI PRÉSENTATION DES UNITÉS.....	61
A « Le Hameau ».....	61
B « Minéo ».....	63
C Sous-unités « Maupassant » et « Gaudi ».....	64

D Au total.....	66
VII RÉSULTATS.....	68
A Patients.....	68
B Entourage.....	87
C Représentation graphique des résultats.....	90
VIII DISCUSSION.....	91
A Discussion sur la méthode : biais repérés.....	91
B Préalable à la discussion.....	93
C Expériences de l'hospitalisation.....	96
D Représentations – Croyances.....	99
E Relations.....	116
IX CONCLUSION.....	121
X BIBLIOGRAPHIE.....	124
XI ANNEXES.....	132

I INTRODUCTION

A Pourquoi prendre la porte ?

J'ai découvert l'hôpital psychiatrique, sans expérience préalable particulière de cet univers.

C'est tout d'abord la confiance donnée aux personnes qui participent à son fonctionnement (infirmiers, médecins, administratifs...) qui m'a permis de m'initier à la pratique du soin, dans des cadres différents selon les lieux et les individus.

Pour autant, la découverte de l'existence de la diversité des pratiques, l'acquisition de connaissances sur l'histoire de la psychiatrie, l'évolution politico-sociale particulière ont fait naître et s'accroître le besoin d'un questionnement de ces cadres, dont la forme immédiate pour moi a été :
« qu'est ce que je fais là ? »

« Est ce que je me rends compte des effets du système auquel je participe ? »

« Ce système est-il bienfaisant ? Pour qui ? Qui est le garant de sa non malfaisance ? »

Le paramètre « ouverture ou fermeture à clé des services » est un des paramètres, un des choix institutionnels, qui vont des décisions des heures de repas, au choix de la décoration, à la tenue à porter dans le service, au type de soins proposés, ..., bref, qui participent à l'univers *choisi* pour exercer ma fonction.

Ces *choix*, une fois pointés et définis comme tels, apparaissent bien visibles et sont dès lors pensables.

Mais une de mes craintes concerne leur disparition en tant que *choix*, et donc leur absence de considération, alors que leur influence serait bien réelle.

Ce discours n'a rien de bien original pour un étudiant en psychiatrie, il fait écho à une curiosité portée vers des déterminants « cachés » de nos actes, de notre être, peut-être ce qui m'a amené vers cette discipline !

Pourquoi s'être focalisé sur le fonctionnement de la porte d'entrée ?

Une constatation clinique tout d'abord : les patients que j'ai croisés au cours de mes stages hospitaliers en tant qu'interne réagissaient différemment à ce paramètre : pour certains, il semblait « naturel » d'être hospitalisé en unité fermée, alors que de mon point de vue, cela n'apparaissait pas comme une nécessité. Pour d'autres patients, en revanche, l'impossibilité de sortir était un enjeu qui envahissait toute la relation, et mes préoccupations de médecin aussi, car les imaginer dehors générait des angoisses, et j'étais bien content que les portes leur furent fermées, et bien à clé !

Lors de certaines prises en charge, le verrou me paraissait de trop, non seulement inutile, mais nuisible : je pense en particulier à un patient qui vivait son hospitalisation comme une contrainte injuste, il rejetait toute aide, qui lui paraissait de toute façon imposée... Je percevais la fermeture à clé comme un obstacle à l'alliance, m'empêchant de pouvoir lui affirmer qu'il pouvait bien venir ici comme il le voulait ... Ce patient a fugué, plusieurs fois...

Autre lieu, autre souvenir de cet enfant, ballotté de lieu de vie en lieu de vie, débarqué un matin à l'hôpital, et qui avait une propension certaine à chercher les limites de chacun. Il jouait avec la patience et l'inquiétude des soignants, lors des sorties, s'éloignant rapidement loin d'eux, refusant de rentrer quand il était temps, jusqu'à provoquer des courses poursuites en déguerpissant en courant... Sur une sortie de trop, la porte d'entrée de l'internat, traditionnellement ouverte, a été fermée à clé (et nous connaissons l'importance des traditions, en pédopsychiatrie !). Avant que chacun ne se sente à nouveau en confiance, il a fallu si je me souviens bien plusieurs mois pour que le service puisse être ré-ouvert : « À qui la faute si un enfant s'enfuit ? ».

Si facile à fermer, si dure à ouvrir, l'importance de ce phénomène d'hystérésis finissait de me convaincre de l'importance des enjeux qui se cristallisaient là.

De plus, compte tenu du principe de sectorisation de la psychiatrie, qui fait correspondre à chacun, un service hospitaliser spécifique, en tant que patient, quels que soient les troubles psychiques qui font nécessiter l'hospitalisation, on peut aussi bien se retrouver dans une unité ouverte, qu'une fermée, cela indépendamment de critères cliniques, mais au regard de son adresse de domiciliation.

Cet état de fait me paraît imposer le besoin de pouvoir justifier le choix des pratiques utilisées.

B L'institution et ses pouvoirs

À ceci s'ajoute une sensibilité personnelle à la question de l'asymétrie des pouvoirs, problématique dont je percevais de façon sourde mais puissante la résonance institutionnelle, résonance dont j'ai compris une partie des enjeux lors de la lecture du livre de M. Gauchet et G. Swain, « La pratique de l'esprit humain » ⁵¹.

Si le lien avec la fermeture à clé n'est pas si direct, il me semble important de revenir sur ces mécanismes ici, afin tout d'abord de pouvoir désamorcer l'importance, la puissance que l'on peut octroyer de façon illusoire à un paramètre institutionnel considéré uniquement comme tel, et d'autre part justifier le choix de ma démarche d'étude.

Je me suis donc aperçu que l'importance que j'accorde aux questionnements sur la légitimité

et la possible malfeasance de tel ou tel paramètre institutionnel était renforcée par une croyance profonde sur le pouvoir que l'institution peut avoir sur les individus.

Or cette croyance n'est pas nouvelle, elle fait même plusieurs chapitres de l'histoire de la psychiatrie française.

Ainsi, et au risque de simplifier grossièrement les pensées des auteurs, Gauchet et Swain décrivent la création de la psychiatrie en France, avec l'avènement du traitement moral, en plusieurs temps :

Tout d'abord, l'émergence de la croyance en la guérison possible des aliénés.

Cette pensée qui prend alors dans la société au moment où Pinel formule son traité, est nécessairement contemporaine de changement profond de l'appréhension de la personne « folle », vers son humanisation. Auparavant, le principe de base était celui de l'incurabilité : « incurabilité de principe, curabilité de fait ». Pinel, lui, affirme qu'il existe, qu'il reste une part du sujet dans son aliénation : « l'aliéné conserve, du fond de sa vacillation comme sujet, la ressource d'une différence, par laquelle il se garde et se défend contre lui-même ». Le fou n'est plus hors d'atteinte.

C'est à partir de là que peuvent se développer et se mettre en place des soins, dont l'outil principal sera l'institution « asilaire ».

Selon les auteurs, il y a alors une sorte de glissement, une confusion entre « le traitement moral » et l'outil institutionnel qui s'y rapporte, l'asile, glissement au détriment de la réflexion sur les soins et leur sens premier, au profit des règles de « bon fonctionnement » de l'institution soignante.

C'est que cet outil est le support d'autres velléités que la fonction soignante « primaire ».

Il est le support d'enjeux qui dépassent ce cadre, dont la visée serait « la volonté et la confiance dans la possibilité de faire s'exercer l'action thérapeutique tout entière par la médiation de l'institution. Comme si [...] traiter l'aliénation consistait d'abord et centralement à gouverner un peuple d'aliénés. ».

Et pour ce faire, « étendre le pouvoir médical à toute chose de l'existence collective, et cela afin de permettre de l'autre côté un pouvoir entier de l'institution sur l'âme des individus ».

C'est donc une entreprise de collectivisation du soin qui prend le pas sur celle du soin en tant que tel, « comme si, de la prise sur la subjectivité d'un aliéné singulier, on pouvait passer sans la moindre rupture à la prise simultanée sur l'âme de tous par le biais de l'organisation présidant à leur rassemblement ».

Une chimère est créée : « l'institution qui guérit ».

Le projet initialement soignant est donc transformé, en projet « d'une organisation de l'espace

collectif à même de changer l'homme de par la seule efficience de ses dispositions ».

Projet qui résonne, c'est la thèse des auteurs, avec l'évolution politique de l'époque, post révolutionnaire, et la création de l'État démocratique, État qui nécessite légitimement de disposer d'une connaissance totale de la société et de ses individus, afin de mettre en place le meilleur environnement qui soit, dans lequel les individus seraient alors pris en charge de la meilleure façon qui soit.

Un « idéal de l'organisation » est défini : « [...] croyance dans la possibilité de constituer de l'extérieur et de façon purement rationnelle-artificielle un système de places, de rôles et de rapports entre individus formant une société. »

Au passage, on peut souligner que cet idéal est soutenu non pas par une volonté que l'on pourrait qualifier de malfaisante (volonté de domination, gain en pouvoir,...), mais des valeurs de « droit, raison, vérité ».

Les auteurs pointent le passage de la loi vers la norme : norme à laquelle l'individu se conforme « sans se poser de question », du fait que la confiance en la volonté collective qui s'exprime par l'État, est cela même qui le garantit sujet.

« C'est par conformité native à ce qui définit son être au plus profond que l'homme non pas adhère, non pas se plie, non pas obéit à la loi, mais s'y coule de façon irréfléchie et la postule inconsciemment. »

Cette lecture s'applique tout à fait dans les soins alors mis en place, qui visent bien à « élaborer des stratégies de pénétration de la loi à l'intérieur de l'individu et à l'insu de celui-ci », de restructuration de sa personnalité, sans qu'il s'en rende compte, autour de cette dimension défailante et qu'on va comme par infiltration lui restituer »

Cette représentation de l'homme conduit à des visions considérées comme des utopies totalitaires, comme la développe Bentham dans « le Panoptique », selon laquelle « on parviendrait à se rendre maître de tout ce qui peut arriver à un certain nombre d'hommes, de disposer de tout ce qui les environne, de manière à opérer sur eux l'impression que l'on veut produire, de s'assurer de leurs actions, de leurs liaisons, de toutes circonstances de leur vie, en sorte que rien ne put s'échapper, ni contrarier l'effet désiré ».

Il apparaît clairement que les intentions de départ du mouvement asilaire se sont muées en leur contraire, que « la prise des hommes en masse, cela n'existe tout simplement pas »

« L'asile, en fait, on l'a dit souvent, n'a jamais guère été qu'un lieu de solitude intime, où chacun, à l'abri de la répétition quotidienne des gestes collectifs, face au vide mécanique d'une vie sans

horizon, n'avait à peu près d'autre issue que de persévérer dans ses dévorantes chimères. »

Pour autant, cette utopie « d'une société qui, par son seul ordre et ses principes de fonctionnement, ait pouvoir d'empêcher les hommes d'être fous » est-elle morte ?

Ma crainte ressentie face à « l'institution » psychiatrique semble bien dériver de ces modèles, pourtant lointains. En effet, leur mise en application a montré leur inefficacité, « l'impuissance la plus certaine à transformer les âmes », malgré cette expérience presque idéale qu'a constitué l'asile, qui a autorisé la gestion complète de la vie d'individus par d'autres.

Adhérent ou pas à la thèse de Mr Gauchet selon laquelle l'illusion du contrôle de l'individu et de ses pensées par la maîtrise de son environnement, expérience jouée de façon paradigmatique dans l'asile, s'inscrit historiquement dans la révolution démocratique, il me semble qu'on ne peut pas penser qu'aujourd'hui il ne reste plus trace de cette illusion dans nos préoccupations soignantes. En tout cas il me paraît indispensable de considérer cette position extrême, afin de pouvoir élaborer autre chose.

Ainsi, on ne peut pas penser qu'ouvrir ou fermer la porte d'un service d'hospitalisation à clé a une incidence certaine et prévisible sur l'ensemble des personnes hospitalisées.

Il s'agit dans l'approche de cette question, de ne pas surestimer la puissance de l'environnement sur le Sujet, ni par contre d'en nier tout effet, ce qui serait tout aussi aveugle.

Dès lors, évoquer ce sujet directement avec les personnes les plus directement concernés, les patients, et le faire d'une façon qui leur laisse leur individualité permet à mon avis d'éviter l'écueil de la croyance en cette toute puissance qui évacue le Sujet.

Afin d'éviter les ambiguïtés, je précise que ce travail ne se centre pas sur la question du droit d'entrée et de sortie des pavillons, ni sur les enjeux des soins sous contrainte.

Certes ces sujets sont liés, mais il s'agit ici d'aborder en premier lieu la simple question du fonctionnement très concret de la porte d'entrée des services et ses répercussions sur les patients et le soin, en partant du point de vue des patients.

Nous allons tout d'abord aborder ce qui m'apparaît être des préalables à toute réflexion sur ce sujet : essayer d'en préciser le cadre dans lequel ces pratiques existent actuellement, via un regard historique puis légal, puis nous intéresser à la réalité des pratiques actuelles.

Ensuite, nous pourrons alors présenter notre étude, sa méthode, ses résultats, qui seront analysés de façon thématique. Enfin, nous conclurons en essayant d'ouvrir quelques perspectives de travail.

II HISTORIQUE

A Préambule

Ma première interrogation concernant les lieux de soins dans lesquels j'ai travaillé, que l'on peut très simplement formuler : « Pourquoi ce système là est-il en place ? », m'a rapidement conduit à la suivante : « Comment en est-on arrivé à l'organisation actuelle des services d'hospitalisation psychiatrique ? », introduisant la dimension temporelle, historique comme outils de compréhension.

Cette vaste question peut s'aborder sous une multitude d'angles : abord des connaissances sur « la folie » : médicale, s'axant sur l'évolution de la nosographie, et/ou de la thérapeutique, de la psychologique, de la psychopathologie,..., abord des représentations sociales de l'aliénation mentale à travers les âges, via des regards anthropologiques ou ethnologiques,...

J'ai choisi l'abord historique de l'évolution des pratiques institutionnelles psychiatriques, en France.

En effet, le sujet qui nous intéresse ici me paraît particulièrement lié au rapport qu'entretient la « société » avec les aliénés, qui se réalise, devient réel dans le traitement qu'elle leur réserve ou leur offre.

Cette lecture s'accompagne de contextualisation des données thérapeutiques, juridiques, et aussi d'un regard sociologique.

Nous allons le voir très rapidement, « l'enfermement » y tient une place très importante. Pour autant, la question de l'ouverture ou fermeture à clé des services où sont accueillis les aliénés ne recouvre pas complètement, ni ne se limite à cet aspect d'enfermement, mais l'échelle « historique » le souligne fortement.

Le but n'est pas de renforcer ce phénomène, mais au contraire, de l'appréhender de façon plus consciente.

Il ne s'agit pas non plus d'occulter les autres enjeux, qui seront eux abordés dans la discussion suivant l'étude.

Je choisis de placer cette section bien avant la discussion, car cette contextualisation me paraît un préalable nécessaire à la compréhension de la problématique. Pour autant, comme toute lecture historique, elle n'est pas « neutre », et contient des éléments d'élaboration qui pourraient entrer dans la discussion.

De nombreux travaux étant disponibles (^{96, 79, 73, 48, 26}), je ne fais ici que des rappels, qui visent à dégager les collusions de représentations entre psychiatrie et enfermement, à travers le cheminement des institutions chargées de s'occuper des aliénés, et de leur statut notamment juridique, prenant pour point de départ le Moyen Âge.

B Moyen Âge

D'après ces travaux, il apparaît que plus que de souffrance, c'est des désordres sociaux dont la société se préoccupe à ce moment là.

En effet, Au Moyen Âge, « aucun lieu n'est réservé à l'accueil des fous, si ce n'est pour les furieux, enfermés dans des culs-de-basse-fosse et autres cachots aménagés dans des tours ou les murs des remparts des villes. »²⁶

Point de velléité thérapeutique à cette action, qui vise uniquement le maintien de l'ordre social.

Se sont les proches qui hors des crises, s'occupent des fols, quand ils en ont les moyens. Ceux qui n'ont pas d'entourage sont mis au ban des villes.

Un système de curateur existait, pour protéger la personne, mais aussi le protéger de commettre un délit grave ou un crime.

Pour certains ⁵², à ce moment là, c'est la différence qui structure les rapports sociaux entre individus, leur hiérarchie, les inégalités. Le fou, radicalement différent, à sa place dans ce type de rapport.

Les personnes souffrant de « troubles mentaux » ne sont pas différenciées des pauvres et indigents, et, au XIIe et XIIIe siècles, des institutions charitables les reçoivent tous, fous comme nécessaires, dans leur mission d'assistance et de charité.

Je me permets de citer largement Henri F. Ellenberger ⁵ à propos de l'évolution de la place de l'État à cette période :

C'est à la fin du Moyen Âge que commence à se poser, en des termes dont nous sommes encore redevables, la question de la protection et de la prise en charge des personnes réputées malades mentales.

[...]

Un mouvement nouveau s'amorce dans la société du XIVe siècle : la charité organisée sous l'égide de l'Église, se déplace vers une certaine forme d'assistance publique. Le pouvoir royal s'organise et s'affermir. L'administration des hôpitaux passe, peu à peu, des mains de l'Église à celle des autorités laïques municipales.

[...]

Ajoutons que la place de l'État en matière d'assistance sociale continuera de s'accroître.

À la Renaissance,, au XVIe et XVIIIe siècles, émergent de nouvelles pensées concernant la charité, avec l'officialisation de l'existence de "mauvais pauvres", mendiants punissables de mesures coercitives : enfermement, bannissement, ...

Les hôpitaux généraux (1656 pour Paris) sont alors conçus pour les enfermer. C'est le moment désigné comme point de départ du « Grand Renfermement », par M. Foucault. ⁴⁸, qui y voit un moyen de punition et d'enfermement plutôt que de protection charitable, qui maintiendrait l'exclusion, empêcherait l'intégration des populations incarcérées.

Cette lecture est critiquée, déjà sur l'importance quantitative des enfermements, mais aussi sur le fond : d'autres auteurs ⁹⁶ considèrent qu'il ne s'agit que de « l'épiphénomène de celui des mendiants valides », « déviants sociaux ou médicaux : libertins, prostituées, vénériens, galeux et autres "mal figurés" ; Marcel Gauchet dénonce sans détour ce qu'il considère être un mythe, mythe de l'exclusion, qu'il déconstruit dans la récente préface de la réédition de son premier ouvrage ⁵¹En fait, en France, seuls 5 à 10 % des insensés seraient enfermés, dans les hôpitaux généraux, tours de rempart, culs de basse-fosse.

Le nombre d'enfermement augmentera par la suite, avec l'utilisation des lettres de cachet, des maisons de forces, et des dépôts de mendicité.

Jusque-là, concernant l'enfermement, les personnes que nous considérons désormais comme souffrant d'une maladie mentale sont donc incluses dans un amalgame de populations pauvres ou déviantes. Leur confinement est jugé nécessaire pour le maintien de l'ordre public.

Pour autant, on peut y voir autre chose qu'un phénomène d'exclusion : au contraire, le commencement d'un phénomène d'inclusion dans la société. C'est la thèse de M. Gauchet : « enfermer, c'est séparer en surface, mais incorporer en profondeur ».

Parallèlement, la médecine s'intéresse aux insensés, et fait naître la possibilité d'une cure menant à la guérison. Les traitements sont mis en œuvre dans les milieux aisés essentiellement, qui peuvent payer une maison de santé privée ; seulement six établissements publics reçoivent des fous en France vers 1780.

En 1784, la circulaire du baron Breteuil, « au sujet des Lettres de Cachet & Ordres de détention » adressée aux intendants des provinces et de son département précise les durées d'incarcération notamment pour « les prisonniers dont l'esprit est aliéné », qui sont distingués de ceux « qui se sont livrés à l'excès de libertinage, de la débauche, et de la dissipation », et de ceux « qui ont commis des actes de violence, des excès, des délits ou des crimes qui intéressent l'ordre et la sûreté publique ».

Leur détention doit être maintenue « tant qu'il est reconnu que leur liberté serait ou nuisible à la

société, ou un bienfait inutile pour eux-mêmes. »

C Autour de la révolution, en porte à faux entre médecine et justice

1) Sur le seuil du soin

En 1785 paraît l'« Instruction sur la manière de gouverner les Insensés, et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés ».

Celle-ci officialise une évolution de pensée, vers une ouverture sur des possibilités thérapeutiques pour les fous. Elle souligne la charité nécessaire envers « cette classe de malheureux » alors différenciés des autres indigents, condamne les moyens qui permettent de « s'en débarrasser et s'en garantir » plus que de « les soulager et les guérir » et l'inégalité sociale concernant les traitements.

La guérison est possible, le traitement indispensable pour y parvenir.

Pour autant, l'enferment reste de mise, que ce soit concernant les fous pour lesquels il subsiste une possibilité de guérison par le traitement ou bien ceux pour lequel il s'est avéré infructueux : « le lieu où elle le place est à l'abri des tentatives qu'il pourrait faire pour s'évader ».

L'État s'affirme dans un rôle alors inédit ⁵ :

La conception de l'État et de la société subit une transformation profonde et bouleversante lors de la Révolution française et du Siècle des lumières, avec la reconnaissance de la protection sociale comme étant aussi, et à juste titre, un droit du citoyen. L'État s'est porté garant des services, mais prend également le contrôle d'une grande partie des institutions [...]. C'est ainsi que l'on assiste à une réduction progressive des domaines dans lesquels peuvent s'exercer l'esprit d'initiative et la responsabilité de la société européenne. Il se produit un changement de mentalité, fruit duquel se répand l'idée qu'il revient à l'État d'assurer et de pourvoir à la satisfaction de tous les besoins du citoyen [...].

Ainsi, selon un décret de 1790, l'administration est chargée du « soin d'obvier ou de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés ou les furieux laissés en liberté", mais les méthodes pour ce faire ne sont pas précisées.

Un autre décret de 1791 condamne d'une amende « ceux qui laisseront divaguer des insensés ou furieux ». Une « prise en charge » non précisée, est donc spécifiée par la loi, sous peine d'amende.

Séparés de la société, les lieux de traitement préconisés dans le document de 1785 séparent également les fous entre eux, selon une typologie clinique, afin de se prémunir de la « contagion nerveuse », qui « gagne même les têtes les plus saines », à savoir celle des gardiens.

L'idée de défense sociale est bien présente, non seulement concernant les comportements

imprévisibles des fous, mais aussi par rapport à leur contagiosité envers tout un chacun. Cette dernière caractéristique très signifiante de l'émergence de la possibilité de penser le fou comme autre chose qu'un Autre radical.

Ce mouvement d'intégration se développe au début du XIXe, avec les questionnements médico-légaux sur le droit des insensés (question sur l'interdiction juridique comme préalable au traitement, que soulève Cabanis), les réflexions lors de l'élaboration de la loi de 1838, et les expériences de soins tels que pratiqués et formalisés par Pinel dans son traité.

Les asiles d'aliénés, lieu du traitement moral, sont des instruments de guérison, comme le dit Esquirol, « une maison d'aliéné est un instrument de guérison ; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales »

Ainsi, l'intégration du fou, comme Autre pas totalement séparé de son humanité, se poursuit par une reconnaissance médicale.

2) La justice, la porte d'à côté

Néanmoins, l'amalgame entre prison et asile persiste, il se traduit sur le plan architectural par des constructions d'asiles selon des plans panoptiques, dont l'archétype est la Narrenturm, la tour des fous à Vienne, conçue pour les malades mentaux, sur un modèle architectural très carcéral.

En France, des questions sur la légalité de la séquestration se posent, depuis la fin de la monarchie et donc du pouvoir royal, C'est en 1810 qu'est inscrit pour la première fois dans le code pénal via l'article 64 le principe d'irresponsabilité pénale concernant les prévenus qui présenteraient des troubles mentaux : « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister ».

Ainsi, dans les conditions spécifiées, les aliénés ne relèvent plus de la justice pénale, et donc des peines réservés aux délinquants et criminels. C'est à la psychiatrie de s'en occuper.

L'ambiguïté du rôle qui lui est attribué est clairement explicitée lors de l'élaboration de la loi de 1838 :

Il est assez difficile de déterminer si les établissements d'insensés doivent être considérés plutôt comme des hospices ou comme des maisons de détention. D'un côté il s'agit de renfermer les individus qui peuvent nuire à la société ; d'un autre, il s'agit de procurer des moyens de guérison à des individus malades.

Lafond de Ladebat, Rapport du 09 septembre 1813

« Des établissements publics consacrés aux aliénés », titre premier de la loi du 30 juin 1838, tentent de répondre à ce dilemme en fournissant un cadre à l'hospitalisation : il y a séparation entre la justice et le sanitaire : le fou irresponsable est interné dans des établissements spécialisés, le délinquant responsable est lui incarcéré en prison.

Cette loi, première loi d'assistance concernant les aliénés promeut la généralisation des établissements publics spécialisés, précisant que chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés.

De plus, elle crée un cadre légal à l'hospitalisation, qui est alors uniquement celui de l'internement sans consentement du patient. « L'hospitalisation libre » n'existe pas, les deux modalités sont « placement volontaire », en fait à la demande d'un tiers, et « placement d'office ».

Une étape est donc franchie, pour certains, la maladie mentale passe d'« un danger public dont il faut se protéger » à « une infirmité qu'il est nécessaire de secourir ». (Marquis de Barthélemy) ¹⁵

Pour autant, la voie sanitaire n'abandonne pas la question de la sécurité, et la mise à l'écart reste de mise.

La justification en est d'ailleurs tout autant, sinon plus, médicale : les institutions spécialisées pour le traitement, asiles, ont intrinsèquement le but d'isoler le patient de toutes influences autres que celles voulues par le médecin.

L'enfermement est dans l'essence du soin tel qu'envisagé alors, comme rappelé dans l'introduction de ce travail.

Comme le souligne le Dr Leuret, médecin au service des aliénés de Bicêtre, en 1840 ⁷⁸ :

« Soustraire un aliéné aux châtimens que la loi inflige seulement à ceux qui ont agi en pleine liberté et avec connaissance de cause, est une œuvre bonne et juste ; mais préserver la société des accidents et des malheurs dont les aliénés l'affligent si souvent, n'est pas une œuvre moins juste, et il ne me paraît pas que l'on s'en soit, jusqu'à présent, suffisamment occupé. ».

Il soutient l'application de la loi :

« C'est donc à l'autorité, et particulièrement aux préfets, à ne pas laisser en liberté, et sans une tutelle convenablement exercée, les aliénés dangereux »

Les rapports entre psychiatrie et justice se perméabilise au XIXe siècle, avec des jugements concernant des cas limites, de « monogamie homicide », permettant de vifs débats contradictoires. De plus, l'émergence de troubles psychique chez des personnes emprisonnées met en difficulté le système alors cloisonné, entre l'institution soignante et carcérale.

La psychiatrie s'immisce alors dans le social, via l'esprit hygiéniste, et des psychiatres sont consultés pour les questions de politique de gestion des villes, sur les conseils de salubrités, quant aux risques psychiques de l'urbanisation qui s'accélère...

D À la fin du XIXe, L'utopie asilaire aux portes de la mort ?

L'expérience asilaire se poursuit, mais les résultats ne suivent pas... L'internement des aliénés est devenu une habitude. Un certain renoncement thérapeutique apparaît. Les statistiques montrent que le pourcentage des aliénés sortis guéris ou améliorés est inférieur à celui des décédés... ⁹⁶

L'échec de l'asile ouvre la voie aux critiques de cette institution.

Des essais étrangers diffusent en France, dont le « no restraint » anglais puis l'« l'open door » alors développé en Écosse. Ils pourront s'appuyer sur les bouleversements théoriques liés à la découverte de la psychanalyse.

En 1895, Marandon de Montyel médecin en chef de Ville Evrard, critique l'asile, et écrit ⁸³ :

Cette méthode d'hospitalisation basée sur l'isolement à peu près complet de l'aliéné, sur sa séparation du reste du monde et sur une discipline inflexible a eu chez nous un long retentissement qui dure toujours, du moins en partie.

Il dénonce des méthodes prétendument thérapeutiques coercitives : douche forcée, camisole, isolement, prend en exemple l'Écosse :

A l'Écosse revient l'honneur d'avoir démontré que plus de la moitié des aliénés n'avaient besoin ni de mur à leur établissement, ni de clef à la porte de leur quartier, et que plus la vie et les milieux imposés aux malades se rapprochaient de la vie et des milieux ordinaires, plus favorable était l'action exercée.

Il ne faut pas s'y tromper : bien que cette « ouverture » ait été considérable, les velléités de contrôle de l'individu malade mental n'ont pas disparues.

On peut même y voir un changement de stratégie thérapeutique, qui offre elle aussi des possibilités de répondre au besoin de disposer d'un pouvoir sur l'individu, de façon moins directe mais peut être plus efficace que l'asile.

La liberté n'est pas donnée, bien au contraire, comme l'explique le même auteur plus loin dans le texte :

Si nous supprimons les murs pour les aliénés quels qu'ils soient, et les serrures pour les tranquilles, nous ne supprimons pas la surveillance, tout au contraire; nous la voulons plus assurée et plus efficace pour remplacer ces murs et ces serrures et

réaliser cet idéal de procurer au malade la plus grande somme de liberté possible, mais de liberté surveillée et contrôlée sans qu'il s'en doute.

Il est important de bien préciser que ce qui le caractérise principalement ce mouvement pourtant qualifié d'« open door », ce n'est pas la porte ouverte au sens propre, mais la possibilité d'admission libre, qui n'existait pas pour tout le monde à l'époque, mais pour les plus riches, en pensionnat. (Charrenton, Ville Evrard).

La formulation est source de confusion, mais les propos non :

Marandon de Montyel dès 1897 ⁸²préconise que de soixante à soixante-dix pour cent des services « open door » aient leur porte ouverte.

Il dénonce que seulement 4 services sur 71 soient « open door », et précise des critères constitutifs de « l'open door » : visites libres, correspondances libres, sortie provisoire possible, visites et repas possibles...

Sa pensée semble d'une grande modernité (écrit de 1897 sus cité) :

Nous affirmons des maintenant qu'on ne doit garder personne dans une chambre, derrière des barreaux et malgré sa volonté, quand son genre de maladie ne nécessite aucune contrainte ; qu'on ne doit pas empêcher un individu, simplement par ce qu'il est fou, de sortir et de rentrer suivant son bon plaisir lorsque cela n'implique aucun danger ni pour lui, ni pour son entourage. Si l'on objecte que le médecin en chef ne peut savoir à qui se fier, nous répondrons que c'est son métier de le savoir, et qu'il ne peut s'en rendre compte que par l'essai.

[...]

Il y aura des accidents partout où il y aura des réunions d'aliénés, qu'ils se produisent au-dehors au lieu d'avoir lieu à l'intérieur, cela n'a aucune importance. C'est comme si l'on disait qu'il est très dangereux de coucher dans un lit parce qu'il meurt plus de gens au lit que partout ailleurs.

Les risques liés à la dangerosité ne sont pas éludés, sa position encourage les essais, sous la responsabilité du médecin chef.

À noter en parallèle, la création d'un statut juridique intermédiaire avec l'atténuation de responsabilité pour les « criminels anormaux mentaux non irresponsables » en 1905.

Tel que décrit par Toulouse,¹⁰⁹, ce mouvement prône un « hôpital ouvert, entièrement soustrait à toute espèce de réglementation restrictive due à la nature de la maladie, comme un hôpital général".

En 1901, il pouvait écrire : « il n'y a pas, en y réfléchissant bien, de suffisants motifs si l'aliéné n'a pas commis ou tenté de commettre un délit, à le priver de sa liberté de ce fait seul qu'il est aliéné. »

En 1921, demande est faite de création d'un service ouvert pour les malades atteints de

psychopathies légères. Le premier lieu d'accueil de malades mentaux sans formalité légale est ouvert en 1922, qui deviendra l'hôpital Henri Rousselle, à St Anne. Les admissions ne se font pas dans le cadre de la loi de 1838. il n'y a pas de contrainte administrativo-légale pour l'hospitalisation.

Pour autant, la porte d'entrée n'est pas forcément ouverte ! Comme le montrent ces citations de Toulouse :

Il y aurait pu y avoir des inconvénients à laisser s'établir un va-et-vient échappant à mon contrôle et susceptible de faciliter l'introduction dans les salles de stupéfiants, d'alcool, etc. Même, en dehors de ces conditions topographiques, j'admets que la porte ouverte ne soit pas appliquée partout. Et on ne l'applique pas dans les services ouverts de mentaux que j'ai visités à l'étranger, en Belgique. Car il y a une responsabilité spéciale du psychiatre à qui l'on confie des malades troublés, et qu'il faut surveiller au moins autant que les délirants des hôpitaux (typhiques, pneumoniques) qu'on doit parfois tenir enfermés.

[...]

Ce n'est d'ailleurs pas la porte ouverte qui fait le service ouvert.

Le cadre légal de tels services ne sera défini que bien plus tard:

en 1925, une proposition de loi visait à créer « des services départementaux d'hospitalisation libre des psychopathes curables » ¹⁵ mais c'est en 1949 que cette pratique sera reconnue via une circulaire, et en 1990 dans la loi !.

Promoteur de « l'open door » en France, le même docteur Toulouse s'intéresse par ailleurs à ce que l'on appellerait maintenant « criminologie ».

Comme le rappelle le Dr Sechter dans sa thèse ¹⁰⁵ :

Il institue par la suite les Sociétés de biotypologie et de prophylaxie criminelle en 1932, qui débattent notamment de la « prophylaxie des maladies mentales », de la « prévention du crime » et de la « défense de la race ». Toulouse explique alors que « le problème du crime est étroitement lié au problème de la folie, car l'un fait souvent le lit de l'autre », et que « les récidivistes sont des anormaux dans une proportion qui n'est pas inférieure à 80 % ». Il milite ainsi pour la multiplication de mesures prophylactiques visant à dépister les fous et les criminels avant même qu'ils ne passent à l'acte, définissant un concept de « biocratie », régime politique éclairé par les experts médicaux, qui sont alors vus comme des spécialistes de la prévention et de la guérison de tous les fléaux sociaux.

L'ambiguïté de ses positions est manifeste quand on le sait eugéniste convaincu.

Les soins psychiatriques vont s'appuyer sur les modèles prophylactiques (lutte contre la tuberculose) et hygiénistes, comme précisé par le Dr David dans sa thèse ³⁷:

La circulaire de Marc RUCART, ministre de la Santé du Front Populaire paraît le 13 octobre 1937 et affirme la nécessité d'organiser dans chaque département un service

de prophylaxie mentale comportant un dispensaire d'hygiène mentale qui offrirait des consultations externes et un service social. Elle recommande aussi la création de services ouverts, l'organisation de consultations en neuropsychiatrie de l'enfant, le développement des classes de perfectionnement et l'ouverture de services libres médico-pédagogiques. Cette circulaire sera considérée, par les hommes de la libération, comme le premier texte sur la psychiatrie de secteur.

E Après la seconde guerre mondiale, une issue de secours ?

Et puis la seconde guerre mondiale éclate.

Après l'échec du traitement moral, les réflexions sur les soins se construisent notamment avec les apports de la psychanalyse.

Les pratiques psychiatriques, qui s'élaborent, dans des lieux comme l'hôpital de Saint Alban, en Lozère, avec les Dr Tosquelles, Bonnafe, Balvet, formant « la société du Gévaudan ».

Dans le contexte très particulier de l'occupation des années 40 sont menées dans ce lieu de résistance des expérimentations nouvelles, avançant vers l'humanisation des fous auxquels on laisse une part active quant à l'organisation de leur vie et des soins.

Les rapports avec les malades changent, semblent se dégager des enjeux de contrôle tels qu'ils apparaissaient explicitement dans les discours ou dans la nature même des institutions.

Cela débouchera sur de très importants travaux théoriques et pratiques, dans un mouvement qui prendra le nom de « psychothérapie institutionnelle » en 1952, et sur un modèle organisationnel des soins psychiatriques, « le secteur », dans lequel l'hôpital n'a pas une place centrale dans les soins, il la laisse aux centres de proximité, afin d'assurer une continuité des soins .

Se construisant en opposition avec le système précédent, la « psychothérapie institutionnelle » comme le « secteur » rejette « l'internement », qualifié de « conduite primitive » par Bonnafe.³⁷ : un endroit où, loin de soigner les gens on les « chronicise », on les enferme dans leur maladie, on porte atteinte à leurs droits, à leur liberté.

C'est vingt-sept ans après l'ouverture du premier service qui accueille des patients avec leur consentement, que parait la circulaire du 1er mars 1949 qui organise le fonctionnement des services « ouverts ». Des projets d'arrêtés sont envisagés, « réglementant l'organisation des services libres dans les hôpitaux psychiatriques » ¹⁵

Les découvertes pharmacologiques contemporaines de cette période sont souvent désignés comme facteurs essentiels du mouvement institutionnel. Pour certains, cette part est à relativiser, comme le soutient le Dr Ayme, qui écrit dans les Chroniques de la psychiatrie publique. À travers

l'histoire d'un syndicat ¹⁰ :

« Si je réserve une place à part au Largactil, qui vient enrichir la palette des prescriptions médicamenteuses, ce n'est pas pour entretenir le mythe de la naissance de la psychiatrie en 1952, mais pour essayer d'indiquer le rôle qu'il a joué dans la transformation de soins. Il ne faut pas confondre les symboles avec l'histoire, ni construire des dogmes avec des mythes.

La chlorpromazine découverte par Charpentier, connue pour ses effets antiémétisants et hypotenseurs, est utilisée par Henri Laborit dans l'hibernation artificielle. Il en pressent l'utilisation possible en psychiatrie. Dans le service de Jean DELAY à Sainte-Anne, il en est fait un usage étendu et prolongé chez les psychotiques. Les premières publications paraissent en 1952 (Delay et Deniker) et vont avoir un effet incitatif. La prescription de Largactil dans l'ensemble du service fait renaître l'optimisme thérapeutique, revalorisa la fonction infirmière et s'accompagna d'un bouleversement institutionnel auquel étaient conviés infirmiers et malades : comblement des sauts-de-loups, suppression des grilles des fenêtres, transformation des cellules en ateliers, création d'un club, ouverture d'un bar, organisation de réunions.

La légende selon laquelle la transformation de la vie sociale des services commencerait seulement à partir de la mise sur le marché du premier des neuroleptiques n'est pas acceptable en ce qu'elle confère à la chimiothérapie une prééminence qu'elle n'a pas eu dans l'histoire de la psychiatrie publique. Si pour les psychiatres de ma génération, le Largactil est arrivé à point nommé pour s'inscrire dans la démarche subversive de l'appareil de soins, il est loin d'en être l'élément majeur. La création du C.T.R.S. de Ville-Evrard par Sivadon, les démarrages de la psychothérapie institutionnelle à Saint-Alban avec Tosquelles, à Fleury-les-Aubrais avec Daumezon remontent aux années 40

La lutte contre ces deux plaies du système asilaire qu'étaient le gâtisme et l'agitation fait l'objet de nombreuses publications dans l'Information Psychiatrique. Elles soulignent la place qu'occupe dans ce processus de désaliénation, les « réunions de pavillon ». La plupart des articles parus à l'époque mériteraient une republication. Il est évident que le nouveau regard porté sur la maladie mentale change la maladie mentale elle-même et son devenir. L'importance accordée à l'écoute et à l'effort de compréhension du discours du patient fonde l'efficacité psychothérapique et la réduction des symptômes.

Un repérage chiffrable est fourni par les rapports annuels qui indiquent que la réduction rapide des durées de séjour se situe avant 1952 où le seuil de sorties avant un mois était dépassé au point de ne plus guère bouger durant les vingt années suivantes.

Certains ³⁰ proposent une explication au succès de l'explication selon laquelle se sont les progrès pharmacologiques qui ont permis les changements institutionnels à l'époque : c'est qu'il s'agit d'une explication qui se base sur un lien de causalité linéaire simple, facilement compréhensible, en tout cas bien plus que l'analyse des profonds changements sociaux de l'époque. De plus, cela permet quelque part de justifier les pratiques antérieures, ne bénéficiant pas des outils « modernes » efficaces, on faisait ce qu'il était possible de faire avec les moyens du bord...

Dans les années 50 les premiers « secteurs » sont fonctionnels : le XIIIe à Paris, en Seine Maritime (L. Bonnafé), en région parisienne...

La circulaire du 15 mars 1960 officialise cette politique de santé, qui en pratique débutera dans les années 70, et mettra une vingtaine d'années à s'étendre à l'ensemble du territoire français.

Selon Mignot, qui a participé à la rédaction du texte, l'équipe de secteur est mue par « la volonté d'en finir avec les attitudes réjectives et ségrégatives qui pèsent encore sur certains malades mentaux »³⁷

Le Dr Bonnafé, s'exprime sur le secteur dans un entretien qui lui est consacré⁷⁶ :

Dans la société dans laquelle nous vivons, qui dit folie dit enfermement. C'est défini par la loi et par la pratique des psychiatres qui travaillent dans leur asile et ne connaissent que cela, c'est d'ailleurs imprimé noir sur blanc : pour sortir de l'asile, il faut être guéri. Ce côté très profondément inhumain de la psychiatrie, qui en fait une machine à exclure, entraîne la création par les pouvoirs publics de « maisons de fous ». L'idée des fondateurs du secteur, c'était au contraire de dire que, lorsque quelqu'un est menacé de perdre la tête, il a le droit d'avoir à proximité de quoi faire face à son problème. C'est une question de droits de l'homme et du citoyen. Ceci en privilégiant le travail hors les murs et ne se servant de l'hospitalisation que s'il y a une indication.

[...]

Nous affirmions que réagir à la folie uniquement et exclusivement par une stratégie d'exclusion était une absurdité, y compris sur un plan scientifique.

Dans leur thèse, les docteurs Sechter et David soulignent l'importance des conditions sociales quant à ce mouvement :

« Cette possibilité de faire vivre des malades mentaux dans la société civile et non plus à l'asile est alors liée à un profond changement de la société elle-même, dans une période d'espoir et de reconstruction après la guerre et surtout du fait de l'absence de crise économique. En effet, on peut alors d'autant plus s'interroger sur le statut des fous, des marginaux et de tous les exclus du fait que la pauvreté et la misère semblent pouvoir régresser en Europe après les drames de la guerre, et que la générosité et le partage deviennent des valeurs sociales fortes. Dans ce contexte, le peuple peut donc accepter le coût économique de la prise en charge des exclus et des malades sans se sentir lésé. On peut de plus noter que ces évolutions se présentent durant une période hostile à toute répression, notamment marquée par le mouvement libertaire de 1968. »¹⁰⁵

« Pendant ces 15 années d'après guerre, on réaffirme l'importance des droits de l'homme et du citoyen. Les colonies s'émancipent. On crée la sécurité sociale, témoin des valeurs solidaires qui animent la société française suite à la libération. Ce contexte socio-politique a permis l'émergence d'un dispositif de soins donnant droit

de cité aux malades mentaux : le secteur psychiatrique. C'est une révolution. »³⁷

Les institutions sont remises en question en profondeur, dans leurs fonctions et leurs stratégies. En opposition avec le modèle asilaire de thérapie par régulation contrainte externe, des modèles plus humanistes se mettent en place, dont l'ouverture des portes est un symbole : symbole de non coercition, de liberté laissée aux personnes hospitalisées, et surtout de la rupture avec le modèle précédent ³⁰. Le fonctionnement de l'hôpital ne doit pas isoler, soustraire les patients du fonctionnement de la société ce qui serait anti-thérapeutique en vue de leur réintégration en son sein. Des effets presque miraculeux en sont attendus par ses défenseurs, tel l'intendant général de l'hôpital de Dingleton en Angleterre, cité dans un article d'époque ⁷⁰ :

On opening the doors one is not entering an era of more difficult administration ; one is sailing from the turbulent seas of strife, suspicion and distrust into the calm waters of friendliness, confidence, and abounding hope for the future, where every single member of the staff finds it infinitely easier to perform his or her duty.

Que l'on pourrait traduire :

En ouvrant les portes, on n'entre pas dans une ère où la gestion serait plus difficile ; on navigue des eaux turbulentes des mers de luttes, suspicion, et méfiance, vers les eaux calmes de la convivialité, de la confiance, remplies d'espoir pour l'avenir, où chaque membre de l'équipe pourra exécuter ses tâches avec infiniment plus de facilité.

La porte ouverte comme symbole d'un renouveau thérapeutique rend bien confus notre appréciation encore aujourd'hui : la fermeture était associée à l'ensemble des pratiques thérapeutiques jugées alors dépassées, coercitives,, et réciproquement. Dès lors, les défenseurs de certains fonctionnements (intérêt de conserver un rythme assez régulé dans la journée, un emploi du temps structurant pour certains patients, ...), se déclarent en fait pour la « fermeture des portes »

¹⁰².

F Evolution des rapports entre psychiatrie et justice

Qu'en est il des liens entre psychiatrie et justice ?

En 1968, l'irresponsabilité pénale est conservée en cas de démence (elle datait de 1810), mais

les malades mentaux sont reconnus responsables civilement de leurs actes, par la loi du 3 janvier : « celui qui a causé un dommage à autrui alors qu'il était sous l'emprise d'un trouble mental n'en est pas moins obligé à réparation. », contenu qui ne sera pas modifié dans les lois ultérieures (article 414-3 du code civil, en vigueur).

Le clivage se perméabilise :

On assiste à l'essor des « expertises » psychiatriques, la psychiatrie prend de la place dans des missions de défense sociale généralisée, « science de la protection scientifique de la société » (Foucault)

Les bouleversements institutionnels de la psychiatrie, marquée par la réduction drastique du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet, fait progressivement apparaître aux yeux de l'expert la prison comme le seul lieu où des soins psychiatriques peuvent être prodigués dans des conditions de sécurité satisfaisantes.

On observe alors dans les expertises psychiatriques l'apparition d'une prudence, de réserves accrues envers l'irresponsabilité pénale pour troubles psychiques.

Celle-ci devient ainsi beaucoup plus exceptionnelle, et de nombreux malades mentaux sont alors incarcérés.¹⁰⁵

Ainsi, si l'évolution se fait pour une grande partie vers une humanisation des prises en charge pour les patients « communs », la frange de personnes à la frontière entre la psychiatrie et la justice n'en profite pas, laissée pour compte, et polarise une grande partie de l'attention, ce qui semble renforcer le mouvement de défense social.

La loi du 27 juin 1990 réforme celle de 1838, visant à l'adapter aux évolutions des pratiques : l'hospitalisation libre devient la règle, l'hospitalisation sous contraintes l'exception. Les modalités d'hospitalisation sous contraintes sont renommées, hospitalisation à la demande d'un tiers (H.D.T.) et hospitalisation d'office (H.O.), leurs modalités de mise en œuvre adaptée.

Le code pénal de 1992 remplace l'article 64 de 1810 par le 122-1, permettant l'irresponsabilité pénale en cas de trouble psychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes au moment des faits. En cas d'altération et non d'abolition du discernement, la personne est punissable pénalement, la peine peut alors être adaptée.

G La porte se referme ?

Selon D. Sechter, le code pénal de 1994 se montre plus sécuritaire, proposant le concept de

double dangerosité, psychiatrie et criminelle, qui conduit à un renforcement des mesures de protection.

Il fait un parallèle entre cette situation et l'évolution sociétale : crise de l'état providence, du fait du contexte économique, état qui trouverait alors sa légitimité dans l'accomplissement des missions régaliennes dont celle de sécurisation, qui serait surinvestie, visant le fameux « risque zéro ».

D'autres auteurs ⁵¹ y voient une des finalités de l'État démocratique, à qui l'on donne tout pouvoir pour gérer les affaires sociales de la façon la plus efficiente possible, se basant sur un modèle de rationalité scientifique.

Quoi qu'il en soit, la question des moyens qui visent à régler ce problème n'est pas résolue, le devoir d'humanité se confrontant à celui de protection de la société.

Question déjà posée il y a de nombreuses années au sujet de l'ensemble indistinct des aliénés, qui l'est à nouveau de nos jours sur une sous population des « malades mentaux », dit « dangereux », le risque d'extension par continuité à l'ensemble de la population atteinte de maladie mentale étant toujours là.

À noter que cela questionne autant le concept de « malade mental » que celui de « criminel », concept lui-même pas forcément correctement défini, avec notamment l'assimilation des « actes fous » criminels aux « actes de fous », assimilation qui fait questionner nos représentations du criminel, revenant à nous interroger sur notre capacité à penser l'Autre radicalement différent, incompréhensible et notre relation avec lui, en société.

H Synthèse

Que montre cette histoire ?

Initialement (tout du moins au Moyen Âge) exclus de la société humaine, les aliénés subsistaient « en dehors », à l'écart, sporadiquement enfermés en cas de trouble à l'ordre public trop important.

Puis ils furent considérés dans un amalgame avec les déviants, que la société se donne les moyens de « contenir » par l'enfermement. Cet acte, vu par certains comme le déchaînement du contrôle de la société sur certains de ses sujets, est perçu par d'autres comme une étape de l'intégration par la société de personnes qui n'étaient jusqu'alors pas considérées du tout, sinon dans leur altérité radicale.

Cet amalgame se délite, et l'aliéné s'en individualise à la fin du XVIIIe.

On envisage la possibilité évolutive de son état, notamment vers la guérison, et avec cet abord

médicalisant, on reconnaît au malade mental de facto une part de son appartenance à l'humanité. Pour autant, il reste considéré comme dangereux (avatar de l'amalgame précédent ? Peur de la contagion ?), et donc à maintenir sous clé. Mais le mouvement d'humanisation est en cours.

La problématique jamais résolue entre la nécessité humaniste de soins et la nécessité de protection de la société est alors clairement énoncée.

L'élaboration de la loi de 1838 conduit à une première tentative de réponse par la création de lieux spécifiques, qui ont la double fonction, thérapeutique d'un côté, de protection de la société par isolement de l'autre, appuyés par le discours médical de l'époque qui permet tout à fait de concilier ces deux aspects.

Mais le côté thérapeutique ne fonctionne pas, c'est un véritable échec.

D'autres options sont alors envisagées en réaction, c'est le mouvement « open door », qui se conjugue avec le développement de la criminologie préventive. Car le malade psychiatrique doit être contrôlé, il reste dangereux. Attention, il convient bien de préciser que « l'open door » ne se caractérise pas par l'ouverture des portes au sens propre, mais surtout par la possibilité de soins volontaires qui n'existait pas jusqu'alors, associés à une perméabilisation des échanges avec l'extérieur.

L'évolution qui semble révolutionnaire au niveau visible de l'institution ne l'est pas encore au niveau des représentations sous-jacentes du malade mental.

C'est avec les expérimentations thérapeutiques dans le contexte historique exceptionnel que ce mouvement d'intégration semble s'achever : les malades mentaux peuvent être traités comme de véritables êtres humains.

Sur le plan institutionnel, cela s'accompagne de la création de la psychiatrie institutionnelle et du « secteur » qui rejette de l'hospitalo-centrisme aliénant au profit de dispositifs ancrés au sein de la société.

Toutefois ces deux mouvements ne sont pas superposables, et connaissent des divergences, la psychiatrie institutionnelle se plaçant dans le « prolongement de l'utopie démocratique »⁶⁵ qui nécessite aux patients de passer un certain temps dans l'institution, ce qui ne correspond pas forcément aux idéaux du secteur et la psychiatrie communautaire. (les documents des docteurs Baillon, Delion, Oury, et bien d'autres disponibles sur le site de la clinique de La Borde¹ sont très éclairants concernant les aspects historiques et théoriques.)

Qu'en est il de la fonction de « protection de la société », de défense sociale ?

Il semble apparaître que les fous sont bien moins dangereux que ce que l'histoire de leur

¹ <http://cliniquedelaborde.pagesperso-orange.fr>

considération par la société semble vouloir l'affirmer. L'évolution du statut juridique de la folie accompagne la séparation des concepts de « fou » et « criminel », qui ne s'excluent pas l'un l'autre pour autant, d'où une frontière difficile à penser.

La problématique n'est pas dépassée, comme le montre l'évolution actuelle, vers une stigmatisation des patients, le renouveau de discours amalgamant maladie mentale et criminalité, la prise en charge par la société des situations « limites » entre psychiatrie et justice.

Dans l'édition 2003 du livre blanc de la psychiatrie, ⁴⁶, N. Horrassius souligne l'évolution de la position médicale :

Après avoir « consolé et classifié » pendant plus de cent ans les psychiatres, bénéficiant à la fin du XXème siècle de réelles possibilités thérapeutiques, n'ont plus accepté leur mission, devenue quasi policière, de garder « intra muros » les malades dangereux et de garantir leur innocence en cas de sortie.

S'agit-il là d'une constatation ou d'un souhait ? C'est peut être la position des psychiatres, mais quid de celle de la société dans laquelle ils exercent ?

I Retour à nos pas

Cette histoire permet de mettre en évidence tout d'abord l'importance historique de l'enfermement dans ce qui est devenu la prise en charge des patients souffrant de maladie mentale. Ensuite, elle pointe l'évolution des représentations concernant le malade mental. Evolution lente, irrégulière, rythmée par les situations économico-politiques du pays.

Je fais l'hypothèse que la prise en charge des personnes souffrant de maladie mentale, les moyens que la société se donne à leur égard, est un certain reflet des représentations que l'on en a et du type de relation que l'on peut établir avec elles.

Or dans cette histoire, l'aliéné naît de la même masse que le criminel, le déviant qui menace l'ordre public. La différenciation se fera progressivement, mais la ligne de démarcation entre ces deux concepts identitaires reste problématique.

Si l'on accepte de penser que cette histoire peut avoir une influence sur nos représentations présentes, force est de constater que le caractère originel de l'association « fou » à « danger pour le public » peut avoir laissé des traces.

Néanmoins, l'évolution du regard me paraît difficilement réversible : on ne peut sans amnésie ou cécité brutale voir disparaître l'humanité perçue chez autrui. Ce gain là, je ne l'imagine ne pouvoir le perdre que dans des circonstances particulières.

La vigilance reste de mise dans ce sens, la « prise en charge » concrète offerte par la société, semblant elle dépendre grandement du contexte notamment économique. L'histoire a montré que l'homme parvient à mettre de côté son humanité dans certaines conditions, mais précisément, dorénavant, une « mise de côté » est désormais nécessaire pour ce faire.

Quid des portes d'entrée de nos services hospitaliers psychiatriques actuels ?

Ce parcours montre bien que les questionnements autour de ce paramètre de soin sont historiquement inscrits :

Leur fermeture est-elle le reliquat lointain des pratiques d'exclusion ou d'enfermement moyennageuses ?

Est ce le mouvement médical de toute puissance, de contrôle des individus qui s'exprime par ce biais ?

Est ce une façon d'assumer le rôle de défense sociale dont la psychiatrie ne peut se défaire ?

Est ce lié à la situation économique actuelle ?

Est-ce que cela fait partie de nos visions thérapeutiques ?

III ASPECTS LÉGAUX

Quelles réglementations existent autour de cette pratique de fermeture ou d'ouverture de la porte d'entrée ?

Nous allons d'abord examiner les grandes chartes qui encadrent les droits fondamentaux, avant de nous intéresser aux lois qui existent actuellement en France, puis élargirons ce regard à d'autres pays.

A Grandes chartes

Les deux grandes institutions internationales nous concernant : l'ONU et le Conseil de l'Europe font référence dans leurs chartes aux conditions du respect de certains droits, dont la liberté :

1) ONU

– **La déclaration universelle des droits de l'homme** (1948) ⁹³, document fondateur de l'Organisation des Nations Unies dont font actuellement parti 193 états, dans son article 3, pointe que « Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne. »

De plus, l'article 13 précise que « Toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un État. »

– **Les Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé** (1991) ⁹⁴, de l'ONU également, stipule que selon le Principe 9.1 :

Tout patient a le droit d'être traité dans l'environnement le moins restrictif possible et selon le traitement le moins restrictif ou portant atteinte à l'intégrité du patient répondant à ses besoins de santé et à la nécessité d'assurer la sécurité physique d'autrui.

Cette traduction pourtant officielle du texte original semble un peu malheureuse dans son passage sur le respect de l'intégrité du patient, en voici la version anglaise bien plus explicite :

Every patient shall have the right to be treated in the least restrictive environment and with the least restrictive or intrusive treatment appropriate to the patient's health needs and the need to protect the physical safety of others.

et dans son Principe 15 :

« Tout patient qui n'est pas placé d'office dans un service de santé mentale a le droit

de le quitter à tout moment »

Pour autant, le droit à la liberté de mouvement n'est pas mentionnée dans ce texte comme une des libertés à préserver, contrairement aux libertés de communication, de religion et de conviction. Pour Ott ⁹⁵ ce texte marque une évolution, il souligne que « le malade est dès lors traité comme un sujet de droit, le but premier du traitement est de lui permettre de recouvrer sa liberté et non pas de rassurer la société. »

2) Conseil de l'Europe

Du côté du Conseil de l'Europe, **la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales** (1950) ³² précise, dans son article 5.1.e, que : « Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales », dans les cas spécifiés : « s'il s'agit de la détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond »

Un amendement (1963) ³³ précise, concernant la liberté de circulation que

Quiconque se trouve régulièrement sur le territoire d'un État a le droit d'y circuler librement et d'y choisir librement sa résidence.

Mais module :

L'exercice de ces droits ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles qui, prévues par la loi, constituent des mesures nécessaires, dans une société démocratique, à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au maintien de l'ordre public, à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui.

Les recommandations du Conseil de l'Europe concernant plus précisément les personnes atteintes de maladie mentale s'alignent sur celles de l'ONU en 2000 ⁶⁶: droit à l'environnement le moins restrictif, usant des moyens les moins restrictifs adaptés à l'état de santé du patient et au besoin de garantir la sécurité de chacun.

Dans une recommandation du Comité des Ministres du même Conseil de l'Europe aux États membres, relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, il est précisé (art.4) que

Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient pouvoir exercer tous leurs droits civils et politiques

et que :

toute restriction à l'exercice de ces droits devrait être conforme aux dispositions de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales et ne devrait pas être fondée sur le simple fait que la personne est atteinte d'un trouble mental.

Le principe de restriction minimale y est réaffirmé, et, concernant l'environnement et les conditions de vie (art 9), il est stipulé que :

Les établissements destinés au placement des personnes atteintes de troubles mentaux devraient assurer à chacune de ces personnes, en tenant compte de leur état de santé et des exigences liées à la sécurité d'autrui, un environnement et des conditions de vie aussi proches que possible de ceux dont bénéficient dans la société les personnes d'âge, de sexe, et de culture similaire.

À noter que dans le « Livre Blanc sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique », document de travail préalable à cette recommandation, il y était ajouté :

Le Groupe de travail a aussi estimé que dès que son état de santé le permet, le patient devrait être transféré dans une unité de soins moins restrictive.

Ceci présuppose une organisation des soins où coexistent les deux types d'unité, ce qui n'est pas la règle.

3) Conclusion

Dans ces chartes internationales apparaissent donc deux mouvements qui semblent pouvoir entrer en opposition : le respect des libertés individuelles d'une part, le maintien d'une sécurité d'autre part. Le principe de minimisation de la contrainte au strict nécessaire est prônée.

Les évolutions vont dans le sens d'une déstigmatisation des malades mentaux, en évitant de les associer à des catégories de personnes qui mettent en péril la sécurité, et en les considérant comme tout un chacun, avec les mêmes droits fondamentaux.

B Références légales et recommandations en France

1) Hospitalisation libre

Selon le code de la santé publique, en vigueur après la loi du 5 juillet 2011 :

« Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. » (L3211-2)

Parmi ces droits figure celui d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement où ils sont soignés.

La circulaire Veil de 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux ¹¹², effective sous la loi de 1990, qui n'est pas fondamentalement différente à ce sujet de celle de 2011 précise que :

Cette liberté fondamentale ne peut donc pas être remise en cause s'agissant de personnes qui ont elles-mêmes consenti à recevoir des soins psychiatriques », et qu'il convient d'adapter les règlements intérieurs aux textes en vigueur.
Il y est précisé que les malades en hospitalisation libre « ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clef. »

Ceci est rappelé par la cour des comptes dans son rapport publié en 2001, section relative à l'organisation des soins psychiatriques, ainsi que dans le Manuel de certification des établissements de santé V2010 révision 2011.

Concernant justement les règlements intérieurs, jusqu'en 2003 où il a été abrogé, le Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux précisait dans son article 22-25 :

Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans autorisation d'un membre du personnel soignant ; ils doivent être revêtus d'une tenue décente. À partir du début du service de nuit, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

Le décret qui l'abroge, n° 2003-462 du 21 mai 2003, ne mentionne rien à ce propos, et renvoie à la Charte de la personne hospitalisée, qui souligne les droits des patients, et ne fait pas mention de limitation de déplacement en dehors des cas d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie, ou des détenus hospitalisés, qui peuvent être « retenus ». ⁶

La Haute Autorité de Santé précise dans ses recommandations « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligations de soins et de sécurité » ³, que « la liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine ».

Des raisons sont évoquées pour justifier des restrictions à ce principe fondamental, notamment des « raisons sécuritaires » qui sont larges.

Je précise que ce texte n'est pas spécifique aux établissements psychiatriques :

Les limitations de la liberté d'aller et venir pour des raisons de protection de la personne contre elle-même ou autrui ne sont acceptables que si elles sont justifiées, précisées et connues (règlement intérieur et information de la personne). Elles recouvrent :

- les contraintes de la réalisation des soins : traitements ou explorations prescrits par l'équipe médicale ;
- le contrôle de la thérapeutique et les raisons d'hygiène, variables en fonction de l'état de santé du patient (sevrage, isolement septique, isolement protecteur, etc.) ;
- la protection de la personne quand ses comportements peuvent la mettre en danger (désorientation, idées de suicide, automutilations, etc.) ;
- la protection des tiers quand la personne peut les mettre en danger ;
- la protection de la vie collective, quand des interdictions portent notamment sur l'utilisation et le trafic de drogues ou d'alcool par exemple ;
- la sécurité des lieux telle qu'elle est établie par les commissions de sécurité départementales

Il y est souligné :

Toute restriction d'aller et venir n'est envisageable que si son bénéfice l'emporte sur les risques éventuels induits par le maintien de cette liberté. Toute décision de confinement doit faire l'objet d'un protocole précis, être motivée, portée au dossier de la personne, écrite sur un registre consultable par les autorités de contrôle et faire l'objet d'une information rapide à l'entourage.

Et plus spécifiquement sur la fermeture :

Le jury n'est pas favorable aux lieux fermés, il préconise leur ouverture sur l'extérieur.

Les dispositifs et les contrôles d'accès électroniques doivent être considérés comme un pis-aller.

La liberté de sortie doit pouvoir s'exercer sans autre contrôle que d'avoir à signaler son départ et son heure prévue de retour, en dehors du respect du règlement intérieur.

La réponse à la déambulation et au risque de sortie inopinée doit être de préférence :

- humaine (maintenir le contact à tout prix avec la personne, accompagner son déplacement, trouver un sens à son déplacement) ;
- organisationnelle (présence humaine à la porte de l'établissement susceptible de réagir rapidement et de manière adaptée) ;
- et architecturale (recherche de la meilleure réponse en matière de qualité des espaces et de qualité de travail et d'accueil : maîtrise des déplacements des personnes âgées désorientées, des visiteurs, des personnes accueillies et des professionnels ; limitation des accès à une zone contrôlée), ce qui suppose un encadrement et une formation suffisante des professionnels au contact des personnes vulnérables.

Il s'agit bien de recommandations qui ne sont pas opposables...

2) Hospitalisation sans consentement

Le cadre des hospitalisations sans consentement régit par **la loi du 5 juillet 2011** (S.P.D.T. : soin psychiatrique à la demande d'un tiers, et S.P.D.R.E :soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État), dont je ne précise pas les modalités ici, permet de contraindre des personnes à « faire l'objet de soins psychiatriques » (L3211-1).

Il est précisé dans l'article L3211-3 que :

« les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée. »

La circulaire Veil de 1993, précise que :

Si le placement d'un patient au sein d'une unité fermée peut se révéler indispensable dans certaines circonstances, ces circonstances doivent être exactement appréciées et la durée du placement limitée à ce qui est médicalement justifié. Ainsi l'hébergement d'un malade dans une unité fermée doit-il répondre à une indication posée par un médecin et non pas relever d'une simple commodité du service ; il doit pouvoir être remis en cause à tout moment en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

Selon ce texte, il existe donc des indications médicales spécifiques d'hospitalisation en milieu fermé, indications qui ne sont pas les mêmes que celles de l'hospitalisation sous contrainte. Elles ne sont pas précisées.

Cette circulaire relative à la loi de 1990 qui régissait les hospitalisations en psychiatrie, n'a pas d'équivalent actualisé pour la loi de 2011.

Une décision du conseil constitutionnel du 20 avril 2012 faisant suite à une Question Prioritaire de Constitutionnalité, rappelle que :

[...] l'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux doit respecter le principe, résultant de l'article 66 de la Constitution, selon lequel la liberté individuelle ne saurait être entravée par une rigueur qui ne soit nécessaire.

a. S.P.D.T.

Une des conditions requises pour une admission sous contrainte, à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (L3212), est que l'état mental de la personne « impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète ».

Les modalités de soins ne sont pas spécifiés, en particulier, il n'est aucunement fait mention de

nécessité d'enfermement, ni d'unité fermée.

La circulaire Veil de 1993 précise que l'habilitation d'un établissement à pouvoir recevoir des personnes hospitalisées sous contrainte implique qu'il « présente des caractéristiques architecturales et comporte une organisation des services et du personnel qui garantissent une surveillance vigilante des malades hospitalisés d'office ou à la demande d'un tiers. »

Les moyens à mettre en œuvre pour imposer une « surveillance médicale constante » ne sont pas plus précisés, il n'est nulle part fait mention de la fermeture à clé des portes.

Mais que signifie « surveillance constante » ou « vigilante » ?

Elle ne peut signifier qu'un médecin ou qu'un membre de l'équipe soignante assure une présence continue auprès du patient, ni puisse avoir un regard continu 24 heures sur 24 sur lui. Même à l'intérieur d'une unité d'hospitalisation, la surveillance ne saurait être « totale », et il existe des moments où le patient n'est pas sous l'œil vigilant du soignant.

Selon Ott ⁹⁵, cela imposerait plutôt la possibilité d'intervention de l'équipe à tout moment en cas de besoin, d'où la nécessité de présence de soignants à proximité du patient, et les problèmes relatifs aux sorties du bâtiment d'hospitalisation, et à fortiori de l'établissement.

Seules les sorties d'établissement sont réglementées, ce de longue date (1857 ⁸⁴), et l'évolution dès leur encadrement juridique, source de débats, (³⁸) n'est pas le propos ici.

b. S.D.R.E.

Concernant les Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État, la nécessité de « surveillance constante » n'apparaît pas dans la loi actuellement en vigueur.

c. Détenus

Pour les personnes détenues atteintes de troubles mentaux, la condition de nécessiter des soins assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier est posée (L3214-3).

Est évoquée la possibilité d'une hospitalisation « au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée » sans que ces aménagements ne soient précisés, ou au sein d'une unité pour malade difficile », pour lesquelles la fermeture des portes n'est pas définie (L3214-1, et arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles).

À noter que contrairement aux hospitalisations pour raison somatique, il n'est pas prévu par la loi de système de garde par la gendarmerie ou la police en cas d'hospitalisation en hôpital psychiatrique, dont la fonction sécuritaire est donc supposée acquise.

3) Au total

Nous voyons donc que les textes législatifs, s'ils peuvent imposer des soins psychiatriques avec « une surveillance constante », dont la définition est sujette à interprétation, ne précisent pas les moyens employés pour ce, et à aucun endroit il n'est mention de fermeture à clé des portes du service, ce quel que soit la modalité d'hospitalisation.

Autrement dit ; la fermeture à clé de la porte d'entrée d'un service n'est pas une obligation légale, même pour les établissements habilités à recevoir des patients sous mesure de soins contraints.

Les récentes recommandations de l'H.A.S. qui elles ne sont pas des lois opposables, vont dans un sens de défense des libertés des patients, et de limitations de l'utilisation de la fermeture des portes.

La question de la fermeture à clé des services hospitalisation en psychiatrie est éludée dans la loi : d'un coté, les grandes chartes préconisent la maximisation des libertés, « tant que possible », de l'autre, il y a obligation de surveillance constante, notion peu précise et dont les moyens ne sont pas définis.

La circulaire d'application Veil de 1993 est elle très claire et sans ambiguïté, mais semble avoir eu bien peu d'effets en pratique.

Comme le souligne Ott ⁹⁵: « Ainsi, la règle de droit est la liberté d'aller et venir, et, hormis les restrictions prévues par la loi, rien ne justifie que le patient soit retenu dans un service fermé. Les services ouverts ou fermés ne sont qu'une question de pratique. »

C Jurisprudence

Une autre façon d'aborder ce thème d'un point de vue juridique est l'étude de la jurisprudence en ce domaine, concernant cette notion de « surveillance constante » : l'ouverture ou la fermeture des portes est elle reconnue comme un critère de surveillance aux yeux de la justice ?

Abordant les craintes des professionnels concernant une judiciarisation de cette problématique, l'HAS souligne dans ses recommandations déjà citées (2004 ³) l'intérêt d'une telle démarche :

Les professionnels craignant d'engager leur responsabilité placent les personnes vulnérables dans un milieu surveillé ou dans un cadre d'assistance, plus souvent subi qu'accepté, qui aboutit à les priver de la liberté d'aller et venir.

Sans nier cette crainte ressentie, cette affirmation ne peut être prise comme une

évidence par les spécialistes des questions de responsabilité.

Face à cette crainte des divers professionnels d'une judiciarisation croissante des rapports avec les usagers et leurs familles, il serait utile de pouvoir réfléchir à partir de données scientifiques et statistiques et non pas à partir d'impressions ou de fantasmes sur les conséquences de la prise de risque.

Une enquête devrait permettre de déterminer l'importance quantitative des accidents liés à la prise de risque, des demandes d'indemnisation civile et des poursuites pénales. C'est à partir d'une telle analyse qu'on pourrait mettre en balance la crainte de la judiciarisation et les méfaits des restrictions de liberté imposées en son nom à un grand nombre d'usagers.

Ma recherche se borne aux données issues de la base de données du Conseil d'État et de la Juridiction Administrative « ArianeWeb » ³⁴, avec pour mot clé « surveillance psychiatrique », mots clés associés ou non entre eux, recherche menée en octobre 2011.

Un tableau plus détaillé des jugements trouvés est disponible dans les annexes.

Une recherche équivalente a été lancée sur une base de données de jurisprudence judiciaire ⁷, qui n'a pas donné de résultats concernant notre thème.

1) Cas de fugue

Le jugement porte sur l'existence ou non d'une faute engageant la responsabilité de l'hôpital dans douze cas de « fugues » qui ont conduit à des dommages matériels ou des blessures, voire au décès de la personne hospitalisée ou d'un tiers.

Un cas concerne une tentative de fugue avec blessure : en neurologie, le patient est tombé alors qu'il tentait de s'échapper de la chambre de sécurité, après avoir descendu un carreau de la fenêtre. La faute n'est pas retenue, du fait des mesures particulières prises (traitement médicamenteux, surveillance, chambre spécifique.) Le fait que l'établissement ne soit pas spécialisé dans la prise en charge de malades mentaux est souligné.

Sept cas concernent des sorties suivies de décès de la personne hospitalisée.

Sur ces 7 cas, dans 5 cas l'hôpital est jugé fautif, et sur ces 5 cas, 3 fois pour défaut de surveillance adaptée 2 fois, car l'hôpital n'a pas déclaré la fugue.

Dans les 2 cas sur 7 pour lesquels la faute n'a pas été retenue, il a été jugé que la nécessité de surveillance n'était pas indiquée avant les faits.

Trois cas concernent des fugues suivies de dommages matériels.

La responsabilité de l'hôpital est engagée dans les trois :

deux fois, pour défaut de surveillance, une fois pour défaut de déclaration.

Un cas concerne une fugue suivie d'un meurtre.

La faute est retenue pour défaut de surveillance.

Sur les 6 cas dans lesquels un défaut de surveillance est constitué, les moyens de surveillance mis en œuvre ne sont pas toujours précisés.

La faute peut être retenue par exemple lorsque la fugue a été réalisée après avoir cassé une fenêtre et franchi un mur d'enceinte, ou bien après avoir menacé les infirmiers avec un couteau, brisé une fenêtre, et passé une clôture...

À fortiori, l'ouverture ou fermeture à clé de la porte d'entrée n'est pas précisée, et il n'en est pas tenue compte dans ces jugements.

2) Cas de dommages à l'intérieur du service

Douze autres cas ont été trouvés :

Deux cas concernent des blessures suite à une agression :

Dans 1 cas maintenant daté, l'agression a eu lieu dans une cour contenant 130 patients surveillés par 2 infirmières, la faute est retenue pour défaut de surveillance liée à une mauvaise organisation

Dans l'autre cas, la surveillance constante n'était pas indiquée au préalable, donc pas de faute retenue.

Quatre cas concernent des blessures suite à des tentatives de suicide :

Dans 1 cas sur les 4 la faute est retenue.

Le défaut d'organisation du service de médecine dans lequel le patient aux antécédents psychiatriques s'est blessé lors d'une défenestration est pointé.

Dans les 3 autres cas, il n'y a pas de faute retenue, soit parce que la surveillance n'était pas requise, soit que les moyens disponibles dans des services non spécialisés aient été mis en œuvre.

Six cas concernent des suicides :

Dans 2 cas sur 6, la faute est retenue. Dans un cas la patiente a été laissée dans une salle d'attente avec une infirmière et s'est défenestrée, il a été jugé que la surveillance était insuffisante, la pièce insuffisamment aménagée. Dans l'autre (pendaison avec son pyjama, dans les toilettes), la surveillance est également jugée insuffisante, et le fait de lui avoir laissé les moyens de se donner la mort (ceinture de pyjama) est souligné.

Dans les 4 autres cas, la faute n'est pas retenue, car la surveillance constante n'était pas indiquée dans 3 des cas, et dans le dernier, elle l'était et les moyens de surveillance suffisants ont été utilisés, car il existait des contre-indications médicales à en mettre davantage.

Dans 4 cas sur 12, la faute a été retenue, le défaut d'aménagement du service est pointé, mais il ne s'agit pas de l'ouverture ou de la fermeture des portes.

A contrario, dans les dix autres cas, soit la surveillance n'était pas indiquée, soit les moyens mis en œuvre (principalement dans des services non spécialisés) ont été jugés suffisants. Là encore, il n'est pas fait mention de la fermeture à clé de la porte.

3) Au total, sur la jurisprudence

Ces quelques données soulignent qu'en règle générale en psychiatrie, la qualité et la quantité des moyens mis en œuvre pour se garantir d'un accident qui pourrait être lié à un défaut de surveillance sont peu considérés : si la « surveillance constante » était jugée nécessaire, ils font défaut, et la faute est retenue.

Dans les cas où la faute n'a pas été retenue, c'est que la surveillance n'était pas indiquée. Dans seulement 2 cas sur 12, la faute n'a pas été retenue alors que la surveillance était indiquée, et la fermeture ou l'ouverture des portes n'a joué aucun rôle.

La notion de service ouvert ou fermé n'apparaît donc pas dans cette jurisprudence.

De plus, concernant les cas de fugues, on peut noter que la légitimité des moyens mis en œuvre n'est pas questionnée dans l'autre sens : il n'apparaît pas dans les jugements de pondération qui tiendraient compte de la proportionnalité des moyens mis en œuvre par rapport aux risques encourus.

Le raisonnement semble d'une remarquable clarté : si une personne qui nécessite une surveillance constante parvient à y échapper, c'est qu'il y a faute, quelle que soit l'organisation du service.

Au regard de cette jurisprudence, la fermeture des portes ne protège donc pas d'une mise en responsabilité.

Il n'y a pas de signe d'une évolution temporelle de cette jurisprudence.

D À l'étranger : cadre réglementaire

L'analyse des textes généraux qui régissent les pratiques en santé mentale de quelques pays étrangers peut nous permettre d'élargir notre champ de vision.

Les données sont issues des textes originaux qui encadrent les pratiques, listés pour la plupart dans le livre de Mc Sherry ⁸⁰.

Pour les États fédéraux, soit une charte fédérale existe, soit la législation de certains états

seulement a été examinée, ceux dont la législation a été simplement accessible.

Le détail des textes étudiés est disponible en annexe.

Il convient de préciser que ces textes encadrent dans les grandes lignes les pratiques, et que je n'ai pu, vue l'ampleur de la tâche aller plus dans le détail, tant au niveau réglementaire (recherche d'équivalent de décret d'application, de circulaires,...) que dans la réalité des pratiques de terrain.

Au total, les textes de réglementation de 22 pays ont été étudiés : Allemagne (1 État : Rhénanie du Nord-Westphalie), Afrique du Sud, Australie (5 États), Autriche, Belgique, Canada (4 États), Danemark, Écosse, Espagne, Finlande, Grèce, Italie, Irlande, Japon, Nouvelle-Zélande, Pays bas, Norvège, Portugal, Royaume-Uni, Suisse, Suède, USA (2 États : New York et Floride).

1) Protection des libertés

Il apparaît que la protection de la liberté est défendue explicitement dans la majorité des pays. L'Italie n'est pas comptabilisée, car la fameuse loi 180 n'en fait pas mention, mais le contexte est très spécifique vue l'importance de la dé-institutionnalisation de ce pays, cf ²⁸ et ¹⁶ pour plus de précisions.

Elle est modulée par la possibilité d'utilisation de mesures restrictives, selon le principe de « restriction minimale », « pas plus que nécessaire », « mesures proportionnées » à visée thérapeutique, ou de protection de la personne ou des autres, ou encore de compatibilité avec la vie en commun.

Dans tous les cas, les mesures de privation de libertés doivent être prévues par la loi.

2) Notion de fermeture à clé

Il est très rarement fait mention de la fermeture à clé des services d'hospitalisation comme moyen spécifique (de soin, de protection, ...) : cela apparaît explicitement dans les textes de 4 pays sur les 22 étudiés avec dans 2 cas, Suisse et Norvège, mention de l'existence « d'unités fermées », dans 1 cas, Danemark, mention « de petites unités dont la porte peut être verrouillée », et dans un seul cas, l'Angleterre, le détail des conditions de fermeture de la porte à clé des unités ouvertes. la fermeture à clé des unités ouvertes est réglementée dans le Mental Health Act Code of Practice ⁸. Il y est tout d'abord spécifié que les soignants doivent être en nombre suffisant afin d'éviter la nécessité du recours à cette pratique.

Une infirmière responsable peut décider de fermer la porte d'entrée de l'unité afin de protéger les patients ou d'autres personnes du comportement d'un patient ou d'un groupe de patients, que leur

hospitalisation soit volontaire ou non.

Elle doit alors :

- informer l'équipe du motif de son action, de sa durée, et afficher un panneau à l'entrée de l'unité.
- informer le ou les patients dont le comportement ont conduit à cette action des raisons de cette fermeture.
- informer tous les autres patients de leur droit à quitter l'unité à la demande, et s'assurer pour ce de la disponibilité du personnel.
- informer son supérieur hiérarchique des actions prises.
- en informer le responsable médical.
- garder un recueil écrit de ces actions et de leur motif.

Lors du changement de tours, les raisons de la fermeture sont transmises et rediscutées avec l'équipe suivante. Au bout de trois tours consécutifs (sans compter les nuits), le responsable de l'unité doit en être informé.

Il est précisé que cette procédure est à utiliser quand le risque de blessures suite à des égarements est important, et que chaque patient doit avoir des soins personnalisés.

Ces recommandations concernent bien la possible fermeture à clé d'unités ouvertes, mais mis à part le cas des détenus, il n'est pas particulièrement fait mention de l'existence des unités fermées. Un article est spécifiquement dédié aux détenus qui nécessitent des soins, qui doivent être réalisés en unité fermée à clé ou sécurisée

En dehors de ces pays, point de référence à la fermeture ou l'ouverture des services.

À noter qu'un article comparant les pratiques concernant les hospitalisations contraintes dans divers pays européens ¹⁰³ pointe à un moment que « la Finlande est le seul État membre à garder les personnes en soins contraints dans des unités fermées à clé », mais cela n'est pas retrouvé dans les textes officiels ni dans l'analyse faite dans ce même article par le médecin référant pour la Finlande, le Dr. Kaltiala-Heino.

3) Un « traitement spécial ? »

On pourrait considérer que la fermeture des portes est à inclure dans les moyens de « restrictions de liberté de mouvement », mais cette expression recouvre également l'isolement (seclusion), les méthodes de contention (physical restraint), mais aussi tout autre « moyens coercitifs », et semble plus désigner des moyens de restriction de mouvements « corporels », et non

d'allers et venues.

On pourrait également penser que la fermeture des portes apparaîtrait comme « moyen thérapeutique spécial », car certaines pratiques thérapeutiques, qui questionnent plus que les autres les questions de respect des droits et du patient sont soumises à des réglementations particulières qui sont spécifiées (électro-convulsivo-thérapie, castration chimique, psycho-chirurgie...).

Elle n'y apparaît que dans la législation danoise, en ce qui concerne le cas très spécifique des personnes souffrant de démence, permettant l'utilisation de verrous spécifiques.

Il est donc très clair que dans l'extrême majorité des pays, la fermeture à clé n'est pas considérée au niveau légal comme un moyen thérapeutique.

Nous verrons plus tard, que cela peut néanmoins être envisagé en pratique.

Quand la privation de liberté de mouvement n'est pas précisée explicitement, c'est peut être les termes employés pour désigner l'hospitalisation qui pourraient justifier la fermeture à clé.

Ainsi les patients peuvent être « détenus », peuvent être « placés » ou « retenus »...

E Conclusion

On voit donc que la France ne fait pas exception par rapport à d'autres pays : la question de la fermeture ou de l'ouverture des unités ne fait pas l'objet d'une réglementation spécifique.

Si un tout petit nombre de pays fait référence explicitement à l'existence d'unité fermée, seul le code anglais précise un cadre d'utilisation de la fermeture des unités ouvertes, à visée de protection.

L'aspect thérapeutique de l'ouverture ou de la fermeture n'est pas considéré.

La défense des libertés est de mise « en règle générale », et ses limites possibles sont envisagées mais ne sont pas indiquées de façon précise en ce qui concerne le point qui nous intéresse.

IV ÉTAT DES PRATIQUES

A Expériences d'interne

Nous avons vu qu'au fil de l'histoire que l'accueil hospitalier des aliénés a grandement évolué, dans ses fondements, ses objectifs, ses logiques intimes,...

Qu'en est-il en pratique, en ce qui concerne l'ouverture ou la fermeture des portes d'entrée de l'unité d'hospitalisation ?

Mon expérience d'interne est limitée aux stages réalisés, principalement dans les départements du Pays de la Loire.

J'ai ainsi travaillé dans mon tout premier stage dans une unité fermée à clef tout le temps. Selon l'évaluation clinique à leur arrivée, nous décidions avec le patient s'il était souhaitable ou non qu'il puisse sortir de l'unité. Si nous convenions que non, alors la sortie du bâtiment lui était refusée s'il la demandait aux infirmiers. Ceci était réévalué à chaque entretien.

Dans mon deuxième stage, la porte d'entrée était ouverte toute la journée. Pour autant, de la même façon, nous décidions avec le patient dès son arrivée de ses « droits » de sortie, qui étaient là aussi réévalués régulièrement. Les patients avec lesquels nous décidions que la sortie à l'extérieur de l'unité n'était pas souhaitable devaient donc rester au sein du pavillon. S'ils sortaient et que l'on s'en rendait compte, cela était repris avec eux.

Par la suite, je suis allé dans un service qui avait deux sous-unités : une ouverte toute la journée, une fermée en continu. Les patients étaient hospitalisés dans l'une ou dans l'autre selon leur état clinique. Je travaillais dans l'unité ouverte, où là encore, nous décidions avec le patient de ce que nous pensions raisonnable en termes d'allers venues en dehors du service.

D'autres unités dans lesquelles je n'ai pas travaillé disposent d'une sous-unité fermée, et d'une ouverte mais qui peut être fermée si besoin, selon une évaluation de l'état clinique des patients qui a lieu tous les matins.

Un autre service, spécialisé dans la prise en charge d'adolescents, a sa porte d'entrée principale ouverte dans un sens de passage uniquement, et fermée dans l'autre : il est possible d'en sortir librement, mais pas d'y rentrer.

Il existe également des services ouverts, avec au sein même de l'unité ouverte une « petite unité »

sécurisée de quelques lits, qu'il est possible d'isoler du reste de l'unité par une porte fermée à clé, selon les besoins.

On peut imaginer bien d'autres dispositifs...

Sont-ils référencés ? Est-il possible de savoir quelles sont les pratiques en cours aujourd'hui ?

A-t-on une idée des tendances de leur évolution récente ?

Nous allons essayer de faire le point sur les données actuellement disponibles en France tout d'abord, puis tenterons d'élargir à d'autres pays.

Il s'agit bien de données concernant la porte d'entrée de l'unité d'hospitalisation, à ne pas confondre avec l'éventuelle entrée de l'hôpital tout entier s'il s'agit d'un bâtiment unique, ni de l'entrée de l'enceinte de l'hôpital.

B En France

Bien peu de données sont disponibles à ce sujet qui permettraient de connaître les usages en cours, leur évolution dans le temps...

1) Répartition des types d'unités.

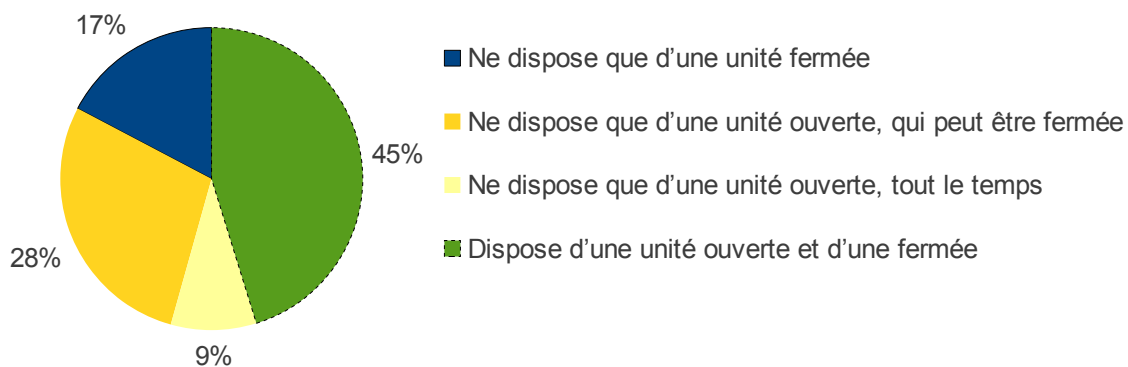
Un article des docteurs Alezrah et Bobillo ² publié en 2004 affirme qu'« après un large mouvement d'ouverture de nos services, amorcé il y a près de 30 ans, il semble qu'on assiste à un retour aux « portes fermées ». Ce point de vue semble partagé par d'autres auteurs. ¹⁴

Afin de recueillir des données à ce sujet, ils ont envoyé un questionnaire vers 835 services psychiatriques. Seuls 189 réponses ont été traitées, soit moins de 23 %, et ces chiffres sont donc à prendre avec mesure.

Les données permettent d'établir le diagramme suivant :

Répartition des types d'unités, par service

Source : Alezrah et Bobillo 2003
(dans les 23% de réponses)



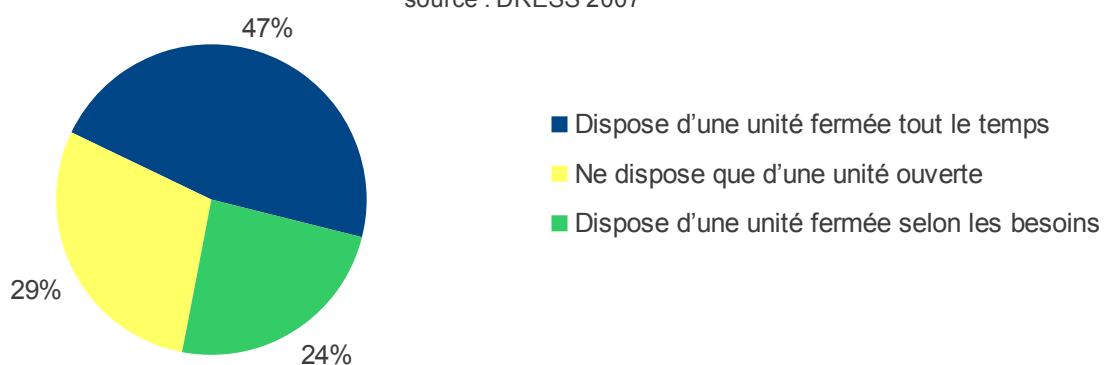
À noter que dans plus de la moitié des services qui disposent d'une unité fermée et d'une unité ouverte, les unités ouvertes peuvent être fermées.

Le recueil d'étude statistique de la DRESS publié en 2007 ⁴⁹ se base sur les chiffres des rapports d'activités fournis par les secteurs.

Les résultats ne sont pas incompatibles avec ceux précédemment cités, la proportion de services qui disposent d'une unité ouverte est moindre, et logiquement il y a plus d'unités fermées en regard :

Type d'unité disponibles dans les secteurs

source : DRESS 2007



On ne peut dire si les différences relevées proviennent d'une évolution des pratiques ou de biais statistiques vu la différence de recueil de données.

Autre source d'informations : les données des rapports d'activités de la psychiatrie (RAPSYP) ⁴⁵, qui vise à recueillir des données détaillées sur l'offre et l'organisation des prises en

charge en santé mentale, sont disponibles brutes.

Malheureusement, l'ouverture ou la fermeture des portes n'y est pas directement recueillie.

Par contre, des questions sont posées visant à savoir si les patients hospitalisés sous mesure de contrainte le sont en milieu ouvert ou fermé, « toujours, souvent, parfois, ou jamais ».

Le taux de réponse à ces questions est d'un peu moins de 50 %.

Il apparaît que dans 15 % des services ayant répondu, les personnes hospitalisées en H.D.T. comme en H.O.² le sont toujours en milieu ouvert.

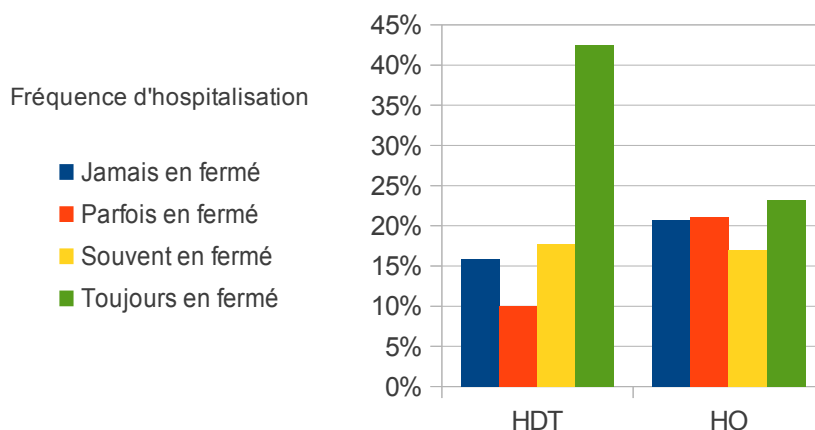
On peut donc penser que ces services sont donc tout le temps ouverts et ne ferment jamais, ce résultat est bien supérieur aux 9 % de l'étude d'Alezra et Bobillot.

2) Répartition des patients selon le mode d'hospitalisation

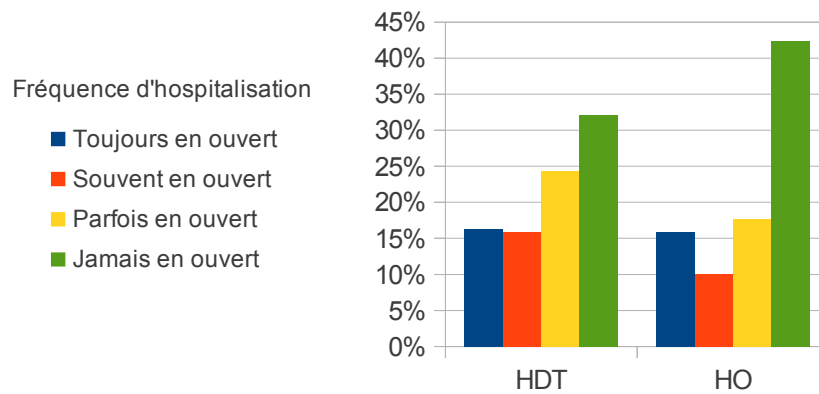
Nous avons vu que la loi impose une « surveillance constante » pour les personnes hospitalisées à la demande d'un tiers. Si elle n'évoque pas la fermeture à clef, on peut tout de même se demander si, en pratique, il y aurait un lien entre le mode d'hospitalisation (sous contrainte ou non) et le type d'unité (ouverte, fermée, ...).

L'exploitation des mêmes données RAPSY, les seules que j'ai trouvé, donne des résultats difficilement exploitables pour notre sujet vue la façon dont est conçu le questionnaire : il est demandé la fréquence d'hospitalisation d'une part en unité fermée, d'autre part en unité ouverte, des patients hospitalisés en H.D.T. et en H.O.

Type d'unité selon le mode d'hospitalisation



2 Hospitalisation à la Demande d'un Tiers et Hospitalisation d'Office, modes d'hospitalisation sans le consentement du patient, selon la loi de juin 1990 abrogée par celle de juillet 2011.



Source : DRESS, RAPSYP 2008, données administratives. Exploitation : D.Reyboz

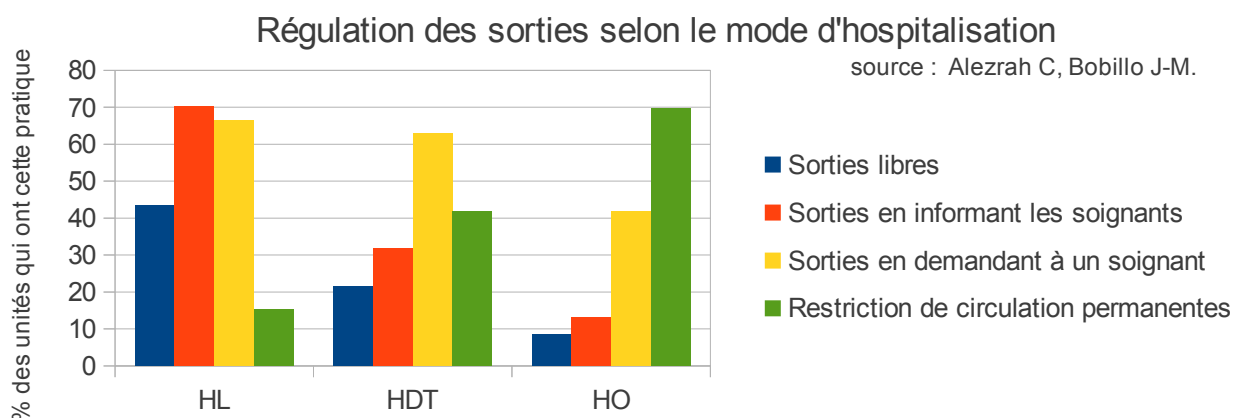
On observe que les personnes en H.D.T. et H.O. sont globalement moins souvent hospitalisées en unité ouverte, et plus souvent hospitalisées en unité fermée, que cela semble plus marqué pour les personnes en H.O. plutôt qu'en H.D.T., mais la cohérence entre les deux questions posées n'est pas bonne :

pour les personnes en H.O. par exemple, 42 % ne seraient jamais hospitalisées en milieu ouvert d'une part, et pourtant 23 % le seraient toujours en fermé, ce qui est contradictoire.

3) Régulation des mouvements d'entrée-sortie

Au delà de l'ouverture ou la fermeture à clé de la porte de l'unité, il importe de préciser la façon dont sont effectivement régulées les allers et venues entre l'intérieur et l'extérieur des unités. En effet, le fait que la porte soit fermée à clé ne signifie pas forcément que toute sortie est impossible, mais qu'il faut passer par un tiers détenteur de la clé pour sortir. De même, dans les unités où la porte est ouverte, tout passage du seuil n'est pas forcément autorisé...

Les chiffres recueillis par Alezrah et Bobillo donnent (toujours sur les 20 % de réponses) :



On remarque l'important pourcentage de la régulation pour les patients en hospitalisation libre.

En pratique, cela correspond à la contractualisation qui est faite du droit de sortie.

De fait, en unité fermée, les trois catégories « sorties libres », « sorties en informant les soignants », et « sorties en demandant à un soignant » se confondent.

Selon ces données, l'usage de restriction de circulation permanente pour des patients hospitalisés en HL, tout comme la possibilité de sorties libres pour des patients en H.O. existe.

Ces résultats ne sont pas confirmés lorsque la question est posée différemment dans la même étude : les réponses concernant les modalités de restriction de circulation donne 0 % de restriction de circulation permanente pour les personnes en H.L., et inversement pour les patients sous contrainte des restrictions de circulation sont toujours mises en place.

Des chiffres de la DRESS (étude HID 1998) repris dans une étude ⁹⁵ montrent que 24 % des personnes reçues dans des établissements de soins psychiatriques, tout mode d'hospitalisation et type d'unités confondus n'ont pas le droit de sortir.

Je n'ai pas trouvé d'autre données permettant davantage de précision dans cette description. À ce jour, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté n'a pas émis de recommandation à ce sujet.

4) Au total :

En France, il apparaît donc bien difficile de préciser l'état des lieux de l'ouverture ou fermeture des services d'hospitalisation psychiatriques : les données sont incomplètes, et on ne peut pas faire de lecture évolutive dans le temps.

Les services qui disposent d'une unité fermée semblent majoritaires. Les auteurs notent une tendance à la fermeture après une période d'ouverture, mais cela n'est pas documenté. Les rappels historiques sur l'évolution des prises en charges des personnes souffrant de maladie mentale peuvent être éclairants à ce sujet.

Les personnes hospitalisées sous contrainte le seraient plutôt plus en unité fermée.

Le mode de gestion des allers et venues est également faiblement documenté, mais le peu de données existantes semblent montrer l'importance de la régulation, quel que soit le type d'hospitalisation :

il est de pratique courante de contractualiser avec le patient les allers et venues, et il est tout à fait

possible que des personnes en hospitalisation libre voient leur sortie refusée, en unité ouverte comme en unité fermée.

C À l'étranger

Qu'en est-il dans les autres pays ? La situation est-elle comparable à la France ? Existe-t-il des données permettant d'évaluer les pratiques ?

La comparaison n'est pas simple, car il faudrait tenir compte de la culture soignante prévalente, de l'organisation « pratique » du système de soin (existence de différents types d'unités, par exemple « de crise »), ...

Les cadres législatifs sont abordés dans la section qui leur est consacrée.

En Angleterre, plusieurs auteurs ^{67 21} notent un mouvement récent de fermeture à clé des unités d'hospitalisation, après une période où le mouvement « open door » s'était répandu, dans les années cinquante.

Des chiffres émanant d'une institution officielle, la « Mental Health Act Commission » sont disponibles montrant cette évolution : en octobre 2004, 57 % des unités visitées par cette commission étaient fermées à clé, contre 73 % début 2006.

Mais la comparaison directe avec la France est peu pertinente, du fait d'une organisation sanitaire différente, par exemple avec le développement des P.I.C.U. (Psychiatric Intensive Care Units), unités de plus haute sécurité, établies à partir des années 70, pour les patients dont la tenue en unité ouverte est jugée difficile ³⁶, type d'unité qui n'est pas autant répandu en France, et dont en pratique, l'organisation et l'évaluation n'est pas simple.

Au Canada, en 1956, il est décrit que le fonctionnement des unités en mode ouvert est l'objectif final. Cette année là, 10 % des patients étaient hospitalisés en unité ouvertes. En 1959, ce chiffre était porté à 40 %. En 1975, un tiers des unités étaient fermées à clé tout le temps. ⁶⁸ Je n'ai pas trouvé de données plus récentes... L'absence de données officielles à ce sujet était soulignée il y a déjà plusieurs dizaines d'années, renvoyant au faible intérêt porté, ou à la complexité du sujet¹¹³.

En Suède, Haglung ⁵⁷ souligne que les pratiques varient considérablement d'un pays à l'autre, et a réalisé une étude en 2007 en envoyant un questionnaire qui a obtenu 80 % de réponses, qui montre que 73 % des unités étaient fermées en 2003 le jour de l'enquête, 66 % se disaient fermées la majorité du temps.

19 % des unités ouvertes accueillait des patients sous contrainte, et 19 % des unités fermées

accueillaient des patients volontaires.

Une distinction est faite selon le type d'unité, qui montre que les unités pour enfants et adolescents sont moins fermées (35 %), que celles pour les personnes âgées (87 %), et la prise en charge des addictions (86 %).

Enfin, des disparités sont remarquées selon les divisions géographiques, avec une part plus élevée d'unités fermées autour des trois plus grosses villes de Suède : Stockholm, Malmö et Gothenburg.

Une étude Danoise ⁶¹ porte sur les mesures de privation de liberté non régulées par la loi, et montre que celles-ci sont communes parmi tous les patients hospitalisés, quel que soit leur mode d'hospitalisation.

Ainsi, sur 520 admissions en hospitalisation, 80 % le sont librement, et parmi celles-ci, 15 % des patients ont été détenus contre leur volonté, de façon non prévue par la loi.

Sur l'ensemble des admissions, 44 % ont eu une privation de liberté non régulée par la loi. (interdiction de sortir, limitation des sorties, période d'observation sans statut officiel).

Une étude menée dans cinq pays Européens, Autriche, Hongrie, Roumanie, Slovaquie, Slovénie ¹⁰¹ a relevé des données en 1996 et 1999.

La variabilité des pratiques est grande là encore.

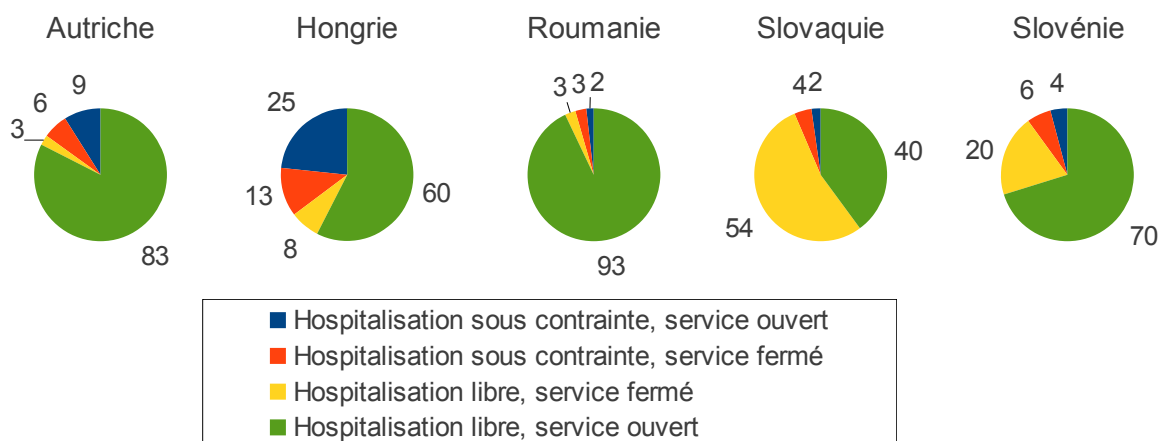
Les patients hospitalisés sous contrainte ne sont pas forcément traités en unité fermée, et en Autriche et Hongrie, plus de la moitié reçoit des soins en unité ouverte.

En Slovaquie la majorité des patients sont en unités fermées, unités qui abritent très majoritairement des patients en hospitalisation libre.

En Slovénie, il y a également plus de personnes en hospitalisation libre que contrainte dans des unités fermées, même si la majorité des patients volontaires est en milieu ouvert.

En Roumanie, l'extrême majorité des patients est hospitalisée en unité ouverte.

Pourcentage d'hospitalisation selon le mode d'admission et le type d'unité, en 1999



Entre 1996 et 1999, une diminution du nombre d'unités fermée est notée en Autriche et en Roumanie, pas en Slovaquie.

D Au total

Au niveau Européen, il existe donc quelques données sur les pratiques en cours, données difficilement comparables tout d'abord du fait de leur recueil très peu uniforme, qui dépend de l'intérêt porté à cette question par d'éventuels auteurs, mais aussi de la qualité du recueil de données : en France, le paramètre porte ouverte / porte fermée n'est pas comptabilisé par les organismes de statistiques officiels, en Angleterre par exemple, un organisme officiel est chargé de faire très régulièrement un état des lieux.

Quand résultats il y a, c'est l'hétérogénéité des pratiques qui domine.

E Limitations

Il me paraît très important de souligner que les résultats trouvés et montrés ici sont ceux publiés ou référencés dans des articles de revues disponibles dans le catalogue universitaire dont j'ai disposé, en langue française ou anglaise.

On peut s'étonner de l'absence de données trouvées à ce sujet dans d'autre pays européens ou outre Atlantique. La langue de publication est une limitation importante.

On peut penser également que des données existent, mais ne sont pas publiées dans les revues ni citées dans les articles dits « scientifiques » disponibles, mais dans des bases de données plus administratives, dont l'accès est moins évident dans le cadre de cette recherche.

De plus, le caractère fédéral de certains pays (États Unis d'Amérique, Allemagne), complexifie les recherches, car l'organisation sanitaire n'est pas identique dans chacun des états, et le recueil de données n'est pas forcément réalisé ni centralisé par une institution nationale.

V MÉTHODE

A Choix de la méthode

L'objectif de cette recherche est de prendre connaissance et de mieux comprendre les enjeux liés à la l'ouverture ou la fermeture à clé des unités d'hospitalisation psychiatriques, en partant du regard de personnes ayant été hospitalisées, complété par celui de leur entourage, en tenant compte du lieu d'hospitalisation et de certaines de ses conditions.

Des pistes de réflexions seront ainsi dégagées, qu'il sera possible de mettre en perspective par rapport à d'autres recherches menées principalement en Europe.

Afin d'appréhender les points de vue dans leur globalité, leur complexité, la méthode qualitative paraît la plus appropriée.

En France, il existe peu de publications à ce sujet, et ce type d'étude utilisé classiquement en sociologie permet de découvrir, et de mieux connaître les mécanismes de l'opinion, qui s'échafaudent de façon complexe et parfois contradictoire sur un tel sujet.

De plus, aller à la rencontre de personnes ayant vécu une hospitalisation, leur donner l'occasion de s'exprimer relativement librement sur leur expérience, pouvoir en témoigner, m'apparaissait essentiel.

Comme le précise L. Bonnafé ³¹ :

Les solutions bâties dans un dialogue ouvert avec les représentants les plus directs et les plus responsables des usagers sont les conditions fondamentales de la désaliénation de l'appareil de protection de la santé mentale. [...] La participation directe de ces personnes au fonctionnement de l'appareil est la garantie contre la régression des institutions désaliénistes en condition aliénée.

La méthode est donc celle d'une enquête qualitative exploratoire, réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés. La diversité des points de vue est recherchée.

Soucieux des enjeux éthiques de ma démarche, celle-ci a fait l'objet d'une validation par le Conseil d'Évaluation Éthique pour les Recherches en Santé, que je remercie pour l'attention qu'ils ont porté à ma démarche et la qualité des recommandations données.

Le protocole tel que validé, est disponible dans les annexes.

B Le corpus

1) Taille

Dans une étude qualitative, le critère utilisé pour la détermination du nombre d'entretiens est celui de la saturation théorique, c'est-à-dire quand la collecte de nouvelles données ne sert plus à améliorer la compréhension du phénomène étudié.

En pratique, cette enquête étant à visée exploratoire et compte tenu des limites techniques (moyen et temps nécessaire au recrutement et à la réalisation), le nombre de patients a été volontairement limité.

Initialement, nous avons choisi de réaliser en tout une vingtaine d'entretiens avec des patients, à quoi pouvait s'ajouter les entretiens de l'entourage désigné par les patients, ainsi que les entretiens des médecins responsables de l'organisation des services d'hospitalisation.

2) Composition

a. Patients :

Afin de maximiser la variété des points de vue, les patients ont été recrutés dans trois secteurs de psychiatrie adultes dans lesquels j'ai travaillé comme interne en psychiatrie, dont les différences dans leur organisation a contribué à l'émergence du questionnement qui nous intéresse dans ce travail : un dont la porte d'entrée est fermée à clé, un dont elle est ouverte la journée, un qui dispose de deux sous-unités, une ouverte, une fermée à clé :

– Unité d'hospitalisation du secteur 85G02, « le Hameau », pôle sud est vendéen, dont le chef de pôle est le Dr Garret.

Cette unité a pour particularité d'être principalement non fermée à clé durant la journée

– Unité d'hospitalisation du secteur 44G06, « Minéo », dont le chef de pôle est le Dr Guillorel.

Cette unité est fermée à clé en continu.

– Unité d'hospitalisation du secteur 44G02, dont le chef de pôle est le Dr Martineau.

Elle comporte deux sous unités distinctes : une unité ouverte la journée, « Maupassant » et une autre fermée à clé en continu, « Gaudi ».

Il paraissait judicieux en première intention d'inclure dans cette enquête un nombre similaire

de personnes pour chaque unité d'hospitalisation, afin de maximiser la variété des situations. Ces patients seraient sortis d'hospitalisation, depuis au moins une semaine et au plus deux mois.

En effet, il était préférable de recueillir le point de vue des patients après leur hospitalisation afin de minimiser les biais liés aux éventuelles pressions ressenties ou à des enjeux de loyauté envers la structure hospitalière.

Le délai générique choisi (plus d'une semaine, moins de deux mois) est généralement celui dans lequel se situe le prochain rendez-vous de consultation extra hospitalière, après une reprise de contact avec le milieu extérieur, et avant que les souvenirs de l'expérience hospitalière ne se troublent trop.

Ainsi, on a estimé à priori que la personne serait disponible psychologiquement pour répondre à un questionnement de ce type.

Selon les personnes et leur expérience de l'hospitalisation, le délai maximal a pu être rallongé. (notamment en cas de personnes souffrant d'une affection ayant nécessité plusieurs hospitalisations et qui sont relativement familières avec le système de soin).

Pour ce faire, avec l'accord des médecins responsables de ces unités, les secrétaires des services hospitaliers ont établi une liste de patients hospitalisés dans ces délais.

Cette liste a ensuite été soumise aux médecins référant de chaque patient, afin de s'assurer de la non malfaisance d'une telle intervention, concernant leur intégrité psychique d'une part, la qualité du lien thérapeutique avec le système de soin d'autre part. Certains patients y figurant ont donc été écartés.

Ensuite, les secrétaires mobilisées ont envoyé un courrier type à chacun des patients à l'en-tête du service, mais pas du médecin référant, qui les informait de la possibilité d'un contact téléphonique au sujet de ce projet de recherche, et de leur droit de ne pas y participer.

Je les ai ensuite appelé afin de les informer davantage, et de leur proposer l'envoi d'une lettre d'information qui précise ma démarche.

S'ils l'acceptaient, je les recontactais environ une semaine plus tard, pour recueillir leur décision de participation ou non, et convenir des modalités pratiques de l'entretien le cas échéant.

Un formulaire de consentement a été rédigé à leur destination.

b. Entourage :

Proposition a été faite aux patients qui ont accepté de participer à la recherche de demander à quelqu'un de leur entourage de participer à un entretien du même type que le leur, afin de recueillir

leur point de vue.

L'acceptation de cette proposition n'a pas été retenue comme un critère nécessaire à la participation à l'étude, c'est-à-dire que les patients pouvaient refuser et participer néanmoins à la recherche, ceci afin de ne pas créer un biais de sélection évident en n'interrogeant que ceux qui acceptaient de mêler un de leur proche à cette démarche, ce qui n'est pas neutre sur le plan relationnel et donc psychologique.

c. Médecins :

Les médecins responsables des unités d'hospitalisation, en l'occurrence chefs de pôle de chacun des trois secteurs concernés, ont été interviewés afin de recueillir des éléments concernant l'organisation du service, et ses déterminants.

C Les entretiens :

Ils ont été réalisés entre juillet et septembre 2012.

Le choix du lieu d'entretien est discuté avec les personnes concernées (patients, entourage, médecins), selon les possibilités existantes : domicile personnel, bureau hospitalier, Centre de Consultation Médico-Psychologique, ou tout autre lieu permettant une discussion confidentielle.

Ils ont été enregistrés par un magnétophone afin d'être transcrits puis analysés. Les transcriptions sont en annexe, anonymisées par modification des noms, des dates, des lieux. La suppression de certains passages jugés trop personnels et n'ayant pas de rapport direct avec l'objet de la recherche est signalée par la typographie : « [...] ».

1) Guides d'entretien

Les entretiens sont semi-directifs, donc réalisés à partir d'une grille d'entretien qui dresse la liste des sujets à aborder, elle-même inspirée des travaux de I. Bowers ²¹ qui est en annexe. Au cours de l'entretien, l'ordre des questions s'adapte au discours de chacun pour préserver la spontanéité et la fluidité de la discussion et la façon dont elles sont formulées doit éviter d'orienter les réponses. L'émergence d'autres thèmes que ceux présents est bienvenue.

Les thèmes abordés sont les suivants :

éléments démographiques, connaissance du statut de la porte, sentiment propre sur

l'ouverture/la fermeture, effets possibles sur le groupe de patient, sur les visiteurs, sur les soignants.

2) Méthode d'analyse des résultats

L'analyse du discours a consisté à sélectionner et à extraire les données obtenues. C'est l'approche de la théorie fondée sur les faits. Une analyse du contenu des entretiens a été réalisée, sur un mode transversal, c'est-à-dire thème après thème. Cette analyse thématique a donné lieu au travail de rédaction.

3) Biais

Ils seront abordés dans la discussion

VI PRÉSENTATION DES UNITÉS

Les patients interviewés ont donc été dernièrement hospitalisés dans trois unités différentes. Nous allons ici décrire brièvement leur fonctionnement concernant les entrées/sorties, le nombre de soignants y travaillant, et tenterons de résumer le point de vue du chef de pôle correspondant, interviewé sur la question de l'ouverture/la fermeture ; la transcription écrite de chaque entretien étant disponible en annexe.

A « Le Hameau »

Il s'agit du pavillon d'admission du secteur Sud-Est de l'hôpital G. Mazurelle de La Roche-sur-Yon, qui est « ouvert ». Le chef de pôle en est le Dr Garret.

Un autre pavillon fait parti du dispositif hospitalier de ce secteur, qui n'a pas fonction de pavillon d'admission, mais de « re-socialisation », pour les prises en charges hospitalières au plus long cours.

L'hôpital G. Mazurelle, situé en périphérie de La Roche-sur-Yon est un hôpital psychiatrique construit suite à la loi de 1838, ouvert en 1853 aux patients.

De nombreux « pavillons » et bâtiments le composent, et il est à noter que les espaces verts y font l'objet d'une attention toute particulière.

1) *Fonctionnement*

Le pavillon a sa porte d'entrée ouverte de 9 heures le matin à 18 heures en hiver, 19 en été. Des consignes peuvent être définies avec chaque patient pour définir leur droit d'entrée et sortie, lors des entretiens médicaux. Ainsi, tous n'ont pas la possibilité de sortir à leur convenance sans prévenir qui que se soit, s'ils respectent le contrat de soin.

La fermeture est possible en cas de risque d'errance de personne démente par exemple.

Elle dispose d'un patio commun avec l'autre unité, et d'un jardin qui lui est propre.

L'unité comporte 23 lits et une chambre d'isolement (ou chambre de soin intensif) qui peut être fermée à clef, et qui n'est pas comptabilisée dans la capacité d'accueil : son usage est censé être réservé aux personnes qui la nécessitent ponctuellement mais qui disposent déjà d'un lit hôtelier « classique », parmi les 23.

Dans la pratique, cela n'est pas toujours le cas, et 24 patients peuvent être hospitalisés.

Les effectifs soignants en 2012 sont de 14 « équivalents temps plein », avec des effectifs minimaux de 3 infirmiers matin et après midi.

La nuit, les effectifs sont comptabilisés de façon globale avec l'autre pavillon : 8,4 ETP pour 42 lits.

Le ratio est donc, si tous les lits sont occupés et tous les soignants présents, de 0,57 soignant par patient le jour et 0,2 la nuit.

2) Histoire

Les bâtiments ont été construits dans les années 70, les deux unités étaient alors fermées.

Au milieu des années 80, la décision est prise lors de l'arrivée du Dr Garret en tant que chef de service de modifier profondément le fonctionnement du service, qui paraissait alors peu satisfaisant en termes de soins, usant de pratiques jugées à l'époque dépassées, dont certaines sont considérées aujourd'hui comme inhumaines.

Une unité dont les portes étaient ouvertes était alors « à la pointe » des soins.

Le directeur de l'hôpital, présenté comme humaniste, soutenait les démarches allant dans ce sens.

Mis à part la destruction d'une pièce jugée indigne, il n'y a pas eu de modification architecturale, mais interversion des fonctions des unités, pour marquer la rupture.

Le secrétariat a été placé près des sorties, disposant d'un regard sur la porte, pour d'autres raisons d'ordre pratique : diminuer les temps de transit de dossier.

Les infirmiers ont dû s'adapter, non sans effort, aux nouvelles conditions de travail que cela impliquait, l'ouverture de la porte n'étant pas le seul changement : introduction d'un système de référence infirmière, système selon lequel à un patient sont associés des « infirmiers référents », dont le nombre permet qu'il y en ait toujours un de présent sur la journée, qui sont détenteurs d'information, médiateur, porte parole du patient, changement des roulements...

3) Vision du chef de pôle

Pour le Dr Garret, l'ouverture des portes est un des moyens qui vise à obtenir un certain climat relationnel favorable aux soins : diminution des enjeux de contrôle, sentiment de confiance, contacts plus spontanés et simples, amélioration de la satisfaction des patients, qui permet une alliance thérapeutique meilleure, et globalement de dégager des espaces relationnels thérapeutiques. De plus, selon lui, la fermeture occasionne des pertes de temps au niveau infirmiers, qui doivent

prendre le rôle de portiers.

Cela s'accompagne d'une stratégie d'entrées et sorties d'hospitalisation plus souple, dans laquelle le patient conserve un pouvoir décisionnel important quant à l'hospitalisation, qu'il peut rompre. Ceci est susceptible d'être payant sur du long terme : faire en sorte que l'hôpital soit un lieu de ressource choisi par le patient ; elle est éprouvante sur du court terme.

Il dit ne pas ressentir de pression « externe » (légale ou autre) concernant ce mode de fonctionnement, c'est sa responsabilité morale propre qui est engagée.

B « Minéo »

Il s'agit de l'unique unité d'hospitalisation du secteur 44G06, à l'hôpital G. Daumazon, sur la commune de Bouguenais, proche de Nantes. Le chef de pôle en est le Dr Guillorel.

Cet hôpital est tout neuf : il a été ouvert aux patients en mars 2012. Il est le successeur de l'hôpital de Montbert, datant des années soixante-dix, qui était situé dans une zone rurale, plus éloignée de Nantes.

L'impact du déménagement, très récent, sur le fonctionnement du service et donc sur le ressenti des patients ne peut être quantifié, mais il paraît raisonnable de le considérer.

Le bâtiment unique, installé dans un quartier pavillonnaire, est entouré d'une pelouse.

1) Fonctionnement

Le pavillon est fermé à clé en continu. Les patients qui souhaitent sortir de l'unité demandent au personnel soignant disponible de leur ouvrir, qui le fait si cela respecte les consignes établies avec chaque patient lors des entretiens médicaux.

L'unité comporte 24 lits, dont deux chambres de soins intensifs, qui peuvent être fermées à clef, et ne sont pas comptabilisées dans les 24 lits « hôteliers ».

Elle dispose d'un patio central.

Les effectifs soignants sont de 16,6 « équivalents temps plein » le jour, avec des effectifs minimums de 4 soignants.

La nuit, 7,8 « équivalents temps plein » travaillent, avec des effectifs minimums de 3 soignants.

Le ratio est donc, si tous les lits sont occupés et tous les soignants présents de 0,69 soignant

par patient le jour, 0,33 la nuit.

2) Histoire

Le service a depuis sa création toujours été fermé ; initialement situé sur la commune de Montbert, il comportait deux unités fermées, réorganisées en une seule en 1996, afin de répartir les moyens différemment en privilégiant les structures extra hospitalières, s'inscrivant ainsi dans la logique de secteur.

L'hôpital a déménagé en 2012, dans un nouveau bâtiment construit sur la commune de Bouguenais. Le projet de service a été conservé, avec le fonctionnement portes fermées de l'unique unité d'hospitalisation.

3) Vision du chef de pôle

Pour le Dr Guillorel, la fermeture du pavillon n'est pas un paramètre majeur des soins offerts aux patients, les principaux résident ailleurs.

En effet, malgré la fermeture, les patients peuvent sortir librement si cela est défini comme tel, et il n'y a pas eu de retour particulier des patients concernant le fait de devoir demander aux soignants.

Par ailleurs, elle souligne qu'il est difficile d'accueillir des patients sous contrainte dans un service dont les portes sont ouvertes, quand l'architecture n'a pas été pensée pour.

Cela impliquerait une perte dans le temps de travail des infirmiers, qui devraient prendre un rôle de surveillance de l'entrée.

La fermeture permet en outre une meilleure confidentialité.

Elle considère que le risque de « fugue déterminées » n'est pas accru dans un service ouvert, mais les sorties sans autorisation, plus opportunistes, le seraient.

Enfin, elle souligne l'importance de la responsabilité du médecin par rapport à la protection des patients, pas tant sur le plan légal, mais moral.

De façon très résumé, la fermeture des portes à clef a été principalement investie dans une logique soignante de protection des patients du risque de sortie ou d'intrusions.

Le principal de la dimension soignante est ailleurs, dans la relation aux personnes, la disponibilité, les soins...

C Sous-unités « Maupassant » et « Gaudi »

Il s'agit des deux sous-unités d'hospitalisation du secteur 2 de Loire Atlantique, sur l'hôpital

St Jacques, à Nantes.

Le service de psychiatrie 2 est composé de 2 sous unités, situés au premier étage d'un des bâtiments nommé « P. Janet ».

L'hôpital Saint Jacques, situé dans Nantes, édifié au début du 19^e siècle, prendra la fonction d'hôpital en 1842.

Sur les bords de Loire, l'ensemble des bâtiments qui le composent est entouré d'un mur d'enceinte, au delà duquel se trouve la ville.

1) Fonctionnement

Deux sous-unités séparées coexistent :

L'unité « Maupassant » est ouverte la journée, de huit heures trente à vingt heures ; elle comporte 30 lits.

L'unité « Gaudi », est fermée à clef en continu, elle comporte 15 lits, avec 2 chambres d'isolement.

Le choix du lieu d'hospitalisation se fait selon des critères avant tout clinique : unité fermée si risque suicidaire, d'errance, risque d'agressivité, ou risque de non adhésion aux soins.

Cela prime sur le mode d'hospitalisation.

Ils y restent en général toute la durée de l'hospitalisation.

Les équipes soignantes et médicales sont différentes.

De la même façon que dans les unités précédemment décrites, les patients peuvent ou non sortir, selon des consignes définies avec eux lors des entretiens médicaux.

Dans l'unité ouverte « Maupassant », 14,2 « équivalents temps pleins » travaillent de jour, et 2,4 de nuit.

Dans l'unité « Gaudi », 13,2 « équivalent temps pleins » de jour, 4,6 la nuit.

Les ratios sont donc, si tous les lits sont occupés et tous les soignants présents de :

pour « Maupassant » : 0,47 soignant par patient le jour, 0,08 la nuit.

Pour « Gaudi » : 0,88 soignant par patient le jour, 0,31 la nuit.

2) Histoire

Sur l'hôpital St Jacques, les services étaient initialement fermés, c'est au début des années 1980, profitant d'une reconstruction, que des unités ouvertes ont été envisagées, coexistantes avec

des fermées, en rapport avec l'évolution des soins, et des patients hospitalisés : diminution relative de la part des personnes souffrants de psychoses lourdes, hausse du nombre de personnes atteintes de troubles dépressifs, plus exigeantes sur l'environnement de soins.

3) Vision du chef de pôle

Le Dr Martineau évoque l'utilisation qui peut être faite des services d'hospitalisation, notamment dans le rapport à la contrainte et au consentement. Il questionne l'éthique des soins, son rapport aux patients, qui s'adapte selon les situations, s'étayant sur la psychopathologie et les effets thérapeutiques attendus.

Il souligne les contradictions internes qui peuvent s'établir entre la préservation des libertés du patient, la construction de l'alliance thérapeutique, les contraintes administratives et légales.

Il dit ressentir une pression d'ordre légale, avec l'augmentation du nombre de plaintes reçues par l'établissement qui se traduit par des mesures de protection médico-légales (respect de consignes, traces écrites, ...), et le devoir de protection qui peut être poussé parfois jusqu'à l'absurde.

Mais il précise qu'au final, c'est sa conscience personnelle qui prime.

D Au total

Le paramètre porte fermée / porte ouverte est investi très différemment selon les médecins interrogés, la vision des soins qu'ils ont, leur approche plus ou moins institutionnelle, les moyens mis à disposition, et l'histoire du service.

Il apparaît assez clairement que l'ouverture du pavillon « le Hameau » s'est opérée dans un contexte spécifique où il est apparu nécessaire de changer radicalement les pratiques de soins.

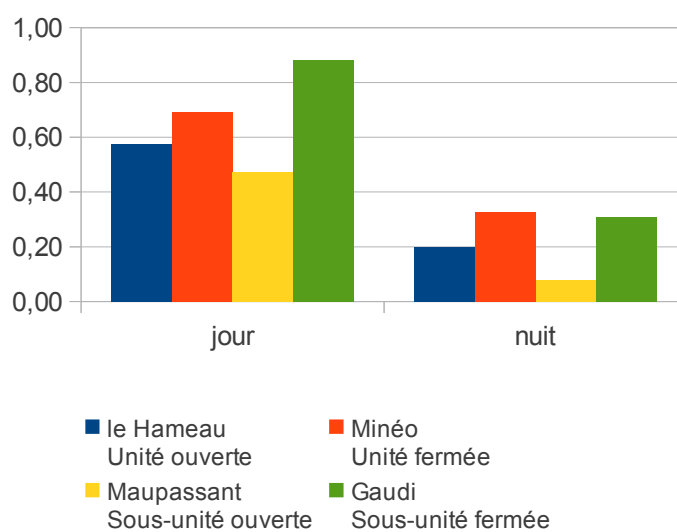
Cela n'a pas été le cas dans les autres unités, dont l'activité s'est poursuivie dans une certaine continuité.

Concernant les effectifs soignant, il apparaît que les unités fermées disposent de plus de soignants par patient que les ouvertes. :

Nombre de soignant par patient, effectifs pleins.

	le Hameau	Minéo	Maupassant	Gaudi
jour	0,57	0,69	0,47	0,88
nuît	0,20	0,33	0,08	0,31

Effectifs soignants : ratio soignant par patient



Mais la comparaison directe des unités à service unique avec le service de psychiatrie 2 n'est pas pertinente, vu que la répartition clinique des patients n'est pas homogène entre la sous unité ouverte et la sous unité fermée.

VII RÉSULTATS

A Patients

L'intégralité des entretiens transcrits, est disponible en annexe.

1) *Résumés*

Voici des versions très résumées, dont le but est de permettre de saisir les points principaux énoncés par chacune des personnes interrogées.

Nous commençons par les patients hospitalisés au Hameau, service ouvert dans le CHS

G. Mazurelle à la Roche sur Yon :

Mr α., 50 ans, a été hospitalisé en hospitalisation libre, dans le cadre de soins pour une problématique alcoolique

Il a connu d'autres hospitalisations en milieu fermé auparavant.

Son discours est très loueur des bénéfices trouvés dans le fonctionnement de ce service. Il le compare à des expériences précédentes en unité fermée, où le sentiment dominant est l'abandon dans un milieu quasi carcéral.

Ainsi, il pointe tous les avantages qu'il perçoit, en termes de sentiment de liberté, respect, dignité, de la relation aux soignants, ...

Il vante les qualités de l'espace, de la possibilité de s'aérer,...

Il pointe que cela peut être problématique en cas de perte de contrôle du patient, mais ne pense pas que la fermeture soit une solution.

Il souligne alors l'importance de l'organisation architecturale du service et de ses alentours.

Globalement, il est donc très satisfait du service ouvert, mais pas simplement du fait de la non fermeture des portes : l'architecture du service, les espaces auxquels les patients ont accès lui paraissent fondamentaux.

Par ailleurs, il insiste sur le vécu très douloureux en chambre de soin intensif (ou d'isolement), contentonné.

Mr β., 58 ans, a été hospitalisé de nombreuses fois depuis de nombreuses années, dans le cadre selon lui d'une problématique liée à l'alcool, et d'angoisses profondes.

Il a déjà été hospitalisé dans des services fermés, et également sous contrainte.

Son opinion concernant le service ouvert est mixte : une partie de lui trouve la démarche soignante qui est derrière intéressante et valorisante, une autre partie de lui exprime des difficultés à ne se sentir pas assez guidé, voire à se sentir abandonné.

Ce qui est particulièrement marquant dans son discours est l'importance de son médecin, qu'il connaît depuis de nombreuses années, et la lecture qu'il fait de son « style » de soin.

Car pour ce patient, l'ouverture du pavillon est un des éléments d'une vision des

soins beaucoup plus vaste, et qu'il perçoit avec une grande finesse, sans y adhérer pour autant complètement, en sentant les avantages et les limites, tout comme il perçoit les inconvénients des services fermés. Il prône le respect des différentes pratiques.

Mr γ, la cinquantaine, a été hospitalisé de nombreuses fois, parfois sous contrainte, pour selon lui « anxiété ». Il n'a pas connu d'autre service d'hospitalisation.

Ce qui est très remarquable, c'est qu'il considère le service dans lequel il a été hospitalisé, pourtant normalement ouvert la majorité du temps, comme fermé. En effet, selon lui, la porte est fermée et les sorties contrôlées quand nécessaire. Son discours se veut très pragmatique et rationnel : on doit fermer les portes parce qu'il y a besoin de protéger les patients, d'eux même et pour autrui. Les restrictions de liberté ne le gênent pas du tout, car il dit comprendre leur but. Pour lui, au delà de la protection, cela ne change pas grand-chose d'autre. Il insiste par ailleurs sur le difficile vécu en chambre d'isolement, sur la stigmatisation médiatique des patients souffrant de maladie mentale, sans l'associer avec l'ouverture ou la fermeture des portes. Enfin, il souligne l'importance du travail, et donc de structures de travail adaptées type ESAT pour les personnes qui en relèvent.

Mr δ, trente ans, a été hospitalisé plusieurs fois dans des hôpitaux différents, en unités fermées, sous contrainte, avant de se trouver hospitalisé pour la première fois dans une unité ouverte, au Hameau. Il souffre d'une psychose maniaco-dépressive, avec des phases maniaques principalement, depuis quelques années. Il se positionne très clairement en faveur de l'ouverture des portes, au regard de ses expériences en services fermés, qu'il juge calamiteuses, le renvoyant à l'univers carcéral, l'abandon, la saleté. Il souligne alors les éléments très positifs qu'il a trouvés dans l'unité ouverte, en termes de liberté, de confiance, d'ambiance, de lien à l'entourage... Pour autant, il peut s'inquiéter des personnes dangereuses, pour autrui et elles-mêmes, et propose une séparation des lieux d'hospitalisation. Par ailleurs, il souligne l'importance de la stigmatisation faite par les médias des personnes souffrant de troubles mentaux.

Les patients hospitalisés dans l'unité fermée « Minéo », du CH G. Daumezon :

Mme M, 40 ans, a été hospitalisée dans le cadre de soins pour des attaques de panique. Il s'agissait de sa première hospitalisation, par la suite, elle a été hospitalisée une fois en clinique. À l'hôpital, ses sorties étaient libres. Son discours est très en faveur de la fermeture des portes d'entrée, à cause de la dangerosité de certains patients. Elle concède que le fait de devoir demander pour sortir peut être gênant, mais dit préférer ce système, devant le danger que pourraient poser certaines personnes, pour elles-mêmes et les autres. Elle regrette le manque de clarté, le manque d'information explicite transmise concernant l'organisation du service. Elle pointe la solidarité que la fermeture contribue à créer, notamment avec le rôle

qu'elle a pu prendre auprès d'autres patients qui eux ne pouvaient pas sortir. (aller leur chercher des objets, ...)

De plus, elle envisage que la responsabilité que porteraient les soignants en cas d'ouverture des portes, vis-à-vis de personnes susceptibles de se mettre en danger, serait source de tension.

À noter qu'elle a été témoin de plusieurs scènes de violences dans le pavillon.

Par ailleurs, elle critique l'architecture du bâtiment, en particulier en ce qui concerne l'accueil de visiteurs.

Mr N., 45 ans, a été hospitalisé plusieurs fois depuis quelques dizaines d'années, dans des services différents, dont des services ouverts à l'étranger.

En France, il a connu des services fermés, et une unité spécialisée dans l'alcoologie, ouverte. Il dit souffrir d'une psychose maniaco-dépressive et de problèmes liés à l'alcool.

Il se positionne en faveur de la fermeture à clé, qu'il juge plus sécurisante, et permettant une meilleure évaluation des patients par les soignants.

Son expérience de service ouvert à l'étranger ne l'a pas satisfait, ne s'y sentant pas correctement pris en charge.

Il a également été hospitalisé dans des services fermés qui ne l'ont pas satisfait, notamment du fait d'une équipe infirmière inexpérimentée selon lui.

Il lui paraît important de pouvoir empêcher les gens d'aller boire, et la fermeture de la porte est un bon moyen de faire.

Il pense que l'ouverture permettrait aux gens de partir et de ne pas revenir, ce qui n'est pas souhaitable.

Pour autant, il se dit très satisfait de son hospitalisation en unité d'alcoologie, ouverte.

Il critique l'architecture du pavillon en ce qui concerne l'accueil des visiteurs, sans lien avec la fermeture des portes.

Il souligne particulièrement l'importance du relationnel avec les infirmiers, la qualité de leur connaissance du patient.

Mr O., 80 ans, a été hospitalisé quelques fois sur plusieurs dizaines d'années, hospitalisation libre, pour des dépressions, en. Il a connu des services ouverts.

Son avis sur la question de la fermeture à clé n'est pas tranché. Il insiste en fait surtout sur les bienfaits d'une architecture bien pensée, et sur la possibilité d'un tri des patients, afin qu'ils ne soient pas tous hospitalisés au même endroit, selon la gravité de leur pathologie.

Il est important de signaler que Mr. O. a été victime d'une agression, par un autre patient, dans le pavillon, lors de son hospitalisation.

Il décrit un service hospitalier qui ne lui a pas convenu du tout, sans que cela soit forcément lié à la fermeture des portes : c'est l'architecture qu'il pointe comme défailante avant tout. Il dit avoir connu des services fermés très bien.

Néanmoins, il fait un lien entre la fermeture des portes à clé et un sentiment d'incarcération, et souligne l'importance du sentiment de liberté.

Mme P., la quarantaine, a été hospitalisée en unité fermée avec droit de sortie, pour des dépressions, en hospitalisation libre.

Elle n'a pas connu d'autre mode d'hospitalisation.

Elle exprime spontanément la gêne qu'elle a éprouvée à devoir demander à ce

qu'on lui ouvre. Elle utilise à un moment le mot « angoisse », à l'idée de devoir aller solliciter les infirmiers.

Le discours est principalement centré la dessus, c'est un des deux seuls thèmes qu'elle appuie vraiment.

Elle ne met pas en avant d'autres paramètres qui seraient influencés par ça, lorsque que je les évoque, elle dit ne pas y avoir pensé : influence sur la relation au soignant, sur l'entourage,...

Elle explique la fermeture pour des raisons de sécurité, par rapport à des personnes hospitalisées qui pourraient être dangereuses pour les autres.

À noter qu'elle a été témoin de violence à l'intérieur du pavillon lors de ses deux hospitalisations.

Elle pense qu'à l'intérieur, les gens sont plus surveillés, mais elle ne se prononce pas sur l'influence de l'ouverture ou de la fermeture des portes la dessus.

Le second thème qu'elle souligne est la diminution de la qualité de l'environnement de l'hôpital avec le déménagement : le parc lui paraît trop limité.

Venons en aux patients hospitalisés à l'hôpital St Jacques :

Tout d'abord ceux ayant été hospitalisés dans l'unité « Maupassant », ouverte :

Mme 1., 50 ans, a été hospitalisée depuis plusieurs dizaines d'années, dans différents services et hôpitaux, pour dépression et angoisses d'allure profonde.

Elle dit préférer la porte ouverte, et l'ambiance qui y règne.

Ses souvenirs de l'unité fermée sont dominés par ceux du passage en chambre de soin intensif ou d'isolement qu'elle a alors vécu.

Elle souligne les inconvénients : sentiment d'enfermement, contrainte pour aller fumer, ..., et les avantages : protection d'elle-même, surveillance accrue.

Concernant ses rapports avec l'équipe infirmière, elle ne les pense pas modifiés par l'ouverture ou la fermeture, du moment qu'un lien est présent.

Mme 2. a été hospitalisée une seule fois, en hospitalisation libre dans le cadre de soins pour problématique liée à l'alcool.

Elle est satisfaite de l'ouverture de cette unité, qui lui a permis une certaine autonomie, une certaine mise à l'écart aussi, dont elle dit avoir profité dans un sens thérapeutique.

D'un autre côté, elle a apprécié les moments conviviaux favorisés par la fermeture de l'unité le soir, qui ferait que les gens se rapprochent.

Quand je la questionne sur l'unité fermée, qu'elle ne connaît pas, ses représentations sont du côté de l'enfermement de la coercition. Mais il semble qu'elle n'imagine pas vraiment que l'on puisse avoir le droit de sortir d'une unité fermée, en dehors que sur des temps très restreints.

Concernant la « sécurité », elle ne l'envisage que sous l'angle de la protection des personnes hospitalisées face à des intrusions, et n'envisage pas que les patients puissent être considérés comme dangereux pour l'extérieur.

Ses préoccupations sont plus centrées sur les passages entre l'établissement et l'extérieur, et pas les mouvements depuis ou vers l'unité.

Puis ceux hospitalisés dans l'unité fermée, « Gaudi » :

Mme 3., 60 ans, a été hospitalisée de nombreuses fois depuis plusieurs dizaines d'années, dans différents services, en hospitalisation contrainte ou non, dans le cadre de soins pour une psychose maniaco-dépressive, et surtout des phases maniaques.

Lors de l'entretien, elle se remémore une ancienne hospitalisation dans un service où il n'existait qu'une unité ouverte qui, dans son souvenir, fonctionnait bien.

Elle dit se sentir très bien dans l'unité fermée qu'elle connaît bien, et ne souhaite d'ailleurs pas être hospitalisé dans l'unité ouverte adjacente.

Pour autant, elle dit préférer l'idée de l'ouverture des portes.

En fait, pour elle, le lien avec l'équipe soignante est le critère le plus important, et s'il est bon, la fermeture de la porte n'est pas si gênante.

Elle dit comprendre les enjeux de protection qui font que les portes sont fermées, mais pense que, plus qu'un véritable rôle thérapeutique, il s'agit surtout de rassurer les soignants.

Elle perçoit des inconvénients à la fermeture, du côté d'une forme de pression liée à la coercition, mais ne peut abandonner l'idée, malgré elle, de sa nécessité pour les personnes dangereuses ou désorientées.

Elle souligne avec force la souffrance éprouvée lors de passages en chambre de soin intensif (d'isolement), et la non adaptation de ce dispositif par rapport à sa problématique.

Mr 4. a été récemment hospitalisé, une première fois dans les suites d'une décompensation avec hétéro agressivité, une deuxième fois, car il ne se sentait pas bien, dans le cadre d'un trouble qu'il ne connaît pas vraiment. Il se questionne : schizophrénie ?

Il est tout à fait satisfait d'avoir été hospitalisé dans une unité fermée, insiste sur la compétence des personnes qui l'ont pris en charge, la confiance qu'il leur donne.

Il dit tout à fait comprendre l'intérêt de la fermeture, en termes de protection des autres et de lui-même. Il semble très soulagé par la prise en charge dont il a bénéficié.

En plus du sentiment de protection, il voit un autre intérêt, plus thérapeutique à la fermeture : le clivage alors introduit par la porte entre un dedans où il est question de maladie, et un dehors sain, espace de vie, l'a dynamisé, a été porteur d'espoir, dans un mouvement vers l'extérieur justement.

Se présentant comme timide, voire plutôt passif, il n'a pas été gêné par le mode de fonctionnement, car ne demandait pas particulièrement à sortir.

Concernant l'impact sur les visiteurs, l'entourage, il y voit un intérêt dans le sens où cela insiste sur la nécessité de soins, dans un milieu spécialisé. Il insiste également sur l'importance des liens à son entourage, à l'extérieur. Ces propos ne sont certainement pas neutres, et semblent en fait adressés à son père, qui est présent bien que très discret pendant l'entretien.

2) Caractéristiques des patients interrogés

Tous les patients contactés n'ont pas souhaité participer à cette étude : 5 personnes contactées n'ont pas été interviewées.

Trois ont explicitement refusé : 1 sur le Hameau (service ouvert, secteur Sud-Est de l'hôpital G. Mazurelle), 2 de Maupassant (l'unité ouverte de psychiatrie 2, hôpital St Jacques) ; dans ce dernier secteur, deux autres ont refusé de façon non explicite, en ne répondant plus aux sollicitations téléphoniques.

12 patients ont été rencontrés, 4 dans chaque secteur, et, pour le secteur de psychiatrie 2, 2 de chaque sous-unité.

Initialement, j'avais prévu un nombre supérieur d'entretien : 18 : 6 par service, 3 dans chaque sous-unité pour le service de psychiatrie 2.

Devant l'absence de nouveau thème abordé, et en tenant compte de mes contraintes temporelles, j'ai décidé de n'en interviewer que 12, chiffre qui permettait la répartition suivante : 4 par service, et 2 par sous-unité.

L'âge moyen des personnes interrogées sur le « Hameau » est de 47 ans, sur « Minéo » (service fermé de l'hôpital G. Daumezon) de 55 ans (une personne de 80 ans), sur le service de psychiatrie 2 (hôpital St Jacques) : 50 ans pour l'unité ouverte « Maupassant », 47 ans pour l'unité fermée « Gaudi ».

Concernant leur sexe : j'ai rencontré 7 hommes (4 du Hameau, 2 de « Minéo », 1 de Gaudi) et 5 femmes (2 de « Minéo », 1 de « Gaudi », 2 de « Maupassant »).

Les rencontres ont eu lieu dans un bureau du centre hospitalier pour 4 personnes (2 du « Hameau », 2 de « Minéo »), dans un bureau du Centre Médico-psychologique du patient dans 3 cas (2 du « Hameau », 1 de « Maupassant »), et au domicile du patient dans 5 (2 de « Minéo », 2 de « Maupassant », 1 de « Gaudi ».)

Concernant les pathologies que les patients ont dit avoir, les personnes rencontrées du « Hameau » présentent des pathologies chroniques évoluant depuis plusieurs années : problématique alcoolique, angoisse profonde, psychose maniaco-dépressive. Tous ont connus plusieurs hospitalisations.

Sur « Minéo », une patiente souffre d'attaque de panique d'apparition relativement récente, un d'une problématique alcoolique liée à une psychose maniaco-dépressive depuis plusieurs années, un autre de dépression d'allure névrotique depuis plusieurs années, une de dépression. Sur « Maupassant », une personne souffre de dépression depuis plusieurs dizaines d'années, l'autre de troubles liés à la consommation d'alcool.

Sur « Gaudi », une patiente souffre d'une psychose maniaco-dépressive qui évolue elle aussi depuis plusieurs années, avec des phases maniaques prépondérantes, l'autre patient a récemment décompensé sur un mode hétéro-agressif et désorganisé, sans diagnostic précis de porté.

Sur les 12 personnes rencontrées, 7 patients semblent souffrir d'une maladie qui évolue depuis de nombreuses années, 4 du « Hameau », 1 de chacune des autres unités.

Concernant leurs expériences hospitalières : 9 sur 12 ont dit déjà avoir été hospitalisés dans des services ouverts et des services fermés.

À noter qu'à part Mr T., hospitalisé uniquement au Hameau et qui le compte aussi bien comme service fermé que ouvert, les autres ont connu d'autres hôpitaux et/ou cliniques psychiatriques.

Mme P. (« Minéo ») et Mr 4. (« Gaudi ») n'ont connu que des hospitalisations en service fermé (2 chacun).

Mme 2 n'a connu qu'une seule hospitalisation, en service ouvert. (« Maupassant »)

Tous ont dit avoir été hospitalisés en hospitalisation libre lors de leur dernière hospitalisation, sauf Mme 3, de « Gaudi ».

Les 4 hommes du « Hameau » ont déjà été hospitalisés sous mesure de contrainte ; sur « Minéo », 1 des trois patients l'a déjà été, sur la psychiatrie 2, 1 personne de chaque sous unité l'a été.

3) Approche thématique

Nous avons ici découpé, regroupé et classé les propos des patients selon les thèmes abordés.

Aucune personne interrogée ne connaissait le fonctionnement de la porte de l'unité avant d'y avoir été hospitalisée.

Certaines ne se souviennent pas comment elles l'ont appris :

Mr O. : « Je serais incapable de vous dire »

Mme 1. : « Je ne me souviens même pas »

Deux disent avoir été informées :

Mme P. : « cela a été dit dès le départ »

Mm 2. : « on nous a dit »

D'autres se souviennent que c'est par l'expérimentation ou l'observation :

Mr γ. : « on essaye d'ouvrir et puis c'est fermé. »

Mr δ. « En observant tout simplement. »

Mme M. « Je l'ai découvert sur le tas. »

Mr N. « en voyant par moi-même »

Deux personnes ont été surprises de constater l'ouverture :

Mme 3. : « Quand j'ai été en unité ouverte, je crois bien qu'au départ j'étais surprise que ce soit ouvert. »

Mr δ. : « Grande surprise »

Préférence globale :

Sur les 12 personnes interrogées, 5 disent, de façon globale, préférer un service ouvert, 3 pensent que la fermeture à clé est une bonne chose, 2 ne tranchent pas et s'interrogent, pour 1 ce paramètre n'est pas très important. Pour un patient, monsieur γ., il est difficile de résumer son opinion, car il est satisfait du service dans lequel il est, ouvert, mais il ne le considère pas vraiment comme un service ouvert...

Évidemment, ces avis « résumés » ne décrivent pas la subtilité de la pensée des personnes interrogées, qui perçoivent bien les limites de tel ou tel fonctionnement.

Une représentation graphique a été réalisée afin de visualiser d'éventuelles tendances de lien entre ces avis et le type de fonctionnement de l'unité dans laquelle les patients sont hospitalisés., qui se trouve à la fin de cette section « résultats »,

Le ressenti « global » du mode de fonctionnement des unités est qualifié :

Pour l'ouverture :

Mr α . : « C'est nettement mieux », « Vous n'êtes plus en train de vous dire « est-ce que c'est ouvert ? Est-ce que c'est fermé ? », « C'est plutôt agréable »

Mr β . : « C'est plutôt intéressant, et c'est plutôt ouvert comme attitude »

Mr δ . : « C'est agréable, c'est une bonne chose », « on a de la chance d'être là »

Mme 1. : « C'est plus convivial, c'est plus sympa. C'est pas pareil. », « Je préfère l'unité ouverte évidemment. »

Mme 2 : « Moi j'ai préféré ça »

Concernant la fermeture à clé :

Mr β . « il y avait nécessité de mettre des gens sous clé », « je trouvais ça normal »

Mr γ . : « La méthode, elle est compréhensible. Elle est humaine. »

Mme M. : « je trouve que c'est bien », « Porte fermée, je trouve ça très bien quand [...] »

Mr N. : « En globalisant, oui je, je pense que c'est mieux que ce soit fermé », « Je pense qu'il vaut mieux que les gens soient enfermés en fin de compte. »

Mme 3. : « Je trouvais ça normal. »

Mr 4 : « Ça m'a rien fait »

Concernant le rôle de l'ouverture ou de la fermeture à clé, des patients distinguent une fonction thérapeutique intrinsèque à ces fonctionnements, des effets sur leur relations avec les infirmiers, sur les comportements du groupe de patient...

Ainsi, sur les effets bénéfiques de l'ouverture, certains disent :

Mr α . : « Ça fait faire de meilleure thérapie »,

Mr β . : « le fait que la liberté soit sous clé [*sic*], cela oblige les gens à intervenir sur leur vie de façon plus volontaire. »,

Mr δ . : « on ressent un sentiment d'apaisement »,

Mme 3. : « pour les gens dépressifs c'est très bien ».

Un gain en terme d'alliance thérapeutique est remarqué :

Mr δ . : « Donc au lieu de fuir l'hospitalisation, ça peut au contraire encourager à y revenir. »,

Mr β . : « c'est la recherche de confiance qui m'a motivé. »

Mais cela a des limites :

Mr α . : « pour les patients qui ont des pathologies plus importantes, cela peut être problématique. », « S'ils n'arrivent pas à se contrôler, cela peut être problématique. »,

Mr β . : « Peut-être c'est valorisant, mais peut-être que vous vous retrouvez tout seul quoi », « j'aurais certainement aimé plus de guide. »

Mr γ . : « Ça peut poser des problèmes, la personne, elle peut être en danger psychiatrique... »

Mme M. : « Il y a quand même des cas assez importants, je vois mal l'accès libre »

- Mme 3. : « Mais il me semble bien quand même, qu'il y ait nécessité quand même, pour certains patients, cela peut être utile de fermer à clé. »
- Mr 4. : « c'est des gens qui n'allaient sûrement pas sortir tout de suite, donc il valait mieux que cela soit fermé, »

La porte fermée a valeur de protection, pour le patient lui-même, ou pour autrui :

- Mr γ. « C'est question de protéger le patient. », « Parce que la personne elle peut se faire la malle. », « Et mettre en danger la vie d'autrui. », « Il se met en danger lui-même et puis il met les autres en danger. »
- Mr δ. : « Si on enferme des gros tarés, avec des tarés, il vaut mieux fermer la porte... Gros tarés, j'entends par là : pédophile, méchamment suicidaires, enfin je sais pas, des gens qui sont capables de faire du mal à autrui comme à eux-mêmes. Des gens très dangereux. »
- Mme M. : « Porte fermée, je trouve ça très bien quand il y a des gens qui ont besoin de soigner, et qui sont dangereux pour eux-mêmes, pour les autres aussi. », « Le danger pour les autres et puis pour la personne elle-même. Ça peut être la catastrophe... », « Je veux dire : on ne laisse pas des personnes comme ça partir avec des problèmes... »
- Mr N. : « Il y a des gens comme [...]. qu'il vaut mieux ne pas faire sortir parce que sinon ce serait la zizanie », « Le fait que ce soit renfermé c'était bien pour qu'ils se protègent. »
- Mme P. : « je me suis dit que c'était peut-être par sécurité, pour éviter, peut-être des personnes plus malades que moi, des cas peut-être un peu plus dangereux »
- Mme 1. : « J'étais trop... Trop... Pas dangereuse pour les autres, mais dangereuse pour moi. — Et en service fermé, c'était plus simple de vous protéger de vous-même ? — Oui »
- Mr 4. : « pour leur propre sécurité et celle des autres. »

En cas d'errance :

- Mr γ. : « sinon la personne qui est fragile, qui est en soins, elle risquerait de s'en aller. »
- Mme 3. : « Pour des patients qui seraient complètement perdus. Et qui pourraient sortir, errer. »
- Mme M. : « il y a des personnes qui n'ont pas toute leur tête et voilà, qui partiraient comme ça. »

Ces remarques viennent aussi bien de personnes hospitalisées en service fermé qu'en service ouvert.

Cette représentation, selon laquelle la porte fermée est un équivalent de protection supplémentaire, contient deux suppositions implicites :

- la porte fermée empêche les gens de sortir.
- le fait de sortir constitue un danger pour les patients et/ou l'extérieur.

Concernant l'efficacité sur le risque de fugue, en posant directement la question, les réponses

ne sont pas unanimes :

- Mr α. : "Non. Il n'y a pas plus de fugue. » [en milieu ouvert], « L'interdit ne résout pas tous les problèmes. »
- Mr γ. : « Si, admettons, ils sont avec un patient, ils voient qu'il peut s'en aller, hé bien il s'en va. Si la porte est fermée, non. »

- Mme M. : [y avait-il plus de fugue en milieu ouvert ?]
 « en ouvert : Non, parce que c'est très strict. »
- Mr N. : « Ici par exemple, où c'est fermé, il y a deux ou trois tentatives de... de gens qui ont sauté, qui ont passé le mur, et qui se sont faits avoir en fait. »
- Mr O. : « — Est-ce que d'après vous, fermer la porte à clé, cela empêche les gens de sortir sans autorisation ?
 — Oui. Ils savent que c'est sans espoir. »
- Mme 1. : « Et vous, cela vous est arrivé de sortir sans autorisation d'unité fermée ?
 — Ah non. Ce n'est pas possible. On ne peut pas... »
- Mme 2. : « — À votre avis, est-ce que le fait d'ouvrir la porte, cela favorise les sorties sans autorisation ? »
 — [Rire]. [Mouvement de « Oui » de la tête franc.]
- Mme 3. : « Quand la porte est grande ouverte, comment voulez-vous qu'ils vous empêchent de sortir ? »
 et
 « — [en ouvert] il y avait plus de fugue ?
 — Non, ça n'avait pas l'air. »

Comme précédemment, les réponses sont panachées entre les différentes unités (cf représentation graphique des résultats).

Concernant la seconde proposition implicite, le fait que les « risques » soient moindres à l'intérieur, on peut retrouver : aspect thérapeutique de la fermeture, impression d'une meilleure surveillance, mise à l'abri d'un extérieur menaçant.

Une fonction thérapeutique de la fermeture est pointée :

- Mr β. : « Je me serais peut-être un peu moins éparpillé »
- Mme M. : « je trouve que des pathologies, pour mieux guérir... Il faut mieux les placer... »
- Mr N. : « en fait ça m'apportait une sécurité. », « De toute façon les deux premières semaines de l'hospitalisation, il faut mieux que vous soyez renfermé. Pour prendre ses aises, pour savoir à quelle heure on mange, se réguler... »
- Mr O. : « Il y a des malades qui ne sont pas capables d'être sérieux si c'est ouvert. »
- Mr 4. : « Cela me protégeait moi comme les autres »
 « Je vais vous dire, les portes fermées, ça donne espoir. », « Moi ça m'a reboosté que la porte soit fermée »

La surveillance y semble meilleure :

- Mme 1. : « Ils surveillent plus, les infirmiers. »
- Mme 2. : « Peut-être plus strictes en unité fermée, et moins strict en ouvert. »
- Mme 3. : « En milieu fermé, ils doivent vérifier. »
- Mr N. : « c'est mieux vérifié. », « les entrées sorties sont bien contrôlées, et c'est mieux que ce soit comme ça puisqu'il y a des gens qui sont assez atteints »
- Mr O. : « tout de suite vous étiez pistés »
- Mme P. : « Oui, à l'intérieur, les gens sont plus surveillés quoi. »

Pour Mr α., ce n'est pas si évident, il précise qu'en ouvert, « les infirmiers savent si vous avez le droit de sortir, et ils vérifient. »

Concernant la protection par rapport à des intrusions dans le service de personæ non grata, ou du trafic de produits, les avis peuvent être tranchés :

Mr β. : « c'est très clair que si on cherche du chit on en trouve »

Mr δ. : « Tout ce qui est trafic en tout genre, que ce soit ouvert ou fermé, c'est possible.

Je ne pense pas que cela ait une incidence là-dessus.

Regardez, dans une vraie prison, vous trouvez n'importe quoi., alors qu'il y a de vrais matons.

Donc ce n'est pas le fond du problème. »

Mme 2. : « Et en même temps, c'est peut-être pas non plus sécurisant que ce soit ouvert, parce que n'importe qui peut rentrer. »

Mme 3. « Dans l'unité ouverte, il n'y a pas plus d'intrusion... »

ou plus prudents :

Mr β. : « Ça permet de gérer ça de façon un peu plus volontaire »

Mme 2 : « je ne sais pas. Peut-être que si le pavillon est fermé, il y aura un peu moins de trafic. Mais bon, cela se passera dehors, d'une autre manière. »

Mr N. : « Voilà c'est surtout le fait que ça empêchait que n'importe qui puisse rentrer. »

Paradoxalement, sur le vécu en unité fermé, certains affirment que l'hospitalisation en unité fermée peut être source de difficultés, au niveau individuel, mais aussi collectif :

Au niveau des représentations individuelles : sentiment de coercition lié à la porte fermée :

Mr α. : « comme si on était dans un milieu carcéral, quasiment », « confiné dans un milieu restreint »

Mr β. : « Ils mettent plus de barrières, ils mettent plus de barrières dès le départ » « C'est eux qui détenaient l'autorité quoi », « c'était barricadé »

Mr δ. : « Moi j'ai vécu l'impression d'être prisonnier. », « Je suis plutôt habitué à me retrouver en « prison ». »

Mr O. : « — Moi j'avais l'impression de me sentir une bête en unité fermée.

— Et moins en unités ouvertes ?

— Moins, c'est sûr. Moins. »

« On se sent un peu plus incarcéré. »

Mme 2 : « Moins libre, c'est clair. Peut-être un peu comme en prison peut-être »

Ou pas :

Mr γ. : « C'est correct. », « Ce n'est pas pour l'enfermer, ce n'est pas une punition. »

Mr N. : « — est-ce que le fait que la porte soit ouverte ou fermée, cela change votre ressenti quand on est hospitalisé ?

— Pas du tout. Pas du tout »

Mme 3. : « Je trouvais ça normal au départ, parce que quand on est interné et qu'on va à l'hôpital psychiatrique, cela m'a paru... », « si la liberté c'est derrière les barreaux, hé bien ce sera derrière les barreaux »

Mr 4 : « La porte fermée, à vrai dire, je dois dire que pour moi elle n'a pas existé »

Au niveau collectif, de l'ambiance dans le groupe de patients, certains décrivent une montée de la tension en milieu fermé :

Mr α. : « Il y a plus de tension peut-être. », « ça mène à des situations très compliquées. »

Mr β. : « Dans un pavillon fermé, il y a un espace individuel qui restreint, et il s'installe des rapports d'autorité, de clan, avec des anciens et des fortes têtes. C'est pas facile à vivre »

Mr γ. : « il y en a qui le prennent mal. », « Même qui prennent une crise. », « Ils sont fragiles, ils craquent, et ils pètent les plombs. »

Mr δ. : « Ça donne la rage. »

Mme 1. : « Déjà pour fumer une-cigarette, le soir à huit heures trente, c'est la galère »

Mme 3. : « en milieu fermé, ils pètent les plombs », « plus d'agressivité »

Problèmes non posés en milieu ouvert :

Mr α. : « Les gens sont moins confrontés. »

« Et puis il y a moins d'agressivité aussi »

Mr δ. : « J'imagine que dans un hôpital avec les portes ouvertes, comme le dernier que j'ai fait, l'ambiance était relativement agréable. Chose qui diffère dans bon nombre d'H.P. que j'ai fait portes fermées. »

Mme 3. : « En milieu ouvert, on peut faire le va-et-vient. On peut oublier son paquet de cigarettes ou autres chose », « Je pense qu'il y a moins d'agressivité en milieu ouvert qu'en milieu fermé », « les gens ils sortent. Par exemple, ils vont pousser une gueulante, et après, ils vont sortir. Alors qu'en milieu fermé, les infirmiers vont reprendre, cela va être confiné à l'intérieur de l'unité. »

D'autres que cela n'a pas d'influence, voire cela peut avoir un effet bénéfique :

Mme M. : « — est ce qu'à votre avis le fait que la porte soit fermée à clé, ça change l'ambiance ? » — « Non je ne pense pas parce qu'on était très solidaires, il y a quand même un côté positif de ça, c'est que, malgré tous nos problèmes, on était solidaires et c'est super important ça, se respecter...
On s'entraidait aussi, quelqu'un qui ne pouvait pas sortir, on allait lui acheter des mars et des trucs comme ça... »

Mr O. : « À votre avis, est-ce que le fait que les portes soient fermées peut jouer sur la violence dans l'unité ?

— Je ne crois pas. Ça dépend de chacun. C'est très difficile à dire comment le gosse a été élevé, pourquoi il est là, qu'a-t-il fait ? »

Mme 2 : « [...] en centre fermé, [...] peut-être qu'ils font plus de jeux. »

Pavillon fermé ne veut pas dire interdiction complète de sortir, tout comme pavillon ouvert n'est pas équivalent à « tout le monde peut sortir ». Le mode de gestion des entrées sorties est perçu très différemment par les patients interrogés :

Certains sont satisfaits du fonctionnement :

en ouvert :

Mr α. : « On ne part pas comme des sauvages, on a demandé l'autorisation avant. »,

« Là, c'est une formule vraiment simplifiée, et qui me paraît vraiment positive. »,

« Ça a été bien pensé »

Mr β. : « la porte d'entrée, elle est ouverte ou fermée, mais ce n'est pas pour cela que les patients ont toute la liberté d'entrer et sortir »

Mme 3. : [en ouvert] « Cela marchait très bien »

En fermé :

Mme M. : « Moi, ce système là, je le trouve bien, il y a aussi un ordre : il y avait des « verts » qui avaient accès quand ils voulaient, après il y avait des « oranges » avec un accompagnateur...

Si la personne se tient bien, elle devient « orange », puis « verte », je trouve ça très bien »

Mr 4 : « Très bien. Très bien. Pour quelqu'un, je pense, normal, dont j'espère faire partie, pour moi c'est normal, c'est logique. »
« cela vous a posé problème ?

— Non. »

Quelques gènes sont pointées en unité fermée :

Mr α. : « c'était très difficile. », « Il faut systématiquement demander un infirmier, qu'il vienne vous ouvrir la porte, et là ça devient pénible. », « Attendre un quart d'heure avant d'ouvrir la porte. C'est très compliqué. »

Mr γ. : « Sauf que des fois, on met un rendez-vous à l'extérieur, on attend, et puis mettons qu'on a un bus à prendre et quelles sont occupées, les infirmières, on attend et on a plus le bus. Alors après il faut prendre un autre bus. Il faut attendre.

— Et ça, ça vous paraît normal, un peu embêtant ?

— Un petit peu oui. »

Mr δ. : « Vous savez ce que c'est de demander ? [Souffle d'exaspération.] C'est long pour avoir une réponse là-dedans. Juste toquer à la porte pour que la porte s'ouvre, il est déjà une heure qui s'est écoulée. Bon j'abuse peut-être un petit peu, j'exagère mais c'est presque ça. »

Mme M. : « [...]c'est vrai que toujours demander, c'est un petit peu euh... voilà... si on peut sortir, c'est un peu désagréable... »

Mme P. : « à chaque fois qu'on veut sortir, ne serait-ce que pour aller à la cafétéria, il faut toujours déranger le personnel. », « C'est un peu entre guillemets « chiant » »
« — Est-ce que des fois ça vous est arrivé de ne pas demander à sortir à cause de ça ?

— Des fois ça m'est arrivé. »

« ça pesait un petit peu quand même »

Mme 3. : « Mais ce qu'il y a d'embêtant, c'est que les infirmiers ne sont pas toujours disponibles ; alors vous ne sortez pas souvent. Bref c'est embêtant »

Mais semblent pour certaines tolérables :

Mr γ. : « Des fois elles sont occupées, elles sont toutes occupées. Alors je ne vais pas au foyer.

— Ça vous embête ?

— Non »

Mme 3. : « Oh bah je sais que c'est pour rassurer le psychiatre, l'équipe. Mais des fois il n'y a pas besoin. Ils trouvaient cela nécessaire, et j'avais compris », « Si le personnel m'apparaît sympathique, cela m'est égal d'être dans une unité fermée, parce que quand on demande à ouvrir, ils ouvrent. »

Mme M. : « c'est vrai que c'est assez frustrant ; mais voilà, moi je trouve ça bien. »

« Moi, ce système là, je le trouve bien, il y a aussi un ordre : il y avait des

« verts » qui avaient accès quand ils voulaient, après il y avait des « oranges » avec un accompagnateur... Si la personne se tient bien, elle devient « orange », puis « verte », je trouve ça très bien »

Concernant l'impact sur la relation avec les infirmiers :

On peut noter des remarques en faveur d'une meilleure qualité de soins en service ouvert :

Mr α. : « Là ils connaissent les dossiers », « Ici les infirmiers, ils vous suivent. » Ils ont une attitude plus normale, plus logique, plus cohérente », « Il y a une meilleure écoute des infirmiers »

Alors qu'en fermé :

« les infirmiers, à chaque fois, il faut qu'ils viennent ouvrir la porte, c'est une astreinte. », « ras-le-bol pour eux que de venir ouvrir une porte. », « Moins agréables, moins accessibles, moins tolérants moins beaucoup de choses. »

Mme 3. : « En milieu fermé, regardez les patients qui demandent à ouvrir, cela doit leur demander une disponibilité en plus de leur boulot. Alors qu'en milieu ouvert, ils n'ont pas à s'occuper de ça. »

Mr 4. : « J'ai envie de dire que ça le favorise. »

D'autres selon lesquelles l'ouverture nuirait à la qualité du travail infirmier :

Mr β. : [en fermé] « ils seraient plus impliqués dans le relationnel avec les gens qu'ils font entrer ou sortir. », « Ils s'expriment forcément beaucoup plus parce qu'ils ont des questionnements adressés aux infirmiers, au personnel soignant, quand la porte fermée »

[en ouvert] « il n'y a pas beaucoup de moments dans lesquels on peut rencontrer un infirmier référent »

Mr γ. : « Il faudrait qu'ils courent après »

Mme 1. : « En unité ouverte, ils ont peut-être plus de travail, parce qu'il faut surveiller les patients. »

Mme M. : [en ouvert, pour les infirmiers]

« Je pense que cela crée des tensions, des personnes qui sont suicidaires, pour les soignants, c'est quand même délicat. »

« Honnêtement, ce serait plus compliqué pour eux, pour les soignants. Parce qu'il faudrait qu'ils gèrent tous les faits et gestes de chaque personne, ce serait quand même dur je trouve. Surveillez la porte, si quelqu'un ne sort pas... »

Mr N. : « Si les portes étaient ouvertes c'est ingérable pour eux. Ça leur ferait perdre du temps. Peut-être ils ne se sentiraient pas assez professionnels s'ils ont besoin de courir après trois ou quatre énergumènes. »

D'autres pensent que cela ne change pas les choses :

Mr γ. : « — est-ce que cela change quelque chose que la porte fermée à clé ou qu'elle soit ouverte ?

— Non. Non. Non. De toute façon, ils ont une clé, ils s'en servent souvent. [...] Ils sont habitués. »

« Bah non, c'est leur métier, ils sont habitués. »

Mme P : « Non je ne pense pas non. Je pense que ça n'a rien à voir [...] », « Non, ils

seraient disponibles pareil »

Mme 1. : « pour moi ça ne change pas grand-chose. » « Du moment que c'est toujours les mêmes. »

Mme 2. : « je ne vois pas ce que cela pourrait changer »

Mme 3. : Évoquant la « rencontre » pour demander à ouvrir :

« non. Ce temps-là, c'est pas le temps où l'on discute avec eux. Ils ouvrent à toute vitesse, et ils retournent à leur boulot.

— Cela ne favorise pas les échanges ?

— Non »

Concernant les effets possibles sur l'entourage des patients, les visiteurs, plusieurs opinions coexistent :

Peu d'impact :

Mr γ. : « non, pas de changement »

Mme M. : « Non. Ils n'ont pas été plus choqués que ça. »

Mr O. : « Je reviens sur les visiteurs. Est-ce que la vision qu'ils avaient de vous a changé du fait qu'ils vous savaient dans unité fermée ?

— Je ne crois pas. »

« j'en ai pas eu un seul qui m'a dit « tu es un minable parce que tu étais fait enfermer à l'hôpital. »

Changement du regard d'autrui :

Mr δ. : « Moi j'ai fait rentrer ma mère dans des endroits horribles, et elle se trouvait enfermée là-dedans. Je ne suis pas fier. C'est le genre de souvenirs qui sont indélébiles »

[Concernant une visite] : « Je n'avais aucun doute que ça allait bien se passer, parce que les portes étaient ouvertes. »

Mr N. : « Mon père ne mettra jamais les pieds dans un hôpital psychiatrique.

— Parce que c'est fermé ?

— Oui. Parce que c'est fermé. »

Mr O. : « Je sais qu'il y a des gens qui ne sont pas venus me voir, car isolé, descriptif défavorable, il y a des gens qui sont un peu impressionnables. »

Mme 1. : « — En service fermé, c'était plus dur d'avoir des contacts avec des amis ou la famille ?

— Ben les amis, non, parce que au niveau du service, j'arrive toujours avoir des copains des copines. Mais ceux de l'extérieur, moins. »

Mme 3. : « — Si je suis en unité ouverte, que je rentre que je sors comme je veux, il n'y a pas la même image que s'il y a besoin de sonner, que les infirmiers ouvrent la porte.

— C'est-à-dire ?

— Si vous êtes dans unités où l'on rentre et on sort comme on veut, l'image de l'extérieur, c'est « elle n'est pas si mal que ça ». Alors qu'autrement c'est « elle a encore besoin être enfermée » »

Mr 4. : « Oh oui, je pense que ça a dû les toucher. », « En même temps, il fallait qu'ils comprennent que ce qui m'est arrivé, c'est quelque chose d'important »

Concernant le regard de « l'extérieur », là aussi, les effets de l'ouverture ou fermeture des portes sont considérés de façon variable :

Impact favorable de l'ouverture :

Mr α . : « je pense que ça doit être nettement mieux. La vision externe des gens, avec la porte ouverte, c'est nettement mieux. », « Ils se disent que ce n'est pas des gens à risque. Que ce ne sont pas des gens susceptibles de créer des désordres publics. Ici, on rentre dans un centre de soins. »

Peu de différence :

Mr β . « Ça fait pas beaucoup de différence. », « On se dirait : « ça va, on le laisse sortir donc voilà, c'est pas grand-chose. » »

Favorable à la fermeture :

Mme P. : « Parce qu'en fonction des pathologies de certains patients, ça peut les inquiéter, en se disant « c'est peut-être bien que la porte soit fermée » »

Conscients de la contradiction des enjeux de protection et d'autonomisation, certains patients se disent en faveur de la séparation des personnes hospitalisées, selon différents critères :

Mr δ . : « Il y a pas mal de pathologies qui sont beaucoup trop mélangées à mon goût. C'est-à-dire qu'on ne fait pas le tri. »

« Là il faut être se dire, il y a différents pavillons à l'hôpital, Dans dans le pavillon 1, on va hospitaliser les cas les plus graves, dans le 2 un peu moins grave, dans le 3 ça va aller. Il y a des graduations. »

Mme M. : « j'étais dans un secteur où toutes les pathologies étaient confondues donc ça c'est vrai que je l'ai un peu mal vécu. »

« Je trouve que des pathologies, pour mieux guérir... Il faut mieux les placer... Certaines personnes en danger pour elle-même, et en danger pour les autres aussi. »

Mr O. : « Alors est-ce qu'il faut faire un tri ? C'est triste de parler comme ça.

Mais je crois qu'il faudrait que dès l'entrée, le médecin puisse dire « non celui-là il faut mieux l'éloigner quelque temps » ». « Il faudrait pouvoir sérier plus. Cela favoriserait les guérisons. »

Une personne est plus circonspecte :

Mme P. : « Maintenant est-ce que c'est bien de mélanger les gens ?...Je ne sais pas. »

Certains patients soulignent spontanément certains points qui leur paraissent importants concernant leur hospitalisation :

L'architecture :

- Mr α ., β ., γ ., δ . : unité ouverte « le Hameau », hôpital G. Mazurelle
- Mme M., Mr N, Mr O., Mme P. : unité fermée « Minéo », hôpital G. Daumazon
- Mme1., Mme 2. : sous-unité ouverte « Maupassant », psychiatrie 2, hôpital St Jacques
- Mme 3., Mr 4. : sous-unité fermée « Gaudi », psychiatrie 2, hôpital St Jacques

pour eux mêmes :

- Mr α. : « l'architecture a un rôle très important, l'espace un rôle très important. »
« Ça permet de marcher ; ça fait toujours du bien de marcher un petit peu, une petite marche. »
« Plus de liberté, plus de possibilité de se déplacer, on est moins dans un espace restreint. »
« L'emplacement des bureaux est important aussi. Le bureau soignant. Et même le secrétariat. »
« Il faut que les personnes qui sortent soient vues, aperçues par les personnes qui donnent des soins ou qui sont dans la partie administrative. Qu'ils soient aperçus. »
« Après ça peut être rien du tout, mais une avancée de toit pour fumer une cigarette dehors, c'est un détail, mais on est bien à l'abri de la pluie, on est à l'abri du soleil... Des petits détails, mais qui font du bien. »
- Mme M. : « l'ambiance est assez froide quand même, la cour... »
« C'est bétonné, dans une cour bétonnée, on a rien à faire, sur un mur m'asseoir et attendre, c'est trop dur. »
- Mr O. : « Ça dépend de l'endroit où c'est, de l'architecture »
« J'avais l'impression d'être dans le métro, un métro qui marchait indéfiniment, pas d'arrêt. »
« Dans un truc avec des couloirs larges comme ça... »
« Je ne sais même pas si on avait le volume d'air suffisant. C'est abominable. »
« Dans les salles communes, qui avait l'air correct, ce n'était pas possible, car elles étaient trop petites... J'ai un souvenir atroce... C'était insupportable. »
- Mme P. : « Oui, l'environnement n'est plus du tout le même. Je trouve que c'est moins bien par rapport à la verdure. L'espace de verdure, le parc on a vite fait le tour »
« C'est vrai qu'on a notre douche, chacun notre chambre, c'est formidable. Ça c'est bien. »
« l'environnement, ce n'est plus ça. »
« Le parc : il n'y a plus le parc qu'on avait ; quand on faisait un tour, on pouvait prendre une demi-heure trois quarts d'heure pour faire le tour, ça passait déjà une partie de la journée.
« C'est bon aussi pour la guérison : se promener dans la nature, voir de la verdure... »
« Et là bon, c'est un bâtiment, est une fois qu'on a fait le tour... C'est pas la même chose »

pour les visiteurs :

- Mme M. : « Je trouve qu'il n'y a pas d'espace prévu : on se retrouve à l'intérieur avec des personnes malades. Ça démoralise aussi »
« Quand il faisait beau, on a l'extérieur, mais dedans, il n'y a rien. Il n'y a pas d'endroit pour recevoir les familles. »
« Par rapport aux enfants, cela peut être dur. »
« Même quand on demande à sortir, on n'a pas la bouteille d'oxygène. »
« Je pense que cela demande à évoluer, puisque le bâtiment est neuf, il va y avoir plus de choses mises en place après. »
- Mr. N. : « Les gens rentraient, il y avait un petit endroit, un petit salon à l'entrée, alors que là, quand vous sonnez, vous avez juste le bureau des infirmiers avec toutes les personnes qui traînent comme A, B, C, qui sont très très atteints psychologiquement, et ça fait peur aux gens. Ça leur fait peur. »

Le passage en isolement.

Mr α. : « j'étais attaché. Alors là c'est pire. »

« Ça c'est horrible. »

« Être enfermé plus être attaché, c'est horrible. c'est stupide »

« C'est certainement l'expérience de plus dure de ma vie. »

« Très mauvais souvenirs. »

Mr γ. : « Ils mettent en isolement, ils attachent. »

« Je trouve ça atroce. »

« Cela n'a pas trop de sens surtout : même quand je suis calme, ils le font quand même. »

« Je dis que ce n'est pas humain. »

Mme 1 : « c'est vraiment dur... Le pot de chambre... Le lit »

Mme 3. : « Et pire, la chambre d'isolement. Je ne sais pas ce que ça fait partie de votre thèse mais... Je peux vous dire que la chambre d'isolement, c'est l'humiliation »

B Entourage

Seules deux personnes de l'entourage des patients ont été interviewées : une amie de Mr β ., hospitalisé au « Hameau », et la fille de Mr O., hospitalisé à « Minéo ».

En effet, dans la grande majorité des cas, les patients ont affirmé leur souhait de ne pas faire participer quelqu'un de leur entourage.

Dans deux cas, il y avait accord de principe, mais il n'y a pas eu de réalisation concrète, pour un à cause de difficultés matérielles (personne en déplacement fréquent), pour l'autre, je reste en l'attente de nouvelles.

Pour un seul cas, j'ai omis de demander au patient cette possibilité le jour de l'entretien, et il n'a par la suite pas répondu à un message laissé.

Les transcriptions sont disponibles en annexe.

1) Entourage de Mr β .

Mme est une amie de Mr β . Je la rencontre dans un bureau, sur l'hôpital G. Mazurelle.

Une grande partie de cet entretien est hors cadre : je n'ai pas réussi à faire passer à la personne interviewée l'objet précis de la recherche sur l'ouverture ou la fermeture des portes d'entrée.

Ainsi, cela donne lieu à des confusions par exemple quand je lui demande si cela aurait changé les choses si la porte avait été fermée à clé à son arrivée en tant que visiteuse, et qu'elle comprend « si on avait refusé de lui ouvrir la porte ».

De plus, elle a une bonne connaissance de l'hôpital, et évoque d'autres sujets auxquels elle est sensible.

Au final, peu des thèmes prévus ont été directement abordés, lors de cet entretien, pourtant le plus long de tous !

De façon générale, cette personne souligne l'importance de la préservation de la dignité des patients hospitalisés. Elle souligne les difficiles mises en chambre d'isolement, l'utilisation de pyjama...

En tant que visiteuse, elle insiste sur les liens avec un proche hospitalisé : qu'il faut pouvoir rompre à certain moment pour se protéger, mais qui sont très précieux pour le patient comme pour elle.

Le rapport du dedans au dehors, la transition entre les deux, lui paraît importante à travailler, ce à quoi les portes ouvertes peuvent contribuer.

Du fait de son expérience de patiente, elle souligne la solidarité qui peut régner au sein du

groupe de personnes hospitalisées, et l'entraide mutuelle qui s'y opère.
Elle évoque les difficultés des familles, souvent mal informées et mal préparées à l'hospitalisation d'un de leur proche, alors difficilement vécue.

Du fait du caractère très spécifique de cet entretien, un découpage selon les thèmes définis n'est pas pertinent.

2) Entourage de Mr O.

a. Résumé

Mme, une cinquantaine d'années, est la fille de Mr O., hospitalisé à l'unité « Minéo ».

Je la rencontre au domicile de son père, dans la suite de l'entretien avec lui.
D'emblée, elle évoque le rapprochement entre l'hospitalisation de son père et un emprisonnement, un enfermement vécu difficilement pour lui comme pour elle.
Elle souligne le caractère désagréable de la dépendance aux soignants pour pouvoir entrer et sortir.

De façon plus générale, elle dénonce l'atmosphère peu hospitalier de l'unité : accueil, environnement architectural, décoration, mais aussi sentiment d'enfermement, de restriction...

Elle évoque la question de la dangerosité de certains patients, propose pour eux des unités spécifiques, plus sécurisées et sécurisantes, plus protectrices aussi.

Mais en ce qui concerne les autres patients, « dépressifs » par exemple, ce n'est pas ce qu'il leur faut.

Elle défend l'utilité du sentiment de liberté, ce qui passe par l'ouverture, pense que la fermeture peut être source de tensions pour certains, dénonce le manque de personnel soignant.

b. Les thèmes abordés sont les suivants :

De façon globale, concernant la porte fermée :

« J'ai trouvé ça très très désagréable. »

Elle perçoit un effet thérapeutique à l'ouverture de la porte qui semble perçu comme une restriction aux sorties :

« Je trouve que pour le malade, il se sent moins malade. On a moins tendance, quand on peut aller à l'extérieur, de faire de l'immobilisme, de penser à ses propres problèmes. »,
« au stade où était mon père, il avait besoin de cette liberté, parce que sinon c'est renforcer l'effet psychologique que l'enfermement peut avoir sur eux, et je pense que c'est néfaste dans le traitement. »

— Ce serait quoi cet effet ?

— Je pense que ce serait rajouter à la panique, rajouter au phénomène de stress qui existent déjà intérieurement

Car intérieurement ils ne sont vraiment pas bien, et ça ça rajoute à leur stress, à leur mal-être. »

« ça ressemble à une prison. »

« Je pense que quelqu'un comme mon papa n'avait pas besoin d'être enfermé comme ça. »

Mais pointe les limites par rapport à la protection :

« Pour certains patients, je pense que c'est peut-être nécessaire, parce qu'ils peuvent être agressifs vis-à-vis des personnes qui rentrent, où d'autres malades. »

L'unité fermée a elle aussi des vertus :

« Ne serait-ce que pour leur redonner un cadre à ne pas dépasser je pense même que c'est plus sécurisant pour eux, de savoir qu'il y a des limites, qu'ils sont dans un cadre, qu'on les surveille, qu'ils sont protégés. »

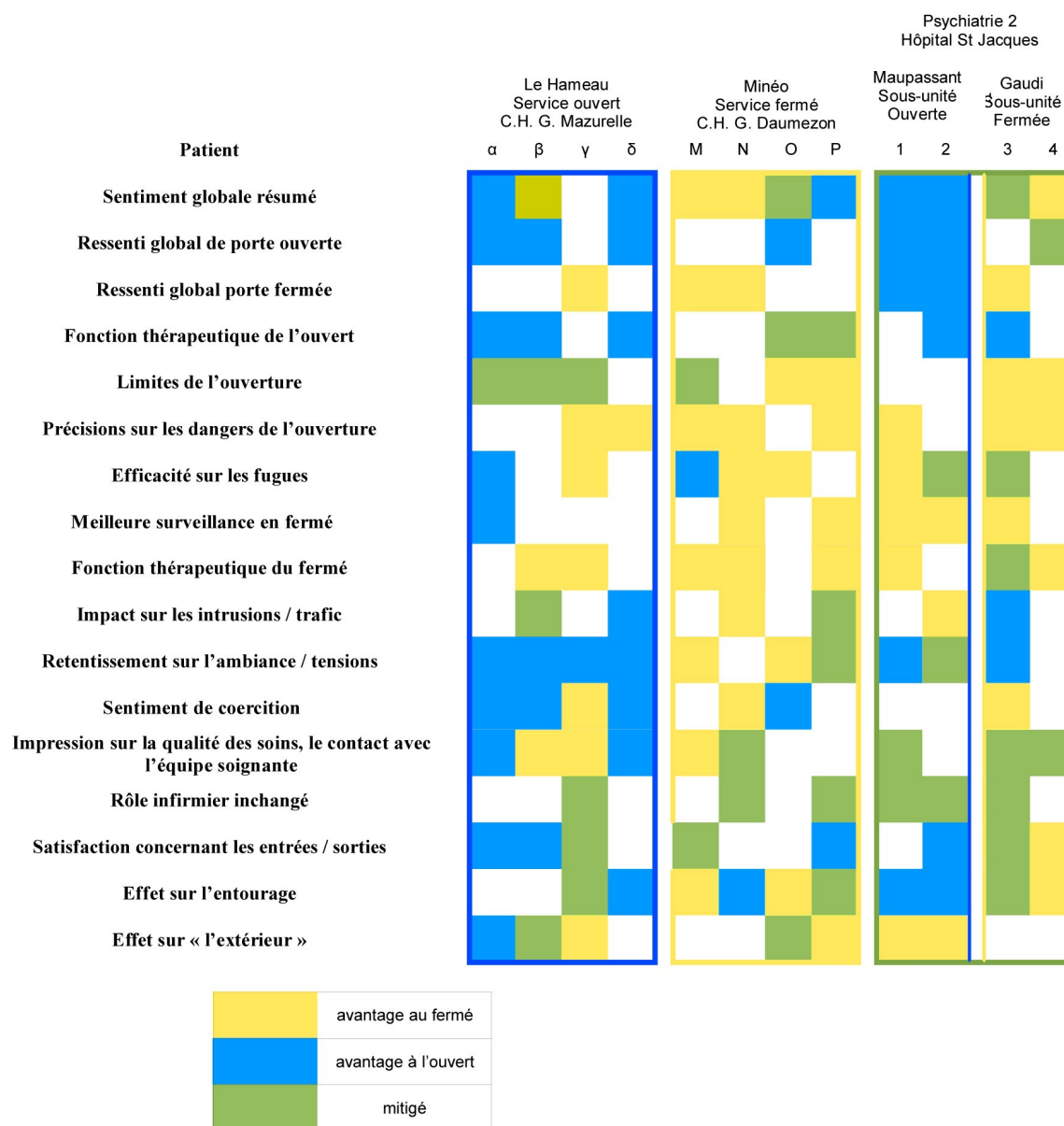
« sécurisant pour eux, de savoir qu'il y a des limites, qu'ils sont dans un cadre, qu'on les surveille, »

Elle souligne les mauvaises conditions d'accueils, en tant que visiteur :

« on est reçu dans des petits salons, des pièces qui sont impersonnelles, dans lesquelles il n'y a rien, pas d'accueil. »

« Mais j'ai trouvé que l'accueil était quand même très désagréable pour les familles qui rendent visite. Très désagréable »

C Représentation graphique des résultats



VIII DISCUSSION

Dans cette discussion, nous allons examiner les différents thèmes abordés par les patients autour de notre sujet et les mettre en regard de données externes.

L'ordre dans lequel les thèmes sont abordés est artificiellement construit, il se veut avant tout logique. Les transcriptions des entretiens, disponibles en annexe, permettent de retrouver les pensées de chacun.

Nous avons séparé d'un côté les éléments qui ont participé directement à leur expérience, à leur vécu de l'hospitalisation et qui ont participé à la construction de leur jugement, de l'autre les représentations, les croyances prêtées au paramètre porte ouverte / porte fermée.

Nous aborderons alors un aspect qui se situe à l'interface des deux : la relation aux autres, soignants, puis entourage.

Mais commençons par examiner les biais repérés dans ce travail.

A Discussion sur la méthode : biais repérés

1) Concernant la constitution du corpus :

Malgré le mode de constitution, je ne peux pas être garant de la « neutralité » des listes de patients qui m'ont été fournies. En effet, il est possible que certains patients soient apparus comme plus « intéressants » que d'autres à interviewer aux yeux de ceux qui ont constitué la liste, et y figurent donc préférentiellement.

Inversement, on peut supposer que d'autres patients aient été écartés de la liste pour d'autres raisons que thérapeutiques ou éthiques.

C'est une évidence pour tout travail de ce type, mais les résultats présentés ici sont basés sur les propos des personnes qui ont accepté de participer. Nous ne pouvons donc rien dire notamment de ceux qui ont explicitement refusé, qui auraient peut-être abordé des thèmes différents, ou sous d'autres angles.

Vu la très faible implication de l'entourage, le biais de sélection craint peut être écarté : les patients interviewés ne sont pas ceux qui ont accepté de faire participer un de leurs proches.

2) Concernant la temporalité :

Selon le protocole, les patients interviewés dans une même unité y ont été hospitalisés à peu près au même moment. Or leur opinion est possiblement influencé par ce qu'ils y ont vécu, l'ambiance, les événements qui ont pu s'y produire, créant ainsi un biais de confusion. Cet effet semble notable en ce qui concerne les patients de l'unité fermée « Minéo », qui semblent avoir tous été hospitalisés au moment de la même agression qui y a eu lieu.

3) Concernant l'entourage :

Un biais de sélection existe de façon claire, vu que selon la méthode choisie, seules les personnes de l'entourage désignées par le patient pouvaient participer. De fait, le recrutement a été très faible, vu que je n'ai pu réaliser que deux entretiens en tout. Leur part sera donc très réduite dans la discussion.

4) Concernant la réalisation de l'enquête :

Le biais qui me paraît le plus important est lié à mon inexpérience dans la réalisation d'un entretien semi-dirigé.

Malgré le guide d'entretien, certains thèmes ont été abordés directement avec des patients, alors qu'il n'a s'agit que d'allusions pour d'autres.

Je reste circonspect par rapport à l'influence que peut avoir le simple fait d'aborder un thème, et dans certains entretiens, j'ai préféré attendre que le patient les évoque de lui même, ce qui arrivait parfois, d'en d'autres non.

J'ai été pris dans un dilemme entre le maintien d'une certaine retenue qui vise à favoriser l'authenticité de la pensée, et la nécessité d'évoquer les thèmes qui m'intéressaient, de ne pas laisser de « vide »...

En pratique, ceci s'est fait intuitivement, au cas par cas, ce qui peut conduire à une certaine hétérogénéité des données.

De plus, malgré toute ma bonne volonté, je ne peux prétendre à une parfaite objectivité ; et même si ce travail vise précisément à construire une ou des opinions de façon relativement neutre, mes convictions personnelles peuvent tout à fait se révéler dans ma façon d'aborder certains thèmes, de formuler certaines questions.

Ceci étant dit, on ne peut pas préjuger de l'influence de ce phénomène sur les opinions des

personnes interrogées.

Dans le même ordre d'idée, un biais d'interprétation des résultats n'est pas exclu.

D'où la présence en annexe des transcriptions des entretiens, dont la lecture permet d'apprécier ce biais.

B Préalable à la discussion

Désamorçons toute illusion, au risque d'enfoncer des portes ouvertes : les données de la littérature dite « scientifique » sur la question de la fermeture ou de l'ouverture des portes ne doivent pas être considérées comme véritablement scientifiquement établies et donc fiables et reproductibles.

La multiplicité des paramètres dont on devrait tenir compte, pour obtenir des données « recommandables » est un obstacle pour l'instant non franchi.

Ceci n'est pas le point de vue d'un psychiatre émerveillé devant la complexité de l'objet de son travail, c'est la conclusion d'une vaste méta-analyse réalisée par le projet collaboratif Cochrane, mise à jour en 2006, sur les stratégies de contention des personnes présentant des troubles mentaux sévères, stratégies incluant la fermeture de la porte d'entrée ¹⁰⁸.

Les études anglophones s'y rapportant, ont été inspectées, retenant celles ayant utilisé des méthodes reconnues pour leur validité : caractère randomisé et contrôlé.

Il n'a pas été trouvé un seul travail correspondant à ces critères.

Les conclusions sont claires : aucune recommandation se basant sur des données fiables au sens scientifique ne peut être faite.

Je vais néanmoins utiliser ces résultats, qui sont donc à considérer avec prudence.

Pour autant, la porte reste grande ouverte à la réflexion, à l'ouverture de chemins, de représentations qui n'auront d'autre intérêt que d'essayer de nous permettre de mieux appréhender, de mieux penser les enjeux.

1) Satisfaction globale des patients par rapport à la porte d'entrée :

Les résultats suivants ne doivent pas faire oublier de se questionner sur l'intérêt intrinsèque de la satisfaction du patient pour nous soignants : et comme le précise une étude suédoise de 2006 ¹⁰⁴ la

satisfaction des patients concernant la qualité de soins est à prendre avec recul, car leurs attentes personnelles ne sont pas forcément les plus adaptées au soin.

Cet avis n'est pas forcément partagé, certains arguant que les soins devraient s'adapter à leur point de vue (10).

a. Qualitatif

Dans les résultats obtenus, il apparaît que les personnes hospitalisées sont le plus souvent en accord avec le fonctionnement du service dans lequel elles sont :

En service ouvert, ce phénomène est particulièrement marqué. La personne qui ne tranche pas vraiment s'interroge en profondeur sur les implications à un niveau soignant plus large, de considération de l'humain.

En service fermé, la seule personne franchement mécontente de la fermeture des portes l'est uniquement à cause de la gêne occasionnée par le fait de devoir demander, et cela ne remet pas en question le reste de l'hospitalisation.

La personne à l'opinion mitigée dans l'unité fermée Minéo, Mr O., est certainement marquée par l'agression dont il a été victime dans cette unité, et est très sensible à l'architecture globale de l'unité, ce qui semble influencer son opinion.

Mme 3., de l'unité fermée Gaudi, est elle aussi partagée, entre un point de vue théorique qui lui fait préférer l'ouvert, et son expérience satisfaisante de l'hospitalisation en unité fermée.

b. Importance prêtée à ce paramètre

On peut remarquer que les patients n'ont pas investi ce paramètre porte fermé / porte ouverte de la même façon : certains n'y accordent finalement pas beaucoup d'importance, alors que pour d'autres, il revêt un caractère très fort.

À la vue des résultats, dont le nombre limité ne permet pas d'extrapoler quoi que ce soit de fiable mais peut néanmoins permettre de soulever quelques hypothèses, on peut remarquer qu'il existe peut-être un lien entre cet investissement et le nombre d'hospitalisations vécues.

En effet, les personnes qui semblent les plus impliquées sont celles qui ont le plus d'ancienneté et d'expérience dans les hospitalisations : sur les 6 personnes qui ont un discours très investi sur cette question, 5 ont vécu plus de 3 hospitalisations, et présentent des troubles mentaux qui évoluent sur du long terme.

Les données recueillies ne permettent pas de repérer une tendance qui lierait le type d'unité d'hospitalisation et l'importance portée au paramètre ouvert / fermé : parmi les 6 personnes « impliquées », 3 ont été hospitalisées au « Hameau », unité ouverte, et 3 dans des unités fermées.

c. Littérature

Plusieurs enquêtes spécifiques ont été publiées à ce sujet : ^{58 71 87 1}

Une revue de littérature anglaise de 2009 ⁴⁰ trouve que les patients seraient moins satisfaits en milieu fermé à clé qu'ouvert, concernant particulièrement les traitements médicamenteux, l'équipement des unités, les possibilités de visite, et la régulation des entrées/sorties. La relation et les soins infirmiers ne sont pas touchés par cette appréciation.

Une autre étude anglaise de 2010 ²² de grande envergure, trouve une corrélation entre la perception d'effets négatifs lors de l'hospitalisation et la fermeture de l'unité la journée, pour les patients en cours d'hospitalisation. Il y est précisé qu'une autre étude montre qu'à distance de l'hospitalisation, cet effet diminue.

Les résultats des auteurs étrangers, principalement d'Angleterre et d'Europe du Nord, tendent plutôt à lier moindre satisfaction avec fermeture des portes du service.

Pour autant, il paraît raisonnable de ne pas considérer ce critère de satisfaction comme l'unique critère qui permette de définir des soins « adaptés ». Certes il est indispensable d'en tenir compte, mais les patients ne sont pas forcément les seuls dont l'opinion doit être prise en compte. De plus, la « satisfaction » est une notion très globalisante, et il paraît indispensable d'aller voir ce qui la détermine afin de pouvoir penser correctement cette question.

Dans les études qui s'intéressent aux point de vue des patients ^{40 22 55 57 56 9 113 71 54 87 100 99 62 23}¹⁰⁴, sont relevés :

Comme effets positifs de la fermeture :

- Sentiment de sécurité, protection : face à des intrus, mais aussi de la communauté extérieure, en empêchant un patient de sortir et de blesser quelqu'un ou de se blesser
- Diminution du risque de fugue.
- Coté structurant.
- Donne un contrôle aux soignants nécessaire à la réalisation de bon soins, diminuer la perte de temps liée aux recherches de patients.
- Soulagement pour l'entourage.

Alors que les effets négatifs pointés sont :

- Peut causer colère, agressivité, inquiétude chez les patients.
- Plutôt dépressiogène.
- Stigmatisation de l'hôpital, assimilé à une prison.
- Sentiment de passivité, de dépendance par rapport à l'équipe soignante.
- Création / accentuation de rapport de force, dans le sens de la domination des soignants.
- Cause plus de travail pour les infirmiers portiers.
- Gène par rapport aux visiteurs.

On retrouve ces éléments dans les paroles des personnes que j'ai pu interviewer, comme nous allons le voir dans le découpage thématique.

C Expériences de l'hospitalisation

1) Connaissance du fonctionnement

Unaniment, personne ne connaissait le fonctionnement du service avant d'y être allé. Ceci n'est pas surprenant, vu la méconnaissance de ces institutions dans le grand public, et la méfiance qu'elles semblent traditionnellement inspirer.

Cela permet néanmoins de nous questionner quant à la communication sur nos méthodes de travail, et son lien possible avec la stigmatisation dont souffre la psychiatrie en général, les patients en particulier.

Concernant la façon dont le fonctionnement a été découvert, au total, bien peu de patients se souviennent en avoir été informés par les soignants, ou même sur le livret d'accueil, ce que déplore particulièrement Mme M.. Ceci est vrai aussi bien pour les services fermés qu'ouverts.

Une étude ⁹ concernant les pratiques infirmières en Angleterre, où ces dernières ont le droit de fermer l'unité dans certaines conditions précisées par la loi, pointe que l'information suite à la fermeture de l'unité n'est pas donnée à tous de façon « officielle », par crainte que cela puisse contribuer à un affolement, une montée de violence qui pourrait dégénérer.

Les mêmes craintes jouent-elles ici en faveur d'une opacité des pratiques ?

2) Caractéristiques des patients

a. Sexe

La répartition est inégale selon les unités :

De l'unité ouverte « le Hameau », seuls des hommes ont été questionnés, soit 4 sur 7.

Dans les autres services, des hommes et des femmes ont pu être vus, mais pas dans les sous-unités pour le service de psychiatrie 2 : seules des femmes pour « Maupassant ».

Par rapport à l'ouverture / fermeture, 4 hommes et 2 femmes ont été hospitalisés en service ouvert, 3 hommes et 3 femmes en service fermé, la répartition est donc plus équilibrée.

b. Pathologies – parcours de soins

Concernant les diagnostics dont les patients ont dit être affublés, on trouve ici les principaux ⁴⁹ : troubles de l'humeur, troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives. Les « schizophrénies, troubles schizotypiques et délirants » semblent peu représentés, un seul patient évoquant la possibilité de ce diagnostic. Mais la méthode employée ne me donne pas accès à un diagnostic, et certaines « anxiétés » et « angoisses », voire la consommation de substances, évoquées par certains patients, peuvent peut-être s'y rapporter.

Aucune personne hospitalisée dans l'unité ouverte le « Hameau » n'a présenté des troubles uniquement « aigus », qui n'auraient fait nécessiter que très peu d'hospitalisations, contrairement aux autres services.

Il apparaît que leur parcours de soins influence le point de vue de certain patient : ceux qui ont connus des expériences qu'ils jugent insatisfaisantes lors d'une précédente hospitalisation valorisent le système des portes tel qu'il est dans l'institution soignante jugée plus satisfaisante.

C'est le cas de Mr α ., Mr δ ., très marqués par leurs hospitalisations en milieu fermé et très satisfait de l'ouvert, et de Mr N., mécontent des soins précédents en unité ouverte, qui loue le système fermé.

La porte et son fonctionnement semblent ainsi condenser à posteriori les pratiques soignantes et leur qualité.

Ce phénomène paraît extrêmement déterminant dans la construction de l'opinion des patients.

c. Participation

Il est difficile d'interpréter quoi que ce soit concernant les refus de participer à cette enquête. On peut souligner néanmoins que certains patients « attendaient » mon contact, ayant été prévenus par leur médecin qu'ils pouvaient l'être, d'autres pas du tout.

d. Choix du lieu de rencontre

On peut remarquer que tous les patients hospitalisés au « Hameau » ont préféré un lieu dépendant de l'hôpital : CMP où bureau hospitalier.

La répartition est homogène entre lieu privé / lieu hospitalier pour les personnes de l'unité « Minéo », et très en faveur du domicile personnel pour celles de psychiatrie 2.

Je ne sais pas si l'on peut s'autoriser à penser qu'il faut y voir le signe d'un lien privilégié avec l'hôpital pour certains, une pudeur face à l'intrusion d'un étranger dans son domicile pour d'autres, ou de simples raisons de commodité.

3) Mode d'hospitalisation

Presque tous les patients interrogés ont dit avoir été sur leur dernière hospitalisation hospitalisés en mode libre. Ainsi, on ne peut pas voir pas apparaître de lien entre leur opinion et le mode d'hospitalisation.

Concernant leurs hospitalisations passées, rien n'apparaît concernant un lien entre une expérience d'hospitalisation sous contrainte et la préférence du système de gestion des portes.

Pour autant, dans bon nombre de discours, on ne peut que remarquer la confusion qui règne dans les représentations, entre « service fermé » et « renfermement d'allure carcéral ».

Les patients qui sont les plus orientés contre le système des portes fermées sont ceux qui ont vécu des hospitalisations qu'ils ont jugées très dures sur le plan humain, hospitalisations sous contrainte, en milieu fermé.

On peut se demander s'il est possible de vivre une expérience aussi difficile en milieu ouvert...

Mr γ. nous apporte peut-être la réponse, en considérant que le service ouvert « Le Hameau » dans lequel il a pu être hospitalisé sous contrainte est... fermé !

L'impact du mode d'hospitalisation sur le sentiment de coercition, lui-même influençant les points de vue, est abordé plus loin (p 105).

4) Qualité de l'environnement

Dans l'autre sens, l'association est très forte entre l'ouverture des portes et la qualité environnementale et architecturale de l'hôpital.

Pour certains patients, notamment hospitalisés au « Hameau », (Mr α ., Mr δ .) ceci joue un rôle très important.

On peut alors se demander si leur opinion sur l'ouverture des portes telles que pratiquée dans ce service en est affectée, ici dans un sens favorable, le service disposant d'espaces importants et variés, et étant entouré d'un parc d'envergure.

Pour ces patients, ce cadre s'oppose très fortement à celui du milieu fermé, confiné, associé à leurs précédentes hospitalisations (environnement que nous ne connaissons pas).

Réciproquement, l'absence de parc et l'architecture du service fermé « Minéo » sont jugés peu agréables par certains. (Mr. O, Mme M.), mais leur opinion sur la fermeture des portes ne semble pas touchée.

Les entretiens avec les chefs de pôle sur l'histoire des services montrent qu'en pratique l'aspect architectural n'est pas forcément pensé au préalable différemment selon que l'unité soit ouverte ou fermée : « le Hameau » était initialement fermé.

D Représentations – Croyances

Au delà du vécu expérimenté lors des hospitalisations, les patients avancent un certain nombre de raisons, d'explications pour justifier tel ou tel fonctionnement concernant les portes. Un ensemble important de ses discours peut être regroupé sous le thème « protection et sécurisation », que nous allons examiner.

Un autre ensemble de pensées, moins prégnant toutefois, traite de la question de la fonction soignante de l'enfermement, dont nous allons aborder les théorisations.

1) Sentiment de protection - sécurisation

Dans les propos que j'ai pu recueillir, la porte fermée apparaît comme garant d'une protection, protection pour le patient d'une part, pour « l'extérieur » d'autre part.

Si on aborde cette question sous un angle pragmatique, fonctionnel, une protection accrue en

unité fermée implique deux propositions :

- on est plus en sécurité à l'intérieur qu'à l'extérieur
- les portes fermées diminuent le nombre de sorties

Nous allons essayer de décortiquer les déterminants de ce sentiment de sécurité « dans les murs », puis examiner l'impact de l'ouverture ou de la fermeture des portes sur les sorties dites « sans autorisation »..

a. Un sentiment de sécurité meilleur à l'intérieur ?

Cette première proposition sonne comme une évidence, et la questionner peut passer pour une provocation, car elle met en cause la fonction, le rôle même du dispositif hospitalier en tant que tel dans la prise en charge des patients.

En effet, le « sentiment de sécurité » est une notion qui renvoie à des concepts et émotions essentiels à notre bien être psychique, et semble un élément important qui vient s'opposer à « l'angoisse ».

Dès lors, si l'hôpital ne favorise pas son apparition et/ou son maintien, on peut se questionner sur sa fonction soignante !

La fermeture / l'ouverture des portes est à considérer dans sa participation à ce sentiment, par ses diverses fonctions : isolement, protection face à des intrusions, qualité de la surveillance, modification de l'ambiance.

i) L'isolement recherché ?

Le sentiment de sécurité peut naître de la séparation du quotidien duquel il convient de se couper, de s'isoler : la société qui dérange, les paperasses administratives qui poursuivent, les relations qui envahissent...

Comme le rappelle le Dr Deniau ³¹, « les murs ne soignent pas, mais protègent de l'extérieur [...] ».

La question est alors de savoir si la fermeture de la porte à clefs favorise cet isolement. Dans les entretiens réalisés ici, c'est la personne de l'entourage de Mr β. qui souligne ce point : « Au début de l'hospitalisation, il faut couper encore un peu les ponts, et ça, il faut l'accepter. »

Cette position est ambivalente, et elle ne peut se prolonger dans le temps, d'où l'impasse d'un certain hôpital psychiatrique conçu comme un village autonome, mais qui in fine ne favorise pas

forcément la réintégration à la société de ceux qui y sont.

Comment concevoir qu'il est souhaitable « d'isoler pour intégrer », sinon en introduisant une dimension temporelle à l'isolement, qui doit pouvoir prendre fin ?

Si l'on suit ce raisonnement, soit l'on considère que la porte fermée a un tel impact, et alors la constance de ce dispositif pose un problème thérapeutique à la longue, soit son impact est négligeable et alors cette question ne se pose pas.

Les aspects plus psychologiques et thérapeutiques de l'enfermement seront évoqués plus loin.

ii) Effet sur les intrusions

Le sentiment de protection pour le patient semble lié à la crainte de l'intrusion de personnes étrangères au service qui seraient malfaisantes.

Une patiente exprime fortement cette crainte.

Pour autant, aucune n'affirme avoir expérimenté ceci. Je n'ai pas trouvé d'article dans lequel serait mesuré l'effet de la fermeture des portes sur des intrusions.

De quels intrus parle-t-on ? Ne s'agit-il que d'importuns visiteurs pensant pouvoir exploiter la vulnérabilité des personnes hospitalisées, leur soutirer de l'argent, des services, éventuellement en échange de substances illicites ? S'agit-il d'un « entourage », au sens large : les représentations qu'a le patient de son environnement, duquel il est souhaitable de se protéger via une cloison infranchissable ? D'agresseurs / persécuteurs qui resteraient, eux, à la porte ? De voyeurs qui tenteraient de s'immiscer dans l'intimité psychique ?

Nous reviendrons sur ce point dans l'approche plus psychologisante qui s'intéresse à la fonction symbolique de notre thème.

Par contre, il existe des données sur l'impact de l'ouverture des portes sur le « trafic » de substances illicites ou prohibées (alcool, cannabis, médicaments...) ⁴⁰. Elles confirment l'opinion des patients : absence d'effet statistiquement montré.

De façon très pratique, il apparaît en effet que le contrôle même en unité fermée reste limité, les patients ayant le droit de sortir ne subissant pas de fouille au corps à leur retour.

iii) Sentiment de surveillance accrue.

Plusieurs patients interrogés ont exprimé l'impression que la surveillance était meilleure, plus

stricte, ... en milieu fermé.

Quels sont les tenants de cette pensée ?

Deux déterminants sont envisagés : un effet de la fermeture des portes sur la disponibilité des soignants, qui serait gage de meilleure surveillance, ainsi que des croyances plus générales.

Un effet sur la disponibilité des soignants ?

On peut supposer en effet que si une façon de faire rend les soignants moins disponibles, la « surveillance » sera moins bonne.

Sur ce point, tous les points de vue sont entendables :

– une façon de voir les choses consiste à penser que la fermeture dégage du temps soignant, car la porte étant fermée à clé, les infirmiers seraient moins occupés à surveiller constamment les entrées/sorties, ce qui serait source de préoccupations importantes et donc de diminution de la disponibilité en unité ouverte.

– L'autre position consiste à penser que le rôle de portier / concierge / Suisse ⁽⁴³⁾ donné aux infirmiers est extrêmement chronophage et peu pertinent en termes de soin.

Les avis divergent sur la qualité de l'entrevue qui a inévitablement lieu quand l'infirmier est sollicité pour aller ouvrir : certains y voient un moment d'évaluation clinique et d'échange important, d'autres une corvée vite expédiée qui contribue à la dégradation des liens.

Les études sus-citées qui évaluent le point de vue des soignants sur cette question ^{40 56 22} soulignent plutôt la seconde version.

Est également cité ⁹ le fait que si la fermeture des portes diminue le nombre de fugues, alors cela diminue également les démarches coûteuses en temps et énergie qui y sont liées : déclaration, signalement, recherches...

De fait, dans les unités étudiées ici, les effectifs soignants des unités fermées sont supérieurs à ceux des unités ouvertes.

Ceci participe donc possiblement à l'impression qu'ont les patients d'être « mieux surveillés » en unité fermée.

Pour autant, si l'on considère qu'il n'y a pas de problème particulier de disponibilité en unité ouverte, ceci laisserait à penser que l'ouverture n'occupe pas plus les soignants que la fermeture.

De plus, théoriquement, je rappelle qu'au regard des recommandations vues dans la section

juridique, la fermeture des portes ne doit pas se substituer à un manque d'effectif.

L'impact de croyances ?

On peut également imaginer qu'en dehors d'élément « objectif », les services dont la porte est verrouillée inspirent un sentiment de surveillance supérieur du fait des représentations véhiculées par le symbole que constitue les « portes fermées ».

Celles-ci sont en effet du côté de la prison, de l'univers sécuritaire carcéral, du contrôle absolu, panoptique. On peut penser fantasmatiquement qu'un service aux portes fermées, dans sa conception, a été pensé en partie sous cet angle, considère et tient compte d'emblée de la problématique de la dangerosité, et donc que bon nombres d'autres paramètres (organisationnels, architecturaux, ...) ont été choisis de façon à assurer une meilleure surveillance.

La vision symétrique consiste à croire qu'en service ouvert, la problématique du danger et de la surveillance est négligée, mise de côté, peu considérée, qu'il y aurait un « laisser aller » ambiant, et que les unités seraient donc intrinsèquement moins sécurisées et moins sécurisantes.

Comme l'exprime l'architecte J.D. Devaux dans son ouvrage « les espaces de la folie »⁴², cet effet symbolique peut s'avérer plus fort que des considérations rationnelles :

Les clefs gardent pour le personnel hospitalier et les patients une forte image symbolique de la contention subie par chacun dans ses déplacements. [...].
Telle surveillante interrogée juge plus sûre le pavillon dans lequel elle a travaillé vingt ans que celui dans lequel elle a pratiqué six mois avec la responsabilité de surveillante-chef, alors que l'analyse objective de la conformation des lieux lui donne absolument tort. La société hospitalière crée les mêmes illusions et dépendances que toute collectivité instituée.

L'historique de l'hôpital psychiatrique, tel que présenté dans la partie dédiée permet je l'espère de clarifier certains de ces enjeux.

iv) Du côté des données publiées

Il n'est pas simple de « mesurer » la surveillance dans une unité de soin !

Par des détours peut être : si l'on estime qu'une meilleure surveillance permet de diminuer le nombre d'accidents dans une unité.

Quelques études^{40 9} rapportent des statistiques concernant le rapport entre ouverture et fermeture et

taux de suicide, qui ne permettent pas de conclure sur l'efficacité d'un procédé plutôt qu'un autre.

v) Un effet paradoxal

D'après les patients, les effets de la fermeture ne vont pas uniquement vers le renforcement du sentiment de sécurité, et ils ont aussi expérimenté que la fermeture des portes pouvait favoriser certains dangers à l'intérieur : par des phénomènes d'accentuation de tensions, de pressions, et l'impossibilité de s'en dégager intra-muros.

Cela se joue au niveau individuel, sur les frustrations du quotidien, quand il s'agit de pouvoir fumer son tabac quand l'accès à l'extérieur n'est pas possible, à la dépendance aux soignants qui peut être vécue comme une domination, ..., mais aussi au niveau collectif, dans les rapports avec les autres personnes, patients ou soignants, qui peuvent être craints, ou en tout cas à éviter, et desquels on ne peut s'extraire rapidement et simplement en milieu fermé. Il semble en effet plus difficile d'y trouver un endroit calme et on ne peut en sortir rapidement, contrairement au milieu ouvert.

Plusieurs études rapportent ces phénomènes, ^{74 40 35 71 90 61}, ainsi que le rapport Lalande et Lepine de 2011 ⁷² :

Le fait de maintenir en unité fermée l'ensemble des patients, sans tenir compte de leur état clinique, crée des sources de tensions, et augmente le risque d'agression des patients les plus vulnérables. [...] C'est l'« effet cocotte-minute » décrit dans le rapport de l'ARH Bretagne.

Dans les patients interrogés, ceux hospitalisés dans l'unité fermée « Minéo » ont été témoins ou victime d'un acte agressif d'un patient sur un autre.

Pour autant, aucun ne pointe que la fermeture des portes ait pu contribuer à cet événement, ni que l'ouverture ait pu permettre de l'éviter. Au contraire, il semblerait plutôt que la dangerosité perçue pousse à la fermeture, pour sécuriser « l'extérieur ». Il paraît plus admissible que la violence ait lieu dans les murs que dehors.

Dans les entretiens que j'ai mené, si les patients qui ont expérimenté une unité fermée soulignent souvent un désagrément du fait de devoir aller demander l'ouverture, tous ne considèrent pas cela comme gênant (la moitié environ).

Il n'est pas facile dans ces discours de démêler les situations dans laquelle la frustration est

liée à l'attente nécessaire à l'ouverture de la porte alors que le contrat passé avec le patient lui laisse le droit de sortir (donc impact direct de la fermeture à clé), et frustration liée au fait que le contrat justement n'autorise pas toute sortie libre (donc pas liée à la fermeture à clé).

À ce sujet, plusieurs études s'intéressent à la perception de la coercition par les patients (en plus des sus-citées :^{91 64 22 85 60 106 54 87}) et en particulier du lien avec le type d'hospitalisation, et montrent globalement que le sentiment et le vécu de « contrainte » n'est pas lié au mode d'hospitalisation (libre ou sous contrainte), ce qui permet d'invalidier l'argument selon lequel la tension supérieure dans une unité fermée serait surtout due au fait que les patients y sont hospitalisés sous contrainte, et non à d'autres paramètres...

Toutefois, de façon plus globale sur les impacts d'éléments de coercition sur les soins, un article suédois de 2010 ne montre pas de lien à court terme entre les résultats thérapeutiques et la coercition ressentie par les patients.⁶⁹

b. Diminution du nombre de sortie

i) Errances

La problématique de l'errance de patients déments par exemple, est bien perçue par certains. Elle est différenciée des « fugues » car il ne s'agit là pas d'empêcher une sortie qui a un but, un sens, mais plutôt un mouvement désordonné chez une personne très vulnérable, pour laquelle un contrôle physique de la sortie semble être l'unique moyen de sécurisation.

Nous l'avons vu, le Danemark prend cette problématique en considération dans ses textes de loi, y inscrivant la possibilité d'utiliser des verrous spécifiques en cas d'hospitalisation de personnes atteintes de démence⁴.

En France, le rapport HAS sur les libertés de circulations¹⁴ cité dans la partie « recommandations » évoque cette problématique et propose l'utilisation de moyens autres, notamment humains, plutôt que la fermeture de la porte.

Quid des patients en plein état de décompensation aiguë, moment le plus souvent bref par rapport à la durée d'hospitalisation, mais durant lequel leur vulnérabilité est majeure, et leur conscience très altérée ?

Si au nadir de la désorganisation psychique, des soins « intensifs » semblent tout à fait justifiés, que

ce soit par une présence soignante constante, par un passage en chambre de soins intensifs qui peut être fermée, par tout autre moyen, le moment le plus épineux alors pour les soignants est celui de la reprise de conscience, de l'émergence de la partie saine du psychisme, progressive, mal assurée, pouvant perdre du terrain à nouveau... La fermeture à clé du service est alors particulièrement rassurante.

ii) Fugues

Dans cette thématique de la protection, le risque de fugue est évoqué.

C'est que cette problématique interpelle, d'autant plus du fait de la médiatisation de certains événements tragiques, qui fait associer un patient souffrant de maladie psychique à un criminel, (Cas du « récidiviste considéré comme schizophrène » au journal de 20 heures de France 2 ⁹⁸).

Ce sujet fait l'objet de plusieurs travaux, une thèse de DES de psychiatrie est d'ailleurs en cours d'élaboration à Nantes en ce moment même ⁴¹.

Conséquences

Les conséquences de sorties sans autorisation ont été analysées ; le rapport Lalande et Lépine pointe que :

Dans la majorité des cas, les fugues n'ont pour conséquence qu'une rupture thérapeutique, mais plusieurs décès se produisent chaque année au cours de ces fugues.

Les fugeurs peuvent être victimes d'accidents, d'agressions ou de suicides.

La aussi, comme nous le soulignerons plus tard, les chiffres sont peu fiables, du fait de la difficulté de définition d'une fugue, et des variabilités de déclaration de ces événements.

Il semble que les fugues suivies de peu de conséquences soient les plus nombreuses, et de loin : les patients rentrent chez eux, vaquent à leurs occupations quotidiennes dans bien des cas.

Les conséquences dommageables seraient rares : moins de 4 % suivies de blessures, envers le patient lui-même ou autrui selon certains ^{24 19}, 11 % suivies de blessures auto infligées chez d'autres ⁴⁴.

Ces chiffres sont de plus certainement sur évalués du fait de l'absence probable de déclaration si rien ne s'est passé de particulier durant la sortie sans autorisation.

Par contre, l'examen des suicides conduit à des chiffres préoccupants : jusqu'à 25 % des suicides

réalisés lors des hospitalisations auraient lieu lors de fugues.^{18, 107}

De plus, il existe des conséquences en terme d'impact sur l'équipe soignante (culpabilisation, préoccupation...), sur les soins à venir (perte de confiance...).

Pour autant, mais cela n'est que très rarement abordé¹⁸ on peut s'interroger sur un possible effet bénéfique des fugues, en matière de soin.

C'est ce que nous dit Mme 2., sortie sans autorisation de l'établissement, alors qu'elle bénéficiait de sortie libre du un service ouvert (notons au passage la différence entre « sortie d'établissement » qui correspond à la sortie de l'enceinte de l'établissement, réglementée, et « sortie de l'unité », qui nous intéresse principalement dans ce travail) : cela lui a permis de « se tester », de gagner en confiance en elle. Au prix d'une transgression, elle a utilisé et mis en valeur ses ressources en vue de son autonomisation.

Il existe bien des façons de fuguer et bien des façons de transgresser par ce biais.

Il faudrait les préciser afin d'affiner notre lecture psychopathologique des fugues, et donc d'ajuster nos positions soignantes, et par exemple peut être ne pas considérer de la même façon la fugue chaotique d'un patient envahi d'angoisses désorganisantes, celle tragiquement déterminée d'une personne profondément mélancolique qui doit quitter la vie, celle transgressive et dans la relation d'un adolescent pour qui les jeux avec le cadre sont des moyens de communication,...

Il est vrai que cela est difficile à considérer en regard du caractère dramatique d'événements tragiques, certes quantitativement bien moindres.

Comme le soulignent certains, dans le regard du « public », les imprévus malheureux sont directement expliqués par des négligences ; et quand ils prennent cette importance qualitative, ils ne peuvent que très difficilement être acceptés comme aléas irréductibles.

Influence des portes

Outre la réalité de l'impact des fugues sur les soins, il faut bien évidemment se questionner sur les effets de l'ouverture / la fermeture des portes sur elles.

Nous avons vu que les personnes interrogées ont des opinions variables :

un individu, Mr α., qui défend le service ouvert, affirme que cela n'est pas efficace.

Mme M. précise qu'elle a expérimenté une hospitalisation en clinique, ouverte, où il n'y avait pas de fugue. Cela est cohérent avec le reste de son discours qui privilégie la fermeture pour des raisons

de sécurité, dans le sens où il lui apparaît clairement que les populations ne sont pas les mêmes dans les deux types de structure.

Seuls quatre patients sur douze expriment qu'il n'est pas possible ou très difficile de sortir sans autorisation en service fermé, alors que cela est tout à fait réalisable en ouvert : Mr γ., hospitalisé dans le service ouvert « le Hameau » (mais qu'il n'envisage pas comme tel), Mr N. et O., hospitalisés dans l'unité fermée « Minéo », et Mme 1., qui a expérimenté l'unité fermée.

Mme 2. répond à cette question en fonction de sa propre expérience de sortie sans autorisation, mais il s'agit d'une sortie de l'établissement, non de l'unité qu'elle pouvait librement quitter.

Mme 3. d'un côté constate ce qui lui semble une évidence : l'impossibilité d'empêcher les gens de sortir en unité ouverte ; mais d'un autre une expérience d'hospitalisation ancienne en service ouvert où pourtant cela fonctionnait, ce qu'elle n'explique pas.

Pour la majorité, il apparaît donc comme une évidence simple que les sorties sans autorisations sont facilitées par l'ouverture, empêchées de façon imparfaite par la fermeture. En même temps, et sans que ces idées ne s'articulent vraiment, certains ont constaté le bon fonctionnement des services ouverts.

L'étude la plus « directe » concernant l'impact de la fermeture / ouverture a consisté à observer une unité fermée à Berlin pendant 6 mois, puis la même unité ouverte sur une même durée.⁷⁴ Le taux de fugue est supérieur durant la période de fermeture de l'unité !

Globalement, les résultats des très nombreux travaux à ce sujet sont contradictoires.^{19 40 74 20 53 107 86 44 18 88 115 21 39}.

Il faut bien dire que la comparaison entre des unités, des hôpitaux différents n'est pas simple : la définition d'une « fugue » n'est pas universelle : au bout de combien de temps d'absence non signalée considère-t-on qu'il s'agit d'une fugue ?

Les signalisations sont très dépendantes des équipes, du niveau d'inquiétude relatif à chaque patient, du mode d'hospitalisation (hospitalisations sous contrainte fortement signalées par rapport aux hospitalisations libres).

La variabilité de l'organisation des hôpitaux et les types d'unités disponibles (unité spéciale dite de « haute sécurité » comptabilisée parmi les unités « fermées » plus standards), les aspects architecturaux fins, contribuent à rendre toute interprétation des résultats délicate.

Les techniques soignantes employées, dépendantes de la vision et de l'organisation des soins a très certainement un impact considérable (exemple de l'influence des « observations rapprochées » en Angleterre).

Sachant cela, l'étude des moyens utilisés montre que la fermeture de la porte a un impact limité :

En France, le rapport Lalande et Lépine ⁷² constate qu'il n'est pas plus difficile de fuguer d'une unité fermée, les fugues ayant lieu le plus souvent en plein jour, par la porte d'entrée lors des temps de sortie par exemple, ou via une simple escalade d'un mur ou d'un grillage peu élevé.

C'est ce que soulignent certains patients.

Il convient néanmoins de modérer : si les personnes déterminées à fuguer trouvent un moyen de le faire même dans une unité fermée à clé, certains auteurs proposent de les différencier des fugeurs opportunistes, dont la détermination est moindre, et qui profiteraient d'une occasion laissée pour ce faire. L'ouverture de la porte pourrait favoriser ce type de fugue ²¹. C'est peut être cette distinction non éclaircie qui contribue à la contradiction de certains points de vue chez les patients interrogés.

À contrario, dans les raisons invoquées par les patients pour expliquer leur fugue, apparaissent le sentiment d'inconfort psychique, de tension, de stress, la peur d'autres patients, le ressenti d'enfermement. La fugue peut être un moyen de se protéger d'un environnement perçu comme inquiétant. ^{23 86}

C'est ce qui expliquerait le nombre accru de fugues en unité fermée dans certaines études.

iii) Au total

Finalement, et malgré la faible fiabilité des données chiffrées, il apparaît que si les conséquences des fugues peuvent s'avérer dramatiques, c'est proportionnellement peu le cas, et l'influence de la fermeture des portes à ce sujet, qui a intéressé de nombreuses études n'est pas nette.

Cette absence de lien évident tend à montrer que d'autres facteurs seraient au moins aussi déterminants, facteurs que l'on peut imaginer dans la « relation soignante », que le choix de fermeture ou d'ouverture peut moduler.

C'est ce qu'a cherché à explorer Bowers ²⁰, afin de proposer d'autres moyens pour diminuer le nombre des fugues : formation des soignants sur cette problématique, et mise en place de stratégies spécifiques : livre d'or à l'entrée du service à destination des patients, attention spécifique lors de la délivrance de mauvaise nouvelle à un patient, débriefing après chaque incident dans l'unité, revue multidisciplinaire, identification des patients à haut risque de fugue, soins infirmiers quotidiens pour ceux-ci, centrés sur la famille, la maison, les préoccupations de l'extérieur, la facilitation des contacts extérieurs via téléphone et visite ...

Les résultats de l'expérience furent mitigés : contrairement à ce que l'on pourrait penser, on ne peut pas considérer qu'une méthode de soin qui se joue dans la relation, aussi pertinente soit-elle, puisse être exportée et appliquée de la même façon, avec le même investissement, et donc avec les mêmes résultats, dans n'importe quelle unité, avec n'importe quelle équipe, son histoire, ses expériences, ses aspirations...

La variabilité et les contradictions des opinions des patients interrogés s'explique finalement simplement au regard de l'absence de tendance claire de l'impact de la fermeture ou de l'ouverture des portes sur les fugues.

2) Le fou de qui ?

Concernant la problématique de protection / sécurisation, nombreux sont les patients qui évoquent la séparation des personnes hospitalisées selon leur pathologie, et la possibilité d'unités spécifiques plus sécurisées, dans lesquelles seraient hospitalisés les « vrais fous dangereux ». Il est intéressant de constater que ce type de propos est tenu quel que soit le type de pathologie présentée par le patient, y compris celles dont les décompensations font classiquement nécessiter des soins contenant, comme les psychoses maniaco-dépressives et leurs phases maniaques. Mr δ. décrit un tel système, mais nous ne sommes pas allés dans le détail, à savoir s'il considère souhaitable que les patients puissent naviguer entre les différentes unités plus ou moins sécurisées selon leur état clinique. Évidemment, dans un tel modèle se pose la question de la continuité des équipes soignantes pour un même patient.

Je ne développerai pas davantage ici cette question du découpage des lieux d'hospitalisation par pathologie, question très importante qui nécessiterait un travail à part entière.

En tout cas on constate que pour tous, la figure du « fou dangereux » existe, effraye, et inspire la nécessité de mesures plus radicales.

3) Abords psychologiques

Il s'agit ici de considérer non plus l'action effective dans la réalité de l'environnement soignant de la fermeture des portes, mais ses possibles actions psychologiques sur l'individu. En fait cette distinction est classiquement faite quand on envisage la dimension thérapeutique de l'architecture ⁷⁵ : d'une part une approche « fonctionnaliste pragmatique » comme nous l'avons fait jusqu'à présent, d'autre part l'approche « symboliste/signifiante », qui évalue l'impact de l'architecture sur les représentations psychiques, et donc son possible caractère psychothérapique.

a. Précautions

Je ne reviendrai pas sur l'écueil qui consiste à penser que cet effet est direct et certain, sur tout un ensemble d'individus, nous avons vu les limites de cette pensée totalitaire, mise en pratique de façon aveuglément confiante au siècle dernier.

D'un autre côté, on ne peut pas nier l'impact émotionnel que certains espaces ont sur nous, ni l'existence de situations où l'environnement au sens « agencement de l'espace » peut « participer », en tout cas jouer un rôle dans certaines constructions symptomatiques : on pense immédiatement aux claustrophobies et agoraphobies.

De façon plus fine, des typologies psychopathologiques des espaces sont décrits ⁴² espaces des névroses anxieuses, phobiques, obsessionnelles, hystériques, ...des psychoses, mélancolies, manies, schizophrénies, paranoïas...

Quelle que soit la pertinence de ces représentations, supposer la réciproque, c'est-à-dire un impact des espaces « réels » sur les espaces subjectifs, psychologiques et psychopathologiques reste à démontrer ; nous y reviendrons.

Comme le précise le Dr Baillon (¹² repris par ⁴²) :

N'ai-je pas vu au cours d'un congrès très sérieux, il y a quelques années, un architecte qui expliquait qu'on lui avait demandé de construire des lieux adaptés aux pathologies ?

Pour cela, on avait scientifiquement étudié la mobilité et les déplacements des patients en fonction de leur étiquette nosographique : recroquevillement des mélancoliques, espace arrondi et large des maniaques, complexité alvéolaire des espaces obsessionnels, espaces baroques et théâtraux des hystériques, espaces limités et évités des phobiques...Et l'architecte s'était appliqué sérieusement et avait réalisé des projets moules pour ces espaces.

Vrai et navrant...

La grande découverte de la psychiatrie moderne qu'il faut restituer aux architectes, aux ingénieurs et aux entrepreneurs de travaux publics, c'est que les patients au pire de leur souffrance ont des besoins...normaux...

Dernière précaution, je le répète, comme nous l'avons vu dans l'approche historique, une confusion existe et peut persister entre le caractère ouvert et fermé de la porte d'entrée et un ensemble de pratiques associées historiquement à ce paramètre symbolique.

Dans certaines études, les fonctions thérapeutiques sont attribuées directement aux « portes » alors qu'en fait il s'agit d'autres fonctionnements liés à l'organisation du service, mais pas en lien d'équivalence avec l'ouverture ou la fermeture : par exemple on ¹⁰² peut prôner la fermeture des portes parce qu'un rythme de vie très organisé et routinier est une aide pour certains patients, et que dans une unité fermée, les règles de vie sont plus strictes...

L'organisation de la vie quotidienne de certains patients sur un mode très régulé ne me paraît pas être l'apanage des services fermés.

Ces précautions prises, nous allons essayer ici de nous intéresser aux actions les plus « directes » que l'on peut prêter à la fermeture ou l'ouverture de la porte d'entrée d'un service d'hospitalisation.

b. Fonction contenante

Mr β. le dit, évoquant la possibilité d'une prise en charge dans un service fermé : « Je me serais peut-être un peu moins éparpillé ».

Mr N. évoque la nécessité de rester à l'intérieur pour « se réguler ».

Ainsi, on peut penser que les murs aient une fonction contenante en tant que tel, fonction qui pourrait être mise à mal par une béance non contrôlée en leur sein.

Ceci est particulièrement effectif concernant des processus psychiques relativement primaires, en particulier quand le fonctionnement psychique des personnes use de la projection, que l'interne (psychique) et l'externe (environnemental) se confondent, s'intervertissent.

Le vocabulaire même fait écho : est-ce que cette confusion entre le monde « interne » et le monde « externe », le « dedans » et le « dehors » est imputable à des modifications de l'étanchéité des cloisons qui les séparent, qui deviennent perméables, à l'ouverture d'un passage entre les deux univers ?

Peut-on considérer dès lors qu'en organisant l'extérieur de la façon la plus évidente qui soit,

en signifiant le plus fort possible que le dedans de l'unité et son dehors sont différents, que seul un passage très verrouillé les relie, voire que ce passage n'existe pas, on aiderait l'intérieur psychique, par un effet de contagion, de diffusion, ou d'infusion à se réorganiser ? Autrement dit, que le morcellement interne serait sensible à celui de l'environnement « matériel », architectural ?

Ainsi, les limites de l'environnement contiendraient celles psychiques de l'individu quand celles-ci éclateraient :

Citons à ce propos G. Daumezon, repris par J.M. Vanelle ¹¹¹:

Il existe un contingent important de situations pathologiques qui rappellent impérieusement que le patient éprouve des limites et d'autant plus rassurantes qu'elles sont perçues comme infranchissables et capables de contenir l'éclatement. De sorte que l'unité de soins intensifs aux portes fermées est une nécessité et que son absence est un manque grave dans l'arsenal thérapeutique.

Cette question est complexe.

i) Le cadre thérapeutique

Mes premières pistes sur des travaux de psychologie et psychopathologie m'ont mené du côté de la pédopsychiatrie, et des recherches sur la constitution très primitive de l'unité du soi.

Les travaux de Bick, Bion et le contenant maternel, Meltzer, Winnicott, Anzieu et sa conceptualisation du moi peau sont repris pour étayer la notion de cadre thérapeutique, d'institution soignante (Bleandonu, Houzel et Lebovici dans ^{63 47 29}).

Mais il est question ici de contenance corporelle directe (portage, contact physique avec sa peau et celle d'un autre) et relationnel (fonction maternelle notamment chez Bion), qui se rejoueraient au sein d'une institution « vivante », c'est-à-dire via les relations avec les personnes qui la constituent ; et étendre ces propriétés à l'environnement physique élargi, pas forcément médié par un autre être humain, me paraît nécessiter davantage de travaux.

Par contre cela peut justifier un effet contenant de la porte fermée, mais indirect, par le possible gain en sécurité psychique qu'elle apporte aux soignants, qui seraient alors à même de contenir plus de désorganisation.

Cette lecture paraît cohérente par rapport aux réactions des infirmiers souvent réticents lors du passage du fermé à l'ouvert, qui suscite inquiétudes et angoisses ^{9 56 40}.

ii) Pare excitation

Dans ses travaux sur les soins psychothérapeutiques en milieu carcéral, Balier décrit la fonction de pare-excitation que peut supporter la solidité d'un cadre contenant, associé à un cadre thérapeutique qui serait préalable aux prémices de construction d'instances psychiques de régulation (¹³ repris par ²⁷ et ⁸¹).

Mais est-ce que c'est la fermeture de la porte qui rend ce cadre plus solide ? Probablement, en revenant à l'hypothèse précédente : c'est via les soignants et leur sécurité interne que cela devient opérant ⁸⁹.

iii) Régression

Blücher, dans sa thèse de doctorat en psychopathologie et psychologie clinique ¹⁷ dirigée par R. Roussillon, traite des processus psychiques en jeux dans l'enfermement, au travers d'œuvres littéraires.

Je ne saurais résumer son travail, qui pointe non seulement la fonction prothétique de pare-excitation que peut prendre l'enfermement isolant, mais aussi la fonction conteneur des murs, lié au fantasme de retour in utero, régression narcissique dont le revers est à trouver du côté des angoisses d'étouffement, d'angoisses claustrophobiques.

L'enjeu est thérapeutique : le sujet n'est pas voué à se répéter infiniment dans ces régressions, qui offrent au contraire des possibilités de rejouer différemment, cette fois ci de façon active des processus initialement traumatiques.

Selon lui, l'enfermement permettrait, et même serait en lui-même un processus thérapeutique.

iv) Limite éthique, exemple de la fonction de re-socialisation :

Comme le souligne Mme 2., certains pointent le bénéfice lié à la proximité entre patients, proximité forcée par la fermeture des portes, qui favoriserait la socialisation, empêcherait les conduites d'évitement et d'isolement qui seraient plus faciles en milieu ouvert¹⁰².

Au delà de la réelle effectivité de cette action, ceci permet de mettre en valeur les questionnements éthiques et déontologiques : jusqu'où peut-on être coercitif même si les intentions sont soignantes ? En effet en forçant la re-socialisation via l'enfermement, on n'est plus dans le cadre d'une action coercitive qui vise à prévenir un danger immédiat, à protéger.

Avons-nous déjà franchi cette limite, quand nous avons abordé la fonction contenante possible de la

porte fermée à clé ?

c. Fonction stimulante

Revenons à l'abord psychologique des effets de l'environnement. Nous avons vu que l'on peut penser un environnement comme contenant, plutôt indirectement que directement, et que la fonction d'isolement pouvait être thérapeutique, ce qui pourrait donner un sens à la fermeture des portes à clé.

i) Action thymique

À l'inverse, peut-on penser qu'en n'obstruant pas les mouvements de va-et-vient, d'aller-retour, on faciliterait le mouvement de l'esprit, on impulserait une sorte d'élan, comme certains patients le soulignent au sujet des personnes « déprimées » ?

Mme 3. :

« Un dépressif qui s'enferme sur lui-même, c'est le cercle vicieux. »
« Il faut qu'il sorte, il faut qu'il ait du contact avec des gens et tout, pour ne pas sombrer dans une dépression profonde. »

Encore une fois, il semble simplificateur de considérer une action directe de l'existence ou non d'un verrou.

Mme P., hospitalisée pour dépression, décrit la gêne ressentie à devoir demander à sortir, elle dit même que cela l'en a empêché à certains moments, mais elle ne dit pas que cela contribue à maintenir son état dépressif.

Sans entrer dans des considérations psychopathologiques fines qui ne pourraient se faire qu'au cas par cas, une action est peut être à trouver du côté des représentations qu'ont les patients de la considération que les soignants ont d'eux.

Ceci est souligné dans certaines études, où les patients expriment que l'ouverture de la porte symbolise la confiance qui leur est portée par les soignants, et contribue à augmenter l'estime qu'ils ont d'eux, leur niveau d'aspiration, alors que la porte fermée renvoie un sentiment de passivité plutôt dépressiogène ^{116 40 55 87}.

Mr α. le dit : « Il y a un climat de confiance qui s'installe. »

L'appropriation du lieu de soin par les patients fait partie de la thérapeutique d'autonomisation et de

resocialisation imaginée avec le mouvement « open door » ⁷⁰.

E Relations

Plus que la stricte géométrie des murs et la gestion de leurs ouvertures, la qualité des relations établies avec autrui semble un point fondamental dans les soins prodigués à l'hôpital psychiatrique. Nous avons abordé de façon éparse l'impact possible des portes sur les relations entre patients, pouvant être source de tensions comme de rapprochement.

Nous allons nous intéresser ici aux rapports entretenus avec les soignants, puis avec l'entourage.

1) Soignants

À ce sujet, nous avons déjà abordé la question de la disponibilité, envisagée alors comme participant au sentiment de sécurité.

La parole des patients ne s'arrête pas là, et la qualité relationnelle est jaugée.

Là encore, les avis sont très partagés, certains patients comme Mr. α . relient la bonne qualité : cohérence, simplicité, attention, à l'ouverture des portes et les relations dégradées (« moins agréables », « moins tolérants ») à ses expériences en milieu fermé.

Pour d'autres, les infirmiers sont plus attentifs, aux patients, la continuité est meilleure en milieu fermé. (Mr. N.)

Certains considèrent que ce paramètre n'a qu'une importance très limitée à ce sujet, et que d'autres facteurs sont prépondérants, en particulier l'expérience des équipes, comme le soulignent Mme M., et Mr N. qui évoque une hospitalisation précédente où selon lui l'équipe n'était pas assez expérimentée.

On peut considérer le ressenti de coercition comme nuisant à la qualité des relations avec les soignants. Plusieurs patients (Mr α , Mr β ., Mr O) ont un discours très marqué à ce sujet, et leur expérience d'hospitalisation en milieu fermé renvoie à des sentiments de maltraitance forts. Ceux-ci semblent renforcés par l'amalgame qui s'opère entre certains moments vécus très difficilement, comme le passage en chambre d'isolement, et le fait qu'ils aient eu lieu en service fermé.

Les études sur le ressenti coercitif des patients, nous l'avons vu, pointent que celui-ci n'est pas lié au mode d'hospitalisation, contraint ou non.

Les facteurs qui le déterminent plus sont le sentiment de ne pas être respecté comme un être

humain, de ne pas être écouté, le manque de pouvoir décisionnel, le manque d'information sur les soins ^{91, 71}. L'asymétrie de relation entre soignant qui détient le contrôle et soigné est alors exacerbée, comme le soulignent des études qui s'intéressent à l'autre partie de la relation : le point de vue des soignants⁵⁶. On peut penser que l'appréhension des effets de mesures coercitives n'est pas la même de part et d'autre, ce que souligne Olofson, montrant que les patients les repèrent de façon plus pointue ⁹¹.

Mais il apparaît aussi que si les enjeux sont expliqués et compris, certaines mesures coercitives sont considérées comme tout à fait acceptables, et donc ne nuisent pas à la relation ^{64 35}. Le discours de Mme 4., qui peut comprendre l'utilité de la chambre d'isolement dans certains cas va dans ce sens, mais est limité par la pensée que cela ne s'appliquait pas à son cas à elle. Il restera toujours des différences de perception à posteriori, et les points de vue ne sont certainement pas les mêmes si l'on interroge les soignants alors présents. C'est l'effet « Rashomon » décrit initialement au sujet des limites de la recherche d'une Vérité en ethnographie ⁵⁹, repris pour une approche psychothérapique par les systémiciens.

2) Éthique des liens

Nous avons évoqué l'aspect possiblement « stimulant » de l'autonomisation que suggérerait le système porte ouverte, dans le regard porté sur les patients par les soignants.

Cette approche d'autonomisation participerait à une meilleure alliance, car elle permettrait un engagement supérieur du patient dans ses soins : en minimisant les sujets de conflits liés à des enjeux de pouvoir et contrôle, le soignant prend une position d'accompagnement du patient, à ses côtés pour envisager des possibles face à ses difficultés.

Encore une fois, prenons garde aux amalgames et confusions : cette posture de soin peut être prise en milieu fermé.

L'ouverture des portes la faciliterait.

Une lecture éthique de ces enjeux peut être faite :

dans la position dite paternaliste, plutôt traditionnelle au niveau médicale, le médecin sait ce qui est bien pour le patient, et dirige les soins en fonction. C'est lui qui sait ce qui est bon, car il est détenteur d'un savoir médical complexe (données scientifiques et techniques) que le patient ne connaît pas, et qu'il ne serait de toute façon pas forcément en position d'utiliser. Il est guidé par un principe de bienfaisance, qui s'oppose au principe du respect de l'autonomie de la personne.

On voit bien les complications venir quand les capacités de jugement de la personne soignée paraissent altérées, ce qui se pose dans le domaine de la psychiatrie. (à l'extrême, la question de l'errance des personnes démentes).

Certains cherchent à construire des outils de mesure des compétences en jugement, mais cela ne semble pas fiable ²⁵

Par ailleurs, d'autres ¹¹⁷ ont montré que les capacités à prendre des décisions des personnes atteintes de maladie mentale ne diffèrent pas significativement de celle de la population générale, contrairement à celle de personnes démentes.

Le contrôle strict des passages en milieu fermé relèverait-il de cette approche ?

Une des croyances justifiant l'approche paternaliste est celle de l'effet d'après coup : le « thank you effect », selon lequel les patients seraient reconnaissants, une fois rétablis et leurs facultés de jugement récupérées, des contraintes subies en état de crise.

Cet effet n'est pas systématique ⁹², qui plus est, une étude ⁵⁰ qui l'étudie dans le cadre des hospitalisations sous contraintes donne une conclusion nuancée : le changement d'avis concernant une contrainte subie n'élimine pas le sentiment de coercition vécu de façon désagréable.

Le message qui ressort est plutôt « j'en avais besoin, mais ce n'est pas une façon de faire ».

De plus, les patients qui ont ressentis le plus de coercition sont ceux qui changent le moins d'avis sur la nécessité d'une contrainte.

Ce travail incite donc à chercher d'autres voies...

Pour autant, il paraît bien simpliste et réducteur de penser que l'autonomie serait respectée en permettant l'indépendance, la liberté de circulation en ce qui nous concerne.

Au contraire, on peut considérer que certaines contraintes permettent justement de gagner en autonomie ⁹⁷, dans un contexte où la qualité de la relation dans laquelle se joue la contrainte prime.

D'où la notion d'« éthique relationnelle », dans laquelle l'influence de la relation clinique et son asymétrie sont reconnues, tout comme la subjectivité de la prise de décision, et le caractère continu (non dichotomique) des facteurs de jugement ^{92 110}. Dans ce cadre éthique, on considère la contrainte vécue comme un sentiment, chez le soignant et le patient, qu'il est possible de travailler dans la relation, ce qui permet d'éviter de la penser comme une propriété de certaines techniques ou propriétés qui sont alors non questionnées, car justifiées automatiquement par l'utilisation même de la technique.

En pratique, cela suppose la possibilité de prise de décision au cas par cas, selon une évaluation fine

de paramètres subjectifs, en opposition au modèle d'éthique « basé sur des droits », (« right based »), qui permet de codifier des conduites à tenir, de définir des protocoles et des arbres décisionnels.

Une étude réalisée auprès d'infirmières psychiatriques sur leur capacité à distinguer ces différentes approches montre que c'est leur niveau d'étude et de formation qui leur permet d'utiliser la première ¹¹⁰.

Certains rappellent qu'en ne considérant que l'opposition entre bienfaisance et autonomie, on oublie un paramètre, comme nous l'avons vu très important : la protection du public ⁷⁷. En en tenant compte, l'approche devient utilitariste, pour le bien du plus grand nombre au détriment de certains, quelque peu sacrifiés pour la communauté.

Ceci est mis en jeu quand on considère le « climat social » sur les missions de la psychiatrie, et les moyens alloués. Comme nous l'avons abordé dans l'approche historique, la fonction « sécuritaire » de la psychiatrie varie selon les moments, dépendant de facteurs sociaux, théoriques, économiques... Plusieurs auteurs anglais décrivent un mouvement actuel (depuis plus d'une dizaine d'années) vers une politique plutôt défensive. ^{22 100 14}.

3) Entourage

Les patients se sont exprimés sur les variations du regard que leur porte leur entourage selon qu'ils soient hospitalisés en unité ouverte ou non.

Pour certains, l'impact est faible : Mr β. Mr γ, Mme M., Mr O.

Mme 3 constate le changement du regard des proches, mais sans émettre de jugement particulier.

Ceci correspond aux point de vue des personnes de l'entourage : aucune des deux personnes interrogées, n'a dit avoir sa vision du patient « déformée » par le fait qu'il soit hospitalisé en milieu ouvert ou fermé.

Une personne, Mr 4., hospitalisé en unité fermée, a elle perçu un impact bénéfique de la fermeture des portes, qui a contribué à la prise de conscience de son entourage de l'importance de ses troubles.

Aucun n'a imaginé que le regard des proches soient modulé dans le sens suivant, pourtant décrit :

l'ouverture jugée comme une négligence incompréhensible pour les proches par rapport à l'importance des inquiétudes envers la personne hospitalisée, et donc perte de confiance dans l'hôpital psychiatrique.¹⁸, et un soulagement pour eux en cas d'hospitalisation en milieu fermé.⁵⁵

Pour 6 personnes, l'impact existe, dans le sens d'une stigmatisation supérieure en milieu fermé (Mr α.), ou de difficultés à pouvoir accepter la venue des proches dans un lieu jugé inhospitalier. (Mr δ.), ou plus simplement à obtenir à ce que les gens viennent. (Mr N., Mme I.). Au delà de la porte d'entrée, c'est l'aspect environnemental et architectural qui semble de toute première importance aux yeux des patients, comme de l'entourage (entourage de Mr O en particulier).

Comment sont accueillis les visiteurs ? Où sont-ils reçus ? Où passer un moment « au calme » avec eux ?

Un sentiment de gêne semble très présent par rapport à la vision « du service », des « autres » patients, qui seraient plus marqués par la folie, et pour qui la rencontre avec des tiers est jugée très stigmatisante voire dangereuse.

Ceci questionne la notion de seuil (indissociable de celle de porte), d'espace de transition, d'« entre deux ».

Concernant le monde extérieur plus large, l'impact de la fermeture ou de l'ouverture peut porter sur la stigmatisation : les portes ouvertes permettraient de moins associer hôpital psychiatrique et prison, et donc de moins stigmatiser les personnes qui y sont.

Mais il paraît clair que là aussi, cela ce joue ailleurs : sur la méconnaissance globale des problématiques psychiatriques et de leur traitement, et sur la médiatisation qui est faite des drames où un amalgame entre dangerosité et psychiatrie peut être fait., comme le souligne Mr δ :

« Il y a encore un taré enfermé en psychiatrie maintenant qui a pu entrer dans une banque avec une hache »...

On n'en rigole, mais c'est tellement navrant.

Comment contrôler les masses en leur faisant croire n'importe quoi.

Il y a beaucoup de gens, métro boulot dodo, ils n'ont pas conscience de ce que c'est, toute la partie psychologique, qu'une manie par exemple.

Quand on ne sait pas, on regarde la télé réalité, et on continue.

Enfin je sais pas, ça fait peut-être un peu arrogant, prétentieux, mais je suis très fâché avec ce que je vois.

Ça m'afflige toute cette connerie ambiante, la télé, ça me met mal à l'aise.

IX CONCLUSION

La question de l'ouverture ou de la fermeture des portes d'entrée des services d'hospitalisations interpelle à plusieurs niveaux :

Au niveau du cadre de nos pratiques, que nous avons abordée comme préalable à notre réflexion : une contradiction apparaît entre la promulgation de droits fondamentaux d'un côté et leurs limitations pour des questions de vie en communauté, problématique inhérente au contrat social.

Or si le système des portes fermées ne porte pas une atteinte fondamentale à ces libertés, il les restreint tout de même.

Si l'on considère que toute atteinte, même d'allure minime à un droit fondamental doit être questionnée et justifiée (ce que préconise les grands textes encadrant les lois), on peut être surpris de la faible attention portée envers ces pratiques par les institutions publiques : au niveau descriptif, on ne sait pas quelles sont les pratiques actuelles et leur tendance évolutive (en France, mais ce pays ne semble pas faire exception)

Au niveau de leur justification, elles ne sont pas défendues par des critères précis (efficacité d'un système sur un autre en termes de protection, de soin, ...), et donc pas par des choix éthiques clairs (la vision utilitariste qui permettrait de justifier le choix de la fermeture ne peut exister que si l'on en connaît les effets).

Au niveau plus clinique du point de vue des patients, l'impact de ces considérations n'est pas évident.

En effet, il apparaît que ces avis sont construits à partir des éléments suivants :

— leur expérience propre des hospitalisations qu'ils ont vécus : sentiment d'être « bien pris en charge », d'être considéré humainement, ..., ou leur contraire.

Cet aspect qualitatif ne dépend pas fondamentalement de l'ouverture ou de la fermeture des portes, mais y reste associé à posteriori : quand une première expérience mauvaise dans un certain type d'unité (ouverte ou fermée) est suivie d'une meilleure expérience dans l'autre type, ce critère est considéré comme grandement influant.

Ceci pointe le caractère hautement symbolique de ce paramètre, qui supporte alors l'ensemble des qualités de « relation soignantes » d'un service.

— un ensemble de pensées dont une partie importante quantitativement et qualitativement se

situe dans le thème de la protection / sécurisation des patients et du monde extérieur à l'hôpital. Cet ensemble se fonde pour une part sur leur expérience, et pour une autre part qui semble prépondérante sur des croyances.

Dans l'espoir d'éclairer la genèse de ces croyances, nous avons exploré principalement l'influence de l'histoire de la psychiatrie, des représentations des fous, de leurs traitements, et de la place qui leur est faite dans la société, notamment sa proximité essentielle avec celle réservée aux criminels.

Nous avons tenté de les confronter à une réalité, via l'examen de la littérature disponible, sans trouver de résultat probant permettant de les confirmer (sentiment de sécurisation, impact sur les fugues, aspect thérapeutique...).

Il apparaît alors que c'est bien dans les représentations (celles des patients bien entendu, mais également celles des soignants) et non dans les faits que l'on peut penser cette question raisonnablement en l'état actuel des connaissances.

Ceci permet donc aujourd'hui de s'autoriser une grande variété de pratiques, dans le respect du cadre éthique du soin : possibilité de service ouvert comme fermé.

Mais il me paraît intéressant de considérer le fort impact symbolique de ces choix, pour les patients, pour les soignants, et pour « l'extérieur », afin d'avancer le mouvement d'intégration des « fous » dans la société, et donc notre humanité.

Perspectives

Pour autant, bon nombre de recherches pourraient (continuer) d'être menées afin d'étayer nos positions :

Au niveau de nos cadres généraux de travail, une connaissance plus étendue des pratiques en cours permettrait de jauger rationnellement de leur évolution, et donc de mieux analyser les mouvements d'opinions.

Il me semble primordial de poursuivre les mouvements de réflexions sur les fonctions de la psychiatrie au sein de la société, de façon accessible à tout un chacun, afin de ne pas voir notre fonction se dévoyer pour des raisons déraisonnables, non humanistes par exemple.

En fonction de cela, les cadres qui réglementent nos pratiques pourraient être précisés.

Au niveau des « croyances » et des représentations, dans un registre « factuel », des

évaluations statistiques pourraient tenter de préciser l'impact de tel ou tel paramètre sur les enjeux qui paraissent actuellement si centraux de protections et de sécurisation.

Cela ne saurait suffire, et les travaux cliniques, psychologiques et psychopathologiques, susceptibles d'étayer notre utilisation de l'outil de soin qu'est l'hospitalisation, d'en préciser ses fonctions, ses moyens, ses limites me semblent à développer.

Des travaux sur ces deux niveaux me paraissent nécessaires, l'un s'appuyant sur l'autre.

Enfin, je me permets de citer un extrait de « La poétique de l'espace », de G. Bachelard¹¹ :

Alors, à la surface de l'être, dans cette région où l'être *veut* se manifester et *veut* se cacher, les mouvements de fermeture et d'ouverture sont si nombreux, si souvent inversés, si chargés aussi d'hésitation que nous pourrions conclure par cette formule : l'homme est l'être entr'ouvert.

X BIBLIOGRAPHIE

1. Adams B. Locked doors or sentinel nurses? *Psychiatric Bulletin*. 2000;24(9):327–328.
2. Alezrah C, Bobillo J-M. Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ? *L'Information psychiatrique*. 80(7):571–578.
3. ANAES, Fédération des hôpitaux de France. *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité*. ANAES; 2004.
4. Anon. Danemark - Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. Available at: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=134497>. Accessed July 29, 2012.
5. Anon. Encyclopédie thématique sur l'inaptitude: Hôpital psychiatrique. 15:01:19. Available at: http://agora-2.org/thematiques/inaptitude.nsf/Dossiers/Hopital_psychiatrique. Accessed November 19, 2011.
6. Anon. La charte de la personne hospitalisée : des droits pour tous. Available at: <http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html>. Accessed August 12, 2012.
7. Anon. Recherche simple dans la jurisprudence judiciaire | Legifrance. Available at: <http://www.legifrance.gouv.fr/initRechJuriJudi.do>. Accessed September 26, 2012.
8. Anon. Royaume-uni : Code of Practice: Mental Health Act 1983 - revised 2008. 2008. Available at: <http://www.dh.gov.uk>. Accessed September 10, 2012.
9. Ashmore R. Nurses' accounts of locked ward doors: ghosts of the asylum or acute care in the 21st century? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008;15(3):175–185.
10. Ayme J. *Chroniques de la psychiatrie publique. A travers l'histoire d'un syndicat*. Erès; 1995.
11. Bachelard G. *La Poétique de l'espace*. Presses Universitaires de France - PUF; 1961.
12. Baillon G. Monumensonge. *Vie sociale et traitements*. 1988;(2):18–20.
13. Balier C, Grépillat A. *Psychanalyse des comportements violents*. Paris: Presses universitaires de France; 2002.
14. Bantman P. La Liberté d'aller et venir en Psychiatrie Entre l'exigence de la loi , l'éthique et la réalité des pratiques . 2011. Available at: http://www.serpsy.org/piste_recherche/hopital/bantman.html. Accessed August 31, 2011.
15. Berque J. De l'internement à l'hospitalisation psychiatrique. L'expérience du centre hospitalier general de Libourne. 1978.

16. Bersani G. The Italian Law “180” thirty years after: from the unmet needs of sick people and families the duty of a critical reflection. *Ann Ist Super Sanita*. 2009;45:27–32.
17. Blücher A. *Enfermements et écritures*. 2006.
18. Bowers, Jarrett, Clark. Absconding: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 1998;5(5):343–353.
19. Bowers L. Runaway patients. *Mental Health Practice*. 2003;7(1):10–12.
20. Bowers L, Alexander J, Gaskell C. A trial of an anti-absconding intervention in acute psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2003;10(4):410–416.
21. Bowers L, Allan T, Haglund K, et al. *The city 128 extension: locked doors in acute psychiatry, outcome and acceptability*. NCCSDO; 2008. Available at: <http://www.kcl.ac.uk/iop/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/LockedDoors.aspx>.
22. Bowers L, Haglund K, Muir-Cochrane E, Nijman H, Simpson A, Van Der Merwe M. Locked doors: a survey of patients, staff and visitors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2010;17(10):873–880.
23. Bowers L, Jarrett M, Clark N, Kiyimba F, McFarlane L. 1. Absconding: why patients leave. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1999;6(3):199–205.
24. Bowers L, Jarrett M, Clark N, Kiyimba F, McFarlane L. 3. Absconding: outcome and risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1999;6(3):213–218.
25. Breeze J. Can paternalism be justified in mental health care? *J Adv Nurs*. 1998;28(2):260–265.
26. Caire M. *Eléments chronologiques de l’histoire de la psychiatrie française*. Available at: <http://psychiatrie.histoire.free.fr>.
27. Castandet F, Gaussares C, Aberkane G. Le pavillon fermé est-il anachronique ? *L’Information psychiatrique*. 1991;67(5):403–410.
28. Chapiereau F. Trente ans après: la révolution psychiatrique italienne en perspective. *L’Evolution psychiatrique*. 2008;73(3):517–528.
29. Ciccone A. Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*. 2001;17(2):81.
30. Clarke L. The opening of doors in British mental hospitals in the 1950s. *History of Psychiatry*. 1993;4(16):527–551.
31. Collectif. *Architecture et psychiatrie : L’hôpital : espace de soin, espace urbain*. La Ferme Du Vinatier; 2001.

32. Conseil de l'Europe. Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales. Available at: <http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/005.htm>. Accessed August 6, 2012.
33. Conseil de l'Europe. Protocole n° 4 à la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, reconnaissant certains droits et libertés autres que ceux figurant déjà dans la Convention et dans le premier Protocole additionnel à la Convention. Available at: <http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/046.htm>. Accessed August 7, 2012.
34. Conseil d'État. ArianeWeb. Available at: <http://www.conseil-etat.fr/fr/base-de-jurisprudence/>. Accessed July 28, 2012.
35. Corrigan PW. Consumer satisfaction with institutional and community care. *Community Ment Health J*. 1990;26(2):151–165.
36. Crowhurst N, Bowers L. Philosophy, care and treatment on the psychiatric intensive care unit: themes, trends and future practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002;9(6):689–695.
37. David L. La psychiatrie de secteur : des concepts à leur réalisation. 2008.
38. Decker M. Article 19 de la loi du 4 mars 2002 : les contraintes paradoxales. *L'Information Psychiatrique*. 2003;79(6):477–80.
39. Deisenhammer E, DeCol C, Honeder M, Hinterhuber H, Fleischhacker W. In-patient suicide in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000;102(4):290–294.
40. Van Der Merwe M, Bowers L, Jones J, Simpson A, Haglund K. Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2009;16(3):293–299.
41. Desrues T. les fugues en psychiatrie : état des lieux au CHU de Nantes en 2011. 2012.
42. Devaux J-D. *Les Espaces de la folie*. Paris: L'Harmattan; 1996.
43. Dibie P. *Ethnologie de la porte : Des passages et des seuils*. Editions Métailié; 2012.
44. Dickens GL, Campbell J. Absconding of patients from an independent UK psychiatric hospital: a 3-year retrospective analysis of events and characteristics of absconders. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2001;8(6):543–550.
45. Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSYP). Available at: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-rapports-d-activite-de-psychiatrie-rapsy,7380.html>. Accessed August 12, 2012.
46. Fédération française de psychiatrie. *Le livre blanc de la psychiatrie*. Montrouge (Hauts-de-Seine): John Libbey Eurotext; 2003.

47. Floquet B, Laffitte D, Lopez CL, Kabuth B. La « Plac'art-thérapie ». *Enfances & Psy.* 2003;23(3):132.
48. Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard. Gallimard; 1976.
49. France., Coldefy M. *La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques*. Paris: la Documentation française; 2007.
50. Gardner W, Lidz CW, Hoge SK, et al. Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(9):1385–1391.
51. Gauchet M, Swain G. *La Pratique de l'esprit humain. L'Institution asilaire et la révolution démocratique*. Gallimard; 1980.
52. Gauchet M, Swain G. *La pratique de l'esprit humain : L'institution asilaire et la révolution démocratique*. Editions Gallimard; 2007.
53. Gerdner A, Furuholm P-E, Berglund M. Abscondence and duration of treatment of compulsorily committed alcoholics on a locked ward: effects of changes in the treatment program and the law. *Int J Soc Welfare*. 1997;6(4):310–316.
54. Gilbert H, Rose D, Slade M. The importance of relationships in mental health care: a qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:92.
55. Haglund K, von Essen L. Locked entrance doors at psychiatric wards – Advantages and disadvantages according to voluntarily admitted patients. *Nord J Psychiatry*. 2005;59(6):511–515.
56. Haglund K, Von Knorring L, Von Essen L. Psychiatric wards with locked doors—advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. *Journal of clinical nursing*. 2006;15(4):387–394.
57. Haglund K, van der Meiden E, von Knorring L, von Essen L. Psychiatric care behind locked doors. A study regarding the frequency of and the reasons for locked psychiatric wards in Sweden. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007;14(1):49–54.
58. Hansson L. Patient satisfaction with in-hospital psychiatric care. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 1989;239(2):93–100.
59. Heider KG. The Rashomon Effect: When Ethnographers Disagree. *American Anthropologist*. 1988;90(1):73–81.
60. Hoge SK, Lidz CW. Perception of Coercion in the Admission of Voluntary an Involuntary Psychiatric Patients. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1997;20(2):167–181.
61. Jensen HM, Poulsen HD. [Extralegal coercive measures in psychiatric wards-- patients' perspectives]. *Ugeskr. Laeg*. 2006;168(6):578–580.

62. Johnson B, Martin ML, Guha M, Montgomery P. The experience of thought-disordered individuals preceding an aggressive incident. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1997;4(3):213–220.
63. Journées d'étude francophones sur les hôpitaux de jour. Cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques. In: Lyon: Presses universitaires de Lyon; 1992.
64. Kaltiala-Heino R. Involuntary psychiatric treatment. *Nordic Journal of Psychiatry*. 1996;50(1):27–34.
65. Kapsambelis V, Macé G. A propos de “le besoin d’asile. des lieux pour les psychoses.” *Le journal Nervure*. 2012;25(3).
66. Kingdon D. Protecting the human rights of people with mental disorder: new recommendations emerging from the Council of Europe. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;185(4):277–279.
67. Kinton M. Is it Time to Close the Doors? *Mental Health Review Journal*. 2006;11(3):19–22.
68. Kinton M. Is it Time to Close the Doors? *Mental Health Review Journal*. 2006;11(3):19–22.
69. Kjellin L, Wallsten T. Accumulated coercion and short-term outcome of inpatient psychiatric care. *BMC psychiatry*. 2010;10(1):53.
70. Kolte JA. Mental hospitals with open doors. *Am J Psychiatry*. 1956;113(3):250–253.
71. Kuosmanen L, Hätönen H, Malkavaara H, Kylmä J, Välimäki M. Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patient’s perspective. *Nurs Ethics*. 2007;14(5):597–607.
72. Lalande F, Lepine C. *Analyse d’accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter*. Inspection générale des affaires sociales; 2011.
73. Lallemand L. *Histoire de la charité*. A. Picard et fils (Paris); 1902. Available at: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k817196>. Accessed July 17, 2012.
74. Lang UE, Hartmann S, Schulz-Hartmann S, et al. Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? *Eur. J. Psychiat*. 2010;24(4).
75. Laudat B, Pascal JC, Courteix S, Thoret Y. Mener un projet architectural en psychiatrie. *EMC Psychiatrie*. 2008;133(37 876 A 80):1–11.
76. Lengellé C, Bonnafé L. L’esprit du secteur. *Santé Mentale*. 2000;(52).
77. Leung W-C. Why the professional-client ethic is inadequate in mental health care. *Nurs Ethics*. 2002;9(1):51–60.
78. Leuret F. *Sur la nécessité de séquestrer de bonne heure, les aliénés dangereux ; Observations médico-légales sur l’ivrognerie et la méchanceté, considérées dans leurs rapports avec la folie*.

[Paris]: P. Renouard; 1840.

79. Lu D. Petite histoire de l'hospitalisation publique. *Droit Déontologie & Soin*. 2007;7(2):238–265.

80. MacSherry B. *Rethinking rights-based mental health laws*. Oxford: Hart; 2010.

81. Manzanera C, Senon J. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2004;162(8):686–699.

82. Marandon de Montyel. Des asiles d'aliénés à portes ouvertes. *Annales médico-psychologiques*. 1897;6.

83. Marandon de Montyel. L'Hospitalisation de la folie et les nouveaux asiles ouverts pour aliénés. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. 1895;3(34):410–433.

84. Massé G, Zwingenberger M. Des sorties d'essai à l'obligation de soin en ambulatoire : une longue histoire inachevée. *Journal de Nervure*. 2003;15(6):8–10.

85. McKenna BG, Simpson AIF, Coverdale JH. Patients' perceptions of coercion on admission to forensic psychiatric hospital: a comparison study. *Int J Law Psychiatry*. 2003;26(4):355–372.

86. Meehan T, Morrison P, McDougall S. Absconding behaviour: an exploratory investigation in an acute inpatient unit. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33(4):533–537.

87. Middelboe T, Schjodt T, Byrting K, Gjerris A. Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103(3):212–219.

88. Muir-Cochrane E, Mosel KA. Absconding: A review of the literature 1996-2008. *Int J Ment Health Nurs*. 2008;17(5):370–378.

89. Noachovitch F. Agitation pathologique, approche thérapeutique dans une unité fermée.

90. Olofsson B, Jacobsson L. A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001;8(4):357–366.

91. Olofsson B, Norberg A. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *J Adv Nurs*. 2001;33(1):89–97.

92. Olsen DP. Influence and coercion: relational and rights-based ethical approaches to forced psychiatric treatment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2003;10(6):705–712.

93. Organisation des Nations Unies. Déclaration universelle des droits de l'homme. Available at: <http://www.un.org/fr/documents/udhr/>. Accessed August 6, 2012.

94. Organisation des Nations Unies. Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie

- mentale et pour l'amélioration des soins de santé, A.G. res. 46/119, 46 GAORSupp. (No. 49) à 189, U.N. Doc. A/46/49 (1991). Available at: <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/french/t2pppmif.htm>. Accessed August 6, 2012.
95. Ott C. Hospitalisation sous contrainte, un difficile équilibre entre sécurité et libertés. *Droit Déontologie & Soin*. 2007;7(2):209–237.
 96. Postel J, Quétel C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Privat; 1983.
 97. Prinsen EJD, van Delden JJM. Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *J Med Ethics*. 2009;35(1):69–73.
 98. Pujadas D. 20 heures France 2. 2006. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=AnEfi9VI4Tk>.
 99. Quinsey VL, Coleman G, Jones B, Altrows IF. Proximal Antecedents of Eloping and Reoffending Among Supervised Mentally Disordered Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*. 1997;12(6):794–813.
 100. Quirk A, Lelliott P, Seale C. Service users' strategies for managing risk in the volatile environment of an acute psychiatric ward. *Social Science & Medicine*. 2004;59(12):2573–2583.
 101. Rittmannsberger H, Sartorius N, Brad M, et al. Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries. *Eur. Psychiatry*. 2004;19(8):483–488.
 102. Ryan JH. The therapeutic value of the closed ward. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1962;134:256–262.
 103. Salize HJ, Dressing H, Peitz M. Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients—legislation and practice in EU-member states. *Final Report. Mannheim: Central Institute of Mental Health*. 2002.
 104. Schröder A, Ahlström G, Larsson BW. Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *J Clin Nurs*. 2006;15(1):93–102.
 105. Sechter D. Des Rapports entre Psychiatrie et Justice Pénale Ressources et Limites du Modèle Intégratif français. 2010.
 106. Seigel K, Wallsten T, Torsteinsdottir G, Lindström E. Perception of coercion: a pilot study using the Swedish version of the Admission Experience Scale. *Nordic Journal of Psychiatry*. 1997;51(1):49–54.
 107. Stewart D, Bowers L. Absconding and locking ward doors: evidence from the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011;18(1):89–93.
 108. The Cochrane Collaboration ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2006. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858>. Accessed November 18, 2011.

109. Toulouse. L'hôpital psychiatrique Henri Rousselle. *La Prophylaxie mentale. Bulletin trimestriel* ["puis" *Organe*] de la Ligue d'hygiène mentale. 1937;(43):1–69.
110. Trobec I, Herbst M, Zvanut B. Differentiating between rights-based and relational ethical approaches. *Nurs Ethics*. 2009;16(3):283–291.
111. Vanelle JM, Amaric I, Carneiro J, Ledanois C, Loo H. L'équipe infirmière dans une unité fermée de psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*. 150(1):77–81.
112. Veil S. Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993. 15:48:12. Available at: <http://www.ch-charcot56.fr/textes/c190793.htm>. Accessed November 18, 2011.
113. Voineskos G. Locked wards in Canadian mental hospitals: the return to custodialism. *Canadian Medical Association Journal*. 1976;114(8):689.
114. Wallace T, Robertson E, Millar C, Frisch SR. Perceptions of care and services by the clients and families: a personal experience. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;29(5):1144–1153.
115. Walsh E, Rooney S, Sloan D, et al. Irish psychiatric absconders: characteristics and outcome. *Psychiatric Bulletin*. 1998;22(6):351–353.
116. Wisebord N, Denber HC, Charatan FB, Travis JH. Patient reactions to the open door. *Am J Psychiatry*. 1958;115(6):518–521.
117. Wong JG, Clare CH, Holland AJ, Watson PC, Gunn M. The capacity of people with a “mental disability” to make a health care decision. *Psychol Med*. 2000;30(2):295–306.

Annexes

A Entretiens médicaux	
Entretien avec le Dr. Garret.....	128
Entretien avec le Dr. Guillorel.....	136
Entretien avec le Dr. Martineau.....	140
B Entretiens avec patients et entourage	
Entretien avec Mr α	147
Entretien avec Mr β	154
Entretien avec Mr γ	163
Entretien avec Mr δ	173
Entretien avec Mme M.....	180
Entretien avec Mr N.....	188
Entretien avec Mr O.....	198
Entretien avec Mme P.....	203
Entretien avec Mme 1.....	208
Entretien avec Mme 2.....	214
Entretien avec Mme 3.....	221
Entretien avec Mr 4.....	229
Entretien avec l'entourage de Mr β	234
Entretien avec l'entourage de Mr O.....	241
C Projet de recherche.....	246
D Guide d'entretien.....	254
E Sources juridiques.....	258
F Détail des cas de jurisprudence.....	261

Dr Garret, unité ouverte « le Hameau », pôle Sud-Est de l'hôpital Georges Mazurelle.

A Entretiens médicaux

Entretien avec le Dr. Garret

Rencontre avec le Dr Garret, chef du pôle Sud-Est à l'hôpital G. Mazurelle, dont l'unité « le Hameau » est ouverte.

- Vous dirigez un service ouvert, dont la porte d'entrée est principalement ouverte. Quand est-elle ouverte ?
- En général autour de neuf heures le matin et elle est fermée le soir en général sauf l'été quand l'équipe du soir part et laisse l'équipe de nuits seule.
La porte du jardin est fermée en hiver vers dix-huit heures, en été, comme ils utilisent le jardin plus longtemps, les jours sont plus long, vers sept heures peut être..
- Il y a le jardin, qui est fermé, et il y a aussi un patio ?
- Oui et le patio est ouvert tout le temps.
- Ces horaires ont été choisis comment ?
- Je ne sais pas.
Je pense par les infirmiers.
Quand je suis arrivé dans le service il y a dix-huit ans, le service était fermé.
Pas la porte sur les jardins, qui était déjà ouverte, sans doute dans le même cadre que maintenant.
Peut-être fermaient-ils de temps en temps quand ils pensaient qu'un patient pouvait fuguer.
Il faut dire que c'était quasiment l'un des derniers services où les portes étaient fermées.
Car historiquement, quand je suis arrivé à l'hôpital, tout était ouvert. Je suis arrivé en 1980. Ils ont commencé à enlever les murs autour de l'hôpital, après ils ont introduit la mixité, le secteur...
- C'est arrivé aussi tardivement que ça par rapport à la circulaire de 60 ?
- Oui oui cela a dû commencer en 70.
Donc il y a eu la mixité chez les soignants, puis la mixité chez les patients, puis l'ouverture des unités.
Quand je suis arrivé, il y avait deux services qui étaient fermés : Le Sud-Ouest et le sud-Est.
Ce n'était pas homogène dans l'établissement, il y avait deux autres services ouverts.
- Et alors l'ouverture se fait dans quel contexte ?
- Cela était un avis très dictatorial : je suis arrivé, au bout d'un mois, j'ai fait une journée d'étude, j'ai présenté un document sur ma conception des soins, et je leur ai dit : « maintenant, on va tout réorganiser », et on a tout ouvert
- Vous aviez quel statut à ce moment-là ?
- Faisant fonction de responsable de service, pendant quatre ou cinq mois, et puis chef de service.
Mais d'emblée, pour les gens, j'étais le chef de service. L'ancien chef de service avait pris la chefferie des ados.
Cela s'est fait naturellement.
- Et ce projet de soins, il était construit à partir de ?

- Il doit être d'ailleurs encore dans les cartons quelque part.
Il y avait beaucoup de psychopathologie en fait, j'ai fait un peu de psycho-génèse, un peu de psychopathologie, j'ai essayé un peu de formaliser ce qu'on pouvait attendre de l'hospitalisation temps plein, de l'hospitalisation de jour, d'un CMP, de l'accueil ; et puis les soignants s'étaient mobilisés pour définir un peu chacun leur rôle, rôle de l'assistante sociale, le rôle de la secrétaire, le rôle des infirmiers,...
- On a introduit la notion de référence infirmières qui n'existait pas quand je suis arrivé.³
Là où j'ai le plus de mal, c'était pour la modification des roulements
- C'est-à-dire ?
- Quand je suis arrivé, quelques mois avant, les infirmiers avaient voté pour un changement de roulement.
En l'occurrence les infirmiers faisaient les trois huit, de matin, d'après-midi puis de nuit, et cela tournait comme ça.
Il y avait des infirmiers de salle, des infirmiers de pharmacie, et les infirmiers de visite.
Ils s'arrangeaient entre eux, ils étaient trois par groupe.
Il y en avait un qui faisait surveillance, un les médicaments, et le troisième je ne sais pas, peut-être des entretiens avec le médecin.
À ce moment-là, il n'y avait pas de référence.
Donc quand les infirmiers faisaient des nuits, ils avaient ensuite plusieurs jours de repos, ils revenaient, ils ne connaissaient pas les patients qui avaient changé.
Donc on a fait des groupes, des références.
Et au bout d'un moment, ce qui est intéressant, c'est que c'est les mêmes qui m'ont dit que ce n'était pas possible avec les roulements qui m'ont dit « il faut qu'on change ».
À ce moment-là, j'ai la chance de changer de cadre supérieur.
Celui antérieur me disait que ce n'était pas possible, car nous avions moins de personnel, et que le seul roulement qui permettait de tourner c'était les trois huit.
Le nouveau cadre qui est arrivé a travaillé pendant presque un an avec les collègues infirmiers, pour changer le roulement, avec le système par groupe et par faire référence,...
- L'ouverture n'a pas vraiment posé de problème, car je pense que ce service, quand je suis arrivé, se vivait comme le vilain petit canard de l'hôpital.
à cette fameuse journée que j'ai fait, d'emblée, un infirmier un peu ancien a dit : « vous n'allez surtout pas faire comme Nord-Ouest ».
- Qui était le service le plus ?
- Le plus en pointe !
Et je leur ai présenté un travail identique.
Je pense qu'ils en avaient peur, ils trouvaient qu'ils étaient mauvais.
Alors chacun disait que l'autre était mauvais.
Et au Sud-Est, pratiquement jamais dans l'année, ils ne faisaient appel à des renforts ; il y avait un système de règlement et d'organisation extrêmement dur.
Pour mettre un patient en isolement, il n'y avait pas besoin d'autorisation médicale.
Ils voyaient très peu le médecin d'ailleurs.
Par contre le médecin allait toujours dans même sens s'il y avait eu une violence : c'est le patient qui était cassé immédiatement, il n'y avait pas d'explication.

3 Système organisationnel selon lequel à un patient sont associés des « infirmiers référents », dont le nombre permet qu'il y en ait toujours un de présent sur la journée, qui sont détenteurs d'information, médiateur, porte parole du patient.

Mais malgré tout, il y avait cette idée que ça ne se faisait plus de travailler dans des unités fermées. On était dans une dynamique très différente de celle de maintenant ; beaucoup d'hôpitaux psychiatriques étaient ouverts.

Pour être un infirmier au top, il fallait travailler dans une unité ouverte.

Quand je suis arrivé au Nord-Ouest, ils n'avaient plus de blouses blanches ; et c'est revenu après. Dans ce service, ils n'ont jamais enlevé la blouse.

— Avec la grille de lecture que j'ai, je me posais la question : est-ce qu'il y avait des pressions administratives ou autres, politiques, pour ne pas ouvrir ?

— Il n'y en avait pas.

Je pense qu'on a eu la chance.

Il y a quand même l'histoire de Mazurelle. *[le directeur de l'époque]*

Pourtant, on aurait pu, car il y avait beaucoup de fugues, de sorties sans autorisation.

Ils n'ont jamais osé...

Je ne sais pas, ils le pensaient peut-être, mais je n'ai jamais entendu un administratif me dire « mais pourquoi vous ne fermez pas ? »

— Même en termes de responsabilité, en cas de fugue ou d'autres problématiques ?

— Non.

Quand je travaillais en fermé, il y avait des fugues, il ne faut pas croire.

Notamment par le jardin : il suffit de sauter un grillage, je veux dire, à moins d'être handicapé, ce n'est pas plus compliqué que ça.

Moi, j'étais sans doute soumis à cette ambiance, et je n'avais jamais travaillé en unité fermée donc ça me gênait, je ne comprenais pas que les infirmiers passent leur temps à aller ouvrir et fermer les portes je pensais qu'on avait autre chose à faire que ça.

— Et du côté des infirmiers, ils s'y sont adaptés facilement ?

— Pas tous.

La grande surprise qu'ils ont eue, ils disaient : « les patients ne sont plus là .On ne peut plus s'occuper des patients. »

Au départ, c'était ce sentiment-là, que tous les patients partaient sortir dans le parc, et qu'ils se retrouvaient donc dans le pavillon seuls.

Comme l'histoire de la référence : c'était impensable pour eux qu'une famille ou que quelqu'un téléphone, demande des nouvelles d'un patient, et qu'ils puissent dire « écoutez, ce n'est pas moi qui m'en occupe, je vous passe le soignant ».

Ils trouvaient que c'était honteux, ils devaient pouvoir répondre à tout interlocuteur sur la situation. Car ça voulait dire que les transmissions ne se faisaient plus collectivement et ainsi de suite...

— Et avec le temps, cela c'est fait...

— Je trouve bien.

Mais en même temps, trois ans après, quand je rencontrais les infirmiers dans le cadre de leur évaluation, eux-mêmes qui m'avaient dit que « vous ne ferez pas... », ils m'ont dit : « vous m'avez fait transpirer, qu'est-ce que ça été dur. ! »

Moi j'avais mes œillères. Eux subissaient sans doute, mais en même temps, ils étaient très surpris que ce se soit passé si bien.

Le plus étonnant, ça été dans l'unité d'hospitalisation, parce qu'il y avait quelque chose de très particulier quand je suis arrivé : il y avait une salle au milieu d'un pavillon, aux murs carrelés, les égouts au milieu, porte fermée à clé, et les patients les plus handicapés, autistes, psycho-déficitaires ou autres, ils étaient sept ou huit, étaient à poil, enfermés toute la journée dans cette salle.

En 1985. 86.

C'est pour ça que j'ai réorganisé les pavillons.

J'ai été voir le directeur, au moment de casser ça, il était tout à fait d'accord.

La seule chose il m'a dit : « je suis complètement d'accord avec vous mais ne revenez pas dans trois mois me demander d'en construire un autre de salle ».

Ça été la plus grosse évolution.

Car ces patients ont arrêté de manger leurs selles, de se mettre à poil. Aucun n'est partis.

La porte était ouverte. Il y a une évolution, il n'y a plus eu de violence...

Ils n'avaient pas accès au langage... Il faut dire que c'était des pathologies... Ils n'auraient pas dû être en psychiatrie d'ailleurs ils auraient dû être en M.A.S.⁴⁽¹⁾

Là on pouvait légitimer toujours la violence, car ce n'était que des rapports de violence.

Les traiter comme des humains, c'était déjà un apaisement.

— À l'époque c'était la loi de 1838⁵, pour moi qui l'ai pas connue...

— C'était à peu près la même que celle de 1990 ; la seule différence entre celle de 38 et de 90, c'était la nécessité de deux certificats, mais qui a tout de suite été détournée puisqu'elle permet qu'un psychiatre fasse ce certificat...

— Car moi j'avais cru comprendre que l'hospitalisation libre n'existait pas sous la loi 38⁶...

— En fait on n'avait pas d'idées que les patients puissent venir dans ces lieux qui étaient faits pour les fous et le demandent eux-mêmes.

Mais en pratique il y avait comme maintenant, voire plus que maintenant de gestion libre : le placement libre. Comme dans les hôpitaux généraux il y avait P.V. [*Placement Volontaire*], H.O. [*Hospitalisation d'Office*], et H.L. [*Hospitalisation Libre*]

— Et quand vous avez annoncé qu'on allait ouvrir le pavillon, très concrètement, comment ça s'est décidé, par exemple sur les horaires ?

— Je n'étais vraiment pas très pragmatique : j'ai dit ouvrir le pavillon c'est tout.

Naturellement, ils ont fait comme on faisait dans la campagne.

Car en Vendée, on est d'origine rurale, beaucoup de soignants sont des enfants d'agriculteurs.

Comme la ferme, on l'ouvre le matin, on va la fermer le soir.

Comme chez soi, à la ferme. Tandis qu'en ville on ferme tout le temps. Mais à la campagne, on ne fermait pas.

— Je reviens sur la question architecturale, il y a eu d'autres changements que la salle cassée au moment d'ouvrir ?

— Moi j'ai eu un moment de panique après l'intervention du directeur me disant : « vous ne refaites pas construire un truc pareil dans trois mois ! ».

D'un seul coup je me suis dit « merde ».

Alors on a tout changé, les unités : l'unité qui était d'admission est devenue d'hospitalisation.

C'est vrai que je laisse beaucoup de marge de manœuvre aux soignants.

Mais j'ai été formé comme interne comme ça.

Car quand je suis arrivé, on ne faisait pas de plan de soins.

On discutait, on faisait des réunions, on disait ce qu'on pensait, celui-là aimerait peut-être mais pour l'instant, il vaut mieux qu'il ne sorte pas, car il va se mettre en danger ou des trucs comme ça.

4 La maison d'accueil spécialisée (MAS) reçoit des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapées, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.

5 Première loi française régissant l'organisation des soins, l'hospitalisation des aliénés, cf partie historique.

6 C'est après que je découvrirai la circulaire de 1949, cf partie historique.

- Et puis les infirmiers notaient. Mais c'est tout.
Ce n'était pas aussi administratif enfin protocolisé et que maintenant.
- Concernant l'architecture, il y a d'autres choses qui avaient changées ?
- Non, c'est pareil. On n'a pas eu besoin de changer.
- Et par la suite, dans l'évolution jusqu'à maintenant, est ce qu'il y a eu des changements, des pressions par rapport au fait de devoir fermer...
- Non.
À la limite, c'est les soignants qui fermeraient.
Il nous est arrivé de fermer la porte.
Je ne veux quand même pas être un intégriste de la fermeture de l'ouverture, je pense que les patients qui n'ont pas conscience de leur état du tout, et qui vont sortir, mais il s'agit d'errance, il ne s'agit pas de sortie intentionnelle, ceux-là, on est obligé de les protéger.
Donc de fait, chez Pennec au Nord-Ouest où ils avaient ouvert une unité pour personnes âgées, cette unité était fermée, pour les démences.
C'est vrai, on ne peut pas laisser un vieux partir et se faire renverser par une bagnole.
Maintenant, il y a des systèmes électroniques beaucoup plus simples, mais à l'époque on n'avait pas d'autre moyen.
- Ce qui paraît clair dans le champ de la démence paraît moins dans les cas où il y a de l'altération du jugement,...
- Dans les maisons de retraite où je vais maintenant, les patients dont on craint qu'ils puissent se perdre, ont un bracelet : quand ils passent le pas, ça sonne, et ça prévient l'équipe soignante.
Cette question avait été posée par le contrôleur général des lieux de privation de liberté.
Il est venu, car il y avait un problème à la prison de La Roche, une des prisons les plus surpeuplées de France.
Donc il en a profité pour venir à l'hôpital psychiatrique.
Il a fait un rapport. Il était très surpris positivement, de l'ouverture des unités. Au point que dans le rapport, le seul point négatif qu'il souligne, c'est la fermeture de la géro-psycho-geriatrie.
C'est-à-dire qu'ici, les personnes âgées démentes posent la même question, pour nous, quand un patient est en H.D.T. [*Hospitalisation à la Demande d'un Tiers*], comme hier par exemple, qu'il a passé les trois premiers jours en chambre fermée, que je vois, bonne évolution, il commence à analyser sa situation, il n'est plus uniquement dans un discours projectif.
Je lui rappelle que pour l'instant, il sous contrainte donc il ne peut pas sortir du pavillon sans notre autorisation, donc il doit rester dans le jardin et tout ça.
Mais pendant un temps au départ, on se demande : est-ce qu'il est bien toujours là ?...
Non il ne se mettra pas en danger, il peut rentrer chez lui et...
Mais il aurait pu avoir des représailles de la famille....
Ce qui est intéressant, c'est que lui, il s'est tout de suite mis en relation avec les autres.
Il y a une dynamique de groupe, peut-être encore plus l'été, parce qu'ils sont dehors, et créent des liens plus facilement alors que dedans.
Le fait d'avoir une table de jardin, avec des chaises autour, ils s'y mettent.
Dedans, il y a la télé qui dérive un peu l'attention, on peut s'asseoir en groupe, mais tout le monde regarde la télé. On prend un bouquin dans un coin...
Alors que dehors, je ne sais pas pourquoi, il y a cette attraction, ils se mettent en cercle.
Et à ce moment-là ils s'étaient. Il y en a toujours qui prennent soin des autres, au départ...
Je pense que c'est un ressort qui existe dans toutes les unités, le lien entre patients.

- Par rapport aux familles, vous avez un retour au moment de l'ouverture ?
- J'ai eu des retours négatifs, des fois.
Je me souviens d'une dame était venue pour tentative de suicide, dans une versant plutôt histrionique de mon point de vue, et qui avait complètement paniqué le mari. Elle arrive un soir, et il a vu que la porte était ouverte. Il m'a dit « elle va partir, elle va recommencer, fermez la porte ! ». Je lui dis « Non non. Elle est là, ne vous inquiétez pas, on la surveille... Ce n'est pas comme quand elle était chez vous. On en a parlé. Elle peut dire ce qui n'allait pas. »
Quand je l'ai vu le jour après, il m'a dit qu'il n'avait pas dormi pendant deux jours...
- Et des plaintes, contre l'hôpital, où...
- Je pense qu'il y en a eu, mais je n'ai pas eu d'écho.
Il y a eu des difficultés pour les suicides dans l'unité...
- Mais pas en lien avec porte la porte fermée...
- Non.
Une fois, un suicide dans une chambre d'isolement.
D'autres fois, il y a eu des suicides, portes fermées d'ailleurs.
J'étais en congé, et le soir, alors que l'unité était fermée, il a sauté par-dessus le grillage, il a été sur la ligne de chemin de fer. Depuis ils ont fait un passage souterrain il y en a beaucoup moins.
On se mobilise quand même : quand on s'inquiète, on appelle la famille. On se mobilise. Des fois je me dis « pourquoi on ne ferme pas ?, c'est plus simple ». Pour tous ces patients qui sont entre deux...
- ...
- Le service est ouvert, il y a une chambre d'isolement.
- Oui il y en a une.
Mais on peut enfermer les patients dans leur chambre, à leur demande. Il y a des peurs, parfois légitimes, parfois pas légitimes.
- Concernant les effectifs infirmiers, vous pensez que cela peut changer la donne, on peut lire par exemple qu'on peut fermer les portes parce qu'il n'y a pas assez d'infirmiers...
- Ils ont défini des minimums de sécurité, nécessaire en cas de grève : trois dans l'unité admission, pour 23/24 malades.
C'est vrai qu'on peut remarquer que quand il y a plus d'accident, c'est pendant la période de transmission, quand les infirmiers ne sont plus avec les patients.
D'ailleurs il y a des services qui ferment le service pendant les transmissions.
Alors c'est vrai que dans nos services, on a les secrétaires, qui sont à l'entrée.
- Cela avait été pensé initialement ?
- Quand je l'ai fait, c'est pour des données très concrètes : il n'y avait pas encore l'informatique, et les dossiers se passaient entre le bloc médical⁷ et le pavillon. Il y avait beaucoup trop d'allers-retours entre le pavillon et le bloc.
Et puis quand les gens rentrent dans l'unité, les soignants peuvent être occupés, les secrétaires peuvent les orienter.
Et puis les secrétaires ne veulent pas revenir en arrière. Elles font des pauses avec les infirmières, des patients viennent les voir, ce qui est très intéressant. Pour savoir pour prendre le bus, pour discuter avec elle...

7 Bâtiment où sont situés les bureaux de consultation.

...

Je pense personnellement que c'est malgré tout un facteur d'observance, d'alliance.

Je ne dis pas qu'il ne peut pas y en avoir autrement.

Ce que j'ai observé, en unités fermées, avant d'ouvrir c'était et que les patients dans les entretiens ne parlaient que de ça : « Quand est-ce que je vais sortir ? »

Alors que c'est pas du tout la question qui est prédominante actuellement.

D'ailleurs, c'est plus souvent dans l'autre sens, c'est moi qui initie, très souvent.

Je suis obligé de leur dire : « il va falloir commencer à préparer la sortie. »

...

L'idée, c'est peut-être arbitraire, c'est que comment on soigne des maladies chroniques ?

Par exemple les premières hospitalisations, j'essaye de ne pas forcément les faire longues, je préfère qu'ils reviennent trois jours après, et qu'ils fassent l'expérience assez tôt que l'hôpital est un lieu où on vient pour se sécuriser et pas un lieu où l'on est enfermé.

Je fais un investissement sur le long terme.

C'est vrai que sur le court terme, c'est fatigant. c'est pas toujours des nuits confortables.

Mais sur le long terme, je suis convaincu que c'est payant.

Alors c'est vrai que c'est facile d'être convaincu quand on peut pas montrer le contraire...

Peut-être que j'ai tort.

...

À l'époque, avec la psychothérapie institutionnelle, il y avait l'idée d'ambiance.

C'est-à-dire l'idée que les liens entre tout le monde soient spontanés, simples.

On laisse tomber la dimension verticale en partie..

...

Enfin moi je suis frappé par ce que disent les patients, qui viennent d'autres hôpitaux.

Soit c'est des patients extérieurs qui sont en vacances par ici, soit nos patients qui sont ailleurs, tous me disent qu'ils ne veulent pas retourner où ils étaient.

Et ce n'est pas que l'unité ouverte.

Il y a la disponibilité des soignants.

Les patients, ils attendent des soignants qu'ils fassent des entretiens avec eux, pas qu'ils leur ouvrent la porte.

Et je suis étonné par exemple alors qu'on ne dit pas systématiquement au patient de nous prévenir quand ils sortent, on le dit pour les patients hospitalisés sous contraintes.

Et en fait c'est devenu une espèce d'automatisme, tous les patients vont dans le bureau infirmier pour dire « je m'en vais », et « je reviens ».

Une politesse, une correction.

On leur explique qu'on préfère, car si quelqu'un appelle, qu'on ne passe pas leur temps à le chercher.

Comme dans tout groupe, il y a des règles.

Des règles d'horaires pour les repas...

Ces règles de la vie en groupe, pour que soit viable.

D'ailleurs ils en parlent beaucoup entre eux, en réunion, ils se font des reproches : « Il y a des mégots partout, il y en a marre. » « Les mecs, quand vous allez aux toilettes, soyez plus propres »...

Je pense que la question de l'ouverture introduit un mode de relation et une ambiance de travail qui sont quand même assez agréable.

Mais il n'y a pas que ça.

- Et à votre avis, que peut-on penser de la tendance actuelle, qui serait plutôt à fermer, sans qu'il ne semble y avoir de débat autour de cette question,...

— À mon avis c'est lié à la dissolution, à la disparition de psychopathologie.
Avec un mouvement encore plus fort aujourd'hui avec l'histoire des maladies bipolaires.
C'est-à-dire que les patients sont insensés.
Il n'y a pas à comprendre ce qui se passe.
Ils vont prendre un traitement, et ils vont redevenir sensés.
Alors on a beaucoup critiqué la psychanalyse sans doute, d'ailleurs à raison, mais on est parti sur un modèle neurochimique qui est vraiment n'importe quoi de mon point de vue.
C'est-à-dire qu'en fait les patients ne sont plus des humains.
Même quand il y a des violences, on ne va certes pas justifier le passage à l'acte, mais là cela reste quelque chose d'impensable.
Il faudra du temps pour que ça revienne.
Par contre il y a une dimension humaniste très forte chez les nouvelles générations.
Mais ce n'est pas suffisant je pense de mon point de vue.
Là il y a vraiment un travail à faire, comment on se raconte une histoire ?
Si la psychiatrie n'est plus narrative, on passe à côté, et on se retrouve à régler des malentendus, des violences, et là, on est pris dans les mouvements qui nous dépassent complètement...
Ce qui me semble important, c'est que le patient gère le jeu du dedans dehors.
Je ne comprends pas que cela puisse être mis de côté. Plus que finalement la porte ouverte ou fermée.

La discussion enregistrée prend fin avec l'arrêt du magnétophone.

Entretien avec le Dr.Guillorel

Entretien avec le Dr Guillorel, chef de pôle du secteur G06, hôpital G. Daumezon, dont l'unité d'hospitalisation « Minéo » est fermée à clé en continu.

- Le service Minéo est fermé à clé tous le temps ; c'était le cas avant le déménagement de Montbert. Comment cela a-t-il été décidé, historiquement, cela a-t-il changé ?
- Historiquement, on a un seul pavillon d'hospitalisation depuis 1996.
Avant il y en avait deux : un pavillon plutôt d'admission et de court séjour, un pavillon de moyen et long séjour ; et c'est vrai qu'on a des admissions aussi bien en H.L.⁸ que S.P.D.T. que S.D.R.E.⁹, et il me paraît qu'on ne peut pas imaginer comme ça une porte ouverte.
On n'a pas la possibilité, on n'a pas de lieu d'hospitalisation pour pouvoir avoir un lieu où les patients auraient la porte ouverte.
- Et avant 1996, quand il y avait deux unités, il y avait un pavillon ouvert et un fermé ?
- Non, les deux étaient fermés, avec possibilité d'ouvrir le pavillon d'admission quand il n'y avait pas de gens sous placement. Mais dans la majorité des cas, il était fermé.
- Même quand il n'y avait pas de gens sous contrainte ?
- C'était exceptionnel qu'il n'y en ait pas.
Et même sans parler des gens sous contraintes, les personnes âgées parfois désorientées...
Ou même des gens qui ne sont pas sous contrainte, mais avec un risque de départ inopiné...
- En 1996, il y a eu une reconstruction ?
- On a réaménagé complètement le service, on a fermé des lits, pour ouvrir sur l'extra-hospitalier plus longtemps. C'était à moyens constants, donc les moyens ont été rebasculés sur l'extra-hospitalier.
- L'unité fermée est restée fermée, ce choix-là, il tenait compte de la protection, de l'aspect légal ; qui a décidé, concrètement, de le fermer ? Qui a pris cette décision là ?
- Le chef de service. En 1996, c'était le docteur Laurichesse, après en avoir discuté au sein de l'institution, débattu en réunions institutionnelles. Le projet de service avait été conçu après un débat en institution.
- Et le paramètre porte fermée / porte ouverte, cela avait fait débat ?
- Ça je ne peux pas trop dire parce que du moment qu'on est passé à un pavillon, cela était fermé d'emblée.
On a toujours eu des patients sous contrainte.
Je n'ai pas trop de souvenirs précis... Cela n'a pas été quelque chose de choquant.
On ne s'est pas trop questionnés parce que la porte est fermée certes, mais ce n'est pas pour autant que les patients ne peuvent pas sortir librement, quand le contrat le permet...
C'est vrai qu'il faut que les patients demandent à ouvrir la porte, mais personnellement, je ne

8 Hospitalisation Libre, selon laquelle le patient est à l'initiative de son hospitalisation.

9 Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers, et Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État, modes d'hospitalisation sans le consentement du patient, selon la loi de juillet 2011.

- m'attarde pas trop sur cette question.
- La loi ne précise pas la nécessité de fermer pour les patients sous contrainte, elle précise une surveillance constante. Donc il existe des services ouverts qui accueillent des gens sous contrainte...
 - Tout à fait, cela dépend aussi beaucoup de la disposition des locaux... Il faut avoir les moyens sur le plan architectural d'avoir toujours un œil sur la porte.
 - D'ailleurs au moment du ré-aménagement, il y avait eu des modifications architecturales ?
 - En fait on a réuni deux bâtiments, décroisonnés. Il n'y a pas eu de vraie reconstruction. On a fait avec des locaux déjà pré-existants.
 - Et concernant les nouveaux bâtiments ?¹⁰
 - Tel que c'est fait, le bureau infirmier a un œil sur la porte. Donc la question peut se poser, mais on est toujours dans la configuration d'un pavillon unique.
Cela demanderait à ce moment-là toute une organisation, cela voudrait dire qu'un infirmier soit quasiment en permanence dans le bureau infirmier, pour voir qui entre qui sort...
Et ça ne fait pas partie de l'organisation des soins.
C'est vrai que cela demande une organisation, il faudrait presque un portier, enfin quelqu'un qui soit là pour savoir qui peut sortir et qui peut entrer, car il y a sortir et rentrer.
 - Les intrus ?
 - Oui. Des gens qui n'ont rien à faire, qui pourrait voir que untel et untel est hospitalisé.
Il y a la question de confidentialité.
 - Par rapport aux personnes hospitalisées en hospitalisation libre, et qui sont en service fermé, y a-t-il eut des retours, cela posait-il des problèmes de devoir demander à ouvrir la porte... ?
 - Non, moi je n'ai pas de retour par rapport à ça.
Je pense que l'équipe est toujours disponible pour ouvrir la porte.
C'est vrai que pour les patients en hospitalisation libre, il y a aussi des limitations : il y en a qui parfois au début, ou en fonction de l'état clinique, sont en sorties accompagnées.
Ce n'est pas simple, de sortir librement de l'unité.
Mais je n'ai pas de retour. Je ne pense pas que cela soit signifié, oralement ou verbalement, au niveau des questionnaires de satisfaction que les patients remplissent quand ils partent, je ne pense même pas qu'ils en parlent. Je n'ai pas de retour vis-à-vis de ça. Autant on peut avoir des retours sur les activités, les choses comme ça, autant je n'ai pas l'impression qu'il y ait de retour vis-à-vis d'un enfermement.
 - Par rapport au travail des infirmiers, cela change leur place, l'équipe infirmière aborde ce sujet parfois ?
 - Non.
C'est vrai que l'on n'en parle pas, il n'y a pas de questionnement.
Ce n'est pas formulé en tout cas. Personne ne m'interpelle par rapport à ça.
 - Du côté des familles peut-être ?
 - Je n'en ai pas eu de choses comme ça.
Je pense que les patients comprennent, en général.

¹⁰ Initialement situé sur la commune de Montbert, l'hôpital a déménagé en 2012 : construction d'un nouveau bâtiment sur la commune de Bouguenais.

- On leur explique pourquoi la porte est fermée : des patients ne peuvent pas sortir, ou voilà, ce serait ennuyeux pour telle ou telle personne... Je pense que les raisons sont comprises.
- Concernant le risque de fugue,...
 - Il y a quelques tentatives c'est par période ; là c'est relativement calme.
Mais c'est vrai que ce n'est pas par la porte que l'on fugue.
À Montbert, c'était par le grillage, par les fenêtres, mais pas par la porte. Très peu de gens forcent la porte.
 - Par rapport à ce risque, est-ce qu'il y avait eu des remarques, de la part de la société, de l'administration, pour fermer la porte ?
 - Si quelqu'un est en H.D.T. ou H.O.¹¹, portes ouvertes, il y a plus de risque de fugue.
Moi je pense, en tant que médecin, quelqu'un qui part parce que c'est ouvert... C'est de ma responsabilité, en tant que médecin.
Consciemment, ce n'est pas en lien avec des pressions externes, c'est plus en liens avec ma responsabilité de médecin.
 - Un thème souvent soulevé, c'est celui des produits, du trafic... Cela a un impact à votre avis ?
 - Non. Non. Il y a tellement de possibilités de... Puisqu'il y a des patients qui peuvent sortir... Les moyens de se procurer des toxiques, la porte ouverte fermée, sont là.
 - Si j'entends bien, par le principal, c'est la protection du patient, de lui-même, d'autrui ?
 - Oui. C'est vrai que les toxiques, il y a plein de façons de s'en procurer.
 - Sur la lecture historique, on a l'impression qu'en France il y a eut plusieurs mouvements : un dans et après les années 60 et les dizaines d'années qui ont suivies, plutôt d'ouverture et que là, il y aurait plutôt un mouvement de fermeture. Est-ce que vous avez cette impression-là ?
 - Eh bien dans le service, cela ne correspond pas à cela.
Dans les années 80, j'étais interne à Saint-Jacques, il y avait un service ouvert, et un service fermé.
Quand on a deux ou trois unités, il y avait souvent une unité porte ouverte, et les autres portes fermées.
 - Fermer les portes à clé, cela est un bon moyen pour minimiser le risque de sortie sans autorisation ?
 - Oui
 - Une autre problématique, c'est celle de l'errance, des personnes démentes...
 - Oui, on en a régulièrement.
On est pas un cantou. Il faudrait un système de codes, quelque chose comme il y a dans les cantous.
 - Est-ce que vous pensez que sur l'ambiance de l'unité, l'atmosphère, la porte joue ?
 - Pas tant que ça.
Je pense que la prise en charge, les disponibilités de l'équipe ont beaucoup plus de poids.
Je pense que ce qui fait la qualité, c'est la disponibilité de l'équipe, et l'engagement de l'équipe dans les soins
 - Sur le regard extérieur, vous pensez que les gens le savent, si c'est fermé / si c'est ouvert ?
 - Je pense qu'ils doivent s'imaginer que c'est fermé à clé.

11 Hospitalisation à la Demande d'un Tiers et Hospitalisation d'Office, modes d'hospitalisation sans consentement du patient d'après la loi de 1990, avant celle de 2011.

Et se dire « heureusement ». J'imagine.

Tout comme quand on discute comme ça avec n'importe qui, et qu'ils apprennent que l'on a que 24 lits dans le service, ils se demandent « où ils sont ? », ils sont dehors. Hé bien ça, ils sont très surpris. Mais c'est une méconnaissance de la psychiatrie.

— Y a-t-il des choses que vous aimeriez dire concernant ce sujet, portes ouvertes /portes fermées ?

— C'est vrai que ce n'est pas une question... ; cela fait longtemps que je ne me la suis pas posée. ..., Alors ça peut paraître un peu fou, mais c'est vrai que ce n'est pas une question qui me tarabuste. Là, au niveau du service, etc., ce n'est pas une question qui est importante. C'est peut-être complètement fou.

Parce que pour moi c'est vraiment la qualité de soins, la disponibilité des équipes, qu'est-ce que l'on peut offrir aux patients, etc.

Porte ouverte / portes fermée, c'est presque anecdotique pour moi.

Parce qu'elle n'est pas... Elle est fermée, elle est fermée, mais on peut tellement l'ouvrir...

Entretien avec le Dr.Martineau

Entretien avec le Dr Martineau, chef de pôle du secteur 44G02 (« psychiatrie 2 »), pourvu de deux unités d'hospitalisation ; « Maupassant », ouverte, et « Gaudi », fermée.

- Comment, historiquement, en êtes-vous arrivés à deux unités : une ouverte une fermée ?
- Historiquement, les hospitalisations libres en psychiatrie datent des années 50 ; tout le monde pouvait entrer, des fois les gens signaient eux même leur placement volontaire, c'était la loi de 1938.
Et puis quand j'ai commencé mon internat, toutes les unités étaient fermées.
Tous ça empêche pas les patients de pouvoir sortir.
Quand on a commencé la rénovation des bâtiments, quand « Pierre Janet » a été construit, en 1983, il y avait quelques services qui ont réfléchi au fait qu'il puisse y avoir, avec des patients dits « plus légers », sans placement, des unités ouvertes ou libres.
Effectivement c'était tout de suite plus confortable pour un certain nombre de patients, parce que du coup il y avait une atmosphère de liberté, on commençait plus à recevoir des patients dépressifs, victimes, avec des conditions un tout petit peu plus confortables qu'autrefois ; c'était encore des pavillons avec dortoirs.
À l'époque c'était clinique ou rien du tout.
On avait même mis en place à l'époque des lits hôteliers, c'est-à-dire qui n'étaient pas médicalisés, en chambres individuelles, qui étaient plus coquettes, dans l'idée que la psychiatrie devait s'ouvrir.
Chaque pavillon avait une ou deux chambres individuelles, qui ont d'ailleurs surtout été utilisées pour des psychotiques lourds.
Donc les temps ont changé, et au moment de la réforme de la réhabilitation des locaux qui avaient été construits fin des années 70 début 80, « Pierre Janet » étant le dernier en 83,82, les choses ont été conçues avec un réaménagement unité fermée / unité ouverte : une unité fermée de 15 lits, une unité ouverte de 32. Le nombre était lié plus à l'architecture qu'à un nombre anticipé.
- Ça a été conçu par qui, comment ?
- Par les directeurs de pôle qui ont précédé, docteur Beloncle et Venisse entre autres, et puis les directeurs des travaux qui avaient conçu pour chaque service de psychiatrie de secteur, une unité fermée, une unité ouverte.
Et les unités dites intersectorielles seraient des unités ouvertes.
La proportion 30/15 a été architecturale plus que pensée. Parce que dans l'unité neuve, avec le découpage de l'architecte, on ne pouvait pas mettre plus de 15 lits ; et on a même mis des chambres à deux lits, ce qui n'est pas terrible.
Moi quand je suis arrivé dans le service, je disais : « quinze c'est un peu juste, on aurait plutôt besoin de vingt de plus, de dix-huit ».
En vrai, de temps en temps c'est très juste quinze : il faut toujours penser passage de côté. Dix-huit ce serait plus confortable, mais quinze ça passe.
Mais ça nous oblige à faire des jeux de transferts, et en particulier des transferts contre leur gré. C'est-à-dire que des patients ont été hospitalisés dix ou quinze jours-là, et on doit les envoyer dans l'unité ouverte, alors qu'il reste trois quatre jours, une semaine d'hospitalisation, ils se sentent bien dans l'équipe, ils aimeraient bien terminer leur hospitalisation là où ils sont.

- Car dans la conception, cela n'a pas été pensé avec comme une trajectoire, d'abord unité fermée, puis unité ouverte.
- Non, cela n'a pas été conçu comme ça dans ce service.
Les gens qui viennent en H.L.¹² et qui ont besoin d'une surveillance vont en unité fermée ; ou une personne un peu suicidaire, ou si l'on pense que cela va être un peu chaud début, on la met en unité fermée.
- Dans des idées de protection de la personne ?
- Protection de la personne, je pense à désorientation et suicide ; et puis également avec certains où il n'y a pas de mesure, mais on est au bord de la mesure : des psychotiques qui sont angoissés, qui demandent à être hospitalisés, et qui pourraient demander une sortie dans la minute qui suit, alors qu'ils sont très très mal...
Si on peut faire sans mesure, compliant, on le fait, mais si la mesure a besoin d'être mise, on la fait dans un second temps.
- Il y a une stricte adéquation entre modes de placement, mesure, et l'unité d'hospitalisation ?
- Non. Pas chez nous.
Il y a des gens qui sont dans l'unité fermée et qui sont en service libre, je crois une moitié, je crois que l'on a sept ou huit « service fermés » fermés fermés, et six sept hospitalisations libres, mais contractualisées, ou alors pas contractualisées parce que ce sont des déments. On a deux déments, effectivement ils ne sortent pas du tout, mais ils sont là.
À l'inverse, dans l'unité ouverte, il y a des « services fermés ».
Notamment M. A, qui est là au long cours ; des fois, il repasse en unité fermée quand c'est un petit peu chaud, mais si plus confortable pour lui qu'il soit dans l'unité ouverte en règle générale. On trouve que c'est mieux qu'il soit dans l'unité ouverte.
Les patients entre guillemets « chroniques » qui sont dans une prise en charge de psychose, de dépression au long cours, on les met en unité ouverte quel que soit le mode de placement, parce qu'on est dans une alliance dans ce moment-là c'est tout.
Dans l'unité fermée restent les patients qui sont à protéger, et parfois de façon transitoire, tel ce monsieur pour qui si ça chauffe trop, hé bien il est transféré d'unité.
De la même manière, dans l'unité ouverte, quand on a quelqu'un qui est un petit peu instable, par exemple quelqu'un qui picole et qui picole tout le temps, et qui se met dans des états pitoyables, on lui dit : « hé bien pendant quelques jours, vous allez vous sevrer », c'est contractuel. Alors ça, ça ne plaît pas au contrôleur des libertés.
Je ne dis pas que c'est idéal, c'est comme ça sur la pratique actuelle du service.
- Par rapport à cette question de la protection de la personne, il y a l'idée qu'en fermé c'est plus protecteur ; est-ce qu'il y a des inconvénients qui sont patents, qui émergent, à cause de la fermeture à clé ?
- Il y en avait un, mais qui c'est résolu : c'est l'histoire du tabac.
Ça a été l'horreur, parce que presque tous les psychotiques fument, et on était obligé de leur imposer un patch tant qu'ils n'étaient pas dans un programme de soins avec autorisation de sortie dans la journée.
Et ça c'était un inconvénient majeur.
D'autres inconvénients...
Il peut y avoir des inconvénients quand il y a quelqu'un d'hostile et qui est toujours dans la négociation, tout se joue autour de la porte fermée /de la porte ouverte, ça peut arriver.

12 Hospitalisation Libre, selon laquelle le patient est à l'initiative de son hospitalisation.

Je ne vois pas d'autre inconvénient, mais peut-être que je suis pris dans le quotidien ; je n'en vois pas d'autres.

— Par rapport à l'alliance, quel impact cela a ?

— C'est très variable d'un cas à l'autre.

Quand ils sont en S.D.R.E.¹³, on leur dit : « la société dit que cela ne va pas ». Quand ils sont en S.P.D.T.¹⁴, il y a toujours la persécution par le médecin, etc., il y a toujours ce côté-là. En même temps cela peut être aussi le renvoi de leur comportement à l'extérieur, et l'on peut traiter ça avec le recours à la loi. [...]

L'idéal serait qu'il y ait deux médecins, dans le cas où il y a un peu d'hostilité, un pour le cadre, un pour l'accompagnement thérapeutique.

Car de temps en temps, le cadre, y compris en ambulatoire, avec un programme de soins ambulatoires en cours, que ce soit le même médecin qui pose le cadre et qui accompagne le patient peut devenir un obstacle, des fois.

C'est pas si souvent que ça.

D'ailleurs cette mesure, elle ne marche que chez les malades les plus difficiles dans l'hostilité aux soins :

Des fois on fait les programmes de soins pour des gens qui sont inconstants, et ça ne marche pas, car ils n'ouvrent pas leur porte!

Alors qu'avec des malades un peu persécutés et « paranos », la loi, ils l'entendent, ils viennent toujours. C'est intégré.

J'essaie d'utiliser le cadre, la loi, et les éléments de la psychose, pour que le soin soit possible.

Justement, c'est cette espèce d'ambivalence, une sorte de discordance : « il y a une partie de moi qui refuse absolument ce soin, qui estime que c'est une persécution et une injustice », et puis « il y a une autre partie de moi qui le veut absolument ».

Combien de fois j'ai vu des gens venir aux urgences psychiatriques directement pour me dire : « faites moi un certificat comme quoi je ne suis pas fou ».

Mais ils étaient là.

Et ils demandaient des soins tout en disant qu'ils n'étaient pas là.

Et des fois, c'est demander des soins, et attendre d'être contraint pour pouvoir accepter les soins.

C'est particulièrement vrai dans la psychose. Et quand la contrainte est faite, quel soulagement !

« Ce n'est pas moi qui décide si les autres ». C'est la psychose.

Je vais donner un autre exemple : il y a un patient extrêmement difficile, de très longue date, paranoïaque..., en rupture de soins, « on se trompe de patient », ce n'est pas lui le bon patient.

Très régulièrement, on le ramène et à un moment donné, je lui permets de sortir dehors.

Contre toute attente, il ramène du cannabis aux autres.

Eh bien il est rentré à la maison.

La porte fermée sert aussi à ça.

Sinon, tout est possible. Les mesures de contournement sont toujours là, mais on prend des mesures de protection

— Du coup, la porte d'entrée du service est fermée à clé, il y a une contractualisation avec un programme de soins...

— Quand le programme de soins est émis, ils ont droit de sortir de l'hôpital, d'aller à l'extérieur.

13 Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État, mode d'hospitalisation sans le consentement du patient, selon la loi de juillet 2011.

14 Soin Psychiatriques à la Demande d'un Tiers, mode d'hospitalisation sans le consentement du patient, selon la loi de juillet 2011.

C'est toujours contractuel : ça peut être trois fois une demi-heure, trois fois une heure, la journée, en dehors des médiations thérapeutiques.

Mais ils doivent être à l'heure.

Cela est vu entretien médical, c'est contractualisé, c'est écrit, et cela peut évoluer dans un sens comme dans l'autre.

Moi je suis plutôt libéral, parce que je pense qu'on obtient plus d'alliance, mais un patient qui a été vendre du cannabis aux autres, je ne vais pas permettre qu'il ressorte pour revenir en vendre.

Il faut qu'il y ait du cadre, on n'est pas là pour ça.

Il n'y a pas d'autres mesures de rétorsion que de mettre à la porte, ou d'empêcher de sortir ; c'est un peu bête, mais il n'y a que ça.

Je ne vais pas augmenter son traitement. Je ne vais pas le mettre en C.S.I.¹⁵, ça n'a pas de sens.

J'ai connu l'alcoologie, c'est libre. Si les gens transgressent, on leur dit : « vous avez transgressé, vous prenez la porte. Vous êtes hors contrat ».

Mais nous on ne fait pas comme ça.

Moi j'ai connu quand j'étais interne : « vous avez bu, huit jours sans sortie. »

Est-ce que c'est mieux, est ce que c'est moins bien, moi, je pense que c'était moins bien.

Quand il y a une transgression massive par rapport à programme de soins, on est pris dans une sorte d'ambiguïté, d'ambivalence : soit on met à la porte et à ce moment-là c'est une rupture, ce qui n'est pas très agréable par rapport à nos missions, soit on dit « hé bien écoutez, vous avez besoin de plus de protection ».

Juste pour l'alcool, un psychiatre avait fait deux services : le service de ceux qui veulent apprendre à se contrôler, et le service de ceux qui veulent apprendre à devenir abstinents.

À l'entrée, quel que soit leur état, après la période de sevrage, ils avaient le choix d'aller dans tel service ou dans tel autre, ils faisaient l'expérience.

Celui qui voulait aller de services pour un se contrôler, il sortait, buvait, revenait avec trois grammes, il revenait, il avait le droit de changer d'unité. Celui qui trouvait que c'est un peu dur, il avait le droit de basculer. C'était dans une stratégie du choix.

Je n'aime pas trop les mises à la porte. « Vous avez transgressé, on vous met la porte ».

Et en plus on a les familles, et la société qui nous dit : « qu'est ce que vous avez fait. ? » « Il y a quelqu'un qui est en danger, et vous le mettez à la porte, vous ne le protégez pas. »

En même temps on ne peut pas protéger éternellement les gens.

Quel sens cela a ?

Ces questions, elles ont traversé les discussions institutionnelles, avec des évolutions, car maintenant tous les services ont une unité ouverte.

Ce qui pour moi est un vrai progrès. Cela suivi aussi l'évolution de l'hébergement, de la qualité d'hébergement, et donc l'évolution du type de demande.

Avant, on voyait pour les trois quarts, de la psychose et des démunis, alors qu'aujourd'hui c'est moitié moitié grosso modo.

— On n'a pas évoqué la question des fugues. Est-ce que c'est une problématique ?

— Il paraît qu'on était l'hôpital où l'on fugue le plus de France !

Fugues de services ouverts, c'est un départ volontaire.

Est-ce que l'on doit le déclarer, est ce que l'on ne doit pas le déclarer ?

Si on pense que la personne est suicidaire, il faut déclarer.

Mais alors va nous dire que nous n'avons pas pris toutes les précautions, toutes les mesures de protection, donc c'est compliqué.

¹⁵ Chambre de Soins Intensif, appelé également chambre d'isolement, spécialement aménagée, permettant l'isolement thérapeutique du patient.

En S.P.D.T., on déclare tout le temps, et on peut aller chercher les gens chez eux.

On a également des gens qui viennent de prison. Et je ne vois pas comment on peut ne pas avoir d'unité fermée quand on a des détenus. Théoriquement, ils sont hors détention, mais ont quand même une condamnation. Je ne sais pas comment ils font à La Roche d'ailleurs ?

— Je ne sais pas non plus, je ne peux pas parler à leur place, mais il me semble qu'ils s'autorisent à fermer la porte d'entrée à ce moment-là, et ils ont une chambre d'isolement, et ils s'autorisent à fermer la porte des chambres...

— Nous, on se l'autorise exceptionnellement, il faut prévenir les services de sécurité incendie. J'autorise cela exceptionnellement à des patients qui me le demandent, qui ont des fantasmes d'intrusion... Chez soi, c'est rare que l'on laisse la porte ouverte...

— Au sujet des effectifs, puis-je les récupérer ?

— De toute façon c'est très simple, il y a une unité à 19 infirmiers, une unité où il y en a 20. Ou 18 et 19, puisqu'il y a eu des réductions d'effectifs.

C'est à peu près confortable en unité fermée, un peu juste sur l'unité ouverte vu le nombre de patients.

En unité fermée il y a des accompagnements au tribunal, les accompagnements pour fumer une cigarette, toujours ouvrir ou fermer la porte. Ça prend du temps soignant.

— Je reviens sur la question des fugues, est-ce qu'il y en a dans l'unité fermée ?

— Chez nous pas trop, mais la directrice dit qu'il y en a beaucoup ! Elles étaient vite signalées. Les gens qui ne rentraient pas dans l'heure de permissions étaient signalés en fugues.

— D'ailleurs par rapport à des formes de pressions administratives, ou légal, vous avez des choses comme ça ?

— Il peut y avoir des plaintes portées par les familles, s'il y a quelque chose qui se passe.

Une personne est placée en S.P.D.T. par la famille parce qu'elle est dangereuse, elle a fugué, passage à l'acte. La responsabilité de l'hôpital est engagée. Quand il se passe quelque chose à la hauteur de l'hôpital, il faut montrer qu'on a pris toutes les mesures.

...

Alors il n'y a pas toujours des plaintes de portée à chaque fois, heureusement, mais les plaintes ont quand même tendance à augmenter, particulièrement pour les suicides, surtout si les familles se sentent concernées...

Les précautions, c'est très dur : enlever les ceintures, la fouille, l'inventaire, ce sont des mesures extrêmement intrusives quand même. En même temps, si on ne les a pas faites, on dira qu'on n'a pas pris tous les moyens...

C'est donc répondre à une double contrainte : la contrainte de la liberté, et la contrainte de la protection ; on est toujours dans cet entre-deux.

Alors la dignité, quand on part de C.S.I., ce n'est pas toujours très digne...

On joue là-dessus, on est toujours sur un fil, car on doit toujours à un moment donné créer la relation de confiance. Ça rate, j'ai eu une plainte de la famille, qui n'est pas contente de mes soins. Elle a raison de ne pas être contente, je ne suis pas allé au bout. On a obligation de mettre tous les moyens, mais un des moyens, c'est la relation de confiance, et la relation de confiance, c'est lâcher prise de la contrainte !

Donc on est toujours dans un piège.

J'ai eu des remarques par des familles, parce que j'avais été trop libéral et en même temps, c'est parce que je suis trop libéral qu'il y a plein de patients qui ne me lâchent pas. On est dans ce double jeu.

- Est-ce que vous remarquez une évolution de la société, par rapport à ces obligations ?
- Oui.
La loi de 2002, de la demande du dossier des patients, la traçabilité, il faut tout mettre deux fois pour parer à un procès... Il y a une sorte d'obsession. Enfin c'est excessif, parce qu'il n'y a pas tant d'affaires que ça.
Mais il n'y a pas une année où on n'a pas une plainte.
Alors cela peut être un détail : « j'ai perdu mes bijoux... »
Des fois c'est des plaintes sur le fond...
On a pas encore obligation de résultat, mais on travaille toujours dans une atmosphère suspicieuse de la part des sociétés, des tribunaux, des familles.
Mais on travaille selon notre conscience, sinon on ne fait plus rien.
D'ailleurs cela jouait, sur l'organisation du service, est-ce que la porte fermée, c'est la porte du service, ou c'est la porte de l'hôpital ?
Parce que l'administration a considéré que c'était la porte fermée du service, donc pour aller fumer une cigarette dehors, il fallait lever la mesure, où mettre en place un programme de soins.
On tombe dans l'absurdité, juste parce qu'il n'était plus dedans.
Pour l'administration, c'est catégorique : c'est à l'intérieur de l'unité. Dès qu'ils sortent, ils doivent être dans un programme de soins.
Ce qui est un petit peu ambigu, puisque le programme de soins est ambulatoire, mais les gens sont en hospitalisation complète.
Mais bon, ça c'est la dernière loi qui nous oblige, car le législateur n'a pas forcément la représentation du travail quotidien, et on a des difficultés à répondre aux exigences du législateur, qui sont saines sur le fond : liberté, droit...
Mais dans la pratique, on arrive à être toujours en faute. C'est assez fatigant. D'ailleurs il y a toujours un truc qui manque, toujours, dans les dossiers.
- Dans l'unité ouverte, les portes sont ouvertes la journée, et fermées la nuit...
- À huit heures ou huit heures trente. Je ne sais plus sur quel critère cela s'était fait. Je pense que c'est lié à la sécurité. Il y a aussi des histoires d'intrusions nocturnes. Il y a des horaires, il faut bien à un moment donné que les gens aillent se coucher ; d'ailleurs dans les unités ouvertes alcoologie, la dernière cigarette est à neuf heures neuf heures trente.
- Est-ce qu'il y a d'autres choses, que vous aimeriez ajouter ?
- Je pense que c'est des éternelles questions, avec des priorités venant d'institutions très différentes : la justice, la préfecture, les familles, les droits, l'éthique, la presse ...
On est soumis à énormément de pressions contradictoires, après il faut faire en ton âme et conscience. On sait bien c'est différents selon les médecins. Des fois par nature, on est plus dans le contrat de confiance, parfois plus dans les précautions parce qu'il y a la loi. Quand on est responsable de secteur, il y a la loi, qui s'impose pour tous, on ne peut pas rigoler avec ça.

Mr α , unité ouverte « le Hameau », pôle Sud-Est de l'hôpital Georges Mazurelle.

B Entretiens de patients

Entretien avec Mr α.

Patient hospitalisé au « Hameau », unité ouverte.

La Rencontre a lieu dans un bureau à l'hôpital Georges Mazurelle.

- Je vais vous demander votre âge
- 50 ans
- Et donc vous êtes un homme.
votre dernière hospitalisation remonte à quand ?
- Décembre de l'année dernière.
- Elle avait duré longtemps ?
- Une quinzaine de jours.
- Est-ce qu'on a mit un nom sur votre maladie ?
- Des alcoolisations chroniques. Ça fait 10 ans.
- Il est d'autres hospitalisations par le passé ?
- Oui, des cures et des hospitalisations en psychiatrie
- Là, vous êtes hospitalisé dans une unité ouverte. C'est la première fois ?
- Oui.
- Avant de venir ici, est-ce que vous saviez si la porte allait être ouverte ?
- Non.
- Comment avez-vous appris ?
- En arrivant là.
- Et comment avez vous ressenti les choses en voyant ça ?
- Hé bien c'est nettement mieux dans le sens où les autres hospitalisations, que j'ai fait à X, et à Y, les portes étaient fermées et on avait l'impression d'être, comment dire, comme coupé du monde.
Comme si on était dans un milieu carcéral, quasiment.
C'est nettement mieux d'avoir une porte ouverte, sachant que les infirmiers savent si vous avez le droit de sortir, et ils vérifient.
- Vous ne faites pas ce que vous voulez non plus ?
- Non. On demande.
Mais la porte est ouverte.
Que ce soit pour rentrer ou pour sortir. On doit informer quand on rentre aussi.
- Et cela vous procure quels sentiments ?
- Un sentiment de liberté déjà.
De respect aussi par rapport aux soignants soignés.
Il y a un climat de confiance qui s'installe. Par exemple si je dois aller chercher du tabac, je vais aller chercher du tabac. Si je veux aller faire les courses à Leclerc hé bien je vais faire les courses à

Leclerc.

- Est-ce que c'est arrivé que les infirmiers aient dit : « hé bien on pense que ce n'est pas une bonne chose que vous sortiez ? »
- Ils vérifient selon la prescription médicale du médecin.
- Et ça, s'est décidé comment ? Comment le médecin décide-t-il ?
- Suite à l'entretien. C'est un petit peu discuté
- Et dans les autres services où vous avez été hospitalisé, comment cela se passait-il, pour sortir ?
- À X c'était très difficile.
Il faut systématiquement demander un infirmier, qu'il vienne vous ouvrir la porte, et là ça devient pénible.
Il y avait des horaires. C'est très pénible.
À Y, on avait pour ainsi dire pas le droit de sortir, mais il y avait un patio.
Le patio est très important aussi. Je suis fumeur, beaucoup sont fumeurs, et pour aller fumer une cigarette, pour prendre l'air...
Ici, [*la Roche-sur-Yon*] le patio est très très grand.
Ça peut permettre de marcher un peu, aller sur les bancs, dans un cadre de verdure...
- Et quand il n'y a pas de patio, ça se passe comment ?
- Eh bien c'est renfermé.
Pour fumer, moi j'ai connu l'époque où il y avait une salle spéciale, un fumoir.
Maintenant c'est terminé. Il faut demander l'autorisation pour pouvoir sortir, ça mène à des situations très compliquées.
- Quel genre de situations ?
- Il faut attendre pour pouvoir sortir... Et pour rentrer...
On ne pouvait pas rentrer comme ça.
Là, c'est une formule vraiment simplifiée, et qui me paraît vraiment positive.
Ça se passe bien mieux avec les soignants je trouve.
C'est la meilleure structure que j'ai connue, entre X, où ça n'a pas fonctionné, Y, où ça a moyennement fonctionné.
J'ai mes meilleures prises de sang depuis 10 ans.
- Et vous pensez qu'il y a un rapport avec le service ?
- Oui.
[...]
Je suis passé maintenant en appartement thérapeutique.
- Par rapport à votre quotidien dans l'hôpital, quand vous êtes hospitalisé, est-ce que vos activités changent, que la porte ouverte ou fermée à clé ?
- Oui ça change. Forcément.
Il y a un truc qui est bien ici, c'est que le foyer, il est loin, il est éloigné.
C'est pas le cas ailleurs.
Ça permet de marcher ; ça fait toujours du bien de marcher un petit peu, une petite marche.
Pour les activités, tout d'un coup, vous avez envie prend café, hé bien, vous allez prendre un café.
Vous n'êtes plus en train de vous dire « est-ce que c'est ouvert ? est-ce que c'est fermé ? ».
Plus de liberté.

- Est-ce que vous avez l'impression, que votre impression a changé au fil du temps, depuis que vous êtes arrivés ici, sur ces portes ouvertes ?
- Je me suis rapidement habitué au fait que ce soit ouvert. Et puis je suis rentré dans de bonnes conditions.
- Je ne vous ai pas demandé, vous avez déjà été hospitalisé sous contrainte ?
- Oui oui
- Et ici ?
- Hospitalisation libre. Mais il y en avait d'autres avant.
- À votre avis, le fait que les portes soient ouvertes ou fermées à clé, cela change votre comportement par rapport aux autres patients ?
- Oui.
Moins d'agressivité envers les autres patients.
Plus de liberté, plus de possibilité de se déplacer, on est moins dans un espace restreint.
Ici il y a beaucoup d'espace. Quatre fois plus ou cinq fois plus par rapport à X.
- Et ça c'est important pour vous ?
- Très important.
On n'est pas confiné dans un milieu restreint.
Quand on est confiné, si vous avez envie de vous éloigner, de prendre un petit peu de recul, d'être seul, on doit prendre sur soi. On passe plus de temps en chambre.
- Et par rapport aux autres patients ?
- Ça change. Il y a plus de tension peut-être. Quand c'est fermé.
- Au niveau de l'ambiance, cela se sent ?
- Déjà il y a moins de bruit dans le pavillon ouvert. Car il y a plus d'espace.
Les gens sont moins confrontés. C'est plutôt agréable. Par exemple ici il y a deux salles télé. Pas dans les autres. Si, à Y, il y avait deux salles télé...
Et les pièces sont grandes.
- Concernant les infirmiers, ça modifie votre comportement, vos contacts avec eux ?
- Ce n'est pas le même, non.
Ici, il est beaucoup plus aisé, beaucoup plus facile.
- Et ça, pour vous, c'est lié au paramètre porte fermée porte ouverte ?
- Oui, parce que si les infirmiers, à chaque fois, il faut qu'ils viennent ouvrir la porte, c'est une astreinte.
Si pour chaque personne, il faut vérifier pour aller ouvrir la porte, il y a des allées et venues.
S'il y a deux personnes qui veulent aller boire un café ensemble, il faut vérifier pour les deux personnes.
Là ils connaissent les dossiers, et vous pouvez y aller.
- Et ça c'est mieux pour eux ?
- Oui c'est mieux. Et puis c'est quand vous sortez, mais ça marche aussi quand on veut rentrer.
Ici les infirmiers, ils vous suivent.
- Est-ce que ça change quelque chose d'autre pour les infirmiers ?

- Ils ont une attitude plus normale, plus logique, plus cohérente.
Parce que c'est un ras-le-bol pour eux que de venir ouvrir une porte.
Du coup il faut le temps de se grouper, à trois ou quatre pour demander.
- Et les infirmiers, ils sont comment alors ?
- Moins agréables, moins accessibles, moins tolérants moins beaucoup de choses.
La vie n'est pas du tout la même ici, à X, à Y. Il y a une grosse différence
- Est-ce que le fait que ce soit ouvert, pour d'autres patients, cela peut être compliqué ?
- Oui pour les patients qui ont des pathologies plus importantes, cela peut être problématique.
S'ils n'arrivent pas à se contrôler, cela peut être problématique.
- Vous avez vu ça, à l'hôpital ?
- J'en ai vu un qui est parti, mais je crois qu'ils l'ont rattrapé.
- Vous pensez qu'il y a plus de fugue en ouvert ?
- Non. Il n'y a pas plus de fugue.
L'interdit ne résout pas tous les problèmes.
Non non il n'y a pas plus de fugue.
La porte fermée, cela traduit un mal-être. Un mal-être intérieur, très important.
- Chez qui ?
- Pour le soigné.
On se demande ce qu'on fait là. Qui on est. On est coupé du monde. Pourquoi ? Qu'est-ce que j'ai fait ? Etc.
Des questionnements qui ne sont pas bons. Ce n'est pas bon pour les soins.
Moi que je suis rentré la première fois en HDT, mon meilleur ami était médecin, c'est lui qui m'a fait rentrer, j'étais attaché. Alors là c'est pire.
- Vous avez compris pourquoi on vous a attaché ?
- Non on ne m'a pas expliqué.
Pendant 10 jours.
Ça c'est horrible.
- Et là, en service avec les portes ouvertes, cela arrive qu'il y ait des gens attachés ?
- Oui, cela arrive, mais je n'ai pas vu.
- Vous, cela vous est arrivé de sortir sans autorisation d'un service, fermé ou ouvert ?
- Non.
... Si une fois. Enfin je l'avais dit, mais cela n'a pas été pris en considération.
- Il y a eu des conséquences pour la suite ?
- Non : ils m'ont téléphoné, je leur ai expliqué.
Quand je suis revenu, je leur ai expliqué.
- Vous aviez abordé le fait que pour certains patients, la porte ouverte peut être compliquée... S'ils ne peuvent pas se contrôler ?
- Peut-être pour des pathologies plus lourdes, peut-être que c'est une nécessité.
Mais ça dépend de la configuration du bâtiment.
Là il y a toujours un secrétariat à l'entrée par exemple il y a un œil.

- Et vous pensez que c'est une bonne chose ?
- Oui oui.
Au point de vue architectural, c'est pas si mal que ça.
L'emplacement des bureaux est important aussi. Le bureau soignant. Et même le secrétariat.
Il faut que les personnes qui sortent soient vues, aperçues par les personnes qui donnent des soins ou qui sont dans la partie administrative.
Qu'ils soient aperçus.
Comme ça on ne part pas comme des sauvages, on a demandé l'autorisation avant.
Sinon, c'est très compliqué.
Attendre un quart d'heure avant d'ouvrir la porte. C'est très compliqué.
À Y, il y avait un patio intérieur, c'était moins compliqué.
Ici, il y a à la fois un patio intérieur, pour fumer la nuit, et un patio extérieur qui est très grand.
Et en plus il y a porte ouvertes. C'est vraiment très bien.
Les bâtiments sont vétustes, mais ce n'est pas une gêne en soi.
Il y a une meilleure écoute des infirmiers, une meilleure adaptation du soigné.
- Par rapport aux gens qui ne sont pas hospitalisés, les gens de l'extérieur, est-ce que cela un impact, à votre avis, que la porte ouverte ou fermée ?
- Oui je pense que ça doit être nettement mieux.
Parce que le monde de la psychiatrie n'est pas connu.
Du coup « il n'y a que des fous ». Alors que « les fous », en fin de compte, il n'y en a pas.
Mais le monde de la psychiatrie est inconnu.
Cela peut être des problèmes d'alcool, des problèmes de drogue, mais ce n'est pas connu.
La vision externe des gens, avec la porte ouverte, c'est nettement mieux.
Ici, c'est bien fait. Il y a une salle d'accueil pour les entrants.
- Pour les visiteurs ?
- Oui. La porte n'est pas fermée. Il y a sonnette, mais c'est normal.
Donc on est tout de suite introduit dans le milieu sans y être réellement. Ça a été bien pensé.
- Et justement par rapport aux personnes qui vous rendent visite, cela changeait les choses ?
- Ça peut changer leur vision des choses oui.
Ce n'est pas l'image qu'ils en avaient avant.
- Mais est-ce qu'ils ne peuvent pas se dire, les portes sont ouvertes, c'est dangereux ?
- Il y aura toujours une minorité de gens ou des gens qui pensent cela.
Mais ce sont ceux qui n'ont pas franchi la porte.
- Et puis il y a moins d'agressivité aussi. De la part des soignés.
- Comment cela se fait ?
- Plus d'espace, plus de calme, plus de sérénité. Moins de tension
C'est une relation plus saine.
- Plusieurs personnes m'ont dit que les portes ouvertes avaient beaucoup d'avantages, mais, il y a des personnes malades psychiquement, qui peuvent être dangereuses, et la porte ouverte n'est pas terrible pour elles... Qu'est-ce que vous en pensez ?
- C'est fort possible, mais à ce moment-là, il y a des degrés.
Mais je ne suis pas médecin.

- Et en tant que patient vous en dites quoi ?
Par exemple vous quand vous avez été hospitalisés sous contrainte que vous avez été contenu, vous auriez dû être dans une unité ouverte ou une unité fermée vous ?
- Oui bien sûr en unité ouverte.
Je n'étais pas agité, rien du tout.
Je me suis retrouvé du jour au lendemain, dans un milieu fermé, très hostile, sans que l'on ne m'explique pourquoi.
Très mauvais souvenirs.
- Vous y êtes retourné par la suite ?
- Oui, après on s'habitue.
On s'habitue à des choses qui ne sont pas très positives.
...
Donc l'architecture à rôle très important, l'espace un rôle très important. Et le personnel aussi, il est à l'écoute ici. Il est plus à l'écoute qu'ailleurs ; car il y a moins de contraintes pour le personnel.
- Il y a d'autres paramètres qui joueraient aussi ?
- L'ambiance générale du corps médical.
Ici, ils sont plus à l'aise, moins sur leur garde.
Moins dans l'excitation conflictuelle.
- Et cela vient de quoi ça ?
- Parce qu'il y a plus de liberté, une liberté qui est respectée.
- Et pourquoi ici ?
- Parce que cela a été décidé dans cette structure de soins.
C'est comme les appartements thérapeutiques, je ne connaissais pas, je découvre ça, c'est une très bonne philosophie. Et ça je n'ai pas vu ailleurs.
- [...] [*... sur son parcours professionnel...*]
- Je regarde si j'ai d'autres questions...
Oui les personnes de votre entourage, qui sont venues vous voir, qu'ils voient la porte ouverte, cela change leur perception de vous ?
- Oui. Ils se disent que ce n'est pas des gens à risque. Que ce ne sont pas des gens susceptibles de créer des désordres publics.
- Et pour la personne qu'ils connaissent bien ?
- Oui. Ils se disent : « Ici, on rentre dans un centre de soins. »
-
Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez dire, que nous n'avons pas abordées ?
- Sur le sujet « être attaché ».
Ça, je trouve que c'est stupide.
Il vaudrait mieux une pièce capitonnée et un matelas sur le sol.
Ça entraîne des problèmes de dos, des problèmes physiques. Être enfermé plus être attaché, c'est horrible.
C'est certainement l'expérience de plus dure de ma vie.
Ne pas savoir quand, quel jour il est.

Vous comptez les heures, les minutes, les secondes.

On vous détache un petit peu pour manger, c'est tout, point final. Pas droit de fumer.

— À posteriori, vous avez compris pourquoi ils vous avaient attaché ?

— Après, oui.

— Ils auraient pu faire autrement ?

— Ça aurait été mieux dans une chambre avec un matelas.

...

...

En tout cas, ouvert, c'est mieux. C'est mieux pour les gens de l'extérieur, c'est mieux pour les soignants, c'est mieux pour les soignés. Ça fait faire de meilleure thérapie.

...

Qu'est-ce qu'il y a comme côté négatif... Il y en a très peu...

Après ça peut être rien du tout, mais une avancée de toit pour fumer une cigarette dehors, c'est un détail, mais on est bien à l'abri de la pluie, on est à l'abri du soleil... Des petits détails, mais qui font du bien.

— Un point négatif, ce serait plus pour les personnes dangereuses ?

— ... Oui ? ... mais il n'y en a pas beaucoup... J'essaie de me remémorer... Il y en a très peu.

Si vous donnez la liberté, vous accordez la liberté, elle renvoie le respect.

Voilà.

C'est mon expérience, sur trois sites différents. Celui-là c'est le plus adapté.

...

J'ai vu qu'il avait une cheminée aussi.

Je ne l'ai pas vu fonctionner, mais cela doit être plus agréable.

Cela a été une grande surprise de voir ça.

Parce que la cheminée, c'est accueillant, l'hiver c'est une source de chaleur

Il y a du monde devant la cheminée quand elle est allumée...

C'est un point important voilà.

Entretien avec Mr β

Patient hospitalisé au « Hameau », unité ouverte

C'est le tout premier entretien que je réalise pour ce projet.

La rencontre a lieu dans le bureau de l'association de patient « au bout du tunnel », sur le site de l'hôpital Georges Mazurelle, où se déroule ce jour là des animations pour la fête de la musique.

- Bonjour, je vais vous redemander votre nom pour l'enregistrement afin que je puisse vous identifier.
- Mr β.
- Et donc nous sommes à l'hôpital de La Roche Sur Yon.
Si nous rencontrons, c'est dans le cadre d'un projet de recherche par rapport à l'ouverture ou la fermeture à la clé des pavillons d'hospitalisation en psychiatrie.
- D'accord
- Est-ce que c'est un sujet qui vous interpelle ?
- Cela m'a déjà interpellé dans un témoignage sur un DVD qu'on avait fait sur la sécurité dans l'hôpital.
- je crois l'avoir vu
- je m'exprimais à ce moment-là aussi en disant qu'il y avait nécessité de mettre des gens sous clé. Alors ça pouvait être dans des chambres en isolement le temps qu'ils réfléchissent un peu et puis qu'ils démêlent un peu les cheveux qui les amenaient là.
Et moi j'ai été hospitalisé après une TS [tentative de suicide], j'ai été enfermé à la Vallée
- La vallée c'est un service fermé à clé un peu tout le temps ?
- Oui. Bon, c'était il y a longtemps, il y a plus d'une vingtaine d'années. Et je trouvais ça normal. On avait quand même des sorties d'organisées pour venir au foyer, pour se balader un peu dans les autres services quand il y avait des petites fêtes, on était accompagnés par des infirmiers ou infirmières, et voilà quoi.
C'est eux qui détenaient l'autorité quoi.
- C'est eux qui détenaient l'autorité ?
- C'est eux qui détenaient l'autorité.
- Vous disiez que ça vous paraissait normal
- Oui parce que à ce moment-là j'avais besoin d'être protégé contre moi.
C'est clair. C'est clair.
J'étais pas en phase, d'abord j'ai suivi tout un processus, toute une hospitalisation dans le temps, où il a fallu que je fasse preuve de discernement, pour que l'on puisse me laisser sortir et rentrer
- Le moment de la sortie donc de l'ouverture, c'était le moment pour rentrer chez vous ?
- Oui, pour rentrer chez moi, pour aller voir des amis en extérieur.
Et puis plus récemment, j'ai été hospitalisé au Hameau, je connais bien le docteur Z parce que je le connais depuis 1986. Ça remonte.
Je sais un peu l'intérêt qu'il porte à ce que les gens s'auto-définissent en responsabilité de façon

claire et individuelle, donc je pense que le rapport du médecin à son éthique de déontologie programme où installe des rapports avec ses patients.

— Absolument

— Par exemple, on sait que la Clairière [*autre pavillon du CHS*], c'est fermé.

— Tous n'ont pas les mêmes pratiques ici ?

— Ils n'ont pas les mêmes pratiques.

Il faut dire que les clients de la Clairière, ils ne viennent pas nous voir au Bout du Tunnel par exemple.

Ils passent.

Le Bout du Tunnel c'est l'association de patients.

Ils passent devant, ils vont au foyer, ils en ressortent, ils ricanent un peu en passant, mais c'est pas du tout des gens qui auraient une démarche personnelle à faire, ne serait-ce qu'en venant causer ici.

— Vous pensez qu'il y a un lien entre le paramètre porte ouverte/porte fermée, et cette vision des soins portée par les médecins, qui influencerait donc les comportements des patients ?

— Oui je pense que c'est une déontologie thérapeutique, qui fait que le docteur Z., c'est pas quelqu'un qui me soutenait volontairement.

— Et vous disiez que lors d'une situation ancienne, vous aviez besoin d'être protégé de vous-même.

Alors est-ce qu'il y a un rapport entre l'ouverture et la fermeture à clé et la protection de vous-même ?

— Je crois que selon la gravité de l'hospitalisation, on peut avoir nécessité de ne pas sortir du pavillon, même si la porte est ouverte, pour recevoir des visites...

Avant quand ça faisait le tabac au foyer, c'était la préoccupation tous les jours d'aller chercher son paquet de tabac, donc tout le monde faisait la queue pour avoir l'autorisation pour sortir.

Dans ce que je connais bien du Dr Z, c'est qu'il laisse le libre arbitre à ses patients de déterminer ce qui est bien pour eux.

— Et vous, avec votre expérience par rapport à l'institution et l'hôpital psychiatrique, vous m'avez exposé le point de vue docteur A. De votre point de vue, cela vous paraît-il intéressant ?

— C'est plutôt intéressant, et c'est plutôt ouvert comme attitude, c'est très ouvert. Mais peut-être que c'est...

...

Peut-être qu'il délimite un peu l'abord de sa pratique médicale en laissant beaucoup de temps aux gens.

— D'accord. C'est plus sur du long terme ?

— Oui sur le long terme. Oui oui

— C'est ça qui permettrait de laisser cette autonomie ?

— Oui. Oui oui.

Bon je ne connais pas les autres praticiens.

Enfin si je connais le Dr Y et Mr. X [*psychiatre et cadre de santé d'un autre secteur*], ils interviennent certainement beaucoup plus dans l'hospitalisation.

— Qu'est-ce que vous voulez dire par « ils interviennent plus » ?

— Ils mettent plus de barrières, ils mettent plus de barrières dès le départ, pour délimiter le champ des

investigations.

— Et ça est-ce que c'est plutôt... ?

...

Restreignant ? Rassurant ?

— Toutes les initiatives médicales, toutes les pratiques sont respectables, ce n'est pas le problème. De mon point de vue et dans mon parcours, et de mon point de vue maintenant et ma position maintenant par rapport au Dr Z, j'aurais à lui reprocher de ne pas être intervenu de façon dict... dicta..., volontaire, beaucoup plus tôt pour moi.

— Peut-être que vous auriez préféré que cela soit fermé à clé ?

— Peut-être, peut-être.

Je le dis dans le DVD.

De l'interdiction de sortie à l'autorisation de sortir une heure ou deux dans l'après-midi, il y a tout un chemin qui s'installe, qui se fait.

Il y a des entretiens infirmiers, il y a des entretiens avec le médecin psychiatre, et peut-être que c'est obliger le médecin à envisager son plan de soins un peu différemment.

— Alors moi je peux me dire d'accord, la porte d'entrée, elle est ouverte ou fermée, mais ce n'est pas pour cela que les patients ont toute la liberté d'entrer et sortir...

— ... Oui. ...

— Mais si la porte est ouverte ?

— ...

— Mais vous vous disiez que cela vous aurait rassuré que la porte soit fermée à clé ?

— Je me serais peut-être un peu moins éparpillé, j'aurais fait moins de recherche, sur les causes de ma situation, sur le compte rendu de ma situation. Et maintenant je vois que...

Voilà...

Fort d'être très considéré, cela ne vous épargne pas les difficultés, et quelque part je vois, parce que j'ai des activités [...], je vois l'attitude du Dr A par rapport à mon travail.

Un... ...

... et pourquoi je disais ça ?

— Peut-être par rapport à la difficulté de... ?

— Oui, mon rapport au social est relativement facile, puisque je noue des liens, je progresse, j'ai des propositions de travail, j'en ai eu encore hier, au mois d'août.

Il se passe plein de choses comme ça.

Donc lui dans ces considérations thérapeutiques, je crois savoir qu'il dit ici « hé bien Mr S, il se débrouille, il se débrouille pas mal il s'en sortira bien ».

— Et ça c'est plutôt... ?

— Peut-être c'est valorisant, mais peut-être que vous retrouvez tout seul quoi.

Alors quitte à aller gambader dans la nature avec ses congénères, autant mûrir une réflexion plus mature, qui amène un comportement adéquat.

— C'est intéressant, c'est à réfléchir, ce n'est pas simple. J'ai l'impression que c'est très lié à la relation avec votre psychiatre actuel.

Je voulais vous demander, avant votre première hospitalisation est-ce que vous saviez que les portes allaient être fermées là où vous alliez arriver, ou alors est-ce venu après, quand vous êtes arrivé ?

comment l'avez-vous appris ?.

— J'étais hospitalisé en H.O., à la Vallée [*autre pavillon du CHS*], avec le docteur V, qui m'avait rencontré en entretien au CHD. C'est la première fois que je rencontrais un psychiatre. Il n'avait rien dit, il me laissait causer mais il disait rien.

Je me disais : « c'est curieux comme attitude ».

Et puis voilà, quand j'étais ici, c'était barricadé, et puis il y avait trois autres gaillards qui étaient là, c'était un peu des frottements, pas à couteaux tirés, mais il fallait faire sa place.

J'aurais pu avoir une sortie beaucoup plus bénéfique.

Il y avait des gens qui étaient hospitalisés, j'étais sur ce secteur là, et il y avait des gens qui me connaissaient, qui étaient ici du cru, ils me connaissaient de réputation parce que je faisais les marchés et on me voyait beaucoup, et j'aurais pu nouer des liens avec eux, je savais que le maire il était derrière il m'estimait bien.

— Et donc le fait que vous ayez atterri dans un système barricadé, vous l'avez appris en y allant ?

— En y allant oui.

— Et par la suite quand vous êtes arrivés avec le Dr Z. dans un service ouvert, comment l'avez-vous appris ?

— Et oui, c'est un service ouvert parce que c'est la recherche de confiance qui m'a motivé.

Et puis le Dr Z à ce moment-là il était chez V, dans le sud-est, je l'ai suivi.

Entre-temps, je suis passé chez W et on était sur La Roche. Z était assistant, et on a continué avec lui. Après il a changé de secteur et a pris la direction du sud-est et donc je l'ai suivi et j'en suis encore là maintenant.

— Et est-ce que vous souvenez lors d'une hospitalisation où vous avez découvert, contrairement à avant que c'était fermé. Est-ce que ça prit un sens particulier pour vous ?

— C'était lié à la confiance que j'avais du médecin. S'il me proposait ça, c'est qu'il pensait que c'était bien pour moi.

— Et ça il vous l'avait proposé avant.

— Oui oui oui.

— Quand vous étiez hospitalisé en service fermé ou ouvert, est-ce que cela vous est arrivé de sortir sans autorisation ?

— Non, non.

— Que cela soit ouvert ou fermé ?

— Non. Bon ça m'arrivait : on me donnait une autorisation de deux heures et puis je prenais deux heures et demie, enfin ce genre de choses, des petites grattes...

Mais non de forcer des sorties, non non.

— Avec votre recul, si le service redevenait fermé ou si vous étiez hospitalisé dans un service fermé pour une raison X ou Y, qu'est-ce que vous ressentiriez ?

— Eh bien j'établirais un positionnement différent, je décortiquerais plus les relations qu'il y a avec les soignants, dans un périmètre clos.

Et je pense que je chercherais à m'orienter vers la sortie, vers une issue qui soit acceptable.

— Vous vous adaptez quoi ?

— Oui.

— À votre avis est-ce que le fait que ce soit ouvert ou fermé, cela change le travail de l'équipe soignante, cela modifie leur comportement ?

— Alors les gens sur le Hameau je crois savoir, et sur la Source [*autre pavillon du CHS*], il y a des gens qui sont en vase clos, sous con..., sous astreinte, sous contrainte, et j'ai rien contre.

— Et par rapport à l'équipe infirmière, l'équipe soignante, d'après vous, le fait que la porte d'entrée soit ouverte ou fermée change-t-il leur comportement ?

— Oui je crois oui...

— Pourriez-vous me dire dans quel sens ?

— Cela fait une structure de leur journée travail qui est particulière.

Il y a des gens qui sortent, il faut les faire entrer, leur ouvrir la porte ; les garder.

Ils s'expriment forcément beaucoup plus parce qu'ils ont des questionnements adressés aux infirmiers, au personnel soignant, quand la porte fermée.

— Il y a plus de questions que les patients se poseraient quand la porte est fermée.

— Oui

— et du coup ils iraient plus vers les soignants quand la porte fermée ?

— Oui

[musique : un groupe de variété commence à jouer non loin du bureau de l'association.]

— Alors cela modifie le comportement des patients par rapport aux infirmiers, mais le comportement des infirmiers par rapport aux patients serait-il différent ?

— Moi je pense qu'ils seraient plus impliqués dans le relationnel avec les gens qu'ils font entrer ou sortir.

Alors que dans un pavillon ouvert, comme le hameau, il n'y a pas beaucoup de moments dans lesquels on peut rencontrer un infirmier référent, et où l'on peut établir...

Moi je suis diabétique, et je veux peut-être retourner au Hameau, parce que je me suis recollé une addiction alcool, et pour le diabète, c'est pas terrible.

Et le fait que j'ai ma prise de médicaments, j'ai tout mon business de traitement, cela m'obligeait... à la pharmacie, cela oblige à certaines choses...

Je suis assez autonome par rapport à cela, je le gère

...

De votre point de vue, mes positions cela paraît comment ? Mon positionnement serait plutôt de fermer à clé c'est ça ?

— Alors moi je suis là pour recueillir pour apprendre...

J'entends les deux choses : d'un côté ce serait rassurant, ça améliore peut-être les liens avec les infirmiers, à des moments je me sentrais moins autonome, plus sécurisé, et cela ne serait pas plus mal mais de l'autre côté, avec l'ouverture, vous avez l'autonomie peut-être difficile à acquérir c'est pas facile tous les jours, et ça permet d'être autonome...

Alors si c'est bien ou mal, ça je ne sais pas mais j'entendais deux choses en ce que vous me dites...

Je ne sais pas ce que vous en pensez si j'ai, si j'ai bien entendu ce que vous m'avez dit, ... ?

— Oui oui, c'est sur.

— Alors là vous m'avez parlé de votre expérience à vous.

Mais par rapport aux patients en général, trouver plus sécurisante la porte fermée à clé, ça c'est général pour tout le monde ?

- Oui.
- Et vous avez dit que c'est plus sécurisant par rapport à la maladie.
Est-ce qu'il y aurait d'autres dangers que ça sur lesquels la porte fermée pourrait changer quelque chose ? Pas la maladie...
Par exemple des gens qui viennent dans le service, ...
Vous pourriez penser à ...je sais pas...
- Oui les pavillons c'est très clair que si on cherche du chit on en trouve.
- Et vous pensez que porte ouverte porte fermée cela nous a une incidence là-dessus ?
- Oui cela permet de gérer ça de façon un peu plus volontaire
- par l'équipe ?
- Oui
- et par rapport à l'extérieur, aux personnes qui ne sont hospitalisées, les voisins la société la ville, à votre avis est-ce que cela change leur perception ?
- Oui [...] dès qu'il se passe quelque chose, les gens se plaignent, cela remonte sur le bureau du maire : « c'est Mazurelle, c'est Mazurelle, c'est encore Mazurelle ! ».
Il faut dire, ils ont l'identité de la mairie à préserver par rapport à une grosse partie de la population, et les gens qui fument des clopes à longueur de journée, qui font leurs trucs, qui vont au G.E.M.
[Groupe d'Entraide Mutuelle], voilà quoi...
- Et par rapport au regard qu'ils peuvent avoir, cela change des choses ?
- Oui oui.
- Et par rapport à éventuellement des proches des visiteurs qui viendraient à l'hôpital, est-ce que porte ouverte porte fermée cela change quelque chose ? Comment ils le ressentent ?
- Hé bien cela se passe : quand les portes sont fermées, on ouvre les portes, et puis on demande l'autorisation d'aller prendre un café, ça fait pas beaucoup de différence.
Ils sonnent pour la porte.
- Et en dehors des visites est-ce que de vous savoir dans unité ouverte ou fermée cela change leurs sentiments par rapport à vous ?
- Ils sont dans une position pas facile, car cela leur demande énormément de compréhension, et de bonne analyse, pour supposer un peu ce que vous faites, ce que vous vivez
- Et ouvert/fermé cela changerait quelque chose ?
- Dans un service fermé, ils pourraient se poser des questions sur la relation entre la personne le problème qui l'a mené là. En se disant que cela ira mieux quand il a résolu certains trucs.
- Et en service ouvert ?
- On se dirait : « ça va, on le laisse sortir donc un voilà, c'est pas grand-chose. »
- Les gens de l'extérieur peuvent penser : si le service est ouvert, c'est qu'ils le laissent sortir et du coup, c'est moins grave ?.
- Oui.
- Je ne défends pas trop votre pensée en disant ça comme ça ?
- Non.

- Est-ce que vous pensez que les gens de l'extérieur se disent : quand la porte est ouverte c'est que les gens doivent sortir ?
- Oui, ma mère me disait ça. : « vas-tu arrêter d'aller au CMP un jour ? » Elle habitait au milieu de la rue, et elle me disait : « toutes mes amies elles passent, elles voient des groupes de gens entre potes, qui balancent leur fric en fumées ». Alors que ça, elle ne pouvait pas le voir, c'était pas possible. Rire. Cela lui a posé problème très longtemps. J'ai cette fragilité.
- Pensez-vous qu'il y ait des gens qui vous rendent visite d'une façon différente selon que l'hôpital soit fermé. Est-ce que des gens ne sont pas venus vous voir parce que le service était fermé ou ouvert ?
- Non, non.
- J'ai une question un petit peu difficile un peu globale : finalement, est-ce que vous pensez que les patients se rétablissent plus facilement, plus rapidement, selon que la porte soit ouverte ou fermée ?
- C'est ce que je disais : le fait que la liberté soit sous clé [*sic*], cela oblige les gens à intervenir sur leur vie de façon plus volontaire.
- Le fait que soit ouvert ?
- Oui
- Vous pensez que leur rétablissement est plus pérenne dans le temps ? C'est ce que vous disiez ?
- Oui je crois oui. Parce que la problématique est amenée à l'hospitalisation, elle trouva plus facilement réponses, une réponse d'esprit, de réflexion, et voilà quoi.
J'ai une situation très difficile à gérer en ce moment, je me suis aperçu que j'ai fait une de conneries, et que c'est un manque de concentration et de réflexion sur ce qui s'est passé qui m'a contrarié, et voilà [...] faire des trucs [...], et puis mes affaires persos, elles ne se résolvent pas comme ça...
- Vous faites un travail de réflexion sur vos actions concrètes ?
- C'est pour cela que je pense qu'une hospitalisation sous clé, c'est pour cela qu'on les met en chambre d'isolement.
Quand ils sortent, il y en a très peu qui cherchent à faire le bazar pour y retourner.
Ils sont en pyjama, ça suffit, c'est déjà assez humiliant. Ils sont en pyjama bleu ciel, ils déambulent dans la salle du Hameau, ils en fument une petite dehors...
Il faut se les avaler les heures où on dort pas forcément à plein temps, il faut se les avaler les heures de frustration dans le pavillon.
- C'est plutôt du côté de la menace, du désagrément ?
- Oui
- Est-ce que vous pensez que dans unité fermée à clé, l'ambiance générale est différente que dans un pavillon ouvert ? ... en terme d'ambiance ?
- Oui. Dans un pavillon fermé, il y a un espace individuel qui restreint, et il s'installe des rapports d'autorité, de clan, avec des anciens et des fortes têtes. C'est eux qui gèrent l'ambiance.
- Et ça c'est plutôt que les choses qui est un structurant pour les patients où plutôt déstabilisant ?
- C'est pas facile à vivre c'est ce qui fait dire que je voudrais essayer de faire un sevrage tout seul. Mais rien que de retourner quatre ou cinq jours au Hameau, cela me pèse.

- Mais du coup le Hameau est ouvert Dans un pavillon ouvert, il y a quand même cette hiérarchie, ces rapports-là ?
- Oui. oui
- Mais ce serait plus fort dans les fermés que dans les ouverts ?
- Oui.
J'ai un copain j'étais allé le voir dans le temps, de son vivant, à la Clairière. Il me racontait les rencontres qu'il faisait là-bas. Il y eut un mec qu'ils n'ont pas pu incarcérer parce qu'il était certainement plus dangereux, et là, il y avait surveillance policière tout autour de Mazurelle pour ne pas qu'il y ait des familles qui viennent le voir [...] c'est pas rien...
- Donc la question de la dangerosité presque criminelle se joue aussi dans l'ouvert/fermé ?
- Oui oui
- Des missions de sécurité ? De la police ?
- ... [*Hésitant*]
...
oui oui...
[*Silence*]
- dans le silence, la musique se fait à nouveau entendre : « c'est la balade, la balade, des gens heureux. »
- Est ce qu'il y a des choses que vous aimeriez rajouter, que vous souhaitez encore dire concernant l'ouverture et la fermeture, ou que vous souhaiteriez appuyer ?
- [*Silence*]
Mon leitmotiv c'est l'intérêt des patients.
Et je me démène, j'ai fait une requalification professionnelle, j'ai bossé sept ans sur le chantier. J'essaie de faire un truc, et résultat j'étais débarqué parce que je me suis cassé une cheville, ils ont mis des vis. [...]
...
Et j'ai à dire qu'il ne faut pas en montrer beaucoup, il ne faut pas montrer qu'on sait trop faire de choses parce qu'on a tendance à vous en demander beaucoup.
- Ça c'est votre réflexion par rapport à votre situation actuelle.
- Oui. Oui [...] [*éléments de vie personnelle*]
- ça c'est votre projet de vie ?
- C'est ce que j'aurais dû faire.
- C'est pas rien ces remises en question !
- J'ai 58 ans, donc j'ai pas beaucoup de temps devant moi quoi !
- Alors là c'est mon point de vue personnel, en dehors de cette recherche là, je remarque que vous avez une grande capacité à analyser les chemins que vous avez pris ...
- Ben par rapport aux deux problématiques, je suis en train de réagir,.
[...]
J'essaie de continuer ce qui me plaît.
....
Vous connaissez la psychologue, Mme U ? Je lui racontais ce que je disais, elle faisait toujours des

points très précis, très pertinent, et ça me frustrait de ne pas y avoir pensé moi-même tout seul.. [...]

— Avez-vous des questions à poser en ce qui concerne l'étude, ma thèse ?

Vous pouvez les poser à n'importe quel moment..

— Cela me viendra oui

— N'hésitez pas à me contacter, OK. J'éteins le magnétophone ? Cela vous va ?

— Hé bien, si cela vous va, oui.

Mr β. me recontactera une semaine plus tard, pour me proposer un second entretien afin de rajouter quelques éléments :

— Ma réflexion, est complètement à partir du comportement qu'a le Dr Z envers moi, en extrapolant un peu envers ses patients : c'est qu'il apprend beaucoup plus sur eux quand ils sont en liberté surveillée au sein de l'hôpital, parce qu'il peut s'imaginer ce qu'ils vivent, avoir les résultats des événements, des rencontres, des problématiques qui sont soulevées.

Et voilà, le docteur Y, lui, en équivalence, il gère plutôt ça de l'intérieur, avec un univers un peu privatif.

Mais ces façons de travailler différentes, c'est en dehors du cadre législatif, du règlement de l'hôpital, ce sont des appréciations qui sont tout à fait personnelles.

Quand je le vois, depuis un moment, il me dit « qu'est-ce que vous devenez ? » et je lui apprends forcément plein de choses. Ça intéresse parce qu'il est amateur d'art, et il s'intéresse à ce que je fais.

Et je lui apporte certainement beaucoup plus en étant libre de mes mouvements.

— Et vous en tant que patient ?

— Il ne faut pas juger, mais peut-être que je m'y serais retrouvé différemment si j'avais eu des choses guidées.

— « Différemment » ?

— C'est dur à dire.

Mais j'aurais considéré que s'il était chasseur et qu'il avait un beau chevreuil à tirer dans les buissons, il chercherait plutôt à l'amener sur la plaine pour que la visibilité soit dégagée.

— Et le docteur Y, il ferait comment s'il devait chasser ?

— Il enverrait sa meute... [*Rire*]

— donc les expériences que vous pouvez faire en milieu ouvert sont différentes de celles que vous pouvez faire à l'intérieur ?

— Oui.

Et puis il y a une très haute considération de l'humain, dans sa démarche.

Tout en considérant qu'on est maître de son destin.

Moi c'est là que ça blesse un peu, car comme je suis dans une phase un peu délicate, qu'il y a des choses que je n'ai pas résolues depuis très longtemps, et qui me handicapent, j'aurais certainement aimé plus de guide.

Mais dans sa considération et dans sa vision égalitaire des rapports humains, voilà, il fait comme ça.

Entretien avec Mr γ

Patient hospitalisé au « Hameau », unité ouverte.

La rencontre a lieu au CMP.

- Je peux vous demander votre âge ?
- 50 ans.
- Vous êtes un homme. Votre dernière hospitalisation psychiatrie remonte à quand ?
- L'année dernière.
- Vous savez si on a mis un diagnostic, une étiquette sur une maladie ou ce qui vous amenait à l'hôpital ?
- Moi je suis...
De l'anxiété
- Et donc vous avez été hospitalisé dans une unité ouverte ?
- Hé bien le pavillon, des fois il est ouvert, des fois, il est fermé.
On doit dire où on va.
- Et il est ouvert quand, il est fermé quand ?
- Ça dépend des moments, ça dépend des périodes.
Ça dépend si un malade veut s'en aller où s'évader.
C'est pour ses soins.
- Dans ce cas-là, la porte est fermée ?
- Oui
- Et quand vous y avez été la dernière fois, c'était ouvert ou fermé ?
- Des fois c'était ouvert, des fois c'était fermé.
- Et vous saviez si il allait être ouvert ou fermé à l'avance ?
- Oui oui.
- Comment ?
- Parce que j'y avais été auparavant, et c'est comme ça.
- Là vous me dites : « des fois ils ferment » ? Comment le savez-vous ? À l'avance ?
- Eh bien on essaye d'ouvrir et puis c'est fermé.
- Et ça vous fait quoi quand vous le découvrez ?
- Eh bien on pense qu'il y a un malade qui ne doit pas sortir.
- Quand c'est fermé, c'est pour combien de temps ?
- Ça dépend.
- Et vous, en termes de ressenti, vous pensez quoi quand vous constatez que la porte est fermée ?
- Je me dis : « tiens c'est fermé ».

- Ou alors des fois ils ont l'ordre de fermer derrière eux, les infirmiers.
Ils ne doivent pas laisser ouvert.
Ça c'est parce qu'il y en a qui doivent rester dans le pavillon, et ne pas sortir.
Alors ils ferment derrière. Et ils n'ouvrent qu'à la demande.
- Et à votre avis c'est une bonne façon de faire, de fermer la porte à clé, pour ne pas que les gens sortent ?
- Mais oui oui.
Ils sont obligés, sinon la personne qui est fragile, qui est en soins, elle risquerait de s'en aller.
Il faudrait qu'ils courent après.
- Ça arrive des fois ?
- Oui. Des fois quand ils ne trouvent pas la personne, ils lancent la police.
- Il y a d'autres raisons pour laquelle il ferme ?
- Non.
- Et à votre avis, qu'est-ce qui fait qu'ils ne veulent pas que certaines personnes sortent ?
- Ils sont d'abord enfermés, dans un local.
Et quand ils commencent à sortir petit à petit, ils les font sortir dans le pavillon.
Et après, quand ils vont mieux, ils ne ferment plus la porte.
Ou alors pendant qu'ils sont en isolement, ils ouvrent la porte.
La porte est libre.
Mais il y en a qui ont le droit de sortir de l'enceinte de l'hôpital, et il y en a qui doivent rester dans l'hôpital.
- Et ça comment il vérifie ?
- Eh bien ils le disent au patient.
- Et ça marche ?
- Hé bien des fois il y en a qui désobéissent, ça arrive.
Ça peut poser des problèmes, la personne, elle peut être en danger psychiatrique...
Enfin je ne sais pas moi...
Elle peut être sous l'effet de médicaments assez forts...
Il y en a qui sortent quand même en pyjama.
Il y a la grande surface à côté, il y en a qui sont allés chercher des bières en pyjama.
Et au retour, ils étaient mis en isolement.
- À votre avis, les gens qui sortent comme ça, ils sont en « danger psychiatrique », c'est un danger pour qui ?
- Pour les automobilistes, ou les autres...
Ils doivent savoir où est le patient, le malade.
Il se met en danger lui-même et puis il met les autres en danger.
- Et vous, cela vous est déjà arrivé de sortir sans autorisation ?
- Oui, ça m'est arrivé une fois.
- Il y a eu des conséquences ?
- Non...

- Vous étiez revenus ?
- Oui.
Mais il y a longtemps que j'ai fait ça, quand j'étais jeune.
Maintenant, j'ai 54 ans.
- Vous m'avez dit vous aviez eu plusieurs hospitalisations, connaissez-vous d'autres hôpitaux ?
D'autres services ?
- Non, c'était toujours au Hameau.
- Et à votre connaissance, le fonctionnement est toujours le même : ouvert et fermé de temps en temps ?
- Voilà.
- Avez-vous déjà été hospitalisé sous contrainte ?
- En H.O., oui.
[Hospitalisation d'Office, équivalent actuel du Soin à la demande d'un représentant de l'état]
- Et à l'époque, vous aviez le droit de sortir ?
- Non. De toute façon, quand j'y suis, je ne sors pas souvent.
- Est-ce que c'est déjà arrivé qu'ils aient du fermer la porte d'entrée pour vous ?
- C'est possible, oui.
- Vous le saviez ? Sur le moment ?
- Non non. Mais cela a dû arriver.
- Vous en pensez quoi, de cette façon de faire ?
- C'est correct.
Comme je vous l'ai dit, cela peut mettre la personne en danger.
C'est pas loin de la voie rapide, ou de la voix de train.
Ils en ont la responsabilité. S'il arrive quelque chose, cela retombe sur le service.
- Et par rapport aux infirmiers, est-ce que cela change quelque chose que la porte fermée à clé ou qu'elle soit ouverte ?
- Non. Non. Non.
De toute façon, ils ont une clé, ils s'en servent souvent. : pour rien, pour aller dans la cuisine, ils referment derrière eux, pour aller voir ceux qui sont en isolement, ils referment après...
Ils s'en servent souvent. Ils sont habitués.
- Dans leur quotidien, quand la porte est ouverte, cela change quelque chose ?
- Bah non, c'est leur métier, ils sont habitués.
- La façon dont ils ont de travailler avec les patients, elle change quand c'est fermé ?
- Oui...
Je ne sais pas moi...
Ils discutent : si le patient n'est pas bien, ils lui demandent s'il a envie de discuter, ils vont dans une pièce.
Ou quand ils ont quelque chose à demander aux médecins, aux psychiatres, ils font une approche avec une infirmière.

- Et ils réfléchissent pour résoudre leurs problèmes.
- Et ces approches, elles sont différentes quand c'est fermé ou quand c'est ouvert ?
 - La personne qui enfermée elle le sait, elle sait pourquoi.
Il y en a qui foutent le bordel, il y en a ils font n'importe quoi, il y a des délires aussi...
 - Vous me parlez de la chambre d'isolement ?
 - Oui. On peut se faire soigner pour une dépression, et puis ceux qui sont en isolement, ils tapent, ils frappent la porte la nuit, et on passe une mauvaise nuit.
 - Et quand la porte d'entrée du service est fermée ou ouverte, cela change l'approche avec les infirmiers ?
 - Quand elle est ouverte, c'est que tous ceux qui devaient être en isolement le sont.
Ils sont déjà enfermés.
S'ils l'ont laissé sortir fumer sa cigarette, ils le surveillent.
Et si tout d'un coup il décide de se faire la malle, pendant qu'ils surveillent, s'ils sont occupés, il prend la porte et puis il s'en va.
Et après au bout d'un moment ils se rendent compte que le patient s'est évadé, et ils le cherchent. Ils vont faire un tour sur l'autoroute, au supermarché...
S'ils ne trouvent pas la personne, ils préviennent la police.
 - En tant que patient, quand ça arrive, vous le savez tout de suite ? Ça vous inquiète ?
 - Moi, de toute façon, quand je vais là-bas, c'est pour me soigner je reste dans le pavillon.
Ça sert à quoi de s'en aller ?
 - Et par rapport à vos soins justement, est-ce que cela change vos soins qui s'est ouvert ou fermé ?
 - Non.
C'est pour les forcenés qu'ils ferment la porte.
Moi, ça m'est pas arrivé beaucoup.
 - Il y en a qui essaient d'ouvrir la porte, et puis elle est fermée.
Ils surveillent la porte parce qu'il peut avoir une infirmière qui a oublié de fermer.
Des fois, aussi, ils oublient ce prévenir entre eux, qui doit fermer la porte.
 - Et la façon de faire, ou quand c'est fermé, il faut demander à un infirmier, cela change quelque chose pour vous ?
 - Non non.
Il y a un foyer, on peut aller boire un coup, on demande poliment à l'infirmière si elle peut nous ouvrir.
Elle nous laisse partir et elle referme derrière nous.
 - Et vous, le fait de devoir demander, cela n'a pas changé votre comportement, de ne pas aller au foyer par exemple ?
 - Des fois elles sont occupées, elles sont toutes occupées. Alors je ne vais pas au foyer.
 - Ça vous embête ?
 - Non
 - Concernant le groupe d'hospitalisation dans sa globalité, est-ce que c'est plus sécurisant quand la porte est fermée ou ouverte ? Est-ce que cela change l'ambiance ?

- Non.
Enfin ça dépend.
Nous, on fume notre cigarette. Si on voit un gars partir, on se demande s'il faut le dire ne pas le dire. On ne sait pas. C'est moucharder. Si c'est un bon gars, on ne le dira pas.
- Par rapport aux personnes à l'extérieur de l'hôpital, dans la ville, est-ce que cela change les choses pour eux, pour le citoyen lambda ?
- Oui.
À côté de l'hôpital, il y a une voie ferrée.
Il y a des voisins, qui sont mes amis, ils disaient que quand quelqu'un se suicidait, c'était pas beaux à voir.
Mais maintenant ils ont tout changé, ils ont fait en sorte que ça n'arrive pas : ils ont fait une sorte de déviation, un rond-point. Et un passage souterrain.
- Et ces voisins, ils savent si la porte d'entrée est fermée ou ouverte ?
- De toute façon, la porte est ouverte, mais il peut revenir, et elle est fermée.
Alors il sonne
Ils sont obligés. Il y en a qui savent qu'il ne faut pas le faire, mais le font.
À chaque fois que je suis en hospitalisation, ça arrive.
- Et cela s'arrive aussi fréquemment, que la porte soit ouverte ou fermée ?
- C'est question de protéger le patient.
Je ne sais pas si vous comprenez.
C'est pour le protéger.
Ce n'est pas pour l'enfermer, ce n'est pas une punition.
Là-bas on prend un traitement, il faut voir si le traitement il va.
- Est-ce que tous les patients le comprennent comme ça ?
- Oui.
Enfin il y en a qui ne réfléchissent pas, quand ils sont en dépression.
Ils peuvent le croire, mais cela ce passe.
- Je repose la question, l'ambiance, quand la porte est fermée, l'atmosphère, c'est le même quand la porte est fermée ou ouverte ?
- Oui.
- Concernant les gens de l'entourage, les visiteurs qui doivent vous rendre visite, est-ce que cela change quelque chose que la porte soit fermée ouverte ?
- Non non.
Quand on reçoit quelqu'un de la famille, on va dans une pièce faite exprès, et on discute.
- Ça ne change pas les choses qu'ils voient la porte fermée ou ouverte ?
- Non non.
- Est-ce qu'il y en a qui ne seraient pas venus vous rendre visite si la porte avait été fermée ou ouverte ?
- Non non.
- Et vous cela ne change pas votre façon d'interagir, d'être avec les visiteurs ?

- Non. Non plus.
Non, c'est pour protéger les patients. C'est logique.
- Et cela vous paraît être une bonne façon de protéger les patients ?
- Eh bien oui.
Sauf que des fois, on met un rendez-vous à l'extérieur, on attend, et puis mettons qu'on a un bus à prendre et quelles sont occupées, les infirmières, on attend et on a plus le bus.
Alors après il faut prendre un autre bus. Il faut attendre.
- Et ça, ça vous paraît normal, un peu embêtant ?
- Un petit peu oui.
- Si vous aviez le choix, vous feriez cette méthode de là ?
- Oui.
La méthode, elle est compréhensible. Elle est humaine.
Si, admettons, ils sont avec un patient, ils voient qu'il peut s'en aller, hé bien il s'en va.
Si la porte est fermée, non.
- À votre avis, sur quels critères ils vont décider qu'un patient, ce serait mais qui ne sorte pas ?
- Parce que si elle n'est pas bien la personne, elle peut traverser la route. Elle est sous l'effet de médicaments. Elle peut se faire écraser par un citoyen. C'est grave.
...
- Vous m'avez amené un DVD, c'était quoi le sujet ?
- L'hôpital.
Ça parle de psychiatrie. Ça dure trois quarts d'heure. Et c'est très bien.
Vous verrez, il est très bien. Mon médecin m'avait demandé-un interview, pour expliquer à un congrès des psychiatres...
- [... Sur la construction du nouvel hôpital...]
- Donc vous, vous n'avez jamais été hospitalisé dans un service tout le temps fermé à clé ?
- Si
- C'était où ?
- Eh bien au Hameau.
- Et pendant toute la durée de votre hospitalisation, la porte était fermée ?
- Ah non.
D'abord on arrive, on n'est pas content, on est enfermé, on ne comprend pas.
On ne sait pas pourquoi ça arrive, il n'y a aucune raison.
Ils mettent en isolement, ils attachent.
Je trouve ça atroce.
Cela n'a pas trop de sens surtout : même quand je suis calme, ils le font quand même.
Je dis que ce n'est pas humain.
Moi je suis d'accord pour être hospitalisé, je ne fais pas de noise.
- Alors pourquoi ils font ça à votre avis ?
- Parce que c'est la règle.
Ça peut durer un jour, deux jours, une semaine.

- Et puis après, il permettent un essai.
Et c'est là qu'ils ferment la porte de sortie. Juste pour naviguer dans le pavillon. Si le comportement est bien, ça va, on est plus en chambre d'isolement.
- Et cela, même quand on est en hospitalisation libre, c'est comme ça ?
- Pas toujours, mais souvent.
Il y a des erreurs.
Mais c'est la règle. Je l'accepte.
- Et dont vous n'avez jamais connu le service ou c'était tout le temps fermé à clé ?
- Non.
- Vous en pensez quoi de ce principe de fonctionnement ?
- Il faut bien comprendre, que c'est pour d'autres patients, qui ne peuvent pas sortir. Pour gérer un traitement qui convient.
- C'est intéressant, je trouve que vous comprenez très bien le rôle de protection, qui incombe aux médecins, aux infirmiers.
Du coup, moi en tant que médecin, j'ai l'impression d'être très bien compris par vous.
Et je me demandais, comment vous situiez votre place de patients.
Car moi, je dois faire l'inverse, et je me mets à la place du patient : j'imagine, et je me dis que ça doit être embêtant de devoir demander pour ouvrir la porte, en sachant bien que c'est pour d'autres patients qui doivent être protégés d'eux même.
Mais moi ça m'embête.
- Non non.
Eh bien non.
Si on comprend pourquoi...
Il faut comprendre pourquoi : par contre si on comprend pas, cela peut être chiant.
D'abord, on n'a pas droit de sortir du pavillon.
Après, on n'a pas droit de sortir de l'enceinte.
Et après, on a le droit de sortir de l'enceinte.
Et quand on a le droit d'aller sortir de l'enceinte, on va chercher du tabac.
Si c'est fermé, on demande poliment : il faut toujours être poli, parce qu'ils travaillent les infirmiers, les infirmières.
On doit dire où on va, pour ne pas qu'ils soient inquiets.
Et ils nous ouvrent la porte. Ils vont d'abord voir si on a le droit de sortir ou pas.
Des fois, ça été vu avec le médecin, mais le rapport n'a pas été bien fait. Alors là, c'est chiant.
On envoie quelqu'un d'autre, un copain.
- Est-ce que pour certaines personnes, certains patients, cela peut être frustrant ?
- Oui oui, il y en a qui le prennent mal.
Même qui prennent une crise.
Il y en a même qui vont en salle d'isolement à cause de ça.
Ils sont fragiles, ils craquent, et ils pètent les plombs.
- Vous soulignez beaucoup l'importance de comprendre.
Aujourd'hui, j'ai l'impression que vous allez avoir bien compris ces règles.
Comment vous avez fait pour les comprendre ? On vous a expliqué, ? de vous-même ?
- C'est les infirmiers qui expliquent.

- Mais des fois, on peut venir au centre de soins, au CMP, et ils ne se rendent pas compte qu'on est en dépression.
Pourtant on le dit : ça ne va pas, j'en ai marre, je veux être hospitalisé.
Mais il n'y a pas de place.
Alors des fois, on n'est pas écouté.
Des fois, ils savent par d'autres patients : il a fait ça, il a fait ça, ce n'est quand même pas normal.
Alors après on nous amène à l'hôpital.
- Et là vous êtes d'accord ?
- Pas tout le temps.
Parce qu'on est sur un lit, attaché.
Comme si on venait de tuer quelqu'un : on est enfermé, attaché sur le lit, plus la porte fermée à double tour.
On est enfermé. On est attaché sur le lit, le ventre, les deux poignées, les pieds, la tête des fois.
Et ils ferment la porte à double tour.
Alors qu'on n'a rien fait de mal.
- Pourquoi ils font ça ?
- Je ne sais pas.
Mais c'est compliqué.
Je ne sais pas pourquoi ils font ça.
Ils ont des ordres
- Qui viennent d'où ?
- Des psychiatres.
Mais je ne sais pas pourquoi.
- Il y a un rapport avec la protection ?
- Oui oui.
C'est une immobilisation complète voilà. Voilà voilà
- Et si l'on imagine qu'il existe des unités qui sont tout le temps ouvertes à clé, sans possibilité de fermer à clé. Vous en pensez quoi ?
- Eh bien c'est grave.
Parce que la personne elle peut se faire la malle.
Et mettre en danger la vie d'autrui.
Et se mettre en danger elle-même.
Sur le moment, si elle traverse la route, et que quelqu'un d'autres rentre dedans...
Ils s'en vont, comme quelqu'un d'errant...
Ils peuvent se faire buter par une voiture. Et l'automobiliste il n'y est pour rien.
Mais mais il y pensera toujours.
Ou alors si on s'en va et qu'on reçoit de la visite, et que je ne suis pas là. Il peut arriver beaucoup de choses.
Quelqu'un qui devrait être dans le pavillon est qui n'y est pas.
D'abord pour sa santé c'est pas bon, et il met en danger la vie d'autrui.
C'est quelqu'un qui est sous l'effet de médicaments assez forts quand même.
Même le cœur peut en prendre un coup.
- Quand la porte est ouverte, il y a des gens qui n'ont pas le droit de sortir ? Comment ça se passe ?

- Oui.
Mais ils ne sortent pas.
Ou alors il y en a qui sortent, mais au retour, ils se font engueuler.
Mais il y en a, cela ne leur dit rien de sortir.
Ils n'ont pas d'argent pour payer un café, où l'argent est sous clé, il faut demander, c'est trop compliqué.
- Et ceux qui sortent, ils se font engueuler, ils ne recommencent pas ?
- Voilà.
Ça marche.
Si la personne comprend bien, les infirmiers voient qu'il va mieux.
C'est pas du je-m'en-foutisme.
...
- Avez-vous d'autres choses à rajouter concernant porte ouverte porte fermer à clé ? Que nous n'avons pas abordé.
- On peut faire des petites dépressions, on a besoin d'un petit coup de pouce ou de faire un break.
Et on entend à la télévision que quelqu'un a tué quelqu'un de sang-froid, et il était connu des hôpitaux psychiatriques.
Alors tous ceux qui ont fait la psychiatrie sont concernés.
Alors qu'ils n'ont rien avoir.
Pour le public, même pour la famille, ils disent : « il était suivi en psychiatrie, ce n'est pas bien »
Nous on passe pour des assassins, des criminels.
Le jeune qui suit les informations, il se dit « tonton, il y a l'hôpital psychiatrique. Il est dangereux ».
- Et le fait que les portes soient ouvertes ou fermées, cela change quelque chose ?
- Non, cela n'a rien à voir.
Ça, c'est pour empêcher la personne d'aller se faire renverser par exemple. Ou de faire de choses.
- Concernant la stigmatisation, qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer ça ?
- Eh bien ne devrait pas le dire.
Il faudrait les prévenir, pour qu'ils ne le disent pas.
Faire une pétition entre psychiatres.
Ça c'est aberrant, quand j'entends ça.
Le gars, il vient de descendre deux policiers, ou il a tué sa femme, et ses sœurs, on a dit qu'il était connu des hôpitaux psychiatriques.
Cela n'a rien à voir.
C'est pas parce qu'on va faire des soins, physique ou mentale, à l'hôpital, ...
La personne qui a fait ça, c'est un assassin.
Cela n'a rien à voir avec les hôpitaux psychiatriques.
C'est dégueulasse, on est montré du doigt après.
Ce serait bien qu'ils arrêtent d'en parler.
- Est-ce qu'il y a autre chose, que vous aimeriez dire ?
- Oui : quand on sort, on est trop bon pour travailler en milieu protégé, mais pas assez bon, travailler en milieu normal.
Ils devraient construire des CAT.
Que ça débouche.
Parce qu'à force de rien faire, on rechute.

Qu'on puisse s'occuper, avoir une petite rémunération.

Parce qu'en magasin, on ne s'occupe pas qu'on soit de psychiatrie ou pas, on paie le même prix.

Alors qu'on ne gagne pas la même chose.

Donc pour travailler un peu, s'occuper, on devrait construire des ESAT.

C'est un gros problème. Parce qu'après on fait deux ans de soins, ils nous disent qu'il y aura quelque chose après, et en fait il n'y a pas de place.

Et si on est trop longtemps à rien faire, on repasse du côté thérapeutique.

Ça ne va pas.

Il faut construire.

S'ils n'en font pas, il n'y aura pas assez de place.

— Est-ce que vous avez des questions sur ma démarche ? Ma thèse ?

— Non. Si vous êtes bien informé, vous pourrez penser des choses que vous n'avez pas encore pensées... Essayer que ça change.

Le DVD contient une vidéo où Mr T est interviewé sur son parcours, émaillé de « dépressions » qui l'ont conduit à l'hôpital de nombreuses fois.

Il met en avant l'importance du travail dans sa vie.

Entretien avec Mr δ

Patient hospitalisé au « Hameau », unité ouverte

La rencontre a lieu au CMP.

- Je m'appelle Mr δ., j'ai 30 ans, je suis un garçon, je suis maniaco-dépressif sévère, depuis 2007. C'est le moment où j'ai fait ma première phase maniaque. Toutes les conneries qui m'ont amené à la rue...
Un bon gros bipolaire !
- Votre dernière hospitalisation remonte à quand ?
- Il y a trois semaines, pour une dizaine de jours, en hospitalisation libre, pour la première fois de ma vie.
Généralement c'est des hospitalisations d'office.
J'ai réussi, Dieu merci, à prendre le devant et puis à faire mon sac et aller à l'hosto.
Sachant que j'avais déjà croisé pas mal de cochonneries : inefficacité du personnel soignant...
J'entends par là, j'étais très très heureux ; la première semaine, ça s'est passé à merveille.
J'ai constaté qu'ils travaillaient bien, qu'ils soignaient bien.
Ce n'était pas comme ce que j'ai croisé dans certains hôpitaux, la médication à fond les ballons, que du médoc que du médoc, à en avoir par terre dans les couloirs...
Au septième jour, il y a un monsieur qui s'est permis de déposer deux grosses bouses dans une pièce, là où il y a le fumoir. Ils ont mis trois jours avant de nettoyer ça.
C'est pas faute de l'avoir signalé.
Ils ont tous constaté ça.
C'est à se demander si de laisser les gens dans la merde, cela fait partie de la médecine française...
- Et donc c'était dans un service ouvert...
- Le service était ouvert, il n'y avait pas de mur, pour une fois.
- Et le fait que la porte d'entrée soit ouverte, vous le saviez avant d'y aller ?
- Bien sûr que non moi.
Je suis plutôt habitué à me retrouver en « prison ».
- Et quand vous avez fait vos sacs et que vous avez décidé à y aller, vous ne saviez pas que c'était un service ouvert ?
- Exactement.
- Qu'est-ce que vous avez ressenti quand vous avez découvert ça ?
- Je ne l'ai pas compris tout de suite, car il y a quand même une porte d'entrée, fermée la nuit.
Donc on peut rester dans la matière fécale si on veut, la nuit.
C'est quand même dommage.
En même temps il y a pas mal de pathologies qui sont beaucoup trop mélangées à mon goût dans bon nombre d'hôpitaux en France.
C'est-à-dire qu'on ne fait pas le tri.
J'allais dire qu'on met, j'allais dire « tous les œufs pourris », c'est pas des « œufs pourris », on n'est pas de la merde, on est des patients, toutes les pathologies, toutes les maladies différentes dans le

même panier.

C'est pas facile de dire « lui il va fuguer d'un hôpital psychiatrique », comme on s'évade d'une prison.

— Cela vous est déjà arrivé vous, de sortir sans autorisation ?

— Non.

J'étais bien trop shooté au Tercian pour faire quoi que ce soit si ce n'est rêver et végéter et prendre des kilos.

Maintenant que je suis dehors, j'ai plus l'impression de m'être évadé, car je suis libre vis-à-vis de mon traitement.

— Comment avez-vous appris que la porte est ouverte ?

— Quand j'ai vu des patients sortir en journée. En observant tout simplement.

— Et qu'avez-vous ressenti ?

— C'est agréable, c'est une bonne chose, parce qu'être coincé quelque part...

Il faut différencier l'hôpital de la prison.

L'hôpital psychiatrique, c'est une prison...

— Quand c'est fermé ?

— Oui.

Moi j'ai vécu l'impression d'être prisonnier.

Ça donne la rage.

Sept ou huit hospitalisations, dans sept ou huit hôpitaux différents, tous fermés.

— Vous saviez si dans ces hôpitaux-là, il y avait une unité et ouverte, une fermée ?

— Non non, à ma connaissance, c'était fermé partout.

Là c'est le premier que je découvre avec une porte ouverte.

On est libre d'aller à cafet', il y a un très grand parc, on est libre d'aller au parc.

Grande surprise.

J'étais en galères de tabac et ils me disent : « eh bien tu vas en chercher, Il y a un bureau de tabac là-bas, s'il est fermé, tu vas l'autre ».

Ça fait un choc !

Et puis surtout ça fait du bien au moral.

On se dit : « putain, on a de la chance d'être là », finalement, on est pas si mal.

Donc au lieu de fuir l'hospitalisation, ça peut au contraire encourager à y revenir.

Si nécessité il y a.

— Le fait que les portes soient fermées, c'est un frein à pouvoir redemander à être hospitalisé ?

— Vous ne pensez pas ?

Vous iriez-vous enfermer dans une prison, spontanément ?

Il faut sacrément être taré pour avoir envie d'aller en prison.

Il faut croire que je le suis suffisamment, parce que c'est ce qui m'est arrivé il y a un mois !

— Dans les unités où les portes étaient fermées, vous avez dit prison, sentiment d'enfermement. Ça vous mettait dans un état émotionnel particulier ?

— D'après vous ?

Il y a des gens qui arrivent à avoir une vie normale, un salaire, une vie amoureuse.

Quand ils arrivent là-bas, ils pleurent.

- Il y a d'autres facteurs, que la porte fermée, qui jouent là-dessus ?
- Les médicaments.
Quand on prend du Tercian, il y a un sentiment d'abattement.
C'est la camisole chimique, on transforme le patient en une loque humaine, on ne veut plus qu'il pense, on ne veut plus qu'il fasse, on ne peut rien du tout.
Alors je veux bien, les deux trois premiers jours.
Et c'est tout ce qu'il faut pour sortir d'une phase maniaque.
Moi, ils m'ont laissé trois mois à baver. J'ai pris 20 kg. C'est du concret.
À baver, baver, baver, me sentir triste et avoir du mal à ouvrir la bouche pour dire bonjour au revoir.
Il faut bien avoir conscience que la première des portes, c'est la petite pilule qu'on te fout dans le gosier.
Les médicaments sont nécessaires au début, mais encore faut-il savoir doser.
Il y en a, ils ne vont pas vous rencontrer, ils ne vont pas vous voir, vous allez les voir une fois tous les 15 jours si ce n'est pas trois semaines...
- Et vous pensez que ça change leur façon de travailler aux soignants, portes ouvertes ou portes fermées ?
- Ça les regarde, j'en sais rien, moi je suis patient.
J'imagine que dans un hôpital avec les portes ouvertes, comme le dernier que j'ai fait, l'ambiance était relativement agréable.
Chose qui diffère dans bon nombre d'H.P. que j'ai fait portes fermées.
Les soignants étaient sympas les infirmières aussi.
Donc je pencherais plutôt pour vous dire oui.
- Et l'ambiance par rapport aux autres patients, l'ambiance globale de l'unité ?
- Dès lors qu'on mélange toutes les pathologies du monde dans un même unité, c'est le gros bordel.
Donc il y a pas mal de gens qui tirent les gens vers le fond plutôt que l'inverse.
Moi, j'ai la chance de pouvoir réunir les gens parce que la bonne humeur, j'en sais rien.
Moi quand je cherchais du calme, il y avait autour de moi 30 vampires pour venir me déranger...
- Dans la vie quotidienne de l'hôpital, ça change quoi pour vous ouvert fermé ?
- On allait prendre un petit café, allait au parc...
Je donne à manger aux poissons.
- Dans les services fermés, ce n'était pas possible ? Parce qu'il y a des services fermés ou on a le droit de sortir.
- Vous savez ce que c'est de demander ?
[Souffle d'exaspération.]
C'est long pour avoir une réponse là-dedans.
Juste toquer à la porte pour que la porte s'ouvre, il est déjà une heure qui s'est écoulée.
Bon j'abuse peut-être un petit peu, j'exagère mais c'est presque ça.
Là encore, on dit que c'est ouvert.
C'est ouvert, certes, mais sur certains créneaux.
C'est pas H. 24.
Pour notre sécurité j'en sais rien...
Moi je trouve ça plus romantique de vivre la nuit.
Peut-être que quelque part, c'est bien que la porte soit fermée la nuit, cela m'empêche d'être tenté d'aller me balader dans le parc observer les poissons.

- C'est pas une mauvaise chose.
Là elle était ouverte je peux vous dire de bêtises, de dix heures à dix-huit heures cinquante.
C'est déjà très bien. C'est déjà super bien.
- Et votre avis, pourquoi ils la ferment le soir ?
- Pour contrôler le sommeil des patients j'imagine.
- Ça vous aidait ?
- Il est très facile de faire semblant dormir quand quelqu'un ouvre la porte... Je l'ai fais neuf fois sur dix.
- Et par rapport aux services fermés, du coup, vous ne demandiez plus ?
- De toute façon, je crois que personne ne sortait.
On était confinés dans un service, qui pour la partie intérieure puait la matière fécale, il y avait les cris, les tam-tams contre les murs, la souffrance, tout ce que vous voulez, et la partie extérieure était souvent trop petite, noyée par les cigarettes...
Comment voulez-vous vous sentir bien...
Quelle misère...
Il y a de quoi péter un boulard.
Se mettre la tête contre les murs.
La bas il fallait demander, et quand on avait le droit de sortir, c'était pour une durée limitée. Et le parc était pourri.
- Quand les portes sont ouvertes, est-ce que, au début, on vous a dit : là vous ne pouvez pas sortir.
- Si si bien sûr.
Les portes sont rapidement ouvertes, mais là il faut deux trois jours.
Au début, je n'ai pas recherché à sortir, j'avais surtout besoin de me poser, de m'isoler.
J'ai rendez-vous avec mon docteur, et j'ai adoré sa réponse : c'était un petit peu comme si c'était évident que j'avais le droit de sortir.
Dès lors, on ressent un sentiment d'apaisement, on se dit qu'on est peut-être pas si malade que ce que j'imaginai. Soulagement.
- Pour le groupe de patients, à votre avis, c'est plus sécurisant que la porte soit ouverte ou que la porte fermée ?
- Là encore tout est une question de pathologie.
Si on a affaire à des suicidaires, il est facile d'aller se jeter contre voiture.
- Donc là ce serait sécurisant pour le patient que soit plus fermée ?
- Tout est question pathologies.
Si on enferme des gros tarés, avec des tarés, il vaut mieux fermer la porte...
Gros tarés, j'entends par là : pédophile, méchamment suicidaires, enfin je sais pas, des gens qui sont capables de faire du mal à autrui comme à eux-mêmes.
Des gens très dangereux.
Enfin moi il paraît que je suis dangereux, c'est ce que les gendarmes m'ont dit.
Ils m'ont dit que je faisais peur. Je leur ai répondu : « Quasimodo aussi il fait peur ».
Pour autant je ne suis pas méchant, je n'ai jamais eu à en venir aux mains avec qui que ce soit.
Je suis tout sauf violent.
- Et pour les personnes suicidaires vous pensez que c'est plus sécurisant que la porte soit fermée ?

- Vous savez moi je ne suis là dans leur culotte.
Je ne peux pas parler à la place des autres ce n'est pas simple.
Il faudrait leur demander.
- Par rapport à la société, à l'extérieur de l'hôpital, à votre avis, comment ils perçoivent les choses ?
- Ils sont victimes de l'abrutissement télévisuel constant.
« Il y a encore un taré enfermé en psychiatrie maintenant qui a pu entrer dans une banque avec une hache »...
On n'en rigole, mais c'est tellement navrant.
Comment contrôler les masses en leur faisant croire n'importe quoi.
Il y a beaucoup de gens, métro boulot dodo, ils n'ont pas conscience de ce que c'est, toute la partie psychologique, qu'une manie par exemple.
Quand on ne sait pas, on regarde la télé réalité, et on continue.
Enfin je sais pas, ça fait peut-être un peu arrogant, prétentieux, mais je suis très fâché avec ce que je vois.
Ça m'afflige toute cette connerie ambiante, la télé, ça me met mal à l'aise.
- Par rapport à ces personnes qui seraient potentiellement dangereuses, comment vous voyez les choses ? Comment faire avec ces gens-là ?
- On leur parle.
On leur parle.
Il faut de la présence.
Il y a des hôpitaux, paradoxalement, on ne voit jamais les infirmiers, jamais les docteurs.
- Et vous, d'après votre expérience, vous avez remarqué que c'était plus le cas en milieu fermé ouvert ?
- Je n'ai fait qu'un milieu ouvert...
Les docteurs, on ne les voyait pas quotidiennement mais presque, les infirmiers, c'était quotidien.
Géniale. présents, les ASH, de l'assistance, du réconfort.
- Certains pensent que porte ouverte, cela demande plus de temps aux soignants, pour savoir qui est où, qui fait quoi, et qu'ils auraient moins de temps disponible à consacrer aux patients.
- Je ne sais pas, je ne suis pas soignant.
Ce que j'ai constaté, c'est qu'ils étaient là.
Je leur tire mon chapeau.
La preuve en est, ma manie, cela peut durer très longtemps...
- ...
- La maladie, elle est là.
C'est comme ça, l'âme est entachée, il faut faire avec, il faut apprendre à faire avec.
Mais se retrouver enfermé, au milieu de tarés, avec des portes fermées, sans un toubib ni infirmier et bien il y a de quoi s'inquiéter.
La seule fois où je voyais les infirmiers dans bon nombre d'hôpitaux, c'était pour la prise des médicaments.
C'est une honte, c'est réellement inquiétant.
Les hôpitaux, des fois, il y a de quoi avoir peur il y en a, je tremble d'y retourner.
Et pourtant j'ai dû y retourner.
En attendant, la je suis content, car à côté, c'est portes ouvertes.
Et si j'ai besoin je sais où c'est. Dieu merci.

- Concernant les visiteurs, l'entourage. Est-ce que pour eux, cela change les choses à votre avis ?
Savent-ils que la porte est fermée ou ouverte ?
- Les gens qui ne sont pas patients, qui n'ont pas foutu les pieds là-dedans, n'ont absolument aucune idée de comment ça se passe.
La psychiatrie, on la cache, il ne faut pas en parler en France.
Évidemment, ils n'en ont pas la moindre idée
- Qu'est-ce que cela change pour eux, une fois qu'ils s'en rendent compte ?
- C'est évident.
Moi j'ai fait rentrer ma mère dans des endroits horribles, et elle se trouvait enfermée là-dedans.
Je ne suis pas fier.
Si elle voulait être avec moi, il fallait qu'elle rentre.
Et c'était très blessant.
Là, pour la première fois, il y a mon amie qui est venu avec sa maman.
Cela n'était jamais arrivé, elle est venue avec sa sœur et sa nièce.
Je n'avais aucun doute que ça allait bien se passer, parce que les portes étaient ouvertes.
Cela a permis de me voir, de jouer aux cartes. Ensuite on est aller s'asseoir devant l'étang.
On s'est assis, attablés.
C'était ouvert, c'était très bien.
- Mais ça, cela pourrait être possible un service fermé : ils ouvrent la porte à conditions, que vous ayez le droit de sortir ; théoriquement c'est possible. De votre expérience, cela a été le cas ?
- Non.
Ma mère s'est retrouvée enfermée avec une trentaine de patients lourds et puis ça sent mauvais.
La matière fécale.
Il n'y a pas de quoi être fière.
Ça vous marque vous, et se marque aussi la personne, cela marque vos parents, votre femme, votre fils...
C'est le genre de souvenirs qui sont indélébiles...
- ...
- Je reviens sur le plus dur, c'est de ne pas voir les médecins, de ne pas voir les infirmiers.
C'est l'absence.
- Et vous, alors on va généraliser, mais vous avez l'impression que le lien avec les soignants et de moins bonne qualité en unité fermée ?
- C'est un peu généralisé, mais en même temps, c'est tellement ça.
Le seul où il y avait de très bons soins, c'est un truc privé, sponsorisé par ma mutuelle.
D'ailleurs dans ce parc, j'ai reçu quelqu'un.
J'ai trouvé des psychiatres intelligents, droit.
- Pourquoi la porte était fermée là-bas ?
- Je ne sais pas.
Peut-être pour les personnes addicts, qui étaient très dépendantes, cela servait à les protéger peut-être de sortir chercher des produits.
- D'ailleurs par rapport aux produits, portes fermées portent ouvertes, ça change les possibilités de trafic ou autre ?
- Moi ça m'est déjà arrivé de fumer des pétards en psychiatrie, en service fermé.

Tout ce qui est trafic en tout genre, que ce soit ouvert ou fermé, c'est possible.
Je ne pense pas que cela ait une incidence là-dessus.
Regardez, dans une vraie prison, vous trouvez n'importe quoi., alors qu'il y a de vrais matons.
Donc ce n'est pas le fond du problème.

[Revient sur ses médicaments. La maladie.]

Le mal est en chacun de nous, il y a des mots plus graves que d'autres.
Pour se soigner, il y a des endroits ouverts ou fermés. Ces endroits ne sont pas agréables.
Évidemment que si la porte était ouverte, ce serait plus agréable.
C'est une évidence.
Il n'y a pas à discuter.
C'est flagrant. C'est du bon sens.

- Après, il y a toujours les questions de sécurité que l'on a évoquées...
- Là il faut peut être se dire : « il y a différents pavillons à l'hôpital. »
Dans dans le pavillon 1, on va hospitaliser les cas les plus graves, dans le 2 un peu moins grave, dans le 3 ça va aller.
Il y a des graduations.
Par exemple il y en avait un qui pourrissait le travail des soignants, l'ambiance.
Un vrai pathogène. Je leur ai dit, aux soignants.
Il aurait du aller dans le pavillon 1, avec les cas graves.
Compartimenter...
Dans tous les cas, Georges Mazurelles, les portes sont ouvertes.
J'ai fait sept huit hôpitaux, c'est le seul dans lequel je retournerai volontiers demain si je suis en phase maniaque.
Et c'est encourageant.
Car je sais que ça reviendra, c'est chronique, comme du papier à musique ; dans quelques mois, quand je l'attendrai, je sais que ça ne sera pas loin...
Il vaut mieux être hospitalisé une dizaine de jours de son plein gré que trois mois d'affilé, mais c'est des efforts.

Entretien avec Mme M.

Patiente hospitalisée dans l'unité fermée « Minéo ».

La rencontre a lieu dans un bureau de l'hôpital G. Daumezon.

- Je vais vous demander votre âge tout d'abord
- 40 ans.
- Vous êtes une femme, je le précise pour la retranscription...
Votre dernière hospitalisation, c'était il y a combien de temps ?
- Euh, j'en ai fait deux, une ici d'un mois à peine et puis l'autre, c'était à Y.
- D'accord, à la clinique ?
- À la clinique Y, oui
- Et la dernière hospitalisation ici a eu lieu il y a combien de temps ?
- Euh ... Au mois de mai.
- Au mois de mai, d'accord
- Oui, c'était au mois de mai... je ne me rappelle plus trop les dates ... avec les médicaments on perd un peu la mémoire... mais c'était au mois de mai oui.
- Et donc c'était dans le service dont la porte d'entrée est fermée.
- Oui.
- Ça, comment l'avez-vous appris ? Vous le saviez avant de venir, vous l'avez découvert sur le tas ?
- Je l'ai découvert sur le tas.
Je trouve qu'il y avait un manque d'information, qu'on avait pas reçu le petit livret...
- Le livret d'accueil ?
- d'accueil... et c'est vrai que ce qui m'a interpellé, c'est qu'il n'y avait pas d'affiche nulle part, donc en fait, il fallait tout faire par soi-même, découvrir, demander chaque... chaque chose.
- Et sur l'exemple de la porte fermée ou ouverte, en l'occurrence fermée, vous l'avez découvert le jour même en entrant, ça a pris un peu de temps pour prendre vos marques ?
- Oui, parce qu'en fait je ne savais même pas si j'étais « verte ».
Parce qu'apparemment ça marche par couleurs.
- D'accord
- « Verte », je ne savais pas du tout ce que cela voulait dire, donc il fallait demander.
- Demander à qui ?
- Aux soignants... et à chaque fois ils avaient une liste... moi j'étais « verte » donc j'avais le droit de sortir.
- D'accord. Donc la porte était fermée mais vous vous aviez le droit de faire des allers-retours ?
- Voilà, et je trouve que c'est bien.

- D'accord, hé bien justement, c'est la question qui vient après parce que concrètement, ça veut dire qu'il fallait que vous demandiez qu'on vous ouvre la porte.
Est ce que vous cela vous a posé un problème ce mode de fonctionnement là, ou comment ...
- Hé bien un petit peu parce que c'est vrai que toujours demander, c'est un petit peu euh... voilà... si on peut sortir, c'est un peu désagréable...
- D'accord.
- Je pense qu'il y aurait eu un système de badge ou je sais pas, quelque chose comme ça, ça aurait été plus pratique.
- Parce que cela aurait permis, du coup, de ne pas avoir à demander ?
- De ne pas avoir à demander, parce que c'est vrai que des fois le personnel soignant est en pause, des fois il est en transmissions, donc c'est vrai qu'on n'ose pas déranger les gens dans ces moments là, et c'est vrai que demander, ça fait bizarre...
On n'est pas à l'école donc c'est vrai que c'est assez frustrant ; mais voilà, moi je trouve ça bien.
- D'accord. Alors quand vous dites que vous trouvez ça bien, est ce que vous pouvez m'en dire un peu plus ? Bien, pourquoi ?
- Hé bien parce qu'en fait, j'étais dans un secteur où toutes les pathologies étaient confondues donc ça c'est vrai que je l'ai un peu mal vécu...
Parce que ça va de la petite pathologie à la grosse pathologie et l'histoire que tout le monde soit mélangé, ça m'a un peu...
Donc je trouve ça normal que... il y en ait qui aient des autorisations de sorties et d'autres pas.
- D'accord. Et que cela passe par une porte fermée à clé ou...
- Moi je suis pour mais voilà, après, chacun son truc.
- Absolument.
- Il y a quand même des cas assez importants, je vois mal l'accès libre ... Voilà.
Surtout que je trouve que c'est facile de sortir...
- De l'hôpital ? Vous me faites le signe mais je commente parce que ça ne va pas se voir, de sortir pour aller dans la ville ?
- Oui, oui.
- Alors du coup pour expliciter un petit peu, on peut dire que les gens auraient plus tendance à sortir même s'ils n'en ont pas l'autorisation, c'est ça qui vous poserait un problème ?
- Ah oui, honnêtement, je vous dis, comme toutes les pathologies étaient mélangées, il n'y a pas que des gens raisonnables, comme moi je l'étais [rires]
Donc voilà, je faisais mon petit tour mais il y a des personnes qui n'ont pas toute leur tête et voilà, qui partiraient comme ça.
- Oui. Et le risque, il serait pour qui à ce moment là ? Une personne qui comme ça, s'en va de l'hôpital, une personne, j'entends bien, « gravement malade ».
- Hé bien le risque, c'est déjà pour la personne elle-même et puis bon, pour les autres aussi.
Je veux dire : on ne laisse pas des personnes comme ça partir avec des problèmes...
Le danger pour les autres et puis pour la personne elle-même
Ça peut être la catastrophe...

- Pourquoi ?
- Hé bien en fait, j'ai vu une minette se mettre le feu quoi...
J'ai trouvé ça assez lourd, donc je pense que cette personne là, avec un accès libre ...
De sortir et de rentrer comme elle le veut...
- Parce qu'elle pourrait se mettre en danger dehors ?
- C'est clair.
Moi, ce système là, je le trouve bien, il y a aussi un ordre : il y avait des « verts » qui avaient accès quand ils voulaient, après il y avait des « oranges » avec un accompagnateur...
- D'accord, des sorties accompagnées...
- Ça aussi, c'est pas simple, parce qu'il y a des gens qui aimeraient bien sortir mais il faut toujours attendre que la personne soit disponible, pour sortir, mais je trouve que c'est bien comme système, enfin de mon point de vue...
- Oui, oui, absolument, c'est votre point de vue, on est bien d'accord, je recueille votre point de vue...
- Oui oui, moi ce que j'ai vu...oui oui, ce qui m'a... c'est chaud quand même ce qu'on peut voir...
- Oui, hé bien en tous cas, ce dont vous avez été témoin, c'est pas rien, quelqu'un qui s'immole...
- Oui oui oui, c'est vrai qu'à cette époque là, il y avait des cas, donc quelqu'un qui a une petite pathologie entre guillemets et quelqu'un qui en a une grosse, ça fait quand même ... on n'oublie pas quoi.
- À Y, là-bas, la porte elle est fermée à clé ou pas ?
- Non, c'est accès libre.
- D'accord.
- C'est une clinique privée, qui est très bien.
C'est pas le même fonctionnement, les pathologies sont... pas pareil...
Et au bout de quinze jours, on a le droit de sortir.
- D'accord, donc la porte est ouverte mais on a pas le droit de sortir pendant les premiers temps ?
- Oui, il y a un parc, on peut sortir à l'extérieur pendant quinze jours
Après, c'est un peu la même chose.
- Et du coup là-bas, par rapport à ce que vous me dites, est ce qu'il y a plus de gens qui s'en vont alors qu'ils n'en ont pas l'autorisation sachant que c'est contractualisé, qu'ils n'ont pas le droit de sortir notamment les quinze premiers jours, mais vu que la porte est ouverte, qui s'en vont et qui enfreignent cette règle là ?
- Non, parce que c'est très strict.
Il y a un règlement très strict dans le sens où il y en a trois, je crois qui ont un peu déconné, ils ont été virés. Donc...
Je trouve ça normal, on est là pour se soigner, on est pas là pour...
C'est pas une colonie de vacances
- Et du coup la question que l'on peut se poser : là-bas à la clinique Y, il y avait moins ou peu de personnes avec des pathologies plus lourdes comme vous avez pu voir ici ?
- Moins.

- C'est lourd hein, il y a l'alcool, les TS, les dépressions, les attaques de panique et tout ça, mais c'était quand même moins lourd.
- D'accord. Et là-bas, vous trouvez que c'est un bon fonctionnement avec la porte ouverte, avec ce public là ?
- Oui.
- Ou vous auriez préféré que ce soit fermé à clé ?
- Non. Maintenant, je ne pense pas qu'il y avait besoin parce que les gens savaient à quoi s'en tenir, il y avait le livret d'accueil et puis au bout de quinze jours, on avait le droit de sortir.
- Et ça c'était clair, d'ailleurs vous le saviez avant ?
- On le savait. On le savait. C'était quinze jours.
- D'accord. Il y avait un livret ?
- Voilà, il y avait le livret, et c'était dit, même si on demandait à la psychiatre, on avait pas le droit, il fallait attendre les quinze jours, c'était la règle.
On avait le droit de sortir dans le parc et tout ça mais voilà, c'était comme ça.
- C'était relativement respecté, il y a eu des exemples sanctionnés...
- Voilà.
- Et là, dans le service Minéo, service fermé à clé, est ce que vous avez eu vent de personnes qui étaient quand même sorties, sans autorisation avec les portes fermées ?
- Oui.
- Oui ? d'accord.
- Oui, je me souviens, il y en a une qui était sorti dans le parc... et ben j'ai prévenu... parce que son cas était un petit peu lourd.
- Vous vous inquiétiez pour elle ?
- Hé bien elle n'avait pas à sortir, je trouve.
Soit elle était accompagnée mais pas toute seule, c'était un danger pour elle et puis pour les autres.
Donc... donc voilà quoi.
Non non honnêtement, j'ai trouvé le système bien.
- Par rapport au groupe de patients, est ce qu'à votre avis le fait que la porte soit fermée à clé, ça change l'ambiance ?
Vous avez connu la clinique, c'est pas tout à fait pareil mais il y a peut être possibilité de comparer ?
- Entre patients ?
- Oui, l'effet sur le groupe de patients ?
- Non je ne pense pas parce qu'on était très solidaires, il y a quand même un côté positif de ça, c'est que, malgré tous nos problèmes, on était solidaires et c'est super important ça, se respecter...
On s'entraidait aussi, quelqu'un qui ne pouvait pas sortir, on allait lui acheter des mars et des trucs comme ça...
- D'accord.
- Non, le côté positif, c'est ça, c'est qu'en fait, on avait tous un problème et il y avait quelque chose,

- la solidarité qui l'emporte, aussi bien à Y que...
- En terme d'atmosphère générale, ça a développé... enfin cela a contribué à développer cette solidarité ?
- Oui, j'ai trouvé ça vachement important.
Il n'y avait pas à se justifier de quoi que ce soit, on respectait le problème de l'autre, que ce soit à Y, que ce soit ici, ça c'est le côté positif.
- D'accord.
En termes de soin, parce que du coup là on a évoqué la possibilité de sécuriser c'est-à-dire de les mettre à l'abri d'eux même et à l'abri du danger avec les autres, en termes de soin, à votre avis est ce que ça a un impact que la porte soit fermée à clé ? Est-ce que pour dire les choses un peu caricaturalement, quand la porte est fermée à clé vous avez l'impression qu'on peut guérir plus vite ?
- Non...
- Pour certaines personnes ou après peut être que pour vous aussi je ne sais pas ?
- Pour les personnes qui ne peuvent pas sortir ?
- L'une ou l'autre, je ne sais pas, justement, on peut évaluer les différents cas...
- C'est dur hein...
C'est embêtant, l'ambiance est assez froide quand même, la cour...
On reste quand même du matin au soir à ne rien faire, donc moi j'ai trouvé ça très dur...
J'ai craqué au bout de trois semaines et demi, j'ai voulu sortir ...
C'est vrai que c'est une structure assez... pas facile...
C'est bétonné, dans une cour bétonnée, on a rien à faire, sur un mur m'asseoir et attendre, c'est trop dur.
Il n'y a pas d'ergothérapie comme il peut y avoir à Y, il y avait tous les jours de l'ergothérapie, de la gym, du sport, pour se requinquer.
On rumine beaucoup hein...
- Et sur ce point de vue là, le paramètre porte ouverte porte fermée, il a un impact ?
Sur le fait qu'il y ait des activités ?
- Vous savez quand la porte était ouverte on faisait le tour du parc, c'est tout.
C'était quand même restreint. Pas de jeux à l'extérieur...
C'est restreint. Mais ça fait du bien quand même de pouvoir sortir.
Boire son petit café.. Ça fait du bien
- Dans les rapports avec les infirmiers, est ce que vous pensez que cela change leur comportement que cela soit ouvert ou fermé ?
- Je pense que cela aurait créé plus de tension.
Parce que dans ce service-là, il y a quand même des personnes, pas dangereuses mais des personnes...
Je pense que cela crée des tensions, des personnes qui sont suicidaires, pour les soignants, c'est quand même délicat.
Je pense que le système est bien, il peut être amélioré, mais non, je trouve ça bien.
Oui j'ai vu des personnes qui ont mis des coups de boules, des trucs comme ça...
C'est dangereux. C'était chaud à l'époque où j'étais. On n'oublie pas.
Mon docteur me disait souvent : « tout le monde à sa place » ; je suis d'accord, mais je trouve que

- des pathologies, pour mieux guérir... Il faut mieux les placer... Certaines personnes en danger pour elle-même, et en danger pour les autres aussi.
- Il pouvait y avoir de l'évitement entre patients aussi. On savait que telles personnes étaient atteintes de schizophrénie, telles personnes regardaient bizarrement...
- Pour quelqu'un qui veut vraiment se rétablir, c'est dur, même si pour le schizophrène c'est dur aussi.
- Mais moi c'est pas pareil quand même.
- Je trouvais ça trop mélangé.
- C'est pour ça que j'ai demandé aller à la clinique.
- Et dont vous disiez, pour les infirmiers, ils auraient plus de responsabilité, ce serait plus compliqué ?
- Ce serait plus compliqué.
- Honnêtement, ce serait plus compliqué pour eux, pour les soignants.
- Parce qu'il faudrait qu'ils gèrent tous les faits et gestes de chaque personne, ce serait quand même dur je trouve.
- Surveillez la porte, si quelqu'un ne sort pas...
- Car c'est quand même arrivé que quelqu'un s'échappe.
- Même en milieu fermé ?
- Oui, ça arrive, dans la cour, ils ont escaladé, voilà.
- ...
- La plupart des gens avaient entre trente et cinquante ans, et beaucoup des infirmiers, ou des soignants, était plus jeunes...
- C'est dur pour une personne de quarante-trois ans de demander de l'aide à une personne de vingt vingt-deux ans : on se dit dans nos têtes « il n'a pas assez d'expérience »...
- Ce n'est pas méchant...
- Mais il y a des infirmiers, moi je me dis « j'ai l'expérience de quelqu'un de quarante-trois ans, lui cela fait un mois qu'il a son diplôme », je me demande comment il peut m'aider...
- Je pense qu'il faut quand même avoir de l'expérience... et en tant que patient, on demande toujours plus. Ce n'est pas facile. Le cerveau c'est complexe. C'est très complexe
- Il y avait des gens d'expérience dans l'équipe ? Un mélange ?
- Ils étaient tous jeunes.
- Je ne vous avais pas posé la question, est-ce qu'on a mis un nom sur la maladie qui vous a amené à l'hôpital ?
- J'ai demandé à me faire hospitaliser parce que en fait j'avais des attaques de panique.
- Ça a duré six mois.
- Et j'étais furieuse, parce qu'en fait, aucun médecin, parce qu'ils étaient perdus par rapport à ça, n'a pris en charge ce que j'avais vraiment.
- Je ne pouvais plus prendre la voiture, je ne pouvais plus sortir dehors, et cela duré quatre mois...
- On dit que cela doit se traiter dans les trois mois... Et moi cela a duré sept mois.
- Je suis très en colère par rapport à ça.
- [...]
- Concernant l'effet des portes fermées à clé ou ouvertes, sur les visiteurs : est-ce qu'ils ont su que vous aviez été hospitalisée dans un milieu fermé ou ouvert ?
- Non.

- La première fois que mon mari est venu, il a été choqué.
On s'est retrouvé à la cafet, et un autre patient s'est approché de mon mari, et lui a tenu des propos...
Ce n'était pas très très grave...
Je trouve qu'il n'y a pas d'espace prévu : on se retrouve à l'intérieur avec des personnes malades.
Ça démoralise aussi.
Quand il faisait beau, on a l'extérieur, mais dedans, il n'y a rien. Il n'y a pas d'endroit pour recevoir les familles.
- Et donc ils ont été choqués par la proximité avec d'autres patients, par l'absence d'endroit spécifique, mais en ce qui concerne le paramètre porte fermée ?
- Non non, moi je maintiens que c'est bien.
- Et pour votre entourage, est-ce que cela va changer la vision qu'ils ont de vous ?
- Non non.
- Est-ce qu'il y en a qui ne vous auraient pas rendu visite, car ils savaient que c'était en milieu fermé ?
- Non. Ils n'ont pas été plus choqués que ça.
Par contre à la cafet, là on se retrouvait avec des personnes ou « vertes », ou accompagnées, ce n'était pas très sain. Par rapport aux enfants, cela peut être dur.
Porte fermée, je trouve ça très bien quand il y a des gens qui ont besoin de soigner, et qui sont dangereux pour eux-mêmes, pour les autres aussi.
- Et la porte fermée c'est un bon moyen ?
- Je trouve. Pour les soignants, pour la personne elle-même. Et puis il y a des gens qui sont en « rouge », et qui sont passés en « orange » après.
Il faut du temps, ça évolue, chacun son tour.
Si la personne se tient bien, elle devient « orange », puis « verte », je trouve ça très bien
- Pour préciser, vous n'avez jamais été hospitalisée sous contrainte ?
- Non
- Est-ce qu'il y a des thèmes, des choses que vous souhaiteriez ajouter ?
- Non, je vous ai dit un petit peu tout ce que je pensais de tout ça.
Je pense que cela demande à évoluer, puisque le bâtiment est neuf, il va y avoir plus de choses mises en place après. Ce n'est pas une prison quand même.
Le sport, c'est un bon moyen d'évacuer.
Avant il y avait ça, du sport : basket, foot... Je trouve que c'est un bon moyen
- Pour reformuler ce que j'ai l'impression que vous avez dit, finalement, le « ce n'est pas une prison », cela renvoie plus aux activités possibles, qu'à la porte ouverte ou fermée ?
Ce n'est pas la porte fermée qui fait la prison selon vous ?
C'est plus les murs gris, l'architecture, l'absence d'activité ?
- Je vous assure, passer de sept heures et demie à vingt-deux heures contre un mur, c'est très dur.
Je l'ai fait des jours et des jours.
C'est hard quand même.
Je n'avais jamais vécu ça.
Même quand on demande à sortir, on n'a pas la bouteille d'oxygène.

L'intérieur c'est costaud quand même. Et puis il y a les relations avec les autres patients, on n'a pas envie de se manger un coup de boule. Ce n'est pas évident.

— Est-ce que vous avez des questions à me poser concernant la démarche ?

[s'ensuivent des explications sur le cursus médical, l'internat, ...]

Entretien avec Mr N.

Patient hospitalisé dans l'unité fermée « Minéo ».

Mr M. m'a donné rendez-vous à la cafétéria du CHS, où je le rejoins devant un café.

Nous nous déplaçons ensuite vers un bureau d'entretien et commençons l'enregistrement.

- Bonjour. Je vais vous demander de vous re-présenter pour l'enregistrement...
- Bonjour
J'ai 45 ans, je suis atteint de la maladie, on appelle ça être maniaco-dépressif bipolaire.
- D'accord...
- Alors que je ne savais pas ce que j'avais, ça fait depuis l'âge de 14 15 ans...
- Et vous l'avez su quand ?
- Je l'ai su quand je suis revenu en France, cela fait cinq ans, j'ai été hospitalisé à X.
Parce que mes parents habitaient Y.
C'était la dernière chance...
- Ce n'était pas votre première hospitalisation à X, vous m'avez dit, il y avait en Irlande avant ?
- En Irlande j'ai trois hospitalisations en tout, c'était la première fois.
- Et après X, il y a eu Montbert ? *[hôpital avant le déménagement à Bouguenais, et le changement de nom pour Daumezon.]*
- Oui et après il y a eu Daumezon, j'y étais en mars-avril la dernière fois, de cette année.
- Ici c'est un pavillon fermé ; à X, c'était comment ?
- À X, c'était fermé aussi.
Il fallait demander pour qu'on puisse sortir, pareil qu'ici.
Le personnel là-bas, c'était que des petits jeunes, donc il n'y avait pas de respect.
Les patients ne respectaient pas du tout le personnel, et le personnel vice versa ne respectait pas les patients, ce qui fait que ça crée beaucoup de problèmes.
Je me souviens avoir écrit « Can I play with madness ? » sur un des... Ils avaient laissé un panneau...
Et puis c'était des petites choses comme ça, et au bout d'un moment c'était devenu trop gros, trop pesant.
- Surtout en lien avec l'inexpérience des infirmiers ?
- Voilà.
C'était au pavillon un d'abord, puis après au pavillon deux.
- Les équipes étaient les mêmes ?
- Le pavillon deux, c'était plus pour me punir, les gens criaient, étaient restreints.
- Des contentions physiques ?
- Oui
- Au pavillon un, on souffrait tous d'alcoolologie, ou de dépendance à la drogue, ou de dépression ; des

- gens comme ça quoi.
Le pavillon deux c'était plus des gens qui étaient atteints à long terme.
- Les deux pavillons étaient fermés de la même façon ?
- De la même façon
- C'était le même médecin qui vous a suivi dans le un et dans le deux ?
- Non c'était une interne, qui était très gentille, qui était très très gentille dans le pavillon un.
Je l'aimais bien ailleurs.
Dans le pavillon deux, je n'ai pas vu quelqu'un, c'était pendant quinze jours, juste avant que j'aille à l'unité d'alcoologie.
Ensuite c'est vraiment là qu'ils ont déclaré que j'étais bipolaire.
- Et en Irlande, c'était fermé ou ouvert ?
- C'était ouvert justement il y avait un pub qui était juste en face.
La bêtise qu'ils faisaient : ils me laissaient sortir l'après-midi.
J'allais dans le pub, j'en buvais sept ou huit, je rentrais.
Ils disaient : « vous avez bu monsieur. ? »
Je disais oui, et ils me faisaient souffler dans le ballon, me donnaient une petite claque sur la main, me disaient : « vous ne ferez pas ça demain ».
Et le lendemain je faisais exactement la même chose.
- Donc la porte d'entrée était ouverte et vous pouviez entrer et sortir comme vous vouliez ?
- Voilà.
C'était fermé dans la nuit.
- Et les trois hospitalisations en Irlande c'était pareil ?
- C'était le même hôpital.
- Vous avez connu plusieurs hospitalisations, est ce qu'il vous est arrivé de sortir sans autorisation ?
- Non.
De toute façon ici à Georges Daumezon, les entrées sorties sont bien contrôlées, et c'est mieux que ce soit comme ça puisqu'il y a des gens qui sont assez atteints.
Il y a des gens comme [...]. qu'il vaut mieux ne pas faire sortir parce que sinon ce serait la zizanie
- Et en Irlande le pavillon était ouvert, est ce qu'il y avait un principe d'autorisation pour sortir ?
- Non.
Justement, avec le médecin, la dernière fois que je suis venu ici, je demandais à ne pas sortir le premier week-end.
Et puis en fin de compte ça c'est allongé à deux semaines, je n'ai pas pu sortir car j'oubliais à chaque fois de demander l'autorisation de sortir à la doctoresse.
J'oubliais à chaque fois, jusqu'à mon jour de sortie, et ils ne voulaient même pas me laisser sortir pour que j'aille chercher ma voiture.
Mais en fin de compte ça c'est arrangé avec les infirmiers.
- Dans vos diverses hospitalisations, y en a-t-il eu sous mesure de contrainte ?
- Non, hospitalisation libre à chaque fois.
À part en Irlande quand j'avais tenté de me suicider.
Là ils m'avaient automatiquement, dès que j'étais sorti de l'hôpital, mis en hôpital psychiatrique,

automatiquement.

Mais j'avais vu personne, j'avais pas vu un psy, rien.

Pendant un mois et demi j'avais pas vu un psy et je suis resté plus de deux mois à l'hôpital.

La première fois que j'ai vu un psy, il me restait deux semaines à faire, et il m'avait dit qu'il fallait que je parte le plus tôt possible, car il avait besoin de place.

Je n'avais pas de traitement...

Si, j'avais une sorte de petit Seresta, pour éviter... le sevrage ... et puis une sorte de petit antidépresseur qui était mauve. Mais c'était vraiment pas terrible quoi.

— Avant d'être hospitalisé, comment vous avez appris que la porte allait être ouverte ou fermée ?

— Je le savais en avance car la doctoresse m'avait dit que j'avais pas le droit de sortir. La première hospitalisation à X, elle m'a fait comprendre que c'était pour mon bien qu'il ne fallait pas que je sorte.

— Et quand vous êtes arrivé à l'hôpital, vous avez découvert qu'ici, contrairement à l'Irlande, c'était fermé ?

— Voilà, en voyant par moi-même

— Et vous pensiez que c'était ouvert à X avant d'y arriver ?

— Oui je pense ça parce que moi j'étais à l'hôpital d'Y la première semaine, et je pouvais sortir pour aller fumer une cigarette en bas, je pouvais sortir quand je voulais.

La porte était ouverte, j'étais en médecine.

C'étaient des gens qui sont en fin de vie quoi. J'étais en palliatif.

Et moi j'étais un des seuls qui étaient... La seule personne qui pouvait réagir avec les infirmiers.

Mais j'étais très très mal la première semaine car on ne m'avait donné qu'un demi Seresta 50 avec un demi Imovane le soir.

J'avais un petit pichet d'eau, pour moi c'était une bouteille de muscadet, je remplissais le verre, je buvais, je voyais une bouteille de pastis à gauche et une de muscadet à droite... Très dur

— Et du coup vous arrivez à X et vous y découvrez que la porte fermée.

— Voilà

— Qui vous a expliqué ?

— Le premier soir j'avais un peu le cafard car je ne savais pas dans quoi je m'étais engagé.

La veille, elle m'avait demandé le matin même ce que je pensais de l'hôpital et je lui ai dit :

« franchement chaque fois que je vais fumer une cigarette, il y a des voitures, des gens qui se garent devant, qui laissent le moteur pendant qu'ils vont chercher un papier au bureau, à l'accueil. Je n'ai envie que d'une chose, c'est de sauter dans leur voiture, de partir, d'aller me saouler la gueule et avoir un accident avec leur voiture ».

Quand elle a su ça, elle m'a dit : « Mr A., je vais vous interner à X, ça vous gêne ? »

Moi je dis non parce qu'il fallait faire quelque chose sinon je prenais...

Vous mettiez un revolver devant vous me disiez tire toi une balle dans la tête, je m'en tirais une.

Ça faisait très très mal

J'avais des pensées noires, une souffrance psychologique très très dure

— Elle a utilisé le mot « interné » ?

— Oui

— Quand elle a utilisé ce mot-là, vous aviez compris que cela allait être fermé ?

— Non non.

- C'était le soir même quand je suis arrivé là-bas, j'ai été fumer une cigarette dehors, dans une sorte de petite cour enclose.
- Je voyais des gens-là, j'avais commencé à discuter avec des personnes, et puis on s'était très bien entendu.
- On était à trois dans une chambre, alors qu'il y a des gens qui étaient tout seuls dans leur chambre. Mais pas de problème je m'entendais très très bien avec les trois personnes.
- Et puis on avait commencé bien rigoler.
- Comment vous êtes sentis par rapport au fait que la porte d'entrée soit fermée ?
- Eh bien sécurisé en fait ça m'apportait une sécurité.
- Je savais que les appels téléphoniques étaient contrôlés, qui c'est qui m'appelait
- Et puis surtout les personnes qui voulaient venir me voir elle était contrôlée aussi.
- C'était ma petite amie qui était russe, enfin, qui est toujours russe, qui arrivais au mois d'avril ici et il y avait plus ou moins mariage blanc, vous voyez... C'est à cause de ça que ça n'allait pas.
- Et ce sentiment de sécurité par la porte fermée, c'était justement parce que ça évitait que n'importe qui puisse rentrer ?
- Voilà c'est surtout le fait que ça empêchait que n'importe qui puisse rentrer.
- Et vous, ça vous empêchait de sortir ? C'était quelque chose de rassurant ?
- Ce n'était pas l'enjeu à ce moment-là.
- L'enjeu c'était plus de me soigner dans ma tête, revoir le traitement avec la doctoresse, qui m'a donné un traitement qui est très très bien
- J'ai du... Je ne sais plus comment on appelle ça... C'est des gros cachets bleus... Et j'ai dû... Du Xeroquel... Et puis un autre qui s'appelle... je sais plus.
- Un traitement qui me convient très très bien
- Et à X également ?
- Oui, à X il fallait mieux que je sois protégé également.
- Je pense que si on m'avait laissé sortir le premier mois, j'aurais été dans un bar, j'aurais été me saouler la gueule.
- Donc la c'est plutôt de protection de vous-même ?
- Voilà. Sinon j'aurai vite fait de... Comme en Irlande, le pub était juste devant...
- Et si cela avait été ouvert à X, vous pensez que cela aurait pu faire pareil ?
- Oui oui oui
- Je sais qu'il y a quelqu'un qui était sorti de l'unité d'alcoologie, était allé s'acheter une bouteille de sky et qui revenu bourré...
- Parce que l'unité d'alcoologie est fermée ?
- Non c'est ouvert, c'est très très ouvert.
- Et là vous n'êtes sorti vous ?
- Non non non. Je suis sorti un week-end.
- Parce que c'est ouvert, mais il n'y a forcément d'autorisation de sortie ?
- Voilà. Les deux premières semaines on n'a pas droit de sortir du centre de X, la troisième semaine on peut sortir un week-end chez nos parents.

- Vous disiez les portes sont ouvertes mais je n'ai pas pu sortir .
C'était quelque chose qui était respecté globalement ?
- C'était respecté, à part certaines personnes qui s'étaient faites la malle.
En général, les gens le respectaient.
- Et la tentation est plus grande, si la porte est ouverte ?
C'est plus facile de sortir ou pas ?
- Vous sortez de telle heure à telle heure le matin, et l'après-midi.
On avait une cafetière pour nous faire le café nous-mêmes, on avait notre radio, on pouvait jouer à la pétanque, on faisait pas mal de trucs intéressants comme ça.
J'ai réappris une bonne hygiène de vie
- Vous en tant que patient, avec votre expérience, est-ce que le fait que la porte soit ouverte ou fermée, cela change votre ressenti quand on est hospitalisé
- Pas du tout. Pas du tout.
Justement ici si je veux sortir, j'ai pas droit d'y aller.
Il y a un bar en bas. Mais ça n'intéresse pas j'ai tiré un trait et ça m'intéresse plus du tout
- Dans vos activités quotidiennes, quand vous étiez hospitalisé, est-ce que cela changeait quelque chose que la porte soit ouverte ou fermée ?
- À X, non, parce qu'on avait pas mal d'activités, on faisait du cheval, de l'équi-thérapie, on faisait de la sophrologie, on faisait plein de choses comme ça, de la psychothérapie aussi.
Au service d'aloologie c'était très très intéressant...
Ils avaient l'atelier soins, on allait faire un massage cuir chevelu... C'était agréable ça...
Et puis ça m'a appris à manger à telle heure, ne pas manger entre-temps, faire attention à ce que j'ai une bonne hygiène de vie, parce que les médicaments ça fait grossir.
Parce que j'ai du Depakote, du Seresta, du Xeroquel, du Nocta, de l'Effexor,,...
- Est-ce que vous pensez que pour les autres patients ça changeait quelque chose que la porte soit fermée ou ouverte ?
- Pour les autres patients ?
Oui oui, car en général il y a des gens qui viennent, qui sautent, qui essaient de faire le mur.
Ici par exemple, où c'est fermé, il y a deux ou trois tentatives de... de gens qui ont sauté, qui ont passé le mur, et qui se sont faits avoir en fait.
- Et si la porte était ouverte, vous pensez que ça aurait été différent ?
- Oui, car ces personnes ne seraient pas revenues ici.
Elles seraient parties, et on ne les aurait jamais revus.
Le fait que ce soit renfermé c'était bien pour qu'ils se protègent.
Et moi j'ai remarqué qu'il y avait des jours aussi, il y a des personnes qui ne devraient pas être là.
Il y avait une personne par exemple : elle souffrait d'angoisses, elle avait beaucoup d'angoisses avec ses enfants, et moi je disais que c'était plus une maison de repos qu'il fallait.
Parce qu'elle a vu par exemple, une fille s'immoler par le feu, elle a vu un petit jeune taper sur un homme qui avait quatre-vingts et quelques années...
Des choses violentes, qu'elle n'aurait pas dû voir, qui ne l'ont pas aidé du tout.
- Et pour elle, que la porte soit fermée, cela changeait quelque chose ?
- Elle avait le droit de sortir, et donc elle allait la cafétéria avec les autres patients.
Il y a un grand qui a tendance à donner des coups de poing sur les gens,

- Il a eu une sorte de... de gilets de restrictions, donc il ne peut pas tendre ses poings
Mais maintenant, il donne des coups de boules.
Et il a donné un coup de boule à une petite jeune l'autre jour. C'était une petite jeune qui le cherchait. Il s'est pointé et boum .
- Est-ce que vous pensez que le fait que la porte soit ouverte ou fermée, ça change l'ambiance de l'unité ?
- Peut-être oui. Il y a beaucoup de gens qui ont l'autorisation de sortir le week-end par exemple. Pour les autres ça leur fait un peu dur de rester week-end, parce que c'est très calme le week-end, il y a des dimanches c'est mort de chez mort.
Même dans la journée il y a des après-midi où ils allaient tous faire des activités en dehors, et puis nous, on était là et on pouvait rien faire.
Mais c'était pour notre bien parce que moi je sais que j'ai pu écrire par exemple, j'ai beaucoup écrit la dernière fois, et tout ce que j'écris ça s'est passé, c'est arrivé.
- Les services où la porte est ouverte et on a pas forcément droit de sortir, c'est contractualisé ?
A l'unité d'alcoologie par exemple est-ce que vous pensez que ce fonctionnement là, par rapport à services fermés ou vous pouvez avoir droit de sortir en demandant, ça change l'ambiance ?
- Oui.
Parce que c'est très relaxant, on savait pourquoi on était là.
On avait tous des problèmes d'alcoologie ou de drogues dures, mais c'était surtout basé sur l'alcoologie.
On se connaissait tous plus ou moins.
Moi je leur disais : « je vous plains tous ». Ceux qui allaient sortir allaient retourner dans les endroits où vous alcoolisez alors que moi je sortais mais je rentrais dans un nouveau truc, le centre Z, qui m'acceptait fin septembre.
- Est-ce que vous pensez que le fait que la porte soit fermée à clé a modifié votre comportement par rapport aux infirmiers, aux soignants ?
- Non,
Au contraire je pense que les infirmiers ici sont beaucoup plus professionnels que...
- Mais ce n'est pas lié à la porte fermée ?
- Non ça c'est autre chose.
C'est de l'incompétence qu'ils ont à traiter des problèmes, des réactions des gens...
- Est-ce que globalement, sur le groupe de patients hospitalisés, globalement, C'est plus sécurisant que ce soit fermé ?
- En globalisant, oui je, je pense que c'est mieux que ce soit fermé
- Par rapport aux personnes qui peuvent rentrer ? Aux patients qui peuvent sortir ?
- Les patients qui peuvent sortir surtout c'est plutôt ça.
C'est vrai que en plus les gens, à Montbert par exemple, les gens quand ils voulaient nous visiter, ils avaient une petite porte par derrière où ils sonnaient.
Les gens rentraient, il y avait un petit endroit, un petit salon à l'entrée, alors que là, quand vous sonnez, vous avez juste le bureau des infirmiers avec toutes les personnes qui traînent comme A, B, C, qui sont très très atteints psychologiquement, et ça fait peur aux gens. Ça leur fait peur.
- Et l'entourage ou les gens qui viennent vous visiter, est-ce que ça change les choses pour eux que la porte soit ouverte ou fermée ?

- Oui. Ils disaient : « qu'est-ce que tu fais ici ? C'est pas ta place ici »
- Parce que si c'est fermé c'est plus ?
- C'est plus austère. Mais moi je préférerais la solution qu'ils avaient à Montbert, c'est-à-dire avec la petite porte de derrière.
- Donc ce n'est pas forcément le fait de fermer, c'est l'architecture intérieure ?
- Voilà.
Ca faisait un mur de fer qui cachait la misère. Dans un sens c'est comme ça.
Mais c'était un peu plus relaxant pour la famille.
Moi je sais que des amis qui sont venus me voir à Minéo, ils me disaient : « ce n'est pas possible qu'est-ce que tu fais ici ? »
Ils se disaient : « il y a des gros cas là-bas ».
Et on n'a pas le droit d'avoir le portable sur nous. Ça c'est une grosse liberté qu'ils nous prennent.
- Est-ce qu'il y a des gens de votre entourage qui ne sont pas venus selon que soit fermé ou ouvert ?
- Oui. Mon père ne vient pas.
- Et le fait que ce soit fermé a changé quelque chose ?
- Oui : mon père ne mettra jamais les pieds dans un hôpital psychiatrique.
- Parce que c'est fermé ?
- Oui. Parce que c'est fermé.
Alors qu'à l'unité d'alcoologie il était venu mon père, il avait parlé avec des patients qui étaient avec moi, on a pris un café en bas, on a été voir un psychologue ensemble, le psychiatre ensemble. Lui il disait : « bas les gens ont l'air normaux ici ».
Alors qu'à l'hôpital psychiatrique, au pavillon un ou au pavillon deux, mon père ne serait jamais venu.
- ...
- Je pense qu'il faudrait mieux qu'ils bougent le bureau infirmiers, pour que les gens ne soient plus au fond...
Mais c'est compliqué...
Par exemple il y a M.A et B et C, ils sont toujours là, en train de demander à des infirmiers des cigarettes...
Ils sont tous les trois bien... Pas « atteints », on ne va pas dire « atteints »... Ils ont des problèmes psychologiques qui sont trop, beaucoup trop poussés pour des gens normaux. Enfin des gens normaux entre parenthèse...
- En dehors du fait que l'équipe soit jeune est peut-être moins expérimentée, est-ce que vous pensez que la porte fermée ça change le comportement de l'équipe soignante ? leur façon de faire ?
- Je pense oui.
Parce que ça les ferait courir pas mal !
Ils courraient pas mal. Déjà qu'ils font pas mal de kilomètres.
Vous avez vu comment c'est ?
Il faut marcher...
Quand il y a quelqu'un qui appelle, il faut aller chercher les patients, ça leur fait de sacrés tours.
Si les portes étaient ouvertes c'est ingérable pour eux.
Ça leur ferait perdre du temps.
Ce serait ingérable pour... Pour trois patients, ça leur prendrait...

- Et puis il y a des patients qui sauteraient les murs...
- En Irlande c'est ce qui se passait ?
- Oui.
Mais en générale quand je rentrais le soir, je sentais l'alcool, ils me faisaient souffler dans le ballon, une tape sur la main, vous le refaites pas... Et le lendemain ils me laissaient sortir pareil...
- Et la porte fermée, est-ce que vous pensez que ça change la vision que l'équipe a d'elle-même ; est-ce que ça change leur façon de voir leur rôle infirmier ?
- Peut-être
Peut-être ils ne se sentiraient pas assez professionnels s'ils ont besoin de courir après trois ou quatre énergumènes.
Autrement ils sont très professionnels, moi je n'ai jamais eu de problème avec qui que ce soit de la nouvelle équipe de Minéo.
Il y a même une nouvelle personne qui s'appelle F. Très très gentille et il y a des gens de l'hôpital de jour, qui était venus faire des médicaments.... Avec l'équipe ça c'est très très bien passé, elle aussi elle connaît tous les patients,.
- Ça c'est plus important que porte la porte fermée à vos yeux ?
- Voilà
Déjà les patients qu'elle connaissait... Les patients ils se sentaient beaucoup plus à l'aise.
Bon contact. Pas de problème du tout.
Moi je n'ai aucun problème avec le service ici avec les infirmières.
- J'ai une question qui peut être compliquée : est-ce que vous pensez que les patients se rétablissent plus rapidement dans unité ouverte ou une unité fermée ou est-ce que ça ne change rien ?
En termes de soins...
- Je pense qu'il vaut mieux que les gens soient enfermés en fin de compte.
Pour leur traitement déjà, pour prendre leur traitement.
Moi j'en ai vu à X qui prenaient leurs médicaments, faisaient comme s'ils les avalaient, ils ne les avalaient pas, ils revendaient leur truc de Seresta ou d'Imovane, ils les revendaient dehors contre une tasse de café, ou une cigarette.
- Et ça, porte ouvert ou fermée ça change les choses ?
- Ça change les choses parce qu'on prend le traitement juste avant de manger devant les infirmiers, donc ils savent bien qu'on les a bien pris, c'est mieux vérifié.
C'est pour ça, je pense que c'est mieux qu'on soit enfermé.
De toute façon les deux premières semaines de l'hospitalisation, il faut mieux que vous soyez renfermé. Pour prendre ses aises, pour savoir à quelle heure on mange, se réguler...
- Ça, vous pensez que c'est vrai pour vous, c'est vrai pour les patients en général ?
- Il y a toujours des exceptions à la règle, il y a toujours des gens qui essayent de frauder, mais ces gens-là se font avoir directement.
Les deux premières semaines, il vaut mieux être enfermé, pour pouvoir se réguler, ce caler.
Et aussi connaître les gens.
Vous voyez dans les hôpitaux psychiatriques, il y a toujours un noyau de gens qui parlent très très bien, et des gens qui parlent pas.
Moi j'avais toujours tendance à aller vers le noyau qui parlait bien entre eux, que d'aller vers les personnes qui ont des du mal à s'exprimer.

- Et que la porte soit fermée, ça force un peu plus à prendre ses marques dans ce groupe social ?
- Oui.
Oui il vaut mieux.
Si on arrive la première journée et qu'on ressort dès l'après-midi, on va aller se promener, et puis il suffit qu'on revienne en voiture, il n'y a plus de limites. Il n'y a plus de limites
- Je souligne : il y a une temporalité, « une deux semaines », et après... ?
- Après on peut sortir l'après-midi, ou alors le matin, pour aller soit marcher, soit prendre un petit café
- Et que cela se passe comme ça dans un service dont la porte d'entrée est fermée à clé, cela vous paraît correct ?
- Ça me paraît correct, tout à fait correct.
Il vaut mieux avoir l'avis des infirmiers pour sortir.
Parce qu'à chaque fois qu'on a un entretien avec un psy, une infirmière est là.
Une infirmière, elle peut juger si vous êtes apte à sortir, car elle vous voit, et puis à chaque fois qu'il y a la relève, ils savent exactement ce qui s'est passé, donc ils savent comment vous réagissez, si vous réagissez bien ou pas du tout.
- ... Vous montrez l'importance du lien avec les infirmiers...
- Par exemple vendredi dernier, vous voyez, j'avais le moral dans les chaussettes, je suis allé à l'hôpital de jour.
J'ai parlé à l'infirmière, et au bout de deux heures, je pensais même plus rien.
Je retourne chez moi, j'avais la pêche.
- Et cette hospitalisation dans unité fermée, elle n'a pas empêché ce lien là, à l'hôpital de jour ?
- Pas du tout justement.
En plus je fais partie d'une association :
Ce sont des gens de différents horizons, des problèmes d'alcool, il y a beaucoup de dames, beaucoup d'anciens qui viennent, on fait des concerts, des sorties...
Il a fallu que je me fasse un lien... un réseau social, et je ne voulais pas tomber sur le même genre qu'avant, dans les bars dans les pubs, des personnes qui boivent...
- Donc vous avez tissé un réseau social autour de vous qui est plus en accord avec ce que vous voulez pour vous ?
- Voilà tout à fait
- Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez dire concernant l'ouverture, la fermeture à clé des services ?
- ...
- Vous savez, en France, il y a des services un peu comme ce que vous avez connu en Irlande, où le pavillon est ouvert et la porte est ouverte le temps...
- Et les gens qui ont des problèmes ne sortent pas ?
- C'est vu avec le médecin, un peu comme à l'unité d'alcoologie, c'est vu avec le médecin et les infirmiers, et contractualisé...
- Ce qui est très très bien en général
- De quoi ?

- D’avoir comme ça des personnes qui jugent si vous êtes trop mal...
Parce que les trois quarts du temps, quand vous êtes sous médicaments, vous n’avez pas la notion, du temps, de la longueur des jours, c’est très très dur.
Et justement ce qu’il faut, c’est avoir des gens qui se mettent devant vous et qui vous disent : « eh bien non, vous ne pouvez pas sortir, vous êtes un danger pour vous-même. »
Quand je suis arrivé on m’a donné cent gouttes de Tercian le matin, cent gouttes de Tercian le midi, cent gouttes de Tercian au goûter, cent gouttes de Tercian le soir, et cent gouttes de Tercian avant de me coucher.
Là, ça n’allait plus dans ma tête.
Je leur avais dit : « mettez moi en isolement ».
Et ils avaient dit : « non non non. On ne va pas vous mettre en isolement, par compte si vous voulez vous reposer, on peut vous aider... »
[...]
- Est-ce qu’il y a de choses que vous souhaiteriez dire sur cette étude, ma démarche...
- Non, je suis heureux de savoir que vous vous intéressez à l’ouverture ou à la fermeture des... Mais je voudrais savoir pourquoi par exemple à Minéo, on n’a pas le droit d’avoir son portable, alors que dans d’autres services on a le droit ?
- Eh bien je ne peux pas vous répondre pourquoi ici, je pense que celui au cas par cas... Je ne sais pas s’il y a une règle générale...
- J’ai entendu qu’il y avait des gens qui ne veut surtout pas être enregistrés, pris en photo...
- C’est vrai.
- [...]
- Auriez-vous des questions ?
- Non.
- Très bien merci de participation de notre contribution.

Entretien avec Mr O.

Patient hospitalisé dans l'unité fermée « Minéo ».

La rencontre a lieu au domicile du patient, qui me reçoit dans son salon, autours d'une petite table de lecture, située près d'une haute fenêtre.

- Je vais vous demander votre âge tout d'abord...
- 80 ans
- Et là nous sommes à votre domicile, de X.
- X, qui est un des lieux d'évangélisation de Saint-X.
- Votre dernière hospitalisation en psychiatrie date de quand ?
- [Sa femme vient nous proposer un café, qu'elle nous sert, puis s'en va]
- Donc concernant votre dernière hospitalisation...
- Alors ça a commencé... J'ai fait mon accident oculaire au début d'août...
- Et vous avez été hospitalisé en psychiatrie peu après ?
- Un moment après, le temps que je m'habitue à mon nouvel état, et c'est devenu difficile.
Finalement je me suis fait admettre à Y, à la clinique, où j'ai été bien reçu ; mais j'étais dans un tel état, je n'étais pas capable d'analyser.
... très strict...
- Mais ça a posé directement le problème de l'enfermement.
- Parce que la c'était fermé ?
- On avait le droit de sortir à partir de huit jours de clinique.
- Et avant ?
- On n'avait pas droit de sortir, tout de suite vous étiez pistés.
Pour moi cela a été prolongé encore de huit jours.
Et j'ai accepté. Je n'ai pas eu le choix d'ailleurs.
Disons « de bon cœur et de compréhension ».
- De confiance ?
- Oui : par définition, je fais confiance aux médecins qui me soignent.
- Et après cette période ?
- On avait droit sortir.
- Et comment cela se passait, il fallait demander ?
- Il fallait demander. Et pour rentrer, en général, c'était ouvert.
- Il n'y avait pas attendre que l'on vous ouvre ?
- Non. Ce n'était quand même pas hostile ni carcéral.
- Et à l'hôpital Daumezon ?

- Par contre là, cela était abominable.
- Qu'est-ce qu'il y avait différents là-bas ?
- De moins pénibles, je ne sais pas...
J'avais l'impression d'être dans le métro, un métro qui marchait indéfiniment, pas d'arrêt.
Dans un truc avec des couloirs larges comme ça...
C'est affreux...
Une espèce de salle, qui est faite pour se réunir...
C'est là où j'ai perdu les pédales. Je serais paraît-il tombé.
- Et là-bas la porte était fermée.
- Oui. Et je n'avais pas le droit de sortir. De toute façon, si l'on sortait, on était tout de suite à l'extérieur, cela appartenait quelqu'un d'autre, ce n'était plus l'hôpital.
- À l'époque, quand vous êtes arrivé là-bas, vous saviez que la porte allait être fermée ?
- Je l'ai découvert.
- Comment ?
- Je serais incapable de vous dire.
- Et vous vous aviez connus des hospitalisations où la porte d'entrée était ouverte ?
- Oui.
J'ai quand même une vie psychiatrique malheureusement, et la première dépression sérieuse que j'ai faite, c'était en soixante. Et là j'ai été hospitalisé à Y.
- Et la porte était ouverte ?
- Oui.
C'est merveilleux le truc.
La porte d'entrée était ouverte.
De plus le docteur était lié à un de mes oncles. Alors est-ce que j'ai eu droit à un petit truc en plus...
- C'était une clinique ou un hôpital ?
- Une clinique. Et là-bas on pouvait rentrer et sortir comme on voulait ?
- Sauf les huit premiers jours.
- Mais donc la porte était ouverte, mais on vous interdisait de sortir. Cela marchait ?
- Cela marchait.
- Est-ce qu'il nous est arrivé de sortir sans autorisation ?
- Une fois peut-être. Peut-être une fois
- Cela a posé les problèmes par la suite ?
- Non, ils m'avaient dit gentiment de ne pas recommencer, moi j'ai compris.
C'était normal.
Et puis à l'époque il y avait des soins autres que maintenant, et qui me paraissaient très bien, L'hydrothérapie, ça m'a ressuscité....
- Et vous, votre sentiment sur le fait que les portes soient fermées, c'est lequel ?
- C'est très difficile de répondre.

- Il y a des malades qui ne sont pas capables d'être sérieux si c'est ouvert.
- Il y en avait à Y ?
- Non. Mais ça remonte à soixante. Mais je ne crois pas que cela aie posé de problème.
Alors est-ce qu'il faut faire un tri ? C'est triste de parler comme ça.
Mais je crois qu'il faudrait que dès l'entrée, le médecin puisse dire « non celui-là il faut mieux l'éloigner quelque temps »...
- Qu'il y ait plusieurs unités ?
- Parce que j'ai été agressé par un jeune.
J'ai crié « au secours ! », j'ai réussi à éviter les coups, mais ça m'a vraiment marqué quand même.
Les deux ou trois soignants qui s'occupaient de moi avait l'air de trouver ça normal.
Cela m'a fait une impression... Il paraît que j'ai tenté de donner fin à mes jours.
- À votre avis, est-ce que le fait que les portes soient fermées peut jouer sur la violence dans l'unité ?
- Je ne crois pas.
Ça dépend de chacun. C'est très difficile à dire comment le gosse a été élevé, pourquoi il est là, qu'a-t-il fait ? Mais je crois que c'est au médecin de faire une différence.
- Sur quels critères d'après vous ?
- Un traitement chimique peut-être...
À Z ce qui m'a marqué, c'est qu'on avait toujours la même soignante, et il ne fallait pas trop la déranger. Ils avaient des réunions...
- Vous avez évoqué la confiance. Est-ce que le fait que la porte soit ouverte ou fermée cela change les choses par rapport à la confiance ?
- Ah oui. Je pense.
- Dans quel sens ?
- Moi j'avais l'impression de me sentir une bête en unité fermée.
- Et moins en unités ouvertes ?
- Moins, c'est sûr. Moins.
- Et la relation que vous aviez avec les infirmiers n'était pas la même ?
- Ça dépend et puis moi, j'ai connu ça en soixante, les mentalités étaient très différentes.
Tant chez les soignants, que chez les soignés.
Et puis c'est des tas de choses qui se combinent.
- Concernant les infirmiers, à votre avis, est-ce que cela change leur vision d'eux-même, leur travail ?
- Ça doit être mieux en fermé.
Mais nous les malades nous préférons quand c'est ouvert.
J'ai eu une autre expérience aussi, à la clinique W.
- C'était fermé à clé ?
- C'était fermé à clé. Le médecin était gentil. Le personnel aussi. Les chambres étaient très correctes.
On était très peu nombreux, et ça c'est très important.
Là, ils voudraient augmenter le nombre de patients...
C'est complètement loupé, pour moi. Tout est faux. Sauf peut-être la salle à manger.
Où il y a un peu un melting-pot.

- Par rapport au groupe de patients, est-ce que le fait que les portes soient ouvertes ou fermées à clé, cela change l'atmosphère.
- Je pense.
- Dans quel sens ?
- On se sent un peu plus incarcéré.
Je ne sais même pas si on avait le volume d'air suffisant. C'est abominable.
Dans les salles communes, qui avait l'air correct, ce n'était pas possible, car elles étaient trop petites... J'ai un souvenir atroce... C'était insupportable.
- Insécurisant ?
- Insécurisant. Ce jeune garçon, il aurait pu me tuer. Il a choppé ma canne. J'ai eu un vrai coup de bol.
- Il est souvent question de sécurité quand on évoque portes ouvertes portes fermées.
Vous vous dites que pour vous, les portes fermées, ce n'était pas sécurisant, même si beaucoup d'autres paramètres qui jouent. Pensez-vous que cela peut être sécurisant pour le public à l'extérieur de l'hôpital ?
- Les voisins oui. Très certainement. C'est pour ça qu'il faut mettre ça dans des contrées isolées.
- Et par rapport aux visiteurs ?
- Oui cela change des choses.
- Comment cela ?
- C'est très difficile de vous répondre. C'est très subjectif.
Je sais qu'il y a des gens qui ne sont pas venus me voir, car isolé, descriptif défavorable, il y a des gens qui sont un peu impressionnables.
Moi je serais assez partisan de faire, quand le malade est un petit peu retapé, de lui demander de faire une liste des personnes qu'il aimerait voir.
Comme ça, il recevrait des gens, qui seraient préparés.
...
Mais il y a des malades qui sont prostrés, et là il n'y a pas grand-chose à faire.
- Est-ce que d'après vous, fermer la porte à clé, cela empêche les gens de sortir sans autorisation ?
- Oui. Ils savent que c'est sans espoir.
- Avez-vous connaissance il y ait des fugues ?
- Oui, il y a eu des fugues. Certains malades, quand ils se trouvent libres dans la rue, cela réveille chez eux un mauvais instinct.
- Je reviens sur les visiteurs. Est-ce que la vision qu'ils avaient de vous a changé du fait qu'ils vous savaient dans unité fermée ?
- Je ne crois pas.
J'ai des amis de longue date, de très longue date.
Ce sont des amis très fidèles et très chaleureux ; il y en a qui me téléphonaient tous les jours.
Mais je reviens sur cette histoire de liste. Cela me paraît important.
Je sais qu'il y a des amis qui ont été fâchés de ne pas avoir de nouvelles.
Mais j'en ai pas eu un seul qui m'a dit « tu es un minable parce que tu étais fait enfermer à l'hôpital. »

J'ai trouvé beaucoup de compassion.

Je pense qu'il faudrait essayer de faire des classes, les gens qui ont un peu d'instruction, d'éducation, et de ceux qui en ont un peu moins

[Sonnerie de la porte d'entrée, c'est sa fille, qui entre, se présente, et s'éclipse.]

— Quand vous étiez hospitalisé en unité fermée à clé, est-ce que cela changeait la façon dont vous étiez en relation avec les infirmiers au quotidien ?

— Non, je les considérais comme tels.

Je sais que cela ne vient pas d'eux, c'est plus hauts que c'est joué.

Mais il faudrait essayer de sérier un peu les clients, qui sont de plus en plus nombreux, car il y a de plus en plus de désaxés dans la vie actuelle.

Il faudrait essayer de faire le tri.

Moi, je voterai pour des unités toutes petites.

Et qu'on se présente les uns aux autres, je crois que c'est très important.

Et puis aussi, entre la maladie, et la convalescence, que les malades deviennent plus réceptifs, il faudrait leur trouver des occupations je crois que c'est important de pouvoir sortir les gens de leur torpeur.

— Et pour ce faire, est-ce que le fait que les portes soient fermées ouvertes à clé cela a un impact ?

— Je ne sais pas.

Je crois qu'il faut donner une impression de liberté.

D'ailleurs à Y c'était pas mal : j'allais de la clinique au centre-ville, faire des achats, je ne sais pas quoi. Ça c'est important.

— Est-ce qu'on a mis un nom sur votre maladie ?

— Je ne sais pas. Je ne sais pas du tout. Quelque chose qui me gêne beaucoup en ce moment, c'est les pertes de mémoire.

...

— Est-ce qu'il y a d'autres d'autres choses que vous aimeriez dire concernant l'ouverture la fermeture à clé ?

— C'est tellement subjectif...

Ça dépend de l'endroit où c'est, de l'architecture, du personnel...

Il faut être vigilant à la qualité du personnel.

Et veiller à faire des établissements où l'on recevrait des gens d'un certains milieux, d'un certain niveau d'éducation, et puis d'autres, du bon peuple de France.

Car le Français est un type épatant, qui a toutes les qualités.

Il faudrait pouvoir sérier plus. Cela favoriserait les guérisons.

Et puis les distraire.

— Je vous remercie de votre participation. Avez-vous des questions sur ma démarche ?

Entretien avec Mme P.

Patient hospitalisé dans l'unité fermée « Minéo ».

L'entretien a lieu au domicile de la patiente. Elle me reçoit dans le salon de son appartement. Son ami est présent dans l'appartement, il passe de temps en temps dans le salon pour accéder au balcon.

- Bonjour.
Je rappelle donc pour l'enregistrement, vous avez été hospitalisée à l'hôpital Georges Daumezon, dans l'unité Minéo.
Est-ce que je peux vous demander votre âge ?
- 42 ans.
- votre première hospitalisation, elle remonte à... ?
- Ne me demandez pas, car au niveau de la mémoire, j'ai perdu beaucoup.
J'ai des séances de sismothérapie. Donc... Je ne sais plus.
- [Son ami intervient] Tu es sortie en mai dernier.
- Et je suis resté deux mois et demi.
- Dans l'unité « Minéo », qui est une unité dont la porte d'entrée est fermée à clé.
- Fermée à clé, donc c'est vrai qu'à chaque fois qu'on veut sortir, ne serait-ce que pour aller à la cafétéria, il faut toujours déranger le personnel.
C'est un peu entre guillemets « chiant », parce que des fois ils sont en transmission où ils sont occupés ; on est un petit peu gêné par rapport à ça, on le fait, mais c'est vrai que ça...
Aller à chaque fois demander à quelqu'un...
Ils ne sont pas à chaque fois disponible...
Ou des fois je fais signe derrière le carreau : « coucou, est-ce que c'est possible de nous ouvrir ? »
Voilà.
- Je précise, la porte d'entrée est fermée, mais cela ne veut pas dire que vous n'avez pas le droit de sortir.
- Non, moi, je pouvais sortir.
- Ça s'est décidé comment ?
- Eh bien écoutez, je pense que ça a été dès le départ.
Je pouvais aller à la cafétéria, allez faire un tour dehors, que ce soit toute seule ou avec d'autres personnes.
- C'était votre première hospitalisation en psychiatrie ?
- Non, c'était la deuxième. J'étais à Montbert, l'ancien hôpital, dans le pavillon 11, qui était fermé pareil. C'était le même principe.
- À l'époque, est-ce que vous saviez que la porte était fermée ou ouverte ?
- À la première hospitalisation à Montbert, non, je ne savais pas. Ça j'ai découvert là-bas.

- Vous souvenez comment vous avez découvert ça ?
- Eh bien disons que cela a été dit dès le départ, que la porte était fermée, que si on voulait aller à la cafétéria ou sortir faire un tour dehors, il fallait demander l'autorisation, à chaque fois demander au personnel de vous ouvrir la porte.
- Quand vous avez découvert ce fonctionnement, vous vous êtes dits quoi ?
- Sur le moment, je me suis dit que c'était peut-être par sécurité, pour éviter, peut-être des personnes plus malades que moi, des cas peut-être un peu plus dangereux, parce qu'on est mélangé.
On n'est pas tous les dépressifs avec les dépressifs enfin voilà.
Donc ça se comprend dans un sens, pour pouvoir rassurer et tout ça. Les personnes avec des pathologies un peu plus lourdes.
- Quand vous dites dangereux, vous pensez à quoi ?
- J'ai déjà vu un cas avec une jeune fille, qui a eu une violence avec une autre personne.
Ça peut aller jusque-là.
L'agressivité physique sur une autre personne.
Ça ça a été au sein du pavillon, à l'intérieur, donc à l'extérieur, qu'est-ce que ça peut donner, on ne sait pas.
Ça se comprend aussi un peu que la porte soit fermée, c'est vrai que pour nous qui ont des pathologies un peu moins lourdes, c'est un peu... Un petit peu...
- Contraignant ?
- Contraignant, voilà, un peu chiant, de devoir toujours déranger le personnel.
- Est-ce que des fois ça vous est arrivé de ne pas demander à sortir à cause de ça ?
- Des fois ça m'est arrivé.
Ou d'angoisser un peu, en me disant : « vu l'heure qu'il est, c'est un petit peu vite, alors il faut qu'on attende un petit peu avant de pouvoir sortir la cafétéria ».
En plus la cafétéria, quand j'y pense, elle est fermée un peu vite donc bon.
Au niveau des horaires, ce n'est pas assez large, si on reçoit de la famille ou des amis, des fois ils viennent après l'heure de la cafétéria.
C'est vrai que ça ralentit la demande afin de pouvoir sortir.
- À propos des visiteurs, que est-ce que les gens qui venaient vous voir savaient que cela allait être fermé ?
- Non, c'est en venant voir qu'ils ont constaté.
- Cela leur a fait quelque chose ?
- Personne ne m'en a parlé.
- Cela n'a pas changé la vision qu'ils avaient de vous ?
- Non non.
- Pour préciser, vous n'avez pas été hospitalisée sous mesure de contrainte ?
- Non non.
- Ce fonctionnement là, portes fermées, c'est le fonctionnement de votre pavillon, est-ce que vous savez s'il y a d'autres types de fonctionnements ?
- Non, je ne sais pas comment ça marche pour d'autres services.

Je ne peux pas vous dire, je ne puis je ne me suis jamais posé la question.

Ce n'est pas un sujet de conversations avec les autres, on cherche plutôt blaguer, ou à penser à autre chose.

— Si la porte avait été ouverte, vous auriez ressenti quelque chose ?

— Peut-être un sentiment de liberté, de ne pas déranger le personnel...

C'est ça qui est embêtant, concrètement parce que bon je vous dis, ils ne sont pas toujours disponibles.

Et moi je me sentais un petit peu mal à l'aise, il y a des fois des patients qui n'allaient pas demander, alors moi, je vais demander.

Oui ça arrivait que certains n'osent pas demander, car ils se disaient : « il faut encore demander afin qu'on ouvre la porte ». Donc ça pesait un petit peu quand même.

— Justement, par rapport au groupe de patients en général, à votre avis, que la porte soit fermée cela modifiait l'ambiance ?

— Non, je ne sais pas. Ça peut peut-être changer...

— Dans quel sens ?

— Être enfermé... Ne pas pouvoir sortir... Je ne sais pas trop.

— Vous disiez, par rapport à des personnes qui ont des pathologies plus lourdes, qui peuvent être agressives envers autrui, à votre avis, la porte d'entrée c'est une bonne façon de gérer ces problématiques ?

— Oui. Oui oui...

...

— Y a-t-il eu des fugues pendant que vous y étiez ?

— Non, pas quand j'y étais.

— Et cela peut arriver ?

— Je ne peux pas vous dire.

Enfin peut-être des gens qui sont hospitalisés contre leur volonté, qui cherchaient à partir...

Oui, je crois bien qu'avant il y avait eu une personne qui avait essayé de partir, par la porte. On avait dû faire confiance et puis...

— C'est-à-dire que dans son contrat il pouvait sortir, et puis n'est pas revenu ?

— Oui oui, il n'est pas revenu.

— Je vous demandais, par rapport à l'équipe infirmière, à votre avis, cela change leur façon de travailler ?

— *[Soupir]*. Je ne pense pas non. Que cela puisse. Non je ne pense pas non. Je pense que ça n'a rien à voir sur le côté médical.

— En termes de disponibilité ?

— Est-ce qu'il serait plus ou moins disponibles...

Non, ils seraient disponibles pareil.

C'est vrai qu'on sait, quand on est quelque temps là-bas, on connaît les heures où ils sont occupés pour les transmissions, ou quand ils ont leur pause...

Au bout d'un moment, on les dérange quand même, parce que la cafet' va fermer, pour sortir pour

- en profiter un petit peu, de l'extérieur,. C'est vrai qu'on a perdu beaucoup en environnement
- Après le déménagement ?
- Oui, l'environnement n'est plus du tout le même. Je trouve que c'est moins bien par rapport à la verdure. L'espace de verdure, le parc on a vite fait le tour.
- Et dans les bâtiments à l'intérieur ?
- Non c'est bien.
C'est vrai qu'on a notre douche, chacun notre chambre, c'est formidable. Ça c'est bien. On n'est plus obligé le matin de se dépêcher pour la douche, sinon il va y avoir la queue.
On a gagné sur certaines choses, et puis on a perdu sur d'autres.
On ne peut pas tout avoir. *[Rire]*.
- Je reviens sur la question de la protection. Est-ce que pour vous c'est une problématique, que des intrus puisse venir ?
- Peut-être pour éviter que d'autres personnes des pavillons puissent entrer, oui, c'est vrai.
Je n'y avais pas pensé, je n'y avais pas du tout pensé. Mais c'est vrai. Ça ne m'avait pas du tout effleuré l'esprit.
- Par rapport aux gens extérieurs, pas forcément la famille et les visiteurs, mais les voisins, la ville, est-ce que vous pensez que ça change quelque chose pour eux que la porte soit fermée ?
- C'est vrai que ça peut inquiéter les gens qui habitent à côté.
Parce qu'en fonction des pathologies de certains patients, ça peut les inquiéter, en se disant « c'est peut-être bien que la porte soit fermée », éviter qu'il puisse sortir, et carrément sortir en dehors du bâtiment. Je n'avais pas vu ce côté-là, mais c'est sur.
Je pense que ça dû être fait en pensant à ça.
- Alors c'est vrai qu'il existe plusieurs façons de faire, notamment des secteurs où il y a deux sous unités une ouverte et une fermée, ?
- Alors ça c'est pas mal. Ce système-là est pas mal.
Deux sous unités, en « enfermant » entre guillemets les gens qui ont une pathologie un peu plus dangereuse, les mettre ensemble.
Maintenant est-ce que c'est bien de mélanger les gens ?...
Je ne sais pas.
C'est vrai que ça peut gêner, je vous dis, j'ai rencontré le cas d'une jeune qui était violente, qui s'en est pris à une autre personne, ça fait un petit peu peur.
On se dit, à tout moment elle peut péter les plombs.
Et on ne sait pas à qui elle peut s'en prendre.
- C'est vrai que ça dépend des moments d'hospitalisation, il y a des événements comme ça... C'était dans la nouvelle unité ou dans l'ancienne ?
- Dans les deux endroits où j'étais, il y a eu dans l'ancienne et dans la nouvelle.
- Et ça a développé un sentiment...
- Pas forcément toujours tranquille.
C'est vrai que cette personne s'en est prise à une personne plus âgée, donc plus faible, donc elle avait quand même choisi la personne qu'elle avait agressée.
- Et cela a été pris en charge ?

- Oui, très vite on est allé prévenir le personnel, pour éviter que ça se reproduise.
- Et là dessus, cet événement-là, portes ouvertes / portes fermées cela auraient changé quelque chose vous pensez ?
- Non, je ne pense pas que ça aurait changé.
- ...
- Deux sous unité, c'est pas mal ça.
- C'est vrai que la question est alors comment faire la distinction ?
- Et oui, ce n'est pas évident. Savoir si elles peuvent être dangereuses ou pas maintenant qu'on en parle, c'est vrai que ce n'est pas simple
- [Détails autour de la réalisation, des résultats partiels.]*
- L'idée générale, c'est de dire qu'à l'intérieur de l'unité, on est mieux protégé ?
- Oui, à l'intérieur, les gens sont plus surveillés quoi.
- Je ne vous ai pas posé la question, est-ce qu'il y a un nom de maladie, une étiquette qui vous amène hôpital ?
- Moi c'est à cause de la dépression
- En termes de soins, de thérapeutique, est-ce qu'à votre avis, on est mieux soigné quand les portes sont fermées à clé, est ce que ça change quelque chose sur les soins ?
- Non je ne pense pas. Je pense que la maladie, chacun la guérie avec son temps.
On est pas tous égaux.
Donc non, que la porte soit fermée ou ouverte, cela ne peut pas changer sur les soins.
- Est-ce que, dans l'activité quotidienne, en termes d'activité, les portes fermées cela vous empêchait de faire certaines choses, au contraire cela vous a permis de faire certaines choses ?
- Non, parce que j'étais malade, je n'avais pas envie de grand-chose. Donc ça n'aurait pas changé grand-chose, que ce soit ouvert ou fermé.
- Est-ce que vous auriez des questions à poser, ou des choses que vous aimeriez rajouter ?
- Non, ce que j'aimerais ajouter, c'est que l'environnement, ce n'est plus ça.
Le parc : il n'y a plus le parc qu'on avait ; quand on faisait un tour, on pouvait prendre une demi-heure trois quarts d'heure pour faire le tour, ça passait déjà une partie de la journée.
Pendant une demi-heure trois quarts d'heure, je suis dehors, je profite de la nature.
C'est bon aussi pour la guérison : se promener dans la nature, voir de la verdure...
Et là bon, c'est un bâtiment, est une fois qu'on a fait le tour... C'est pas la même chose
- Très bien, merci.

Entretien avec Mme 1.

Patiente hospitalisée dans la sous-unité ouverte « Maupassant ».

La rencontre a lieu à son domicile, l'interview se déroule dans la chambre où se situe un bureau, le compagnon de la patiente dort sur le lit, son chien à ses côtés.

— Je vais vous demander votre âge...

— J'ai 50 ans.

— Et vous êtes une femme, pour l'enregistrement...
votre dernière hospitalisation remonte à ?

— Au mois de juin

— Est-ce que vous savez si un diagnostic est posé vous concernant ? Sur la maladie que vous avez...

— Surtout « dépression », « dépressive »...

[évoque son compagnon]

[...]

— Vous avez connu plusieurs établissements de santé ?

— Oui : j'ai été hospitalisée à X, Y, Z...

— Dans ces établissements, la porte d'entrée était ouverte ou fermée ?

— Ah non non non non non...

À X, on n'avait pas le droit de sortir.

— Il y avait une porte fermée à clé à l'entrée ?

— Il y avait un grand parc...

— Et pour accéder au parc, il fallait franchir une porte fermée à clé ?

— ...

Disons que le parc, il est ouvert mais l'unité en elle-même est fermée.

— Donc il fallait demander un infirmier de vous ouvrir ?

— Voilà.

Par contre, là-bas, il y avait une mercerie un coiffeur...

Et pour aller à l'extérieur de l'hôpital, il faut prendre une navette.

...

Y, j'ai pas souvenir, car j'étais vraiment trop mal.

[évoque les raisons de ce mal être]

— Est-ce que vous avez déjà été hospitalisée sous mesure de contrainte ?

— Non, c'est moi qui ai demandé.

— Toujours des hospitalisations libres ?

— Il y a eu des hospitalisations ou j'ai été obligée...

... sous contrainte...

- En H.D.T ?
- Hospitalisée par un tiers ?
- Oui.
- Dans les années quatre-vingts...
- Et c'était où ?
- À Saint-Jacques, en unité fermée.
Donc je ne pouvais pas sortir, je ne pouvais pas sortir qu'avec des infirmiers, chercher mon argent, mon tabac...
- Lors de vos hospitalisations, est-ce que vous saviez d'avance si la porte allait être ouverte ou fermée ?
- Non.
- C'est sur le tas que vous avez appris... ?
- Oui.
- Comment vous l'avez appris ?
- A Y, j'étais tellement mal, je ne me souviens même pas.
Ce qu'on m'a raconté, c'est qu'il y a une tante de mon mari qui est venu me voir, qui m'a amené des cerises.
Je lui ai dit : « je ne peux pas te les payer ».
Vous voyez. Déjà... Ma maman elle venait me rendre visite elle me lavait mon linge, je n'ai aucun souvenir...
C'était entre 80-90, j'ai pas souvenir ; il doit être à la retraite maintenant le psychiatre.
- La dernière hospitalisation, vous l'aviez demandé vous, ou c'était une H.D.T. ?
- Non pas en H.D.T, je l'avais demandé.
En plus de ça je suis sous tutelle curatelle, donc j'ai une protection...
[Aboiements du chien]
Ho Hé ! qu'est-ce que tu fous ?
...
- Par rapport à la porte ouverte ou fermée à clé, comment vous ressentez les choses ?
- Les portes fermées, j'aime pas trop.
Déjà pour fumer une-cigarette, le soir à huit heures trente, c'est la galère parce que moi j'aime bien fumer une cigarette, et le matin en plus j'ai toujours faim.
- La dernière hospitalisation, s'était ouvert ou fermé ?
- Ouvert... pour moi ça été pratiquement toujours ouvert, l'a récemment.
Autrement j'ai été hospitalisé en 2000 2010 je crois... Mais sur le long de la Loire... Parce que pour les travaux...
- C'est vrai qu'il y eu un déménagement temporaire pour des travaux.
Et donc vous disiez que quand c'est fermé,...
- Moi je n'aime pas trop.
- Alors qu'est-ce qui fait que vous n'aimez pas trop ?

- L'enfermement en fait, ...avoir des contacts avec sa famille ... Je...
- En service fermé, c'était plus dur d'avoir des contacts avec des amis ou la famille ?
- Ben les amis, non, parce que au niveau du service, j'arrive toujours avoir des copains des copines. Mais ceux de l'extérieur, moins.
- Ils venaient moins vous voir quand vous étiez en service fermé ?
- Ah ben oui oui.
- Pourquoi ? Il est possible d'avoir des visites en service fermé je pense ?
- Oh ben oui oui par exemple, ma tutelle est venue me voir même si je ne pouvais pas sortir. Et puis j'ai été un mois en chambre d'isolement... Un mois c'est vraiment dur... Le pot de chambre... Le lit... Juste sortir pour la douche, manger sur le...
- Vous aviez compris pourquoi vous aviez été mise là ?
- Non, pas du tout.
- Est-ce que vous comprenez d'ailleurs pourquoi des fois vous aviez été en service fermé et des fois en service ouvert ?
- J'étais trop... Trop...
Pas dangereuse pour les autres, mais dangereuse pour moi.
- Et en service fermé, c'était plus simple de vous protéger de vous-même ?
- Oui. Parce que j'ai fait une bêtise en 2010, donc milieu fermé.
J'étais toute seule à l'époque j'ai pris les médicaments j'ai fait cette bêtise...
- Et en service fermé vous êtes mieux protégée par rapport à ce risque là, de prendre des médicaments ?
- Oui. Ben disons que services fermé, c'est plus dur, niveau personnel.
- Ça veut dire quoi, ?
- Ils surveillent plus, les infirmiers.
Autrement, ils sont très gentils moi je les connais tous.
L'ambiance est très bonne.
Par contre ce que j'aimais pas trop, c'est les activités manuelles. Genre activités d'écriture, orthographe, les trucs comme ça...
- Ça s'était enfermé, en ouvert, ou les deux ?
- Non non, à l'époque, c'était dans l'unité ouverte.
Par contre ce que j'aimais beaucoup, c'était l'activité cuisine, avec les infirmiers.
- Donc vous disiez que l'unité fermée permettait de vous protéger vous-même, est-ce que ça permet d'autre chose, ou est-ce que ça empêche d'autre chose, ? En termes de soins, ressenti,... ?
- ...
- S'ils vous ont mis la bas, à votre avis, c'est pour quelle raison ?
- Parce que j'étais très mal, c'est pour ça.
- Donc quand on est plus mal, on va plutôt en unité fermée ?
- Oui.

- Vous avez compris pourquoi ?
- Pour se protéger.
- De vous, des autres aussi ?
- Ah non non non de moi-même.
Non je n'étais pas méchante vis-à-vis des autres et les autres n'étaient pas agressifs vis-à-vis de moi.
En fait, même dans mon quartier, je suis assez sociable avec les gens.
Là je me suis fait des amis, il y a X, il y a Y, j'ai des copines de Saint-Jacques,
- Par rapport aux autres patients de l'unité, est-ce que le fait que l'unité soit ouverte ou fermée à clé, cela change les choses ?
- Eh bien disons qu'en unité ouverte, on voit plus de monde, parce qu'on a le repas, il y a une salle télé...
- il n'y a pas de télé pas de repas, en unités fermées ?
- Si si mais comme il y a l'histoire de la chambre d'isolement, je n'y avais pas accès.
[revient sur l'histoire de son mari]
- Et cela vous paraît plutôt efficace, pour vous, quand cela ne va pas vraiment pas, d'être en unité fermée ?
- Eh bien disons qu'en fait le docteur m'avait connu il y a deux ans et il m'avait dit : « la prochaine hospitalisation, ce sera en fermé ».
Parce que je revenais chez moi le soir...
- D'accord, vous faisiez des allers-retours entre votre domicile et l'hôpital ?
- Oui et même des fois cela m'arrivait de dormir chez moi...
- [fin de la première face de la K7]*
- Vous disiez que vous faisiez des allers-retours, vous sortiez sans autorisation...
- Oui oui, pour aller chez moi, dormir chez moi.
Et puis une fois j'ai eu le coup de fil d'une infirmière qui m'a dit : « Mme F., venez chercher vos affaires, vous êtes sortante.
J'étais chargé comme un bourricot. Et en plus de ça, ils ne voulaient plus me donner les médicaments.
- Est-ce que d'après vous cela change les rapports avec les infirmiers, d'être dans l'unité ouverte, ou dans l'unité fermée ?
- Oh pour moi ça ne change pas grand-chose.
Du moment que c'est toujours les mêmes.
Et à chaque fois que je vais en consultation, je vais dire bonjour.
- Que ce soit l'unité fermée ou ouverte ?
- Ben fermé, non, je ne m'en souviens pas.... Trop long... C'est plus tout récent.
- Je reviens sur une question concernant la sécurité : est-ce que vous pensez que l'unité fermée cela peut être plus sécurisant pour les gens de l'extérieur ?
- Eh bien oui parce que pour les cas dangereux, qui par exemple tuent, c'est une bonne...
Et même il y a des personnes qui s'alcoolisent, qui se font du mal à elle-même...

- Ou qui sont agressives...
- Et vous, cela vous est arrivé de sortir sans autorisation d'unité fermée ?
- Ah non.
Ce n'est pas possible. On ne peut pas...
Ou alors il faut vraiment que les infirmiers ne vous voient pas.
- Et est-ce que vous savez s'il y a des gens qui arrivent à le faire ?
- Oh, cela doit arriver, des fugues ; mais à ma connaissance il n'y en a pas.
- Concernant votre entourage, les visiteurs potentiels, et ce que cela change quelque chose à votre avis que la porte soit ouverte ou fermée à clé ?
- Eh bien disons, en unité fermée, je n'ai pas eu beaucoup de visites.
À part la visite de ma tutrice. Mon frère aussi.
[Discours concernant le parcours du frère]
- Et quand vous étiez en unité ouverte, plus de gens sont venus vous rendre visite ?
- Oui. Et moi j'aime bien avoir du monde autour de moi, avoir de la compagnie...
- Je reviens sur l'équipe infirmière : est-ce que vous pensez que ça change son travail d'être en unité fermée ou ouverte ?
- En unité ouverte, ils ont peut-être plus de travail, parce qu'il faut surveiller les patients.
Il y a des accompagnements aussi.
Parce qu'en fait, il y a des personnes en unités ouvertes qui peuvent sortir, et il y en a des autres, c'est comme s'ils étaient en pavillon fermé, ils n'avaient pas droit à sortir seul.
- Il y en avait beaucoup qui sortaient sans autorisation ?
- Je ne sais pas. J'ai pas compté. Moi en unité ouverte, j'ai toujours eu « sortie libre ».
- Et du coup les infirmiers, ils surveillent les gens, ils leur courent après ?
- Hé bien disons, ils ont un bureau qui donne sur le parc, les fenêtres de la cuisine elle donne sur le parc aussi, et au niveau de la salle à manger c'est pareil.
- Et à votre avis, les infirmiers, ils préféreraient que ce soit ouvert que soient fermés ?
- Oh à mon avis, ils préfèrent que les gens soient en unités ouvertes.
C'est plus convivial, c'est plus sympa. c'est pas pareil.
Mais moi je les connais bien ; les personnes qui viennent d'arriver ce n'est pas pareil.
Mais même, les infirmiers, ils cherchent le contact avec les personnes, même pour les nouveaux venus.
-
- Et puis tous les vendredis, il y a une réunion « soignants-soignés », c'est-à-dire que les infirmiers, la cadre de santé, et les personnes qui sont hospitalisées y vont.
- Et cela, c'est en service ouvert, cela existe dans l'unité fermée ?
- Bah je ne sais pas.
Ouverte oui je suis sûr mais c'est vrai que je ne sais pas en unité fermée.
- Et c'est une réunion qui nous paraît intéressante ? Vous êtes obligée d'y aller ?
- Oh, hé bien des fois je zappais, je voyais l'heure...
Et puis je revenais, juste pour le repas.

— Et de votre ressenti général finalement ?

— Je préfère l'unité ouverte évidemment.

Mais si vraiment j'étais trop mal et que je ne pourrais pas... Comment dire... M'occuper moi-même, que je serais vraiment handicapée, que je ne pourrais plus rien faire, oui, unité fermée. Voilà.

[Évoque des problèmes somatiques]

...

— Est-ce qu'il y aurait des choses dont on n'a pas du tout parlé et qui vous paraissent importantes de dire concernant portes ouvertes portes fermées à l'hôpital ?

— Non non...

Entretien avec Mme 2.

Patiente hospitalisée dans la sous-unité ouverte « Maupassant ».

L'entretien a lieu au domicile de la patiente, qui me reçoit à la table à manger du salon de son appartement.

- Donc si nous nous voyons, c'est pour évoquer la question porte ouverte / porte fermée à l'hôpital psychiatrique. Pour l'enregistrement, je précise que vous êtes une femme. Je peux vous demander votre âge ?
- 45 ans.
- Votre dernière hospitalisation remonte à quand ?
- Au mois de mai.
- Et donc c'était dans l'unité ?
- Maupassant.
- Maupassant, unité dont la porte d'entrée est ouverte.
- Oui
- C'était votre première hospitalisation ?
- La première et la dernière, *[Rire]* J'espère bien. Je fais tout pour en tous les cas.
- À l'époque, quand vous êtes arrivée là-bas, vous aviez notion qu'il existait des services porte ouverte, d'autres portes fermées, que la lettre porte allait être ouverte pour vous ?
- Je l'ai découvert sur le tas.
- Vous souvenez comment ?
- Euh non, je ne me souviens pas vraiment ; je sais qu'on a su que ça fermait à vingt heures parce qu'on nous a dit qu'il fallait qu'on soit remonté pour vingt heures au plus tard, voilà. Autrement, dans la journée, on pouvait sortir comme on voulait en bas.
- Oui, pas forcément de l'hôpital mais du bâtiment ?
- Effectivement.
J'allais souvent dans le parc, d'abord parce que j'ai eu de la chance, il a fait beau temps quand j'y étais, donc j'allais bouquiner dans le parc dehors.
- Et vous, ça vous a fait quelque chose d'être dans le service qui était portes ouvertes, en comparaison au service d'en face, dont les portes sont fermées ?
- Hé bien non, je n'ai pas vraiment ...
...
Non.
- Et en termes de ressenti, vous en pensez quoi, ça vous paraît plutôt...
- Moi j'ai préféré ça.
- Vous pouvez m'en dire un petit peu plus ?

- Parce que c'est un petit peu plus libre quand même.
Je sais que dans je ne sais plus quelle unité, ils sortent pour fumer, mais ils ont des heures.
Moi j'ai déjà ça au travail... [Rire]
Ils ont des heures à respecter pour aller fumer donc je trouve que quand même...
Ça permet d'être un peu plus libre quoi.
- Concernant le droit de sortie, il y a plusieurs façons de faire, vous, vous aviez le droit de sortir à n'importe quel moment, il fallait prévenir les soignants ?
- Non. On est libre.
Par contre on ne doit pas sortir de l'enceinte de l'hôpital. Ou alors il faut demander une autorisation d'absence.
- Et pour tous les patients hospitalisés à l'unité « Maupassant », c'était pareil, ou y en avait qui n'avaient pas le droit de sortir ?
- ...
Bonne question.
...
Je ne pense pas, je pense que c'était pour tout le monde pareil.
- Si je pose cette question, c'est parce qu'il y a des unités dont la porte est ouverte, mais on dit au patient que c'est mieux qu'ils ne sortent pas, pour des raisons diverses, et cela peut évoluer...
Vous disiez, « un peu plus de liberté », « éviter de vous sentir comme au boulot ». Il y a d'autres sentiments, d'autres sensations par rapport à cette porte ouverte ? ou si cela avait été fermé, comment vous seriez vous sentie ?
- Eh bien... Moins libre, c'est clair.
Peut-être un peu comme en prison peut-être.
Je ne sais pas, mais pour moi c'est important qu'on se sente libre.
Ça nous permet aussi, je pense, de voir si on tient le coup. J'imagine que vous savez pourquoi on est là-bas...
- « Voir si on tient le coup », cela veut dire quoi ?
- Je ne sais pas comment expliquer ça...
...
Si on était vraiment enfermé toute la journée, ben je ne sais pas, ça ...
On aurait l'impression, on culpabiliserait peut-être encore plus...
Enfin moi je l'ai ressenti comme ça.
- En termes de thérapeutique ou de soins, ce ne serait pas terrible ?
- Ah ben pour moi non. Cela ne m'aurait pas aidé, je ne pense pas. Non
- ...
- Par rapport aux autres patients de l'unité, est-ce qu'à votre avis ça change les choses, au niveau relationnel, au niveau de l'ambiance, que les portes soit fermées ou ouvertes ? Comment vous imaginez vous les choses ?
- Pour ce qui est d'être ouvert, je sais qu'il y avait quelques affinités, avec quelques personnes...
- Le fait que la porte soit ouverte, cela contribuait à aider ?
- Peut-être que si cela avait été fermé, cela aurait été pareil, je ne peux pas vous dire.
Là on se retrouve, on allait fumer ensemble, on allait boire un café à la cafétéria.

On était un petit groupe. C'était sympa, cela permet d'écouter les autres, et de se dire que nous on était là, mais qu'il y a pire que nous.

Enfin moi je l'ai ressenti comme ça. Cela m'a beaucoup aidé. Je me suis dit que moi, je n'étais pas malheureuse.

— Vous avez relativisé ?

— Voilà, tout à fait. Voilà, c'était bien.

Par contre en centre fermé, je pense que cela soit pareil, au contraire, peut-être même plus, parce que du coup vu qu'ils restent dans le même ..., peut-être qu'ils font plus de jeux.

Parce que nous, comme c'était fermé à vingt heures, c'était plus le soir qu'on se retrouvait, on jouait au ping-pong ou regardait la télé.

— Cela permettait de créer une sorte de lien, par proximité ?

— Oui oui, on a joué aux cartes aussi.

Le soir, il y avait une bonne petite ambiance. On est un petit groupe, c'était assez sympa.

— D'ailleurs, cela ouvre à quelle heure ?

— Le matin, cela doit ouvrir à huit heures.

Enfin moi, très souvent ils venaient me réveiller pour le petit déjeuner parce que je dormais.

Et le matin oui je ne sais pas, vers huit ou neuf heures, jusqu'à vingt heures le soir.

Après si on montait après vingt heures, il fallait sonner.

— Et cela posait des problèmes ?

— Eh bien il fallait respecter, c'est le règlement.

— En termes de sécurité, de sécurisation, c'est un thème qui revient beaucoup dans les entretiens, à votre avis, ce qui est le plus sécurisant, c'est de laisser la porte ouverte ou de la fermer ?

— ...

...

Je pense quand même que c'est qu'elle soit fermée.

Mais c'est à double...

Parce que le fait que ce soit fermé, du coup on se retrouve avec des gens qui ont des problèmes psychologiques, et peut-être que ça peut faire plus peur, plutôt que cela soit ouvert...

Et en même temps, c'est peut-être pas non plus sécurisant que ce soit ouvert, parce que n'importe qui peut rentrer.

Donc c'est à double... Ce n'est pas si évident que ça.

— Dans le service ouvert Maupassant, il y a eu des intrusions ?

— Pas du tout. Pas du tout.

— Quand on pense sécurité, on pense sécurité pour soi, par rapport à un extérieur menaçant, mais les personnes ont aussi abordé le fait que les personnes hospitalisées puissent elles aussi être dangereuses à l'extérieur, et donc la fermeture serait sécurisante. Est-ce que cela vous interpelle ?

— C'est vrai qu'il y en avait certains dehors qui faisait peur.

Enfin qui nous faisait peur...

C'est peut-être un grand mot, « peur ».

Mais des gens bizarres, qui parlent tout seul...

Enfin bon moi je sais que ça m'arrive aussi de parler toute seule ! *[Rire]*.

Et puis, surtout des gens qui réclament. Ça c'est une horreur.

Demander un euro ici, une cigarette...

Ça c'est désagréable. Au début, on se fait avoir, je me suis fait avoir au début. Et puis après, j'ai fini par dire : « terminé !. Tant que tu ne m'as pas rendu ce que tu me dois, je ne te donne plus rien. » C'est plus ça.

— Si on essaye de prendre le point de vue j'allais dire du citoyen, des personnes extérieures à l'hôpital, la ville, est-ce que vous pensez que cela un impact pour eux que les portes de service fermé ou ouverte ?

— À oui, cela a un impact que cela soit ouvert.

— Dans quel sens ?

— Car les gens dont je vous parle, ils ne sont pas tous hospitalisés.

Ce sont des gens de l'extérieur, de la ville, qui n'ont rien à faire à l'hôpital, et qui étaient là pour mendier.

— Qui pouvaient rentrer dans l'enceinte de l'établissement ?

— Ah oui oui, ils rentraient. Alors là, pour le coup...

— Concernant les gens de l'extérieur, mais cette fois, les visiteurs, où les proches, est-ce qu'à votre avis cela change les choses pour eux, que le service dans lequel vous avez été hospitalisée ait été ouvert ?

— ...

— Le regard qu'ils portent sur vous, le fait qu'ils aient pu venir ou non...

— Pour les visites, je sais que ma fille est venue une fois m'apporter quelque chose, vers midi, mais là, c'est fermé. Enfin nous on peut entrer mais pas les visiteurs.

— Vous savez pourquoi ?

— Non. Enfin je n'ai pas demandé non plus.

Donc ma fille, était venu m'amener quelque chose, elle est montée quand même avec moi, je lui dis « tu m'attends ».

On voulait entrer dans une salle visiteurs, mais c'était fermé à clé, puisqu'on n'a pas le droit de visite à midi, donc je lui dis : « hé bien écoute, attend dans le couloir, je vais mettre ça dans ma chambre et puis ressortir ». Et puis, on lui a dit de redescendre.

— Donc elle, elle a plutôt expérimenté, comme si c'était fermé. Est-ce qu'elle en a pensé ça, elle en a parlé ?

— Non.

...

— À votre avis, est-ce que le fait d'ouvrir la porte, cela favorise les sorties sans autorisation ?

— [Rire]. [Mouvement de « Oui » de la tête franc.]

— Alors vous faites oui de la tête je précise, car ça ne s'entend pas...

— Oui.

Oh bah oui.

Il y en a qui le font, oui oui, c'est sûr et certain.

— Et cela pose des problèmes, c'est source de complications ? où cela pouvait être plutôt intéressant ?

- Après c'est la conscience des gens.
Moi je sais que cela m'est arrivé de le faire.
Je n'étais pas parti très loin, mais cela m'est arrivé de le faire.
Je l'ai fait une fois, il y a un monsieur qui est là depuis très longtemps, en chaise roulante, il m'avait demandé si je pouvais l'emmener au bureau de tabac.
Je lui dis : « oui mais je dois pas avoir le droit ». Il m'a dit : « Si si, ils connaissent, t'inquiète pas ». Du coup, j'ai cédé, et j'ai eu la remarque le soir, comme quoi il ne fait pas que je le fasse.
Donc là, c'était, pour la bonne cause, si on veut.
Et puis j'ai été une autre fois, pour tester.
J'étais voir, avec quelqu'un d'autre, dehors, pour tester, voir si je me contenterai d'un café, où d'autres choses. Je me suis contenté d'une limonade.
- Et donc le fait d'avoir pu tester, en transgressant, cela vous a servi ?
- Oui. Cela a été intéressant. Je l'ai pris comme ça.
- L'autre versant, c'est en termes de sécurisation, ou de responsabilité...
- Oui, ça je veux bien croire.
Les deux fois où je suis sortie, si je traversais la route que j'avais un accident, je ne sais pas qui est responsable.
Point de vue sécurité, ce n'est pas top.
Mais autrement, pour son travail personnel, qu'on a à faire aussi, parce que c'est un travail, hé bien moi je trouve ça intéressant.
Cela nous permet de tester si...
D'ailleurs je sais que le psychiatre qui s'occupait de moi m'a fortement conseillé de sortir le week-end, de prendre des permissions, cela permet de tester.
- Ça, du coup c'est votre expérience, mais vous l'avez dit, il y a toutes sortes de personnes qui sont hospitalisées. Est-ce que vous pensez que par rapport à eux, que cela peut poser problème ?
- Oui. Il y a tellement de différences...
- ...
- Je ne sais pas comment expliquer mais pour certaines personnes, ce n'est pas facile de voir d'autres personnes dans des états des fois...
- ... lamentable...
- C'est pareil, c'est encore à double effet : ça peut faire rebondir, ou l'inverse.
- Vous, cela vous a plutôt fait rebondir ?
- Oui tout à fait. Mais pour certaines personnes, cela peut être l'inverse.
- À votre avis, savez-vous ce qui fait la différence, que certaines personnes rebondissent et d'autres non ?
- Ah non.
- ...
- Si on parle des soignants, infirmiers, A.S.H, médecins, est-ce que à votre avis cela modifiait leur comportement par rapport à vous, qu'ils travaillent dans une unité ouverte ?
- Ça, je ne peux pas trop vous dire, car je n'ai pas été hospitalisé en milieu fermé.
- En termes de contact avec les infirmiers, vous auriez l'impression que cela facilite les choses que ce soit ouvert, ou le contraire ?

— Eh bien je ne sais pas.

...

C'était bien. Ce que j'ai apprécié aussi, c'est les...

...

Pas les sorties, les activités.

C'était sympa. C'est en groupe, cela permet de voir d'autres personnes. Cela permet de connaître de personnes. J'ai bien aimé.

— En termes de disponibilité de l'équipe soignante, est-ce que vous pensez que le fait que les portes soient ouvertes, cela les rendent plus ou moins disponibles ?

— ...

je ne vois pas ce que cela pourrait changer.

...

— Lors de votre hospitalisation, cela n'est pas une question qui s'est jouée ?

— Pas du tout.

...

— À votre avis, eux, en tant qu'infirmier, est-ce que vous pensez qu'ils travaillent différemment dans l'unité ouverte, que s'ils travaillaient dans l'unité fermée ?

— Ah ça c'est possible.

— Dans quel sens ?

— Je pense que ce n'est pas les mêmes pathologies, les patients n'ont pas les mêmes pathologies, ça oblige les infirmiers à travailler différemment.

— Cela voudrait dire que globalement, il travaillerait plus comment ?

— Peut-être plus strict en unité fermé, et moins strict en ouvert.

Je ne sais pas. Peut-être que je dis des bêtises.

— Ça veut dire que l'unité ouverte, vous ne les avez pas trouvé trop stricts. Vous les avez sentis suffisamment présents ?

— Ah oui, tout à fait.

C'était correct.

— Je reviens excusez-moi, sur la sécurité, les intrusions ; à votre avis, par rapport au trafic de produits, cela change quelque chose que cela soit ouvert ou fermé ?

— ...

je ne sais pas. Peut-être que si le pavillon est fermé, il y aura un peu moins de trafic.

Mais bon, cela se passera dehors, d'une autre manière.

— Je ne vous ai pas demandé, vous avez été hospitalisée en hospitalisation libre, pas sous contrainte ?

— Non.

— Une deuxième question, à laquelle n'êtes pas obligée de répondre ; est-ce qu'on a mis une étiquette, un nom de maladie sur ce qui vous a amené là-bas ?

— Eh bien, c'était pour un problème d'alcool.

— Vous disiez, c'était « ma première hospitalisation, et ma dernière ». Est-ce que vous imaginez qu'il est moins difficile de retourner à l'hôpital quand l'unité est ouverte, ou dans une unité fermée ?

Si vous aviez été dans une unité fermée, est-ce que cela aurait été encore plus difficile d'y retourner ?

— Eh bien je ne me l'imagine pas du tout !

En fermé, je ne sais pas. Je pense que cela aurait été pareil, peut-être même un peu moins envie.

Maintenant, tant qu'on ne l'a pas vécu, on ne sait pas.

Mais je n'ai pas du tout envie d'y retourner !

— Mais ce n'était pas lié à l'ouverture fermeture des portes

— Ah non, aucun lien !

— Je crois que j'ai fait le tour des thèmes que je souhaitais aborder est-ce que vous auriez des questions, ou des choses qui vous paraissent importantes à préciser ou à mettre en avant ?

— ...

Non.

...

— Très bien, merci de participation.

Entretien avec Mme 3.

Patiente hospitalisée dans la sous-unité fermée « Gaudit ».

La rencontre a lieu au CMP.

- Je vais vous demander votre âge tout d'abord.
- 60 ans.
- Et vous êtes une femme, je le répète pour l'enregistrement.
Votre dernière hospitalisation psychiatrie, elle remonte à...
- Elle s'est terminée en mai dernier, j'ai été hospitalisé quatre semaines.
- C'était dans une unité fermée à clé ?
- Fermée à clé.
Et à la fin du séjour, on m'a proposé dans l'unité ouverte, mais j'ai préféré rester dans l'unité fermée, car j'étais habituée au personnel.
- C'était votre première hospitalisation ?
- Ah non, il y en avait plusieurs avant.
- En milieu fermé ou en milieu ouvert ?
- Les deux mais il y en a eu plus en milieu fermé.
- Est-ce que cette dernière hospitalisation, vous saviez qu'elle allait avoir lieu en milieu fermé ?
- Oui.
- Et lors des premières fois où vous avez été hospitalisée, est-ce que vous saviez si ça allait être en milieu ouvert ou fermé ?
- Hé bien c'était il y a très longtemps, il n'y avait pas d'unités ouvertes à l'époque.
Ma première hospitalisation date des années quatre-vingts, en unité fermée.
- Et vous saviez que cela allait être fermé ?
- C'était tout nouveau, je ne m'étais même pas posé la question.
Après j'ai déménagé, donc j'ai été dans un autre hôpital.
Mais cela a toujours été fermé.
Après on a fait les petits jardins enclos, où cela était ouvert, mais sur le jardin.
- À l'époque, c'était comme ça ?
- Oui.
- Quand vous avez découvert que c'était fermé, qu'en avez-vous pensé ?
- Je trouvais ça normal.
Je trouvais ça normal au départ, parce que quand on est interné et qu'on va à l'hôpital psychiatrique, cela m'a paru...
Quand j'ai été en unité ouverte, je crois bien que départ j'étais surprise que ce soit ouvert.
- Et maintenant que vous savez qu'il existe des unités ouvertes et fermées, qu'est-ce que vous

- ressentez quand vous êtes hospitalisée en unité fermée ?
- C'est-à-dire que... Ça dépend du personnel.
Si le personnel m'apparaît sympathique, cela m'est égal d'être dans une unité fermée, parce que quand on demande à ouvrir, ils ouvrent.
S'il fallait attendre une heure qu'ils soient disponibles, ce serait compliqué.
- Durant vos diverses hospitalisations, vous avez dû connaître plusieurs équipes. Comment cela se passait-il ?
- Toujours bien. Il n'y a en tout qu'un infirmier que je n'ai pas aimé.
- Et vous avez déjà été hospitalisée en milieu ouvert ?
- Oui, en cours d'hospitalisations on m'avait transféré
- Et comme aviez-vous trouvé...
- J'avais trouvé ça bien.
- L'équipe ?
- J'ai l'impression qu'on a moins de comment dire...
C'est moins important que l'équipe soit chaleureuse quand c'est en milieu ouvert.
Parce que quand on sort, on a moins de rapport avec eux.
Parce qu'on sort et on rentre comme on veut, donc plus souvent en générale.
En milieu fermé, on demande à sortir, donc on ne va pas demander aussitôt à rentrer pour ressortir.
En milieu ouvert, on peut faire le va-et-vient.
On peut oublier son paquet de cigarettes ou autres chose...
- Et donc l'équipe est moins nécessairement chaleureuse en milieu ouvert ?
- Il me semble bien, c'est pour cela que j'ai refusé d'y retourner quand ils m'ont proposé.
J'aime bien l'équipe en fermé.
J'avais peur que cela ne se passe moins bien avec l'équipe en unité ouverte.
- Quitte à ne pas pouvoir sortir quand vous vouliez ?
- Oui mais l'équipe ouvrait...
- Donc là on évoque des situations où vous êtes hospitalisée en milieu fermé et vous avez le droit de sortir. Et en milieu ouvert et vous avez également droit de sortir...
- Et quand on n'a pas droit de sortir...
Hé bien là, c'est compliqué.
Et pire, la chambre d'isolement. Je ne sais pas ce que ça fait partie de votre thèse mais...
Je peux vous dire que la chambre d'isolement, c'est l'humiliation. On est en pyjama, on n'a même pas droit d'une culotte à soit, on enlève tous vos bijoux.
Je ne vois pas l'intérêt.
On m'a bien expliqué : « des fois il faut se poser », moi je suis bien d'accord qu'on ait besoin de se poser, mais je ne vois pas pourquoi il y a l'humiliation d'être en pyjama toute la journée sans nos bijoux...
Je ne vois vraiment pas en quoi on est dangereux avec des vêtements plutôt qu'en pyjama.
- Et on vous a dit ou expliqué que c'était par rapport à la dangerosité ? De se mettre en danger ou de mettre en danger les autres ?
- Il faut que j'en parle avec mon docteur. Car vraiment...

- J'étais en colère, et c'est pour ça que je restais en chambre d'isolement : cela en rajoutait sur l'exaltation.
La chambre d'isolement, je trouve ça humiliant.
Quand on n'est pas dangereux pour soi-même ou pour les autres, on ne devrait pas avoir la chambre d'isolement à l'époque actuelle en 2012.
Quand on est dangereux, je suis d'accord.
- Quand vous dites dangereux, vous pensez à quoi ?
- Eh bien risque de... Je ne sais pas moi, les personnes qui sont dangereuses pour les autres, ou bien dangereux pour soi, mais encore en chambre d'isolement, on n'a même pas droit à une vraie fourchette.
Risque de suicide par exemple, on ne sait jamais.
Cela ne fait peut-être pas parti de votre thèse, mais c'est un sujet...
- On n'en revient au droit de sortir. Vous et ce que vous avez été hospitalisée en milieu fermé, sans le droit de sortir ?
- Hé bien en début d'hospitalisation, toujours. C'est comme ça.
A un moment, le psychiatre vous dit : « vous avez le droit ».
Au début, c'est mettons trois fois une demi-heure de temps de sortie, et deux trois jours après, cela passe toute la journée...
Et quelquefois vous n'avez le droit de sortir qu'accompagnée d'un infirmier.
- Ce fonctionnement là, cela vous va ?
- Oh bah je sais que c'est pour rassurer le psychiatre, l'équipe.
Mais des fois il n'y a pas besoin.
Par exemple, après, ils ne m'avaient autorisé à sortir uniquement avec un ami.
Bon ben c'était au cas où je voulais fuguer, ou je sais pas quoi ; mais je n'avais aucune intention de fuguer.
Ils trouvaient cela nécessaire, et j'avais compris.
L'accompagnement d'un infirmier, ça peut être qu'on vous trouve encore un peu trop exaltée.
- Et du coup cela fait quoi d'être accompagnée par un infirmier ?
- Oh bien moi, cela ne m'a jamais été désagréable.
- Cela peut freiner l'exaltation ?
- Non. Le psychiatre le pense, mais cela ne freine pas l'exaltation, non non.
Mais ce qu'il y a d'embêtant, c'est que les infirmiers ne sont pas toujours disponibles ; alors vous ne sortez pas souvent.
Bref c'est embêtant
- Alors, symétriquement, en milieu où la porte n'est pas fermée à clé, vous n'avez jamais expérimenté un milieu non fermé à clé où vous n'avez pas le droit de sortir ?
- Ça existe ça ?
Je ne connais pas du tout.
Quand la porte est grande ouverte, comment voulez-vous qu'ils vous empêchent de sortir ?
- Il existe d'autres services, où la porte est ouverte la journée, et les sorties sont contractualisées.
- Ah non là à Saint-Jacques, on vous met en milieu fermé.
C'est pour ça qu'il y a deux unités, une ouverte, une fermée : si vous n'avez pas le droit de sortir,

- vous allez dans la fermée.
- C'est l'objet de ma thèse, il y a des services uniquement fermés à clé, d'autres sont ouverts à clé, mais on n'a pas forcément en sortir, d'autres avec les deux sous unités.
 - Eh bien je me souviens, maintenant, j'ai été hospitalisée en Z, et c'était tout le temps ouvert, et il n'y avait pas de chambre d'isolement...
 - Mais alors comment cela marchait là-bas ?
 - Cela marchait très bien. Et en plus il fallait attendre...
Cela faisait mettons une semaine ou quinze jours que j'y étais, le psychiatre m'a dit qu'il fallait attendre l'acceptation de la sécu pour me rapatrier, bref, toujours est-il qu'il m'avait dit « faites comme si vous étiez en maison de repos ».
Effectivement, on allait dans le village et tout, on se baladait.
Parce qu'à Saint-Jacques, on n'a pas le droit de sortir de l'hôpital. Enfin... Je ne dis rien de plus.
Toujours est-il que là-bas, au contraire, ils souhaitaient que l'on aille dans le village.
Et c'était ouvert.
 - Est-ce qu'il y avait des personnes hospitalisées là-bas qui n'avaient pas le droit de sortir ?
 - Eh bien oui il me semble bien, maintenant que vous me le dites.
 - Et elles acceptaient, ou il y avait plus de fugue ?
 - Non, ça n'avait pas l'air. Mais je n'ai pas tout suivi. Mais il y avait des gens handicapés, qui n'avaient sûrement pas le droit de sortir.
 - Et alors que pensez-vous de ce fonctionnement là ?
 - C'était il y a longtemps...
...
 - Est-ce que vous pensez, par rapport à l'ensemble des personnes hospitalisées, que cela change l'ambiance, que le milieu soit fermé à clé ou ouvert ?
 - Oui. Je pense qu'il y a moins d'agressivité en milieu ouvert qu'en milieu fermé.
 - Comment cela ?
 - Hé bien parce que les gens en milieu fermé, ils pètent les plombs.
Enfin il y en a, de même qu'en chambre d'isolement, il y en a qui pètent les plombs.
J'ai dit à mon médecin : « À ma place, vous auriez pété les plombs ».
Parce que j'y suis resté deux semaines. J'en avais ras le bol, j'étais en colère, alors ils me laissaient en chambre d'isolement, parce que vu que j'étais en colère, il me croyait exaltée encore.
C'est vrai que j'étais encore exaltée, mais pas au point de rester en chambre d'isolement.
Mais comme j'étais en colère, je la déversais sur les médecins, qui se disaient : « on ne va pas la sortir tout de suite ».
On m'a fait sortir, quand on a réalisé que ça faisait 15 jours que j'y étais.
J'étais pas plus calme à la fin qu'au début !
 - Donc vous disiez, qu'il y a plus de tensions en milieu fermé ?
 - Oui, plus d'agressivité
 - En milieu ouvert, ce n'est pas pareil ?
 - Non parce que les gens ils sortent.

- Par exemple, ils vont pousser une gueulante, et après, ils vont sortir.
Alors qu'en milieu fermé, les infirmiers vont reprendre, cela va être confiné à l'intérieur de l'unité.
- Est-ce que cela jouerait sur d'autres choses que l'agressivité, que ça soit ouvert ou fermé, pour les patients ?
- ...
En ouvert, moi il me semble, que pour les gens dépressifs c'est très bien
- Parce que ?
- Eh bien vous savez bien, que pour les gens dépressifs, un psychiatre vous met toujours des horaires libres pour sortir.
Un dépressif qui s'enferme sur lui-même, c'est le cercle vicieux.
Il faut qu'il sorte, il faut qu'il ait du contact avec des gens et tout, pour ne pas sombrer dans une dépression profonde.
- Et est-ce qu'il y a des avantages que la porte soit fermée à clé selon vous ?
- Bien oui pour les gens violents.
- Parce que ?
- Parce que s'il agresse n'importe qui dans le parc...
- Mais du coup ce serait à l'intérieur de l'unité ?
- Oui mais il irait en chambre d'isolement.
- En milieu ouvert, où vous avez été, il n'y avait pas de chambre d'isolement ?
- Non. Et cela peut paraître étonnant, mais ils enfermaient les gens dans leur chambre, et ce n'était pas fermé à clé. Il disait : « vous restez dans chambre », et cela marchait.
- Est-ce que vous pensez que les portes fermées peuvent avoir une fonction rassurante, pour certaines personnes ?
- Il me semble bien avoir entendu dire ça par certaines personnes....
- Plutôt les psychiatres, où les personnes hospitalisées ?
- ...
Je sais que la dernière fois j'étais hospitalisé, je n'étais pas pressée de partir.
Une fois sortie, j'étais bien contente d'être sortie !
Mais à l'intérieur, cela faisait quatre semaines que j'y étais, l'équipe était sympa, je faisais du bien autour de moi et je me sentais utile ; enfin il y a plusieurs raisons qui faisaient que je n'étais pas pressée de sortir.
C'était déjà le cas lors de ma première hospitalisation.
Je m'étais dit : « si la liberté c'est derrière les barreaux, hé bien ce sera derrière les barreaux ».
Je trouvais que si à l'intérieur d'une unité, on pouvait faire ce qu'on voulait, c'était un aspect de la liberté.
Mais au bout d'un moment, je me suis dit « quand est-ce que l'on sort ? »
Des fois on s'y sent bien parce qu'on y est.
- Parce que cela est fermé notamment ?
- Non, pas du tout.
C'était la relation avec les gens, le fait d'avoir l'impression d'être utile.

- Est-ce que vous pensez que fermer la porte à clé, c'est une bonne manière d'empêcher les patients de sortir sans autorisation ?
- C'est la manière radicale.
Pourtant en Z, cela n'avait pas l'air d'être le cas.
Mais il me semble bien quand même, qu'il y ait nécessité quand même, pour certains patients, cela peut être utile de fermer à clé.
Pour des patients qui seraient complètement perdus. Et qui pourraient sortir, errer.
Mais ça je le dis contre mon gré, parce que j'aimerais bien que les unités soient ouvertes.
- Si vous saviez à choisir, vous choisiriez plutôt la version ouverte ?
- Oui.
[Rire]
- par rapport aux visiteurs. Savent-ils si la porte ouverte ou fermée, quand vous êtes hospitalisée ?
- Oui ils savent.
- Et qu'en pensent-ils ? Et comment le savent-ils ?
- Et ben la première fois... Je ne sais pas...
Ils ont découvert quand ils sont venus me voir...
Mais moi je n'aime pas trop les visites quand je suis à l'hôpital. Il y a très peu de gens qui viennent me voir.
- Et est-ce que vous pensez que cela change la perception qu'ils ont de vous, que vous soyez hospitalisée en milieu ouvert ou fermé ?
- Bien sûr.
Si je suis en unité ouverte, que je rentre que je sors comme je veux, il n'y a pas la même image que s'il y a besoin de sonner, que les infirmiers ouvrent la porte.
- C'est-à-dire ?
- Si vous êtes dans unités où l'on rentre et on sort comme on veut, l'image de l'extérieur, c'est « elle n'est pas si mal que ça ».
Alors qu'autrement c'est « elle a encore besoin être enfermée »
- Est ce que des personnes ne sont pas venues, en unités fermées, seraient peut-être venues autrement ?
- C'est sur.
Déjà il y a des horaires, en unités fermées, où l'on ne peut pas recevoir de visite.
Il fallait être présent et on avait pas ressortir, parce qu'il y avait des transmissions.
- Et vous cela change de comportement, par rapport aux visites ?
- Moi je n'aime pas que l'on me rende visite quand je suis à l'hôpital, que cela soit en milieu ouvert ou fermé.
- Concernant l'équipe soignante, est-ce que vous pensez que l'équipe travaille différemment en milieu ouvert ou en milieu fermé ?
- Au cela doit sûrement changer les choses. Oui, certainement.
En milieu fermé, regardez les patients qui demandent à ouvrir, cela doit leur demander une disponibilité en plus de leur boulot.
Alors qu'en milieu ouvert, ils n'ont pas à s'occuper de ça.

- En milieu fermé, ils doivent vérifier.
Parce que l'on n'a pas toujours affaire au même infirmier, et ils doivent vérifier si vous avez le droit de sortir ou pas.
- Et du coup, dans vos rapports avec l'équipe, ce temps passé auprès de qui vérifie, c'est un temps supplémentaire à leur contact ?
- Ah non. Ce temps-là, c'est pas le temps où l'on discute avec eux.
Ils ouvrent à toute vitesse, et ils retournent à leur boulot.
- Cela ne favorise pas les échanges ?
- Non
- Et en unités ouvertes, vous aviez remarqué que les soignants étaient plus disponibles ?
- J'ai remarqué que j'avais très peu de rapports avec eux...
D'ailleurs je ne me souviens pas d'eux...
J'avais des rapports que au moment de manger...
- Et ça, vous l'expliquez comment ? Cette différence de rapport...
- je crois que... En milieu fermé, on est plus présent. On est plus là...
- Et ça, c'est intéressant parce que cela favorise les contacts humains avec les infirmiers...
- *[Rires]*...
Et cela donne moins de liberté aux patients.
[Rires]
- Et alors vous en concluez quoi ? Globalement ?
- Eh bien concrètement, si je n'ai pas voulu aller dans l'unité ouverte, c'est que j'étais très bien dans l'unité fermée.
- Concernant la sécurisation de l'unité, par rapport aux gens extérieurs... Des intrus...
- Oh bah moi je n'ai jamais eu peur.
- Et dans l'hôpital, les risques d'intrusion ? Pour les autres patients ?
- Dans l'unité ouverte, il n'y a pas plus d'intrusion...
- De façon très globale, est-ce que vous pensez que les patients se rétablissent plus rapidement en unité ouverte ou fermée ?
- Je pense que les patients... Ce n'est pas évident...
Qu'ils se rétablissent, c'est une grande question.
Parce que la psychiatrie, elle a encore des progrès à faire.
Les gens, ils partent, ils reviennent, ils partent, ils reviennent...
Il y a quand même un problème.
Donc je ne pense pas qu'un séjour en psychiatrie rétablisse quelqu'un. Cela peut le protéger à un moment donné, mais cela ne rétablit pas.
- Et vous cette organisation en deux sous-unités, cela vous paraît pertinent ?
- Je ne sais pas, parce que je ne connais pas tous les cas de figure de malades.
Je sais que je suis hospitalisée en milieu fermé en général même si je n'irai pas faire de fugue en milieu ouvert.
Mais comme on considère que je suis exaltée, peut-être que je vais faire une fugue, alors on me met

systématiquement en placement à la demande d'un tiers. Tout le temps.

— Alors qu'il y a des fois où il n'y aurait pas forcément besoin ?

— Eh bien non. Je n'ai pas envie qu'on vienne me chercher chez moi ou des trucs comme ça. C'est comme la chambre d'isolement, il y a des fois où je n'ai pas mérité.

— ...

Y a-t-il des choses que vous souhaiteriez ajouter ?

— Non je ne vois pas.

Entretien avec Mr 4.

Patient hospitalisé dans la sous-unité fermée « Gaudi ».

L'entretien a lieu au domicile du patient, maison individuelle. Son père est présent, il assiste à l'entretien.

- Pour l'enregistrement, vous êtes un homme ; quel âge avez-vous ?
- 35 ans.
- Et donc vous avez été hospitalisé sur Saint-Jacques, dans l'unité de psychiatrie 2 Gaudi.
- Oui, c'est ça.
- La dernière hospitalisation remonte à quand ?
- C'était, juste avant que je reprenne à travailler. Mais et j'ai des difficultés à me souvenir.
- Ce n'était pas votre première hospitalisation ?
- Il y en avait eu une au début de l'été.
- Et c'était la première ?
- Oui
- Quand vous êtes arrivé là-bas, vous saviez que l'unité était fermée ?
- Non, car j'ai mis du temps à comprendre ce qui m'arrivait.
Et puis quand j'ai compris ce qui m'arrivait, j'ai compris que j'avais besoin de soins, que j'avais tout intérêt à rester plutôt que partir.
- Et vous vous en êtes rendu compte quand ?
- Oh je pense que ça m'a pris une dizaine de jours, à comprendre que j'étais dans un milieu fermé. J'ai même pas trop cherché à savoir si c'était ouvert, j'avais besoin de soins. Dès lors, je faisais tout ce qu'on me disait.
- Quand vous en êtes rendu compte, qu'est ce que ça vous a fait ?
- Ça m'a rien fait. J'étais entre les mains de professionnels, et je pense que je ne pouvais pas être dans de meilleures mains.
- Avant tout ça, vous imaginiez qu'en psychiatrie il puisse y avoir des services fermés, des services ouverts ?
- Oui.
Je le savais, parce que dans mon métier, on a affaire à des gens qui ont péché les câbles. Et on savait pertinemment que c'est des gens qui n'allaient sûrement pas sortir tout de suite, donc il valait mieux que cela soit fermé, pour leur propre sécurité et celle des autres.
- Donc cela ne vous a pas surpris davantage ?
- Non, je savais que cela existait.
- Donc quand vous vous êtes rendus compte de ça, ça nous a pas fait grand-chose, vous vous êtes dit que vous étiez dans de bonnes mains...
- Oui. Je n'ai même pas cherché à avoir des sorties !

- Après, j'ai su qu'il y avait des sorties, mais heureusement qu'on me l'a dit, parce que je ne savais pas, je ne pensais pas à demander, ou même à sortir, j'avais trop besoin de soins.
J'étais à un point, j'étais monté très haut.
- Parce que c'est vrai que l'unité est fermée à clé, mais ce n'est pas pour autant qu'il est impossible de sortir, cela peut être contractualisé avec le médecin...
- Oui, tout à fait.
- Ce fonctionnement là, vous en pensez quoi ?
- Très bien. Très bien.
Pour quelqu'un, je pense, normal, dont j'espère faire partie, pour moi c'est normal, c'est logique.
J'ai très vite compris que je devenais dangereux pour les uns et les autres comme pour moi.
Donc j'ai compris très vite qu'il valait mieux que je sois sous clé pour le moment.
Et après, au fur et à mesure du temps, pouvoir sortir, prendre l'air, socialiser, se re-socialiser.
- Donc l'idée, c'est une question de sécurité, pour se protéger ?
- Tout à fait. Sécurité pour moi-même comme pour les autres.
- Est-ce que vous pouvez m'en dire un petit peu plus là-dessus ?
- Eh bien apparemment j'ai eu des réactions très violentes, j'ai le souvenir de m'être excusé auprès d'un infirmier, mais pas des autres. Je pense que j'étais dangereux pour moi-même comme pour les autres.
- Et le fait que l'a porte soit fermée, cela protégeait ?
- Cela me protégeait moi comme les autres.
Je pense ?
J'ai explosé, et pourtant je ne suis pas comme ça. En plus, je fais de la boxe, donc les pauvres... Je ne me souviens plus comment cela s'est passé, mais...
- Par rapport au groupe de patients hospitalisés, est-ce que vous pensez que ça change les choses, l'ambiance, que ce soit fermé ?
- J'ai envie de dire que c'est un test pour notre réaction positive ou négative : quand vous voyez les gens autour de vous, qui ruminent, qui vont dans un sens, dans un autre, qui ruminent, qui parlent dans le vide, c'est tout de même fort, on a envie de se sortir de ce tout ça.
Donc c'est en plus ou en moins.
Si la tendance est positive, j'envie de dire qu'on a envie de s'en sortir, si c'est si on est dans une tendance négative, je pense que cela peut vous enfoncer un peu plus.
Mais bon, en même temps, c'est un mal pour un bien.
Et puis on essaie de sociabiliser, devant les autres, de discuter ; on a essayé de jouer au tarot.
Mon père m'avait ramené un jeu de poker, on avait joué.
- Et ce côté socialisation, vous pensez que le fait que la porte d'entrée soit fermée ou ouverte, cela change les choses ?
- Moi cela ne m'a pas posé de problème.
Dans le sens où je n'ai pas cherché à sortir, et que je préférerais avoir l'aval des médecins pour sortir, et en même temps, que cela soit ma propre décision.
Cela s'est fait pour le médecin et pour moi, c'est une décision commune.
- Une fois que vous avez demandé, à sortir, très concrètement, il faut demander aux infirmiers. Ce fonctionnement là, cela vous a posé problème ?

- Non. On m'a proposé, car ils ont dû voir que je n'osais pas trop demander, que je ne connaissais pas le principe, car à vrai dire je ne savais pas qu'on pouvait sortir.
On m'a dit : « ça vous intéresse, de telle heure à telle heure, on sort, on va sur les bords de Sèvres ? ».
On allait se promener sur les bords de Sèvres, à quatre ou cinq.
Et puis voilà, ce n'était pas trop mal, ça m'a bien aidé.
- Est-ce que ça vous est arrivé de sortir seul aussi ?
- Non.... Si, après je suis sorti avec ma compagne, qui m'a rejoint.
- Justement, par rapport aux visiteurs, aux gens qui sont susceptibles de venir vous voir, est-ce que cela change quelque chose, pour eux.
- Pour eux ? Oh oui, je pense que ça a dû les toucher.
- Dans quel sens ?
- Affectif. Le contact.
Avec le conjoint, le contact avec le fils, le frère.
Ça a dû un peu les toucher.
En même temps, il fallait qu'ils comprennent que ce qui m'est arrivé, c'est quelque chose d'important, et qu'il valait mieux me laisser dans les mains de professionnels.
Après, c'est vrai que dans la famille on ne comprend pas trop, mais quand on connaît un peu le fonctionnement, je pense qu'on ne cherche pas trop à comprendre, on dit « c'est bon, il est entre de bonnes mains. »
- Est-ce que des gens ne seraient pas venus vous voir, parce que la porte est fermée ?
- C'est une bonne question, mais je ne sais pas.
Je ne sais pas parce qu'il y a des gens qui m'ont dit qu'ils ne pouvaient pas mais est-ce qu'ils ne pouvaient pas parce qu'ils ne pouvaient pas ou qu'ils n'avaient pas trop envie, je ne peux pas trop savoir.
- Est-ce que vous pensez que cela changeait le regard des autres sur vous ?
- Bonne question. Je dirais qu'on vous juge plus sur ce que vous avez fait que sur ce qui vous arrive.
Je vois j'ai repris le travail, et j'ai des regards enfin il y a quelques regards qui en disent long... Pas beaucoup, mais quelques-uns
- Et ça vous pensez que ça peut être lié au fait que vous soyez hospitalisé en service fermé ? Plutôt qu'ouvert ?
- Non, c'est plus à cause de ce qui s'est passé, c'est plus ça qu'autre chose
[...]
- En termes de soins, thérapeutique, à votre avis, la porte fermée, ça aide ? Est-ce que c'est un outil thérapeutique aussi ?
- Je ne pense pas.
C'est une question de bon vouloir.
La porte fermée, à vrai dire, je dois dire que pour moi elle n'a pas existé.
Elle était totalement inexistante, cette porte fermée.
Parce que j'avais du relationnel avec le personnel, qui était super.
Je trouvais vraiment très très bien. D'ailleurs je me suis présenté au même service quand j'ai voulu être hospitalisé une deuxième fois. Ils ont été super.

- Cela n'a pas été un frein pour revenir
- Ce qui était un frein, c'est de repasser par les urgences médico-psychologiques.
J'ai dit à un médecin que je ne comprenais pas ce qui m'arrivait, que j'étais dépressif, il m'a dit :
« ça ce n'est pas une dépression ». Alors là vous vous posez des questions.
Et je me suis dit : « effectivement, je suis malade. »
- Vous parlez bien du lien avec les soignants, est-ce qu'à votre avis, que la porte soit fermée, cela modifie les interactions avec les infirmiers ?
- J'ai envie de dire que ça le favorise.
Ça favorise le fait qu'on soit en vie, et qu'on ait envie de vivre.
Je vais vous dire, les portes fermées, ça donne espoir.
Moi quand je sortais, j'étais super content, j'ai ma compagne qui venait me chercher, on sortait, je faisais des choses, et je trouvais ça bien.
Parce que ça vous reboost.
Moi ça m'a reboosté que la porte soit fermée, et de sortir d'un endroit où on est malade, et se dire :
« et là on est sur la voie de la guérison ».
Faut-il avoir un relationnel extérieur qui soit adéquat.
Car si à l'extérieur ça va mal, on vous rejette, eh bien ça fait quelque chose.
Ça peut compliquer les choses.
- Et du coup par rapport à l'équipe soignante, aux infirmiers, aux infirmières, le lien peut se faire facilement que ce soit fermé ou non ?
- Je pense que la porte soit fermée ou ouverte...
... c'est une question de sensibilité, de contact.
Pour ma part cela s'est extrêmement bien passé, ils ont été très gentils.
- Est-ce qu'à votre avis, à leur place, cela change la façon de travailler que ce soit fermée ouvert ?
- C'est une bonne question, il faudrait leur poser, je ne peux pas répondre à leur place. Je n'en sais rien.
[...]
- Je ne vous ai pas demandé, est-ce qu'on a mis un diagnostic, une étiquette sur ce qui vous est arrivé ?
- Non, non, et je vous dirai, je n'ai pas trop cherché à savoir, si c'était une maladie schizophrène ou autre.
- Dépression, j'ai entendu ?
- Oui oui. Là, il y a mon père qui est venu ce soir, j'étais très content de le voir, j'étais ému. Le relationnel, cela fait du bien.
- Oui.
Je ne vous ai pas posé la question de savoir si vous aviez été hospitalisé sous contrainte...
- La première fois, j'étais attaché.
- Et vous savez, S.P.D.T, S.D.R.E, H.D.T, H.O. ?
- Oui, là c'était... Attendez... Que je ne dise pas de conneries...
C'était une hospitalisation à ma demande.
Je ne sais plus trop si c'est moi qui l'ai demandé ou si on me l'a plus ou moins « glissé » entre

guillemets... *[sourire]*.

J'étais dans un moment très faible.

C'est vrai que la première hospitalisation que j'ai eue, j'ai paniqué, on m'a parlé de contrat, et j'ai paniqué, parce que dans mon délire, le contrat c'était quelque chose de très très sérieux.

J'ai dit à mon docteur, que c'était le terme « contrat », j'ai commencé à voir le bien et le mal, c'était très fort.

Mais je crois que hospitalisation était à ma demande.

— Très bien, merci, je crois qu'on a fait le tour des thèmes je souhaitais aborder ; vous, est-ce que vous auriez des choses à préciser ?

— J'ai envie de dire qu'il faut être bien entouré.

Il faut être bien entouré, que ce soit au niveau de la famille, de la femme, des amis, des collègues, il faut être très bien entouré.

On est dans un moment très fragile, et c'est un moment où l'on doit dépasser tous les problèmes pour essayer de faire union, et d'aider la personne à surmonter son problème être solidaire. À partir du moment où on est tous solidaires, cela ne peut qu'aider.

— *[Intervention du père, à mon intention :]*. Si la famille n'allait pas ?

La conversation se centre sur la problématique du patient...

Entretien avec l'entourage de Mr β .

Entourage de Mr β , patient hospitalisé dans le service ouvert « le Hameau ».

L'entretien a lieu dans un bureau sur l'hôpital G. Mazurelle.

- « Re bonjour » pour l'enregistrement, vous êtes quelqu'un de l'entourage d'un patient qui a été hospitalisé.
Et nous allons donc parler de la question ouverte/fermée à l'hôpital.
- La porte de service. Côté matériel ? Parce que la porte, cela peut être « franchir le pas », « franchir un seuil », « hésitez... »
- Tout à fait.
Là où était hospitalisée la personne dont vous faites partie de l'entourage, la porte était ouverte, donc les patients n'ont pas à demander l'autorisation pour sortir.
- Mais je pense qu'il y a un jardin intérieur...
- C'est vrai.
Il y a également des services fermés avec un patio à l'intérieur, et/ou un jardin, il faut demander l'autorisation pour pouvoir sortir par la porte principale.
- Ça peut créer des angoisses. Il faut accepter son état qui nécessite cette protection.
...
- Je vais vous demander votre âge...
- J'ai passé la cinquantaine.
- Le fait que votre ami ait été hospitalisé dans un service dont la porte était ouverte, vous le saviez ?
- Pour aller le voir, il fallait que le patient demande l'autorisation, et cela était assez facile.
Au début de l'hospitalisation, il faut couper encore un peu les ponts, et ça, il faut l'accepter.
Avant d'être hospitalisé, il y a déjà toute une démarche qui peut être un peu traumatisante pour l'entourage quand ça arrive la première fois, parce que l'on croit être l'unique secours.
Quand il y a des sentiments qui lient patient à l'entourage...
- Moi je n'ai pas du tout compris ce qui est arrivé ; le patient a eu le réflexe d'appeler quelqu'un de sa famille pour lui venir en aide.
Mais bon j'ai eu très très peur moi. Je ne comprenais rien du tout. Et cette personne en fait m'a protégée indirectement.
- C'est elle qui vous a mis au courant ?
- Non, elle a fait une crise. Moi je continuais de lui venir en aide, mais à un moment donné, j'ai réalisé que ce n'était plus la même personne que j'avais en face de moi.
Il était complètement persécuté, c'était quelqu'un d'autre.
Je me suis senti en danger aussi.
Mais de lui-même, il a fuit de chez moi.
Je me suis demandé où il allait aller, se jeter dans un trou d'eau...
Et en fait c'est lui qui a eu le réflexe d'appeler son frère, qui l'a pris en main, et l'a déposé ici.
« Hospitalisation par un tiers » je crois.

- C'est arrivé une fois en un an et demi.
- Et vous, la première fois qu'il a été hospitalisé, qui vous l'a appris ?
- Je pense que c'est son frère. [...] J'ai un ressenti horrible. Mais c'était la seule manière pour l'arracher à moi aussi. Moi je voulais le protéger. J'étais encore dans... Voilà. Et puis j'ai compris.
- Et que la porte soit fermée ou ouverte, ?
- Disons qu'il fallait que je me préserve aussi.
Il a fallu couper les ponts.
Je me suis dit : « pour son bien, c'est là-bas qu'il est mieux. »
Moi, j'avais fermé ma porte, déjà, pour me protéger.
Avec cette crise, il devenait dangereux pour moi, par les propos.
Après je me suis dit « c'est vrai que par moment, il avait eu quelques sorties... »
Bon... Je ne sais pas le vrai le faux.
Et puis il a attenté à sa vie. J'ai prévenu [...] de ses intentions. [...] C'était de mon devoir Il fallait éviter la propagation... Mais il y a toujours eu beaucoup de confiance entre nous, et j'étais loin d'imaginer ce degré de...
- Et quand vous êtes venus la première fois, la visite, elle a eu lieu à l'intérieur, à l'extérieur ?
- Dans un lieu juste après l'entrée, il y a un lieu spécial.
- Et là, vous avez constaté que la porte était ouverte ?
- Non, moi, j'ai confiance au corps médical.
Moi, c'était maintenir le lien, au moins fraternel, je ne voulais surtout pas laisser tomber.
C'est vrai qu'il y a beaucoup de gens qui laissent tomber les gens après avoir vu ça, c'est pas du tout mon style.
Maintenir le lien, et s'ajuster au rythme de la guérison.
- Si la porte d'entrée avait été fermée, avant d'entrer dans cette petite pièce, est-ce que cela aurait changé quelque chose pour vous ?
- Je n'aurais pas compris moi. C'était une double punition. Ou alors il aurait fallu que je discute avec le personnel, pour que l'on me prépare à ça.
- Ah, je pense que vous avez compris que je voulais dire « porte fermée, on ne vous laisse pas rentrer »
- Oui, ce n'est pas ça ?
- Non, que la porte soit fermée, mais que l'on vienne vous ouvrir.
- Hé bien j'aurais osé. Puisque je ne laisse pas tomber.
- Est-ce que cela vous aurait fait quelque chose, que l'on vous ouvre, avec une serrure, pour entrer dans le service ?
- Hé bien l'histoire de la porte fermée, je la connais depuis mon enfance.
J'étais pensionnaire, la porte du pensionnat elle est fermée.
J'ai apprivoisé mes peurs d'être enfermée.
Ma chambre à coucher était à côté de celle de mes parents, qui était fermée à clé. Je n'avais jamais accès.
- Également le jour ?

- Le jour, mes parents étaient agriculteurs, j'avais la garde de mon petit frère, et comme ils allaient travailler loin, on était enfermés. Et je l'ai admis
- Alors ça, cela concerne votre parcours, et si on parle du patient hospitalisé en psychiatrie ?
- Eh bien on se plie aux règlements.
J'ai été visiteuse pour quelqu'un d'autre. L'accès est des plus libres.
Ça crée des liens. Ça donne plus de chances au patient de croire en ses facultés de réinsertion.
Ce n'est pas coupé intérieur et extérieur.
Et moi ça me rassure.
Si j'étais dans ce cas-là, j'aimerais qu'on me rende visite, parce que bon ce sont des lieux de souffrance. Il ne faut pas oublier sa si j'ai l'occasion, l'opportunité, ça me semble naturel de leur apporter...
Je ne sais pas si je réponds à la question...
Et puis il faut aborder les autres patients. Car tous les cas sont mélangés.
Dans le deuxième cas, j'étais un peu effrayé, il y avait quelqu'un d'enfermé, et qui tapait, dans la chambre d'isolement.
Ça ça me fend le cœur.
J'y suis allé plusieurs fois, ça me donne le cafard. Mais le patient que j'ai visité, non.
- Et lui, il avait le droit de sortir comme il voulait ?
- Il fallait le signaler. Qu'il apprivoise sa nouvelle liberté.
Il y a des bonnes prises en charge, qui leur permettent d'aller se balader ailleurs.
Le cadre est grand, ce n'est pas une petite structure.
En croisant les gens, on peut s'évader.
Il y a toujours quelque chose de nouveau à découvrir : cette fois, des minis rouleaux de foin.
[l'herbe venait d'être coupée, et mise en botte]
Ça m'a rappelé un tableau de Van Gogh. J'étais heureusement surprise en arrivant.
On a un peu la sensibilité exacerbée, donc tout ce qui touche à l'affectif, on le subit autrement. On parle positivement.
- Si on considère le groupe de patients global, hospitalisés, à votre avis, qu'est ce qui est plus sécurisant concernant la porte ?
- Vous voulez que je représente la société ? C'est vrai qu'avec la loi et la restriction de liberté, l'augmentation de la rétention... Et la rétention je n'aime pas ce mot, car je l'assimile au domaine de la prison.
- Et alors portes ouvertes, portes fermées à clé, est-ce que cela renvoie à ça ?
- En tant que malade, si on est là, c'est pas par hasard.
À part quelques cas ; enfin je pense, je n'ai pas vérifié, mais il doit y avoir quelques familles qui abusent de leur pouvoir par rapport à leur enfant.
Mais il suffit d'un seul cas, c'est ça qui fait peur. Donc il faut défendre les droits des malades
- Donc la question portes ouvertes portes fermées, vous avez l'impression que ça joue pour les droits des malades ?
- Ça dépend des confidences qu'on reçoit.
Moi aussi j'ai un passé de patiente... On m'a mis sous perfusion, je n'avais pas droit de sortir.
- La porte était ouverte ou fermée ?
- On pouvait aller à l'extérieur, mais pas dans le parc je crois.

- Je sais qu'au début, on a peur des autres patients, et on s'enferme dans sa chambre ; il y a beaucoup de défiance.
Enfin ça dépend de qui.
C'est vrai que moi je n'ai jamais fait le pas de venir ici, je suis allé à la clinique.
Ici, c'est beaucoup plus mélangé. Je n'ai pas complètement confiance, j'ai peur de tomber sur un violeur, un déréglé...
- Pour revenir sur la question de la sécurisation, avec les portes, est-ce que vous pensez que pour un patient, cela un impact ?
- ...
Cela dépend de qui, de pourquoi le patient souffre.
- Il y a des patients pour lesquels ce serait rassurant, et d'autres non ?
- Ça dépend, de la sociabilité...
Entre patients, on se comprend mieux, et la société elle ne comprend rien.
On croit que c'est nous qui avons raison et que les autres n'ont rien compris.
Il se crée d'autres sortes de liens, parce qu'on est tous dans la même galère. Et on est plus tolérant, s'il y en a qui fait la tête, eh bien on comprend.
- Et le fait que ce soit fermé ou ouvert, cela un impact sur le groupe sur sa cohérence ?
- À oui
- Dans quel sens ?
- Eh bien on est au même titre.
Enfin ce sont des suppositions : je pense que toute situation qui peut engendrer de la souffrance extérieure, peut engendrer chez les individus qui souffrent, qu'on est un groupe.
Moi j'ai appris à positiver.
C'est vrai que les gens se confient beaucoup. Il faut voir ce que les gens vivent, c'est incroyable.
Quelle force !
Pour moi c'est un modèle. Ils ne craquent pas, alors que c'est immense comme souffrance.
C'est eux qui m'aident. Ceux qui souffrent le plus, c'est la locomotive du groupe.
Enfin je constate. Nous, on sait écouter, et on sait compatir.
- Et l'ambiance des unités serait différente dans une unité fermée ou une ouverte ?
- Eh bien le groupe il progresse après.
Il y a des représentants, qui peuvent faire appel à la direction pour avoir le droit de sortir.
Des autorisations de départ, qui sont souvent accordées.
C'est complémentaire des soins. Vous fournissez l'écoute et la béquille médicamenteuse mais nous on est obligé de s'en sortir. Donc on ravive nos instincts de survie.
On puise des choses que l'on avait pas encore découvert je ne sais pas si ça rapport avec la résilience... Mais ça, ça dépend de chacun, de son caractère. [...]
- Vous évoquez un côté presque auto thérapeutique du groupe...
- Du côté des soignants cette fois, est-ce que le fait que la porte soit ouverte ou fermée à clé, cela change quelque chose ?
- ...
Eh bien vous avez besoin de décompresser aussi parce que vous avez un métier facile *[sic]*.
Quand vous fermez votre porte, je sais que vous avez une famille et tous derrière.
Moi je comprends. [...]

- Et pour les infirmiers, est-ce que pensez que cela change leur comportement que ce soit fermé ou ouvert ?
- ...
...
[souffle]
Il faut tellement être vigilant dans ce métier.
S'il y a un patient qui fuit ça peut retomber dessus je pense. S'il y en a un qui fait selon des bêtises, qui perd son contrôle, c'est le groupe qui en pâtit.
- Et justement, ces fugues possibles, elles sont favorisées par la porte ouverte ? On fugue plus facilement quand la porte est ouverte ou fermée ?
- Alors ça c'est très intéressant.
Ça me rappelle quelque chose, [...]
Ceux qui sont mis en chambre d'isolement... Enfin je me trompe de porte, j'ai du mal.
Déjà et il y a la porte de l'établissement, la barrière, pendant longtemps je n'ai jamais voulu venir.
[...]
Moi, mon cheval de bataille c'est que qu'on soit malade ou pas, on est une personne, il faut qu'on respecte la dignité de la personne.
Cette idée, elle est née aussi d'une chanson [...] qui m'avait choqué. [...] Il parle de « lobotomisation du cerveau ».
Je suppose qu'il a dû faire une crise, il était attaché.
Ça m'a interrogé. J'avais cette chanson « choc » en tête. [...] il fallait faire attention à la dignité des gens : rien que de porter le pyjama bleu. [...] Après, on est stigmatisé par un uniforme. Moi je ne supporterais pas.
- Alors j'en reviens la porte fermée : la porte fermée, cela stigmatise ?
- Dans l'extérieur certainement, car on est considéré comme dangereux.
Alors qu'il y a peut-être différentes étapes intermédiaires. Il suffit d'un cas. Mais je ne sais pas. Je ne peux pas vous répondre si les gens trouvent que c'est trop sévère comme décision, ...
[...]
- Je reviens sur le fait que vous étiez attentive à la dignité.
Il y a d'autres paramètres que le pyjama qui vous ont interpellés ?
- Je sais que la personne n'est pas en mesure de parler, mais il faudrait la laisser entrer en communication.
Qu'est-ce qui lui arrive ?
On ne lui laisse pas le choix parce qu'il y a urgence.
Mais je pense que celui qui est passé une fois, il a tellement peur, c'est un cauchemar.
[...] Il y a des gens qui sont passés par là, qui m'ont livré ce témoignage.
Vraiment, cela leur faisait plaisir de m'en parler. La façon dont ils le vivent...
Il y en a qui le vivent comme une punition. Dès qu'ils vont à l'extérieur, ils ont la punition.
- Vous parlez de la chambre d'isolement ou de l'hospitalisation, la punition ?
- Je crois que c'est les deux.
Mais c'est comme un gamin qui fait une bêtise, il veut la fessée.
Mais c'est à se demander s'ils ne font pas des conneries pour.
- Que l'unité soit ouverte ou fermée, cela change les choses sur la demande ?

— Oui, car il peut revenir quand ils veulent. [...]

...

[...]

C'était quoi la question ?

— Je ne sais plus !

...

Est-ce que d'après vous, les patients se rétablissent plus vite quand la porte est ouverte, ou dans quand elle est fermée ?

— Oui parce qu'on apprivoise la future liberté.

Enfin attendez... Portes ouvertes, c'est quand on ouvre la journée ?

Mais on peut les appeler ? Par téléphone....

— Et sur l'aspect thérapeutique. Que la porte soit ouverte ou fermée ?

— Ça dépend pour qui c'est.

Si un mec est prêt à dégommer des gens, il est mieux dans un établissement type Cadillac¹⁶. Mais en attendant, il est là. Moi je ne serai pas rassurée du tout.

— Cela touche à la notion de dangerosité des patients ?

— Une fois que c'est fermé à dix-neuf heures, ils arrivent à fuguer.

Histoire de braver les interdits, de se prouver qu'ils existent enfin j'en sais rien.

Ils font la courte échelle et tout ça. C'est l'évasion. Et puis peut-être qu'ils font les caïds entre eux...

[...]

— Et vous disiez que la porte se ferme après dix-neuf heures...

— Je trouve que c'est un compromis.

Enfin ça dépend de la densité de personnes, de toute façon les patients ne le racontent pas.

Ceux qui sont dans le délire, il faut attendre que le temps fasse son œuvre.

Il faut être patient.

Patience est mère de vertus

Par contre je sais qu'il y a des personnels qui souffrent de cet enfermement.

Enfin surtout la mise en chambre d'isolement.

C'est le point culminant pour moi.

Je sais qu'ils ont besoin d'en parler entre eux après.

Ça les rend patraque, d'enfermer un être humain enfin j'imagine

[...]

Car des fois c'est la police qui amène le gars en menotte, et ils ont juste le temps de faire la piqûre.

Moi je leur tire mon chapeau.

Mais ils font la part des choses, ils sont formés pour ça.

Quand on vient, de l'entourage, peut-être on aurait besoin de formation.

Pour expliquer, car l'on peut voir les choses dans un mauvais sens.

Ça donne pas envie de revenir mais je pense que c'est dommage, car il y a des gens extérieurs qui ont besoin de soins, et qui ne viennent pas se faire soigner, parce qu'ils ont une mauvaise image de l'hôpital psychiatrique, et ces gens-là devraient venir aux portes ouvertes, pour dé-stigmatiser tout ça, parce que cela peut arriver à n'importe qui.

Il suffit de divorcer, de perdre un enfant,... Et c'est la chute

16 Établissement pour malade difficile près de Bordeaux.

- Et sur cette dé-stigmatisation, le fait que la porte du service soit ouverte, cela peut avoir un impact ?
- Oui. Ça soulage que cela soit ouvert.
Moi ça me soulage.
[...] C'est en apprivoisant, petit à petit que j'ai découvert...
[...]
- Au « Hameau », pavillon ouvert, sont hospitalisés toutes les personnes du secteur. Même celles qui peuvent être dangereuses ?
- Mais c'est pas très rassurant, pour les autres patients.
Je suppose que ça accroît la surveillance, par les aides-soignants et les infirmiers.
Parce qu'il y a des plus faibles.
[...]
- Et alors pour ces personnes-là, qu'est-ce qu'il faudrait ?
- Leur offrir une chance, mais après, on ne peut plus. Il faut être protégé. Moi j'ai eu mes faiblesses, j'ai mes fragilités...
[...]
[...]
- Est-ce que vous auriez d'autres choses que vous aimeriez dire concernant les portes fermées ou ouvertes à l'hôpital
- Je trouve qu'il y a beaucoup de familles qui ont peur de faire hospitaliser un de leurs membres à l'hôpital. Soit que le patient a honte vis-à-vis de sa famille.
Donc il faut des visiteurs intermédiaires. Parce que les familles souffrent aussi. Elles sont inquiètes pour le devenir de leur enfant.
[...]
- Les portes ouvertes portes fermées, est-ce que ça facilite l'accès à l'hôpital pour la famille ? Pour l'entourage ?
- Oui sinon ils s'inquiéteraient.
Ça augmente les inquiétudes. Mais il faut leur expliquer. Il faut qu'ils rencontrent le médecin. Avec des termes vulgarisés.
[...]
- Par rapport à la démarche, cette étude, est-ce que vous avez des questions à poser ?
- Portes ouvertes portes fermées, c'est très pragmatique. Je me demandais ce que vous vouliez dire.
Porte serrures, franchir le pas...
[...]
Mais je pense que les gens de l'extérieur ne savent pas qu'ils peuvent venir.
[...]
J'espère que ce que je vous ai dit était intéressant.
- Oui absolument.
Mais je pense que je dois faire un petit peu le tri dans tout ce que vous m'avez dit !
- Oui je suis quelqu'un, je n'arrive pas à faire le « zoom » sur votre demande.

Entretien avec l'entourage de Mr O.

Entourage de Mr O., patient hospitalisé dans le service fermé « Minéo ».

La rencontre à lieu au domicile de son père, à la suite de l'entretien avec ce dernier.

- Donc nous sommes à X, et vous faites partie de l'entourage d'un patient.
Pouvez-vous me dire votre âge ?
- 60 ans
- Et vous êtes une femme.
Un de vos proches a été hospitalisé en hôpital psychiatrique. Est-ce que vous saviez avant son hospitalisation si la porte d'entrée allait être ouverte ou fermée ?
- Alors je ne savais pas que ce serait fermé, et je trouve du coup que ça ressemble à une prison.
Je vais ouvrir une parenthèse, je pense que cela dépend aussi du stade de malades, du patient.
Je pense que quelqu'un comme mon papa n'avait pas besoin d'être enfermé comme ça.
Je dis écroué.
Je pense qu'à son niveau, il en avait vraiment pas besoin.
Et pour nous qui allions le voir... J'ai trouvé ça très très désagréable.
- Comment avez-vous appris que c'était fermé ?
- En allant voir : il fallait sonner, appeler le corps médical qui allait nous ouvrir.
Bon... C'est incroyable, ils nous voyaient par les petites fenêtres mais bon...
Ils avaient autre chose à faire, ils discutaient dans les bureaux. Ils échangeaient peut-être leur avis sur certains patients, OK, d'accord.
Mais j'ai trouvé que l'accueil était quand même très désagréable pour les familles qui rendent visite.
Très désagréable
- Votre père m'a dit qu'il avait été hospitalisés dans des endroits où la porte n'était pas fermée comme ça. Cela changeait les choses pour vous ?
- Oui. Très agréable.
On n'a pas l'impression qu'il est dans un centre hospitalier, c'est une grande maison.
Il y va effectivement pour être soigné, pour être pris en charge aussi, mais avec de la liberté.
Et je pense que personnellement, au stade où était mon père, il avait besoin de cette liberté, parce que sinon c'est renforcer l'effet psychologique que l'enfermement peut avoir sur eux, et je pense que c'est néfaste dans le traitement.
- Ce serait quoi cet effet ?
- Je pense que ce serait rajouter à la panique, rajouter au phénomène de stress qui existent déjà intérieurement
Car intérieurement ils ne sont vraiment pas bien, et ça ça rajoute à leur stress, à leur mal-être.
Là je reste au niveau de mon père.
Pour certains patients, je pense que c'est peut-être nécessaire, parce qu'ils peuvent être agressifs vis-à-vis des personnes qui rentrent, où d'autres malades.
Et là je pense qu'effectivement il faut avoir une certaine rigueur.
Dans ces cas-là est-ce que l'on ne peut pas faire dans ce genre d'établissement, deux sections : une

- pour les cas les plus graves je dirais, et une autre pour les personnes dépressives et qui ne représentent pas de danger ni pour eux ni pour les autres.
- Donc d'après vous imaginer que les portes soient fermées à clé pour les personnes potentiellement dangereuses pour elle-même ou pour les autres, cela les protégerait ?
- Moi je pense.
Je pense qu'ils ont besoin de ça d'ailleurs.
Ne serait-ce que pour leur redonner un cadre à ne pas dépasser je pense même que c'est plus sécurisant pour eux, de savoir qu'il y a des limites, qu'ils sont dans un cadre, qu'on les surveille, qu'ils sont protégés.
Je pense que c'est peut-être nécessaire.
Mais dans d'autres cas, je pense que c'est vraiment l'internement, et la ça m'a choqué.
« Défense d'aller dans sa chambre ». Donc on est reçu dans des petits salons, des pièces qui sont impersonnelles, dans lesquelles il n'y a rien, pas d'accueil.
Il n'y a même pas une petite fleur, une plante, c'est vraiment très très dépouillé.
Alors il y a des familles qui viennent voir des proches, des amis, et ce sera peut-être un risque d'avoir un pot de fleurs parce qu'ils peuvent le lancer, je sais bien.
Mais je reviens toujours aux mêmes choses : faire deux unités.
- Pour vos qu'est-ce que cela a changé la vision que vous aviez de lui qu'il soit hospitalisé en milieu fermé ?
- Non cela n'a pas changé mon point de vue sur lui. J'étais seulement déçu qu'il soit enfermé dans cette unité.
Je trouvais que ça allait trop loin, c'était trop fermé pour lui.
Mais cela n'a pas changé mon point de vue, mes idées vis-à-vis de lui.
- Vous parliez de l'effet potentiellement sécurisant de l'unité fermée, pour certaines personnes. Sécurisant pour elle-même, pour les personnes de l'extérieur. Par rapport à l'équipe infirmière ?
- Je pense que cela peut être plus sécurisant de se dire : ils ne peuvent pas sortir, ils peuvent éventuellement aller dans les couloirs.
- Quels couloirs ?
- Ceux qui distribuent les chambres.
On n'a pas le droit de circuler dedans.
On en a rencontré deux, qui visiblement ne devaient pas y être, et le cadre hospitalier les a pris et les a ramenés dans leur chambre.
Est-ce que les chambres sont fermées à clé pour certains je ne sais pas...
De toute façon on n'a pas droit d'y aller.
Moi j'aurais préféré discuter dans sa chambre ; quand il a été hospitalisé en clinique, parce qu'il avait fait une chute, on allait dans sa chambre, on entrain on sortait, sans faire trop de bruit pour les voisins.
On se sent libres : on veut aller faire un tour dans le couloir, parce qu'il fallait qu'il marche, on pouvait le faire.
Là, on n'a pas le droit. Tout est interdit.
Je pense que pour le personnel soignant, le fait que ce soit fermé à clé, cela doit être sécurisant. Car ils se disent que le patient ne peut être que dans l'enceinte du bâtiment.
- Est-ce que vous pensez que les portes fermées à clé évitent les sorties sans autorisation ?
- Ça je pense, car ils ne peuvent pas sortir, il faut un code.

- Et comme ils sont pas mal drogués, je pense qu'ils ne peuvent pas récupérer le code.
- Je reviens sur les infirmiers, est-ce que cela change leur travail ?
- Le faite que cela soit bouclé ?
- Oui.
- Je ne sais pas. Je ne sais pas comment ils considèrent leur travail.
Si j'étais infirmière dans un cadre comme ça, je n'aimerais pas ; je préférerais un cadre ouvert.
Enfin cela dépend du degré de maladie des patients.
- Pourquoi cela ?
- J'aime pas les choses fermées. J'aime bien aller vers les autres, aller vers l'extérieur, et échanger.
J'ai une question sur un patient, j'aimerais aller demander dans l'unité d'à côté, voir ce qu'ils en pensent. Si à chaque fois il faut faire un code pour aller demander, je pense que je ne le ferai pas.
Je n'irai pas demander, j'allais dire « tant pis pour le malade ».
Je n'aime pas les choses cloisonnées, fermées.
C'est comme si on était embrigadé : « vous êtes là et n'en bougez pas ».
Je ne trouve pas ça bien. Mais c'est vrai que ça dépend du cas, du patient : un malade auquel vous avez enlevé une jambe, vous n'allez pas lui dire « va marcher ». Il faut lui donner une canne.
Là, c'est pareil: la porte fermée va remplacer une canne pour certains malades.
Après, oui la limite, ça c'est du domaine de la psychiatrie.
- Aviez-vous connaissance qu'il y avait des services de psychiatrie dont la porte est ouverte ?
- Je n'en connais pas personnellement. Après je n'ai pas énormément fréquenté ce milieu-là...
- Saviez-vous que cela existait ?
- Je pensais que cela était plutôt des maisons de repos, pour personne déprimée.
Pas du milieu hospitalier.
Là, les portes sont ouvertes, les patients peuvent aller dans le parc, se promener, les visiteurs peuvent emmener leurs proches se promener, au restaurant... C'est ouvert.
Plutôt pour convalescence de personnes déprimées...
- En opposition à quoi ?
- À la folie, vous pensez ?
- ...
- Je pense qu'il y a une barrière entre le déprimé, le grand déprimé, et la folie pure et dure, sans que ce soit péjoratif.
Je pense qu'il y a un énorme fossé.
Où est la vraie folie et où est le sub-normal ?...
Moi j'ai été hospitalisée, mais la porte était ouverte. Je n'ai jamais été bouclée : j'avais le droit d'aller dehors, dans le jardin, de rencontrer les autres malades, il n'y avait pas d'interdits.
- Et ça c'était plutôt...
- Je trouve que pour le malade, il se sent moins malade. On a moins tendance, quand on peut aller à l'extérieur, de faire de l'immobilisme, de penser à ses propres problèmes.
- Alors j'entends bien, pour les personnes atteintes de folie, comment pensez-vous le fait que des services soient ouverts et accueillent des personnes qui seraient plus dans le champ d'une folie plus importante, d'une « vraie folie » ?

- Alors ça, ça dépend de la folie. Est-ce qu'elle est agressive ?
- Le tout venant pour la psychiatrie. Il y a certains secteurs où c'est la seule possibilité.
- Moi je serais plutôt pour que ce soit ouvert.
Mais je veux ouvrir une parenthèse : il ne faut pas non plus que le fait que cela soit ouvert, que ces personnes-là puissent se faire du mal, agresser les autres patients, ou agresser le corps médical tout simplement.
Si une infirmière arrive avec une seringue, que cela lui fait peur, et qu'il y ait des réactions agressives, voilà.
- Et ça vous pensez que la porte ouverte ou fermée cela change les choses ?
- Je pense qu'en France, on manque de personnel.
Je pense que s'il y avait plus de personnel, que les chambres des patients soient ouvertes, mais qu'il y ait un va-et-vient de personnel soignant, un ballet régulier, je pense que cela peut être bénéfique.
- Cela revient à dire que l'humain peut remplacer un verrou ?
- Je pense.
Le fait qu'un malade soit dans sa chambre, qu'il voit du monde passer, je pense qu'il ne se sent pas isolé, qu'en cas de problème, il peut appeler, il y a toujours du monde qui passe, c'est rassurant.
On met des gens en prison parce qu'ils ont fait quelque chose OK.
Mais ces gens-là ils ne sont pas bien dans leur tête, mais ils ne l'ont pas demandé.
Je pense que ça peut être bénéfique de voir un va-et-vient de personnes, même d'autres patients.
En général ils sont assez... Médicamentés...
Et je ne pense pas qu'ils vont sauter sur la première personne.
Mais moi je pense que la porte ouverte c'est mieux.
La porte fermée, cela peut être un phénomène de stress supplémentaire :
J'ai été hospitalisé en traumatologie. Il y avait un jeune qui a eu un accident de moto, et qui était enfermé dans sa chambre, il passait son temps à tambouriner, à gueuler. Alors que quand il était dans le couloir, je l'ai croisé plusieurs fois, il ne m'a jamais agressé, jamais dit quoi que ce soit.
- Mais pourquoi a-t-il été enfermé dans sa chambre ?
- Je crois qu'il allait embêter, les autres patients, et aussi le corps médical. Et pour avoir la paix, du coup ils l'enfermaient. Je trouve que ce n'est pas une solution.
- Seriez-vous d'accord, j'extrapole vos propos, pour dire que si l'on ferme la porte à clé, c'est qu'il n'y a pas assez de personnel soignant ?
- Hé bien tout à fait.
Mais je reste sur mon truc, je pense que ce n'est pas une solution de fermer les portes.
Vous allez mettre un enfant qui a fait une bêtise dans un placard, qu'est-ce qu'il va faire ?
Autant lui expliquer les choses, qu'il a fait une bêtise, et la prochaine fois qu'il recommence, ce sera une fessée.
Mais enfermé dans le placard, il va avoir peur, c'est traumatisant. Et je pense que c'est aussi traumatisant pour un adulte.
- Mais le point de buté finalement, c'est la question de la sécurité : peut-être que des gens vont être dangereux, et que la porte fermée c'est un bon moyen de limiter cette dangerosité. Alors comment faire ?
- Je ne sais pas ce qu'il faudrait trouver, ce qu'il faudrait faire pour éviter de fermer la porte, tout en gardant le phénomène sécurité pour les autres patients et le corps médical.

Qu'est-ce qu'il faut faire ?

Est-ce qu'il faut faire comme les chiens ? Il y a des colliers, pour ne pas qu'ils sortent d'un espace, cela leur donne une décharge. Est-ce qu'il n'y aurait pas, un petit bracelet à mettre, et que dès qu'ils passeraient à un endroit, cela déclencherait une petite alarme.

Mais il y a aussi un coût je suppose.

Est-ce que cela pourrait être des rayons, qui traverseraient... comme les coffres-forts, les banques.

J'en sais rien. Mais si cela peut éviter de fermer, de boucler...

De leur mettre une petite puce sous la peau... [*Rire*]... J'extrapole complètement...

... Mais quelle est la solution ?

C'est compliqué. Pour leur confort, et la sécurité de tous...

Là c'est à vous, spécialistes d'y réfléchir...

Point de vue des patients sur l'ouverture ou la fermeture à clé des services d'hospitalisation en psychiatrie.

C Projet de recherche

1) Problématique :

En France, actuellement, l'offre de soins psychiatriques publique est basée sur une organisation territoriale « de secteur », qui fait correspondre les structures de soins (équipes soignantes, services de consultation, unités d'hospitalisation,...) à la population d'une zone géographique définie.

Malgré le développement des structures extra hospitalières, l'hospitalisation complète tient toujours un rôle très important dans cette organisation. (1) (2)

Une grande diversité de méthodes thérapeutiques, propre à la psychiatrie et liée à la complexité de son objet, se retrouve dans l'organisation des soins hospitaliers. (1)

Dans mon parcours d'interne, je suis passé dans plusieurs services d'accueil dit « de secteur », qui reçoivent aussi bien des personnes demandeuses d'une hospitalisation, alors hospitalisées en « hospitalisation libre », que des personnes soumises à un régime de soins contraints tel que le permettent les dispositions légales.

La diversité des moyens thérapeutiques que j'ai pu voir déployer dans les différentes unités où j'ai travaillé est très grande, ce qui constitue une richesse certaine.

J'ai été particulièrement sensible à un paramètre variable : la fermeture à clé de la porte d'entrée principale du service d'hospitalisation :

- Dans certains secteurs, les unités sont fermées à clé en continu, nécessitant pour tous les patients de solliciter un soignant détenteur des clés pour pouvoir entrer ou sortir.
- Dans d'autres, il n'existe que des unités qui ne sont pas fermées à clé la majorité du temps, voire tout le temps.
- Ailleurs, il existe deux unités différenciées, une ouverte, une fermée à clé ; les patients y sont orientés par le médecin selon différents paramètres.
- D'autres modalités existent certainement (fermeture dans un unique sens, ...)

Ce paramètre est au carrefour de bien des enjeux : thérapeutiques tout d'abord, mais aussi sociopolitiques, renvoyant au rapport entre la société et les personnes atteintes de « maladie mentale » et aux fonctions de sécurisation et de protection de la société et/ou du patient qui peuvent être données à la psychiatrie, éthiques puisqu'il est question de privation de liberté, juridiques, ...

En France, des données statistiques ont été recueillies et publiées sur l'état des pratiques, mais s'axent sur les soins sous contrainte uniquement. Il apparaît alors qu'un peu moins de 30 % des secteurs disposent d'une unité ouverte uniquement. On ne connaît pas la proportion de secteurs ne comportant que des unités fermées. (données RAPSY 2008) (3) Une étude de 2003 n'ayant recueilli que 25 % de réponses avançait que 40 % de secteur ne disposait que d'une unité ouverte (5 % ouvertes tout le temps), 18 % ne disposant que d'une unité fermée. (4).

Une étude qualitative interroge le point de vue des soignants dans un établissement. (5)

En Europe du nord, particulièrement en Angleterre et en Suède, ce sujet a amené de nombreuses publications, notamment par des auteurs comme L. Bowers ou K. Haglund, ou M. Van Der Merwe, pour ne citer qu'eux. (6) , (7), (8), (6)

Les thèmes d'études ainsi approfondis sont variés : évolution historique des pratiques, point de vue de l'équipe soignante, du patient, incidence de ce paramètre sur les fugues, sur les passages à l'acte avec agressivité, sur la consommation de substances proscrites dans l'établissement, abord éthique de cette question...

Ainsi, il existe bien des manières d'aborder les enjeux liés à ce paramètre.

Le recueil du point de vue de ceux qui sont sensés tirer profit des soins psychiatriques et de leur organisation, les patients, me paraît un fondamental dans une première approche.

En effet, une de mes préoccupations est d'éviter l'écueil qui consisterait à envisager qu'un paramètre environnemental, ici la fermeture à clé, puisse très directement et certainement influencer les comportements et les pensées de groupes d'individus. Écueil selon lequel l'individualité est annulée, permettant l'illusoire déploiement des pouvoirs de l'environnement, du cadre sur un ensemble indistinct de patients.

Croyance vainement mise en pratique durant de nombreuses années dans l'expérience asilaire, dont les résultats ne furent pas probant sur le plan thérapeutique et qui nous invitent donc à chercher dans d'autres directions. (9)

Un recueil de points de vue individuels et particuliers, considérés comme tels, permet d'éloigner toute tentation de généralisation qui ne peut être qu'abusive.

Il me paraît également important de s'intéresser à l'entourage proche des patients, d'écouter leur ressenti et réflexions à ce sujet, car d'une part ils sont après les patients les premiers touchés par les soins et leur modalité, d'autre part leur place est parfois négligée. (2)

Le plan Santé mentale 2005-2008 souligne l'importance de prendre en compte « la parole et le rôle des usagers et de leurs familles », dans l'approche globale de la santé mentale. (2)

Ainsi je pose la question suivante :

Quel est le point de vue des patients sur l'ouverture ou la fermeture à clé de l'unité d'hospitalisation psychiatrique ?

En plus de l'apport que constitue en tant que tel le recueil du point de vue du patient, je souhaiterai explorer la supposition suivante : ce point de vue est lié à l'organisation du service dans lequel il a été hospitalisé. (service ouvert, fermé ou autre)

Nous allons donc essayer de recueillir les points de vue de patients ayant été hospitalisés dans différents secteurs : un disposant d'une unité ouverte uniquement, un disposant d'une unité fermée uniquement, un secteur disposant des deux.

Nous allons essayer de recueillir l'opinion du médecin chef du secteur, afin d'obtenir une description de l'organisation des soins.

Nous allons également essayer de recueillir les points de vue de l'entourage proche du patient.

Méthodologie :

Dans le cadre de la réalisation d'une thèse de doctorat en psychiatrie à l'université de Nantes, sous la direction du Dr. J.P. Garret, docteur en psychiatrie au CHS G. Mazurelle, La Roche sur Yon, nous allons réaliser une enquête qualitative exploratoire, menée de juin à septembre 2012, auprès de personnes ayant vécu une hospitalisation à temps complet dans différentes unités :

Les unités choisies sont les suivantes :

- unité d'hospitalisation du secteur 85G02, pôle sud est vendéen, dont le chef est le Dr Garret. Cette unité a pour particularité d'être principalement non fermée à clé durant la journée
- Unité d'hospitalisation du secteur 44G06, dont le chef de pôle est le Dr Guillorel. Cette unité est elle fermée à clé en continu.
- Unité d'hospitalisation du secteur 44G02, dont le chef de pôle est le Dr Martineau. Elle comporte deux sous unités distinctes : une unité non fermée à clé durant la journée et une autre unité fermée à clé en continu.

Le choix s'est porté sur ces lieux du fait que j'y ai travaillé en tant qu'interne en psychiatrie lors de mon cursus, que la variété de leur organisation a contribué à l'émergence du questionnement qui nous intéresse dans ce travail, et correspond donc tout à fait à l'objet de cette recherche.

Des entretiens avec les chefs de pôle seront réalisés, afin de préciser l'organisation des unités et ses déterminants.

Choix des personnes interrogées :

Avec l'accord et l'aide des médecins responsables de ces unités, plusieurs patients vont être

choisis et contactés en vue de la réalisation d'entretiens ayant pour thème l'ouverture/ fermeture à clé des unités d'hospitalisation psychiatrique.

Les médecins responsables des patients envisagés seront consultés afin de s'assurer de la non malfaisance d'une telle intervention, concernant leur intégrité psychique actuelle d'une part, la qualité du lien thérapeutique avec le système de soin d'autre part.

Concernant la constitution du corpus de patient, il ne s'agit pas ici d'obtenir un échantillon représentatif de la population étudiée, mais un corpus diversifié, la variable principale étant le lieu d'hospitalisation du patient. (9)

Ainsi, il paraît judicieux d'inclure dans cette enquête un nombre similaire de personnes pour chaque unité d'hospitalisation, et de maximiser la variété clinique et psychopathologique des situations présentées.

Concernant leur nombre, dans l'idéal, il faudrait qu'il soit suffisant pour que les informations recueillies lors des entretiens deviennent redondantes (phénomène de saturation).

Néanmoins, dans le cadre d'une enquête exploratoire, et compte tenu du temps disponible pour sa réalisation, nous fixons un maximum de 6 patients dans chacun des 3 secteurs définis, soit un total de 18 patients maximum.

Ces patients seraient sortis d'hospitalisation, depuis au moins une semaine et au plus 2 mois.

En effet, il paraît préférable de recueillir le point de vue des patients après leur hospitalisation afin de minimiser les biais liés aux éventuelles pressions ressenties ou à des enjeux de loyauté envers la structure hospitalière.

Le délai générique choisi (plus d'une semaine, moins de deux mois) est généralement celui dans lequel se situe le prochain rendez-vous de consultation extra hospitalière, après une reprise de contact avec le milieu extérieur, et avant que les souvenirs de l'expérience hospitalière ne se troublent trop.

Ainsi, on peut estimer à priori que la personne serait disponible psychiquement pour répondre à un questionnaire de ce type.

Le point de vue du médecin psychiatre référant de la personne lors de son hospitalisation reste prépondérant quant à la pertinence de ce délai.

Selon les personnes et leur expérience de l'hospitalisation, le délai maximal pourra être rallongé. (notamment en cas de personnes souffrant d'une affection ayant nécessité plusieurs hospitalisations et qui sont relativement familières avec le système de soin)

À noter que l'accès au dossier médical du patient n'est pas souhaitable pour cette enquête.

En effet, on s'intéresse ici au point de vue du patient, dont le recueil se veut le plus neutre possible. La connaissance préalable d'éléments médicaux ou d'éléments de vie précis pourrait colorer de façon inutile l'entretien.

De plus, l'asymétrie dans la relation, grandement favorisée par la connaissance d'éléments personnels sur la personne interviewée, ne me semble pas favorable à l'émergence d'un libre discours sur son hospitalisation.

Ainsi, les éléments possiblement intéressants pour cette étude concernant le patient et son hospitalisation seront recueillis directement auprès de lui.

Les éventuels risques de déstabilisation psychique provoqués par de telles questions posées directement sont minimisés par la méthode de recrutement qui implique l'accord de son médecin référent, ainsi que par le tact et l'expérience clinique de l'interviewer.

Plusieurs méthodes sont envisagées afin de contacter les patients :

– via le psychiatre référent de la prise en charge hospitalière, qui les informerait lors d'un entretien déjà prévu s'il en est, ou bien téléphoniquement, de ce projet de recherche, et demanderait leur consentement à ce que je les contacte par téléphone pour plus d'explications et l'organisation d'une rencontre.

– S'il n'est pas souhaitable ou possible que le psychiatre référent de la prise en charge hospitalière les contacte, je pourrais, avec son accord, établir téléphoniquement le contact initial afin de recueillir leur consentement.

Dans les deux cas, un courrier explicatif suivrait par courrier ou email. (cf annexe)

Je contacterai ensuite les personnes par téléphone, afin d'organiser, si elles sont d'accord, la rencontre pour l'entretien. (définition du lieu et de la date)

Déroulement des entretiens :

Actuellement en 8^{ème} semestre d'internat de psychiatrie je réaliserai les entretiens.

Ils sont conçus de façon semi-structurée, ce qui permet de ne pas omettre des thèmes déjà repérés dans les précédentes études, tout en préservant la possibilité d'émergence d'autres hypothèses.

Un guide d'entretien est préparé, qui construit notamment à partir de celui utilisé pour le rapport commandé par l'université de Londres de Bowers. (10)

Ainsi, on envisage d'aborder les thèmes suivants :

- informations concernant la personne et son hospitalisation : données démographiques, conditions d'hospitalisation (mode, durée, poursuite de soins...)
- connaissance du statut ouvert ou fermé à clé de la porte, mode de découverte, description du fonctionnement.

- Sentiments sur l'ouverture ou la fermeture à clés, en tant que patient :répercutions sur les activités quotidiennes, sur le comportement vis-à-vis des autres patients et des soignants, sur l'adhésion aux soins ; effet thérapeutique,
- Effets sur le groupe de patients : sur le sentiment de sécurité du patient, des soignants, de l'extérieur ; sur les sorties sans autorisation ; sur l'ambiance de l'unité ; sur le soin .
- Effets sur les visiteurs / l'extérieur : modification de leur regard sur la personne hospitalisée ; impressions propres ; modification de leur comportement.
- Effets sur l'équipe soignante : modification du comportement de l'équipe par rapport au patient et réciproquement, modifications relationnelles, sentiments allégués aux soignants concernant ce paramètre.

Ces thèmes ne semblent pas en tant que tel constituer de sources d'intrusion psychique qui pourraient nuire à la personne interviewée.

Avec l'accord du patient, une personne de son entourage qu'il choisirait serait contactée, et un entretien serait réalisé avec elle de la même manière. Une grille d'entretien est là aussi construite à partir des sources précédemment citées,

Analyse et publication :

Ces entretiens seront ensuite retranscrits en texte afin d'être analysés de façon thématique.

Les documents sonores seront effacés.

En vue de la publication d'un document écrit (thèse), les textes seront autant que possible rendus anonymes : substitution des noms propres, effacement des dates d'hospitalisation.

Le lieu d'hospitalisation restera présent, vu son intérêt dans l'analyse.

Les entretiens avec les chefs de services s'organiseront de façon plus directe, les précautions éthiques ne paraissant pas nécessaires dans ce cas.

Bibliographie

1. L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » (2005-2010). Cour des comptes; 2011 déc.
2. France., Coldefy M. La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques. Paris: la Documentation française; 2007.
3. Leroux I, Schultze P. Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale [Internet]. 2011. Available de: <http://www.sante.gouv.fr/cartographie-regionale-de-l-offre-de-soins-en-sante-mentale.html>
4. Alezrah. Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ? [Internet]. 09:22:33 [cité 2011 août 29]. Available de: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=16159688>
5. LEYRELOUP, DIGONNET. La liberté de circulation : portes ouvertes, portes fermées ? [Internet]. [cité 2011 août 31]. Available de: http://www.serpsy.org/piste_recherche/hopital/porte_ouverte_amlled.html
6. van der Merwe M, Bowers L, Jones J, Simpson A, Haglund K. Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2009 avr;16(3):293-9.
7. Haglund K, van der Meiden E, von Knorring L, von Essen L. Psychiatric care behind locked doors. A study regarding the frequency of and the reasons for locked psychiatric wards in Sweden. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2007 févr;14(1):49-54.
8. Haglund K, von Essen L. Locked entrance doors at psychiatric wards – Advantages and disadvantages according to voluntarily admitted patients. Nord J Psychiatry. 2005 janv;59(6):511-5.
9. Blanchet. L'enquete et ses methodes.
10. Bowers L, Allan T, Haglund K, Mir-Cochrane E, Nijman H, Simpson A, et al. The city 128 extension: locked doors in acute psychiatry, outcome and acceptability [Internet]. NCCSDO; 2008 mai. Available de: <http://www.kcl.ac.uk/iop/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/LockedDoors.aspx>

Madame, Monsieur,

Suite à notre conversation téléphonique, voici quelques informations concernant notre rencontre à venir :

Interne en psychiatrie à l'université de Nantes, dans le cadre de la réalisation de ma thèse de docteur en psychiatrie, je me questionne sur les différentes pratiques que j'ai pu observer dans les services où j'ai travaillé concernant l'ouverture ou la fermeture à clés de leur porte d'entrée.

En effet, dans certains services, la porte d'entrée n'est jamais fermée à clés, dans d'autres elle l'est tout le temps, dans d'autres encore elle est fermée à clé la nuit uniquement, ou une partie de la journée...

Afin de mieux comprendre les enjeux de ces pratiques, il me paraît très important d'entendre le point de vue des personnes ayant été hospitalisées, et qui les ont donc vécues.

C'est pourquoi je vous ai contacté afin de pouvoir discuter de cette question.

Comme précisé par téléphone, c'est avec l'accord du psychiatre référent lors de votre précédente hospitalisation que je me permets de le faire.

Plusieurs personnes ayant été hospitalisées dans différents services qui ont des pratiques différentes sont contactées de la même façon, afin d'obtenir leur point de vue.

Voici quelques précisions sur l'entretien dont nous avons donc convenu :

– sa durée serait d'environ une heure et demie, la conversation serait enregistrée par un magnétophone si vous en êtes d'accord : cela me permettra dans un second temps de la retranscrire afin que je puisse l'analyser par la suite.

L'anonymat est préservé par l'effacement des enregistrements audio une fois retranscrits, ainsi que la substitution des noms propres et des dates.

Je souhaiterais également pouvoir recueillir le point de vue d'une personne de votre entourage, que vous m'indiqueriez si vous en êtes d'accord.

En effet, il me semble que l'opinion d'un proche est important concernant cette question.

Les rencontres se feraient selon des modalités semblables.

Le travail réalisé sera par la suite rendu sous forme d'un document écrit, thèse que je soutiendrai devant jury à priori fin octobre 2012.

A l'issue de la recherche, vous serez informé des résultats globaux de la recherche

Je vous rappelle que vous avez la possibilité à tout moment de vous retirer de ce projet.

Vous avez également la possibilité de me contacter pour prendre connaissance des résultats obtenus.

Je me tiens disponible pour toute question, avant ou après l'entretien.

Cordialement, David REYBOZ.

D Guide d'entretien

1) patient

a. Éléments démographiques

- Tout d'abord, je dois prendre quelques informations vous concernant. Pouvez-vous me dire votre âge ?
- Et pouvez dire, pour l'enregistrement, si vous êtes un homme ou une femme ?

b. Éléments médicaux psychiatriques :

- À quand remonte votre dernière hospitalisation en psychiatrie ?
- Savez-vous si un diagnostic a été posé concernant cette hospitalisation ?
- Avez-vous déjà été hospitalisé dans une autre unité ? Ouverte ? Fermée ?
- Vous est il déjà arrivé de sortir sans autorisation ? Si oui, était-ce en unité fermée ou ouverte ? Êtes vous revenu ?
- Êtes vous sous une mesure de contrainte actuellement ?

c. Connaissance du statut de la porte

- Merci. Maintenant, j'aimerais vous poser des questions sur l'entrée principale de l'unité.
- En général, la porte est ouverte ou fermée ?
- Lors de votre première admission, comment l'avez-vous appris ? (équipe, patients, observation, panneau, ...)

d. Sentiments du patient sur portes fermées

Porte fermée de temps en temps ou tout

le temps

Comment vous sentez vous par rapport à la porte fermée ?

Comment vous sentiriez vous si la porte était ouverte ?

est ce que cela serait différent ? de quelle façon ?

comment vous sentez vous à propos de l'ouverture / déverrouillage de la porte ?

- Est-ce que le fait que la porte soit ouverte ou fermée à clef influence ce que vous ressentez en tant que patient ?
- Quelles sont les différentes, s'il y en a, dans vos activités quotidiennes selon que la porte soit fermée à clef ou ouverte ?
- Est-ce que le fait que la porte soit fermée à clef ou ouverte modifie votre comportement avec les autres patients de l'unité ?
- Est-ce que le fait que la porte soit fermée à clef ou ouverte modifie votre comportement avec

Porte ouverte

comment vous sentiriez vous si la porte de l'unité était fermée ?

est ce que cela serait différent ? de quelle façon ?

comment vous sentiriez vous si la porte de l'unité était fermée ?

est ce que cela serait différent ? de quelle façon ?

les soignants ?
(augmentation des interactions ? Concernant le soin ?)

2) Effet sur le groupe de patient

- À votre avis, qu'est ce qui est le plus sécurisant : fermer la porte à clef ou la laisser ouverte ?

pouvez vous expliquer pourquoi ? pouvez-vous m'en dire plus sur pourquoi vous pensez ça ?
s'assurer de réponse à chacun de ses sous questions :

- sécurisant pour les patients ? Par rapport à lui-même ? À l'extérieur ? (intrusions)
 - sécurisant pour le public en dehors de l'hôpital ?
 - sécurisant pour l'équipe de l'unité ?
 - Sécurisant pour l'entourage ?
- Est-ce que la fermeture à clef des porte est une bonne manière d'empêcher des patients de partir sans autorisation de l'équipe ?
(pouvez vous expliquer pourquoi ? pouvez-vous m'en dire plus sur pourquoi vous pensez ça ?)
 - Est-ce que l'ambiance dans une unité ouverte est différente de celle dans une unité fermée à clef ?
(de quelle façon est-elle différente ? les patients se comportent-ils différemment ? Qu'imaginez-vous ?)
 - Est-ce que vous pensez que l'ouverture ou la fermeture à clef d'une unité à un effet différent selon la culture / les antécédents des patients ?
 - Est-ce que les patients se rétablissent plus rapidement dans une unité fermée ou ouverte, où bien est ce que cela n'a pas d'importance ? (pouvez vous expliquer pourquoi ? pouvez-vous m'en dire un peu plus sur pourquoi vous pensez ça ?)

3) Effets sur les visiteurs et autres

- Est-ce que vous pensez que vos amis ou autre famille vous voient différemment selon que la porte soit fermée à clef ou ouverte ?
Est-ce que la porte fermée à clef ou ouverte influence la perception qu'ils ont de vous ?
(comment ça ? pouvez-vous m'en dire un peu plus ?)
- Que pensez-vous que vos amis ou votre famille ressentent quand ils arrivent et découvre que la porte de l'unité est fermée/ouverte ? (est ce qu'il s'en soucie ? protection des patients ? effets sur les patients ?)
- Est-ce que les amis ou la famille qui ne vous a pas rendu visite vous verrait différemment s'ils savaient que vous aviez été dans une unité ouverte ou fermée à clef ? (comment ça ? pouvez-vous m'en dire un petit peu plus ?)
- Est-ce que la porte ouverte ou fermée à clef modifie votre comportement par rapport aux visiteurs de l'unité ?

4) Effets sur l'équipe

- Est-ce que la porte ouverte ou fermée à clef modifie le comportement de l'équipe par

rapport à vous ?

(Plus de temps disponible si fermé ? Plus d'interactions si fermé ?)

- Est-ce que la porte fermée à clef / ouverte modifie votre comportement par rapport à l'équipe ?
- Que pensez-vous que l'équipe ressent par rapport à la porte ouverte ou fermée à clef ?
- Est-ce que vous pensez que la porte fermée à clef ou ouverte modifie la façon dont l'équipe vous voit ? (comment cela ?)
- Pensez-vous que la porte ouverte ou fermée à clef modifie le sentiment de l'équipe concernant leur rôle infirmier ?

5) Clôture

- Avez-vous quelque chose d'autre que vous aimeriez dire concernant l'ouverture ou la fermeture à clef des unités ?
- Avez-vous des questions que vous souhaiteriez me poser concernant cette étude ?
- Merci pour votre participation et votre contribution

CERES

PROTOCOLE DE RECHERCHE :

Point de vue des patients sur l'ouverture ou la fermeture à clé des services d'hospitalisation en psychiatrie.

Noms du/ des chercheur(s) : David Reyboz,

Labo/ Service : service de psychiatrie, Université de Nantes

Objet :

Protocole déposé le :

Évalué à la séance du : 26 Juin 2012

X Favorable	Défavorable	Accord de principe	A revoir ou à compléter
-------------	-------------	--------------------	-------------------------

IRB : 2012-9 0000 1072

Commentaires :

Le protocole a reçu un avis favorable, dans sa deuxième version, ayant intégré les propositions de modification faites lors de la première évaluation CERES.

Les rapporteurs ont néanmoins une question peut-être pertinente à communiquer au chercheur : recueillera-t-il des éléments de description médicale concernant la pathologie psychiatrique des patients interviewés ? Mettra-t-il ses résultats en perspective au regard de ce critère ?

E Sources juridiques

Pays	préservation des libertés	évocation de restriction de liberté de mouvement ? (hors contention et isolement)	Moyens précisés ?
Allemagne			
Loi sur les mesures de protection et d'assistance pour les maladies mentales de Rhénanie du Nord Westphalie	Lors d'un séjour régulier, la liberté doit être garantie. Les patients sont soumis à des restrictions de liberté uniquement si celles-ci sont en lien avec l'objectif du placement et avec les exigences de la vie de groupe en hôpital. Les mesures qui restreignent la liberté des patients doivent être constamment vérifiées (contrôlées, évaluées) au cours du traitement et adaptées aux progrès du traitement. Lors d'un séjour régulier, la liberté doit être garantie.	oui	Lors de mise en danger immédiate importante de lui-même ou lors de mise en danger immédiate importante, d'autres moyens peuvent être mis en place : Restriction du séjour en liberté [...] aussi longtemps que le danger ne peut pas être réduit par des mesures moins radicales.
Afrique du Sud			
Mental Health Care 2002	less restrictive or intrusive on the right to movement, privacy and dignity of the user	oui, patient empêché de quitter le domaine de soin ou d'une partie de l'installation	oui : « coercion »
Australie			
Mental Health Act 1996 (Tasmanie)	restrictions on the liberty of the patient or person and interference with that patient's or person's rights, dignity and self-respect must be kept to the minimum consistent with the need to protect that patient or person and other persons		
Western Australia Mental Health Act 1996	to ensure that persons having a mental illness receive the best care and treatment with the least restriction of their freedom and the least interference with their rights and dignit		
Queensland Mental Health Act 2000	the person's liberty and rights are adversely affected only if there is no less restrictive way to protect the person's health and safety or to protect others; and any adverse effect on the person's liberty and rights is the minimum necessary in the circumstances.		
Mental Health Act 2007 (NSW)	any restriction on the liberty of patients and other people with a mental illness or mental disorder and any interference with their rights, dignity and self-respect is to be kept to the minimum necessary in the circumstances		
South Australia Mental Health Act 2009	retain their freedom, rights, dignity and self-respect as far as is consistent with their protection, the protection of the public and the proper delivery of the services;	The Chief Psychiatrist has the following functions: to monitor the treatment of voluntary patients and patients to whom detention and treatment orders apply, and the use of mechanical body restraints and seclusion in relation to such patients	
Autriche			
Unterbringungsgesetz		précise les restrictions de libertés de mouvement des personnes souffrant de maladie mentale hospitalisées, volontairement ou non : elles sont permises, en cas de mise en danger de leur vie ou santé, ou de celle d'autrui, d'absence de traitement adéquat en dehors d'une unité psychiatrique. Elles doivent être proportionnées. Il est précisé qu'en règle générale, le mouvement du patient est limitée à plusieurs pièces ou à des zones géographiques spécifiques.	non
Belgique			
Loi relative à la protection de la personne des malades mentaux du 26 juin 90	Sauf les mesures de protection prévues par la présente loi, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques ne peuvent donner lieu à aucune restriction de la liberté individuelle	non. Utilisation du mot « maintien » en hospitalisation, avec possibilité de sortie.	non
Canada			
Labrador - Mental Health Care and Treatment Act.	3. (1) The purpose of the Act is as follows: (c) to provide for the apprehension, detention, custody, restraint, observation, assessment, treatment and care and supervision of a person with a mental disorder by means that are the least restrictive and intrusive for the achievement of the purpose set out in paragraphs (a) and (b);	non	non
Nova Scotia - Involuntary Psychiatric Treatment Act, SNS 2005, c 42	2 (c) treatment and related services are to be offered in the least-restrictive manner and environment with the goal of having the person continue to live in the community or return to the person's home surroundings at the earliest possible time;		
Ontario - Mental Health Act 1990 reformé 2000 (Bill 68)		non	non
Quebec - Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – 2012		non	non
Danemark			
Décret sur l'usage de la contrainte en psychiatrie 2010		« détention »	détention forcée (contrainte) en service « fermé » Mention de « smaller units in the department to which the door can be locked »

Pays	préservation des libertés	évocation de restriction de liberté de mouvement ? (hors contention et isolement)	Moyens précisés ?
Ecosse			
Mental Health (Care and Treatment) Act 2003	minimum restriction on the freedom of the patient that is necessary in the circumstance	be detained in hospital for a period of 2 hours (the "holding period") «the patient be immediately restrained from leaving the hospital »	non
Espagne			
Article 763 de la loi 1/2000 sur l'internement involontaire en raison de trouble mentaux		non	
Finlande			
Mental Health Act 1990	non	oui, si contrainte, empêcher de quitter l'hôpital ou une aire de l'unité de soin : « A patient may be prohibited to leave the premises of the hospital or the premises of a certain care unit. »	usage de moyens coercitifs : « In order to prevent a patient from leaving the hospital or to move a patient, the care staff of the care unit may use such coercive means as can be considered justifiable. The physician attending to the patient in the care unit decides on limiting the patient's freedom of movement. »
Grece			
Law 207.	Art 98.4 : Les restrictions de la liberté du patient sont en accord seulement avec son état de santé et les besoins de l'hospitalisation	Pour les hospitalisations sous contrainte, [...] Les restrictions imposées ne doivent pas interdire d'autre moyen thérapeutiques s'ils sont nécessaires, tels que les sorties organisées, les permissions, le séjour dans des endroits sécurisés et surveillés en dehors de secteurs fermés.	
Italie			
Loi 180 de 1978		non	
Irlande			
Mental Health Act 2001		non	
		Where a person (other than a child) who is being treated in an approved centre as a voluntary patient indicates at any time that he or she wishes to leave the approved centre, then, if a consultant psychiatrist, registered medical practitioner or registered nurse on the staff of the approved centre is of opinion that the person is suffering from a mental disorder, he or she may detain the person for a period not exceeding 24 hours or such shorter period as may be prescribed, beginning at the time aforesaid.	
Mental Health (Involuntary Procedures) (Amendment) Bill 2008			
Japon			
Law Related to Mental Health and Welfare of the Person with Mental Disorder – 2006	non	The administrator of the Mental Hospital may impose necessary restraint of movement on the person hospitalized within the limit essential for his/her medical care and protection	non
Norvege			
Norwegian Mental Health Care Act de 1999	Restrictions and coercion shall be limited to what is absolutely necessary,	« détenu ». Préconisation de participation à des activités « extérieures ». Mention de l'existence « d'unité fermée », pour une durée ne pouvant excéder deux semaines. If the patient is transferred to a closed unit or similar which entails a significant change in the patient's surroundings or freedom of movement, an administrative decision shall be made if segregation is maintained for more than 12 hours.	ramené de force si besoin « coercive means »
Nouvelle-Zélande			
Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act 1992	non	non, mot employé « to be detained »	non
Pays bas			
Loi sur les admissions spéciales dans les hôpitaux psychiatriques de 1992		Des limitations au droit de la liberté de mouvement dans et autour de l'hôpital peuvent être imposées conformément aux règles en vigueur de l'établissement [...] a. i d'après le jugement / selon l'avis de la personne responsable du traitement, des conséquences néfastes/ préjudiciables sérieuses doivent être craintes pour l'état de santé du patient du fait de l'exercice de son droit à la liberté de mouvement ou, b. Si cela s'avère nécessaire en vue de prévenir la perturbation de l'ordre dans l'hôpital, tel que décrit dans les règles de celui-ci/ de l'établissement ou en vue de prévenir la commission de faits pénalement punissables.	non
Norvege			
Norwegian Mental Health Care Act de 1999	Restrictions and coercion shall be limited to what is absolutely necessary,	« détenu» Préconisation de participation à des activités « extérieures». Mention de l'existence « d'unité fermée », pour une durée ne pouvant excéder deux semaines.	ramené de force si besoin « coercive means »
Portugal			
Loi de santé mentale 36/98, dite du 24 juillet 1998	The mental health care are provided in the least restrictive environment possible	non y compris dans la loi 10216 du 06 avril 2001 relative à la protection des droits des personnes atteintes de troubles mentaux n'évoque pas le droit à la liberté de mouvement.	

Pays	préservation des libertés	évocation de restriction de liberté de mouvement ? (hors contention et isolement)	Moyens précisés ?
Royaume-Uni			
Mental Health Act 1983 révisé 2007	ensure : « respect for patients' past and present wishes and feelings », « minimising restrictions on liberty »	Terme « be detained » Il peut être nécessaire que les patients soient « restrained from leaving the hospital »	
Mental Health Act Code Of Practice 1983 révisé en 2008	Arrangements should also aim not to impose any unnecessary or disproportionate restrictions on patients	If managing entry and exit by means of locked external doors (or other physical barriers) is considered to be an appropriate way to maintain safety, the practice adopted must be reviewed regularly to ensure that there are clear benefits for patients and that it is not being used for the convenience of staff. It should never be necessary to lock patients and others in wards simply because of inadequate staffing levels. In conjunction with clinical staff, managers should regularly review and evaluate the mix of patients (there may, for example, be some patients who ought to be in a more secure environment), staffing levels and the skills mix and training needs of staff.	
Suisse			
Art. 397A du Code Civil		une personne peut être placée ou retenue dans un établissement approprié	non
Art 59 Code Pénal		RS 311.0 Art 59 : le juge peut ordonner un traitement institutionnel (si c'est en traitement fermé : pénal)	établissement fermé
Loi concernant la Privation de Liberté à des Fins d'Assistance (LPLFA) de 1998 en vigueur 2008, état de Fribourg			non
LPLA de l'état de Geneve. (K124)			non
Loi sur la santé de l'Etat de Geneve (K 103)	Art 36. Ille patient peut quitter à tout moment une institution de santé. Art 51. Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite.		non
Suede			
Compulsory Mental Care Act (1991:128),	Coercive measures during care under this Act may be used only if they are proportionate to the aim of the action. Is less restrictive measures sufficient, they shall be used.	rester dans l'hôpital	« coercion »
USA			
New York State Consolidated Laws Mental Hygiene	non	that if there are reasonable grounds for belief that the patient may be in need of involuntary care and treatment, the director may retain the patient for a period not to exceed seventy-two hours from receipt of such notice.	non
Florida statutes 2011 Chapter 394 : Mental Health.	to ensure that clients receive the most appropriate and least restrictive form of care	non	non

Sources :

Allemagne - Westfälische Nord - PsychKG NW - Psychisch-Kranken-Gesetz - Gesetz des Bundes und der Länder. (s. d.). Consulté juillet 29, 2012, de <http://www.lexsoft.de>
 Australie - Australie de l'Ouest - Mental Health Act 1996. (s. d.). Consulté juillet 30, 2012, de http://www.slp.wa.gov.au/legislation/statutes.nsf/main_mrttitle_580_homepage.html
 Australie - Queensland - Mental Health Act 2000. (s. d.). Consulté juillet 30, 2012, de <http://www.health.qld.gov.au/mha2000>
 Australie - South Australia - Mental Health Act 2009. (s. d.). Consulté juillet 30, 2012, de <http://www.legislation.sa.gov.au/LZ/C/A/Mental%20Health%20Act%202009.aspx>
 Australie - Tasmanie - Mental Health Act 1996. (s. d.). Consulté juillet 30, 2012, de http://www.dhhs.tas.gov.au/mentalhealth/mental_health_act
 Autriche - RIS - Gesamte Rechtsvorschrift für Unterbringungsgesetz. (s. d.). Consulté juillet 29, 2012, de <http://www.ris.bka.gv.at>
 Belgique - Loi relative à la protection de la personne des malades mentaux. (s. d.). Consulté août 5, 2012, de <http://www.ejustice.just.fgov.be>
 Branch, A. (s. d.). Australie - New South Wales - Mental Health Act 2007 - NSW Department of Health. Policy. Consulté juillet 30, 2012, de http://www.health.nsw.gov.au/policies/ib/2007/ib2007_053.html
 Canada - Labrador - Mental Health Care and Treatment Act. (s. d.). Consulté juillet 30, 2012, de <http://www.health.gov.nl.ca/health/mentalhealth/mentalhealthact.html>
 Canada - Nova Scotia - Involuntary Psychiatric Treatment Act, SNS 2005, c 42. (s. d.). Consulté juillet 30, 2012, de <http://www.canlii.org/en/nl/laws/stat/sns-2005-c-42/latest/sns-2005-c-42.html>
 Canada - Ontario - Bill 68, Brian's Law (Mental Health Legislative Reform), 2000. (s. d.). Consulté septembre 10, 2012, de http://www.ontla.on.ca/web/bills/bills_detail.do?locale=en&BillID=576
 Canada - Ontario - Mental Health Act 1990. (15:24:38). Consulté novembre 20, 2011, de http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90m07_f.htm
 Danemark - Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. (s. d.). Consulté juillet 29, 2012, de <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=134497>
 Ecosse - Mental Health (Care and Treatment) Act 2003. (s. d.). Text. Consulté juillet 29, 2012, de <http://www.legislation.gov.uk/asp/2003/13/contents>
 Finlande - Mental Health Act. (s. d.). Consulté juillet 29, 2012, de <http://www.lexadin.nl/wlg/legis/nofr/eur/lexwefin.htm>
 Floride - The 2011 Florida Statutes. (15:44:04). Consulté novembre 20, 2011, de <http://www.leg.state.fl.us>
 Royaume-Uni - Code of Practice: Mental Health Act 1983 - revised 2008. Publication. Consulté septembre 10, 2012, de <http://www.dh.gov.uk>
 Irlande - Mental Health Act, 2001. (s. d.). Consulté juillet 29, 2012, de <http://www.irishstatutebook.ie/2001/en/act/pub/0025/index.html>
 Japon - Laws & Policy : Japanese Association of Mental Health Services. (s. d.). Consulté août 6, 2012, de <http://www.npo-jam.org/en/laws.html>
 New York - State Assembly - Consolidated Laws - Mental Hygiene. (s. d.). Consulté septembre 10, 2012, de <http://www.columbia.edu/cu/ssw/courses/1999-3/16910/commitment/mjclawsinvol.htm>
 Norvège - Act No. 62 of 2 July 1999 relating to the provision and implementation of mental health care (the Mental Health Care Act), with later amendments. (s. d.). Consulté septembre 10, 2012, de <http://www.ub.uio.no/>
 Nouvelle-Zélande - Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act 1992. (s. d.). Consulté septembre 10, 2012, de <http://www.legislation.govt.nz/act/public/1992/0046/latest/DLM262176.html>
 Pays Bas - Wet - en regelgeving - Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. (s. d.). Consulté juillet 29, 2012, de <http://wetten.overheid.nl>
 Portugal - Lei n.º 36/98, de 24 de Julho de saúde mental. (s. d.). Consulté septembre 10, 2012, de <http://www.dgpi.mj.pt/sections/leis-da-justica/livro-iv-leis-criminais/leis-processuais/outra-legislacao/lei-de-saude-mental>
 Royaume-Uni - Mental Health Act 1983. (s. d.). Text. Consulté juillet 30, 2012, de <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20>
 Suisse - Etat de Fribourg - Recueil de la législation. (s. d.). Consulté août 5, 2012, de <http://bdf.fr.ch>
 Suisse - Législation - droit interne. (s. d.). Consulté août 5, 2012, de <http://www.admin.ch/ch/fr/irs/index.html>
 Suisse - Législation genevoise - recueil systématique genevois. (s. d.). Consulté août 5, 2012, de <http://www.ge.ch/legislation/>

F Détail des cas de jurisprudence

Date	motif bref	issue	résumé des faits	Motif
10/04/70	blessure par autre patient dans le service	Faute	agression d'un patient par un autre, alors dans une court de dimension insuffisante avec 130 malades, surveillé par deux infirmières	Défaut de surveillance lié à une mauvaise organisation
18/12/70	blessure par autre patient dans le service	Pas de faute	Patient blessé par un autre patient. Caractère imprévisible des troubles.	Les troubles n'exigent pas une surveillance constante.
12/05/72	fugue et décès par accident	Faute	placé d'office en 65 pour comportement hypomaniaque sur fond d'ivresse permanente, quitte clandestinement l'hôpital, retrouvé mort : écrasé par voiture. Antécédent de fugue qui se sont bien finies. L'hôpital n'a pas prévenu	L'hôpital n'a pas prévenu
23/12/81	fugue et décès par suicide	Faute	Hospitalisé en 1977 (déjà connu du service), sort de son propre chef, est retrouvé noyé juste après. Antécédents suicidaires connus. Pas d'antécédent de fugue qui se sont bien finies. Il avait dit qu'il allait sortir	Surveillance nécessaire du fait de l'incident précédent Défaut de surveillance.
27/02/85	fugue et décès par suicide	Faute	En service libre, antécédents spécifiques, fugue la nuit	Nécessité de surveillance particulière vu les antécédents. Il n'aurait pas du pouvoir sortir librement de l'établissement.
26/03/91	fugue et décès par suicide	Faute	Hospitalisé en placement libre suite à tentative de suicide multiples, fugue, se suicide une semaine après. L'hôpital n'avertit personne.	L'hôpital n'a pas déclaré la fugue
21/01/92	fugue et décès par suicide	Faute	Hospitalisé en service libre, calme et peu dangereux. Antécédents suicidaires connus. Sortie sans autorisation expresse et suicide	Défaut de surveillance vu les antécédents. A pu sortir dans y avoir été expressément autorisé
24/02/82	fugue et décès par suicide	Pas de faute	Hospitalisé pour dépression en 1974, quitte l'hôpital un mois après et se jette sous un train. Autorisation explicite de se rendre à l'extérieur certains jours, déjà fait seul et sans problème.	Pas de nécessité de surveillance particulière
15/05/81	fugue et dommages matériels	Faute	fugue après avoir cassé la fenêtre et franchi le mur d'enceinte, puis incendie dans un collège. Pas de barreau au Fenêtre. Demande d'hospitalisation en UMD en attente. Antécédent de fugue	responsabilité de l'hôpital qui n'a pas engagé les moyens de sécurité et de surveillance nécessaire. Atténué par la responsabilité du préfet à ne pas avoir mis en place immédiatement l'UMD
10/12/82	fugue et dommages matériels	Faute	Un mineur fugue d'un service ouvert, rien n'est déclaré, il commet un incendie.	L'hôpital n'a pas déclaré la fugue
29/04/92	fugue et dommages matériels	Faute	Patient en sevrage d'alcool, en hospitalisation libre. Il quitte l'établissement de son propre chef, s'alcoole, et incendie la maison de ses parents. Antécédent de dangerosité sous ivresse connu. Parents prévenus de la sortie plusieurs heures après	défaut de surveillance. L'hôpital devait se donner les moyens de constater le départ et prévenir immédiatement son entourage, vu les antécédents du patient.
12/10/83	fugue et meurtre	Faute	En 1975, Hospitalisation en placement libre, puis d'office, sous neuroleptique, prend un couteau dans le CHS, menace des infirmiers et les blesse (renfort), brise une fenêtre, passe la clôture, l'établissement prévient la police qui ne le trouve pas. Le lendemain, il tue un patient d'une autre unité voisine. Pas connu comme violent	Défaillance de surveillance de l'avoir laissé prendre le couteau. Défaut d'organisation et surveillance ayant rendu la fugue possible.
19/01/79	sortie et décès non précisé	Pas de faute	Hospitalisation en 1956, disparition en 1974, recherche par l'établissement puis la police alertée, sans résultat. Corps retrouvé 6 mois plus tard, pas de date ni cause du décès trouvées. Pas d'antécédent de fugue ni tentative de suicide, stabilisée, circulation libre autorisée	pas de nécessité de surveillance
17/12/86	sortie et décès par suicide	Pas de faute	Hospitalisé en psychiatrie en 1959, jamais de tentative de suicide pendant 19 ans, fugue en 61 et 79 sans problème particulier. Autorisé à sortir. Se jette sous un train	pas de nécessité de surveillance
20/10/71	suicide dans le service	Faute	Hospitalisation en 1968 suite à tentative de suicide, soins en chirurgie puis attente en salle d'attente avec une infirmière. Se défenestre.	Vue la détermination à se suicider, il aurait du faire l'objet d'une surveillance particulière. Pièce insuffisamment aménagée.
18/12/74	suicide dans le service	Faute	Hospitalisé en 1969, après deux tentatives de suicide, état dépressif et de culpabilité, sort de sa chambre et se pend dans les toilettes avec son pyjama	Absence de mesure de surveillance particulière pourtant requise vu la non amélioration. On lui a laissé une ceinture de pyjamas.
07/01/70	suicide dans le service	Pas de faute	Suicide par ingestion médicamenteuse avec le traitement que la patient avait avant son entrée. Antécédent de tentative de suicide. Pas de fouille à l'arrivée du patient à sa demande en cure libre.	Pas de prescription de surveillance constante.
18/01/74	suicide dans le service	Pas de faute	Patient hospitalisé pour état dépressif et anxieux, en 1968. Se pend dans sa chambre entre deux visite régulière 2 mois après. Cordelette récupéré lors de l'ergothérapie	Pas d'erreur de diagnostic, ni de surveillance. (l'ergothérapie relève d'une indication thérapeutique.)
30/03/79	suicide dans le service	Pas de faute	Hospitalisation en 1973 suite à tentative de suicide, réalisation d'une seconde tentative non aboutie, puis d'une troisième par pendaison à la fermeture de la fenêtre de sa chambre, qui abouti. Examen préalable approfondi par le chef de service, il existe des contre indications médicales à des mesures de protection supplémentaires. Chambre à proximité immédiate de l'infirmerie, portes laissées ouvertes après mise sous perfusion	pas de signe de volonté suicidaire faisant nécessiter une surveillance constante. Pas d'antécédent suicidaire.
17/05/89	suicide dans le service	Pas de faute	en placement libre, se pend dans les toilettes avec sa ceinture de robe de chambre	Pas d'antécédent suicidaire.
10/01/90	tentative de fugue et blessure	Pas de faute	En neurologie, patient sous neuroleptique, s'agite, mis en chambre de sécurité, surveillance régulière, il descende un carreau de la fenêtre et tombe. Pas d'antécédent psychiatrique.	Mesures particulières prises, dans un service non spécialisé.
01/03/74	tentative de suicide dans service	Faute	Hospitalisation via MT en 1969 pour « état confusionnel à allure progressive » en médecine, se défenestre et se blesse. Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie quelques mois auparavant. Chambre sans barreau, pas de surveillance particulière. Il existe des barreaux aux fenêtres des chambres voisines	Défaut d'organisation vu le diagnostic et les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie
30/10/68	tentative de suicide dans service	Pas de faute	Sans surveillance dans sa chambre, a sauté d'une imposte.	Pas d'antécédent connu : pas de nécessité de surveillance
22/12/76	tentative de suicide dans service	Pas de faute	Hospitalisé suite à TS par IMV en 1970, en médecine car comateux. Se défenestre	Le service n'avait pas de moyen spécifique. (non psychiatrique) Défenestration imprévisible
19/01/79	tentative de suicide dans service	Pas de faute	Adressé aux urgences suite à une tentative de suicide par phlébotomie au cours d'une crise de dépression. Soins locaux, puis hospitalisé dans le C.H. ; il se défenestre de ce service et se blesse. Pas dépressif habituellement, pas de dépression noté dans le certificat du médecin traitant, noté comme calme dans le service	Installation en chambre commune pour surveillance supplémentaire. Vu l'état somatique, pas d'indication de transfert en psychiatrie

Jugements administratifs trouvés via une recherche sur la base de donnée du Conseil d'État « ArianeWeb » <http://www.conseil-etat.fr/fr/base-de-jurisprudence/>

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : REYBOZ

PRENOM : David

**Titre de Thèse : Point de vue de patients sur l'ouverture et la fermeture à clé
des portes des services d'hospitalisation psychiatriques.**

RÉSUMÉ

Différentes pratiques coexistent concernant le fonctionnement de la porte d'entrée des services psychiatriques : elle peut être fermée à clé, ou ouverte, selon des modalités variables. La répartition de ses pratiques n'est pas connue en France, et leur cadre légal n'est pas clair.

Pourtant, ceci ne paraît pas sans incidence sur le vécu qu'ont les patients de leur hospitalisation, sur leurs soins.

L'étude de douze opinions de patients hospitalisés dans trois services ayant des pratiques différentes permet de souligner d'une part le caractère symbolique fort que revêt ce paramètre porteur d'une identité de soins, d'autre part les représentations qui participent à la justification de telle ou telle pratique.

MOTS-CLÉS

PSYCHIATRIE - SERVICE - PORTE- OUVERT - FERMÉ - INSTITUTION - SOIN - TRAITEMENT -
PATIENT - DROIT - LIBERTÉ - COERCITION - ENFERMEMENT - PROTECTION - SÉCURITÉ -
HISTOIRE - ALLER ET VENIR - CIRCULATION