



UNIL | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

Year : 2016

« SORTIR À TOUT PRIX » PERSPECTIVES DES
PATIENTS HOSPITALISÉS SOUS CONTRAINTE EN PSYCHIATRIE
: UNE ÉTUDE PAR THÉORISATION ANCRÉE

Abt Maryline

Abt Maryline, 2016, « SORTIR À TOUT PRIX » PERSPECTIVES DES PATIENTS
HOSPITALISÉS SOUS CONTRAINTE EN PSYCHIATRIE : UNE ÉTUDE PAR THÉORISATION
ANCRÉE

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive <http://serval.unil.ch>

Document URN : urn:nbn:ch:serval-BIB_04D0A02A93200

Droits d'auteur

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

Copyright

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.



UNIL | Université de Lausanne

Faculté de biologie
et de médecine

**« SORTIR À TOUT PRIX »
PERSPECTIVES DES PATIENTS
HOSPITALISÉS SOUS CONTRAINTE EN PSYCHIATRIE :
UNE ÉTUDE PAR THÉORISATION ANCRÉE**

Thèse de doctorat ès sciences infirmières (PhD)
présentée à la

Faculté de biologie et de médecine
de l'Université de Lausanne

pour l'obtention du grade de Docteur ès sciences infirmières

par

Maryline ABT

Diplôme d'études approfondies en Droit médical
Université Paris VIII

Jury

Prof. Diane Morin, Présidente (UNIL)
Prof. Ian Needham, Directeur de thèse (UNIL)
Prof. Jacqueline Wosinski, Codirectrice de thèse (HES-SO)
Prof. Éric. Bonvin, Codirecteur de thèse (UNIL)
Prof. Claude Leclerc, Expert (Université du Québec à Trois-Rivières)
Prof. Chantal Eymard, Experte externe (Université Aix-Marseille)

Lausanne, Avril 2016

RÉSUMÉ

En Suisse, près de 50'000 personnes sont hospitalisées chaque année en raison de trouble psychiatrique. Environ 38% de ces hospitalisations le sont sur un mode involontaire. L'emploi de la contrainte et de la coercition font partie du soin considéré comme « habituel » en psychiatrie. La loi encadre l'hospitalisation non volontaire par le Placement à des fins d'assistance (PAFA). Les conséquences de la contrainte sont multiples et touchent tous les acteurs : 1) le patient car il subit un traitement très lourd, tant physiquement que psychologiquement ; 2) le soignant qui est contraint de donner des soins contre la volonté du patient ce qui ne correspond pas à l'image du « bon soignant » et peut générer des conflits éthiques ; 3) la famille qui ne comprend pas toujours la justification d'une telle mesure. L'effet bénéfique attendu du soin appliqué de force est souvent altéré par les sentiments de contrainte qui remettent en cause l'alliance thérapeutique. Le but de cette étude est de décrire comment le patient négocie avec cette expérience de contrainte. On pose donc les questions suivantes : quels sont les croyances, attitudes et comportements du patient hospitalisé sous PAFA dans un service de psychiatrie ?

La méthodologie de la théorisation ancrée a été utilisée pour découvrir les expériences des patients. Cette méthode reconnaît l'acteur social comme étant le seul porteur du sens de son expérience et peut se caractériser par la conceptualisation des données empiriques. L'échantillon théorique se compose de patients adultes hospitalisés sous PAFA dans un service de psychiatrie adulte.

En ce qui concerne les résultats, 11 patients ont été interviewés (neuf hommes et deux femmes). L'analyse des verbatim suggère six phénomènes composant l'expérience du patient : 1) la rupture ; 2) la judiciarisation du lien ; 3) la nébuleuse du « ILS » ; 4) le cadre ; 5) les stratégies ; 6) le mythe du bon patient. L'expérience du patient relatée dans cette étude – une prédominance de colère et de sentiment d'injustice – est consistant avec la littérature. Les patients expérimentant l'hospitalisation involontaire essaient de trouver les attitudes et les comportements adéquats pour « faire avec » cette nouvelle situation.

La catégorie centrale « Sortir » dans le sens de quitter l'hôpital à tout prix émerge comme but ultime pour le patient. Avant d'atteindre ce but, le patient est soumis à différentes pressions qui s'exercent sur lui.

Ces résultats permettent de proposer une explication des comportements des patients forcés à une hospitalisation et ainsi de contribuer au développement de la théorie infirmière ainsi que de guider la recherche dans l'analyse du comportement du patient sous contrainte. En conclusion l'hospitalisation contre le gré du patient a un fort impact sur son parcours de vie. Laisser la parole aux patients leur donne l'opportunité de guider la pratique vers une meilleure compréhension de la situation.

SUMMARY

In Switzerland nearly 50,000 people are hospitalized yearly due to psychiatric disorders with about 38% of these on an involuntary basis. Although involuntary referral to psychiatry is considered as standard care in psychiatric settings it has multiple consequences affecting all stakeholders: 1) The patient who undergoes arduous treatment, both physically and mentally; 2) Nurses who are obliged to provide care against the patient's will, which may possibly endanger their "good care" image and generate ethical conflicts; 3) Patients' families who do not always understand the justification for such measures. The expected beneficial effect of involuntary hospitalization is often jeopardized by patients' experiences of feeling coerced and may endanger the therapeutic alliance.

The aim of this study is to describe how the patient is negotiating with this restraint experience. Therefore, the following questions are raised: What are the beliefs, attitudes and behaviours of patients involuntarily hospitalized in a psychiatric hospital?

The grounded theory approach was utilized to discover patients' experiences. Grounded theory is based on the assumption that social actors are the only ones who hold the meaning of their experience. The theoretical sample of participating patients was drawn from hospitalized adult patients' involuntarily referred to psychiatric hospitals.

Eleven patients were interviewed, (nine men and two women). Results suggest six experiential phenomena: 1) breaking, 2) judicialisation link, 3) nebula "they", 4) framework, 5) strategies and 6) myth of the good patient. The experience of coercion found in this study - a predominance of anger and sense of injustice - is consistent with findings in the literature. Patients experiencing involuntary referral to a psychiatric hospital fight to find their identity and try to find an adequate attitude and an action plan to cope with the situation. The central category "Exit" (in the sense to leave the hospital at any price) emerges as the ultimate goal for the patient. Before reaching this goal, the patient is subjected to different pressures.

The findings are expected to suggest the explanation patients' behaviour when forced into acute psychiatric units, to contribute to the development of nursing theory, to be of utility in allowing stakeholders to

better understand the phenomenon, and to guide research in the analysis of the behaviour patients experiencing coercion.

Involuntary referral to a psychiatric hospital has a significant impact on the “patient’s journey”. Giving the patients their say may improve the situation.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	i
Summary	iii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	viii
Remerciements	x
Introduction	1
Chapitre I - Problématique	3
Les conditions de l'hospitalisation non volontaire	3
Particularités cantonales	3
La contrainte en psychiatrie.....	4
Les conséquences de l'hospitalisation non volontaire	5
Une contrainte double	5
Tous les acteurs sont concernés	6
Une relation de confiance perturbée	6
Des résultats négatifs	6
Question de recherche	7
Intérêt de la recherche	7
Chapitre II - Théorie et recension des écrits	9
La question de l'apport théorique préalable en théorisation ancrée	9
Des définitions de termes.....	10
La compréhension du soin en psychiatrie guidée par Imogène King	11
Les concepts majeurs de la théorie	12
Les autres concepts mobilisateurs	13
Foucault et la notion de pouvoir psychiatrique	13
La relation soignant/soigné	17
L'analyse de la contrainte dans la littérature.....	20
La stratégie de recherche documentaire.....	20
Des typologies de la contrainte	21
L'application de la contrainte.....	21
Qui est le patient susceptible d'être contraint ?	23
Le vécu du patient	24
La variation du ressenti	25

Les conséquences de la contrainte.....	26
La légitimité de l'hospitalisation.....	27
Un décalage de perceptions	28
La contrainte et le soignant	29
L'éthique et la loi	30
Chapitre III Méthodologie	33
La justification du choix méthodologique	33
La théorisation ancrée.....	34
Une démarche épistémologique	34
Une démarche ontologique	36
Une approche méthodologique	37
La méthode en théorisation ancrée	39
L'analyse des données.....	39
L'échantillon théorique et la saturation des données.....	43
Les critères de qualité et les dangers de la théorisation ancrée.....	45
Déroulement de l'étude	48
Échantillon et recrutement.....	48
La collecte et l'analyse de données	49
Les considérations éthiques.....	51
Chapitre IV Résultats.....	53
L'échantillon	53
Les phénomènes émergents.....	55
La rupture	55
La judiciarisation du lien	64
La nébuleuse du « ILS »	68
Le cadre.....	73
La stratégie pour une bataille	82
Le Mythe du « bon patient ».....	88
Modélisation.....	94
Chapitre V Discussion.....	97
La sélection des articles	97
Comparaison des phénomènes avec la littérature.....	98
La rupture	98
La judiciarisation de la situation	102
Le « ILS » de la situation.....	106

Le cadre.....	108
Les stratégies pour une bataille	110
Mythe du bon patient.....	112
Le lien avec la discipline infirmière	114
Les limites et forces de cette étude	116
La crédibilité	117
La transférabilité.....	119
La fiabilité	119
La confirmabilité	120
Recommandations	121
Pour la pratique.....	121
Pour la recherche	122
Pour la formation.....	123
Conclusion	125
Références	127
Annexes	143
Annexe 1 Lettre d'information destinée aux patients	143
Annexe 2 Formulaire de consentement	146
Annexe 3 Premier guide d'entretien.....	148
Annexe 4 Extrait du mémo de codage	150
Annexe 5 Evolution du guide d'entretien.....	153
Annexe 6 Fiche d'entretien.....	156
Annexe 7 Extrait du mémo d'entretien	158
Annexe 8 Extrait du journal de bord.....	160
Annexe 9 Accord de la commission d'éthique	162

LISTE DES TABLEAUX

N° Tableau	Titre	Page
Tableau 1 :	Dangers et critères de confiance de la théorisation ancrée	47
Tableau 2 :	Description de l'échantillon	54
Tableau 3 :	Phénomène « La rupture » avec ses catégories et sous-catégories	64
Tableau 4 :	Phénomène « La judiciarisation du lien » avec ses catégories et sous-catégories	68
Tableau 5 :	Phénomène « La nébuleuse du ILS » avec ses catégories et sous-catégories	72
Tableau 6 :	Phénomène « Le cadre » avec ses catégories et sous-catégories	81
Tableau 7 :	Phénomène « Stratégie pour un plan de bataille » avec ses catégories et sous-catégories	87
Tableau 8 :	Le phénomène « Le mythe du bon patient » avec ses catégories et sous-catégories	93
Tableau 9 :	Les phénomènes émergeant de l'analyse des verbatim	95

LISTE DES FIGURES

N° Figure	Titre	Page
Figure 1 :	Modèle de la démarche méthodologique de la théorisation ancrée	43
Figure 2 :	Modélisation de la perspective des patients sous contrainte	96

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier le Professeur Ian Needham, directeur et soutien indéfectible de cette thèse. Merci de m'avoir accompagnée dans les méandres de mes doutes et de mes interrogations. Je le remercie de m'avoir fait profiter de son exceptionnelle connaissance de la psychiatrie, de m'avoir fait partager son inextinguible enthousiasme pour la découverte et enfin pour sa disponibilité.

Mes remerciements vont également à ma codirectrice la Professeure Jacqueline Wosinski pour m'avoir guidée dans la complexité de la méthodologie de la théorisation ancrée, pour ces beaux moments de partages et ses encouragements dans les moments difficiles. Merci aussi pour son enthousiasme pour la recherche.

Merci au Professeur Eric Bonvin pour avoir accepté la codirection et m'avoir permis de déposer ma thèse.

Remerciements à la Professeure Diane Morin pour m'avoir donné l'opportunité d'être son assistante de recherche et de participer au projet conjoint avec l'équipe de l'Unité de médecine des violences sur la violence faite aux hommes dans le couple. Un merci tout particulier pour sa patience et sa compréhension sur ma façon de travailler.

Je remercie l'Hôpital du Nord Vaudois à Yverdon de m'avoir accueillie dans d'aussi bonnes conditions. Merci à M. Deschamps et M. Schneebeli de m'avoir ouvert les portes. Un merci tout particulier à Laurent Loutrel pour sa collaboration et son aide dans le recrutement des patients. Merci aux infirmières et infirmiers qui m'ont accueillie lorsque je suis venue pour les entretiens. Je remercie les patients ayant répondu à ma recherche pour leur participation et leur confiance alors qu'ils étaient hospitalisés.

Je remercie le Graap Lausanne (Groupe d'accueil et d'action psychiatrique) et tout particulièrement Marie Israel pour m'avoir mise en relation avec d'anciens usagers de la psychiatrie. Je remercie les personnes du focus group pour leur enthousiasme et leur participation.

Je remercie l'Hôpital du Jura pour m'avoir soutenue tout au long de ma démarche en m'octroyant du temps. Je remercie également mes collègues de la psychiatrie d'abord et des urgences ensuite, pour m'avoir

permis, lorsque le service le permettait, de travailler sur ma thèse ! Je remercie aussi la Fondation de Nant, M. Panchaud et M. Miazza ainsi que leur équipe pour m'avoir accueillie même si, en définitive, et pour des raisons de méthode, j'ai réalisé tous mes entretiens à Yverdon.

J'exprime bien sûr mes remerciements aux membres de mon jury de thèse : Prof. C. Leclerc, expert, Prof. C. Eymard, experte externe. Un merci particulier à Prof. Ramelet pour avoir accepté, au pied levé, d'être ma présidente de jury lors de la soutenance publique.

Finalement, je remercie mes amis pour leur compréhension lors des moments « silence radio » de travail intense et ma famille pour son soutien sans faille. Max pour le schéma, Anne-France et Jean-Luc pour leurs relectures, Audrey pour son aide de dernière minute, Juliette pour son soutien.

INTRODUCTION

La particularité du trouble psychiatrique est qu'il résonne dans la société et que la tolérance de celle-ci aux comportements du « fou » est variable selon les époques. Depuis toujours cela s'est traduit par la possibilité d'enfermer ou d'écarter plus ou moins longtemps un individu de son milieu social. Si ce retrait est souvent réservé aux plus violents d'entre eux jusqu'au début du 19^{ème} siècle (1), l'organisation sanitaire des lieux de soins accueillant « la folie » permet d'en diversifier aujourd'hui l'offre de soins.

De nos jours, la représentation sociale de la psychiatrie est encore associée avec un certain degré de malaise. Être hospitalisé en psychiatrie n'est pas banal et ne s'avoue pas si facilement. Lorsque les conditions dictées par la loi le permettent, il est encore possible d'hospitaliser une personne contre sa propre volonté. Les traitements psychiatriques peuvent alors lui être imposés. Le patient ainsi contraint se voit privé de sa liberté. L'enjeu thérapeutique est alors de préserver le lien de confiance et de promouvoir un retour à l'autonomie. La question traitée ici sera justement celle de la contrainte en psychiatrie et de l'impact qu'elle produit sur le patient. Comment négocie-t-il avec cette expérience ?

Cette thèse est classiquement composée de cinq chapitres :

Le premier expose la problématique qui situe le phénomène de la contrainte par l'épidémiologie et l'impact de l'application de la contrainte qui, de soin indispensable peut laisser une sensation de malaise au sein des équipes.

Le deuxième explore la littérature et dégage les concepts sensibles pour l'étude du problème.

Le troisième présente et détaille la méthodologie de recherche. C'est la théorisation ancrée qui a été choisie pour explorer la perspective du patient hospitalisé sous contrainte. Cette méthode reconnaît l'acteur social comme étant le seul porteur du sens de son expérience et peut se caractériser par la conceptualisation des données empiriques.

Le quatrième présente les résultats de la recherche avec une description des phénomènes émergents des données. Puis, à partir de ces données, une modélisation est proposée concernant l'expérience du patient hospitalisé sous contrainte.

Le dernier chapitre concerne la discussion des résultats qui permet un retour vers la littérature et une mise en perspective des phénomènes émergents au regard du savoir existant.

CHAPITRE I - PROBLEMATIQUE

Sur les quelques 1'341'836 hospitalisations en Suisse en 2011, 5.3 % étaient dues à des troubles psychiatrique (2). En 2006, sur l'ensemble des hospitalisations psychiatriques, environ 30'000 étaient non volontaires, ce qui représente 37.8 % (3). Il ne s'agit donc pas d'un problème marginal.

Les conditions de l'hospitalisation non volontaire

Hospitaliser une personne contre son gré est strictement encadré par la loi. Il existe trois types d'admissions non volontaires :

- L'admission forcée régie par une loi fédérale (Code Civil Art. 426), c'est le « Placement à des Fins d'Assistance » ou « PAFA » (anciennement nommée Privation de Liberté à des Fins d'Assistance (PLAFA)),
- L'admission non volontaire régie par une loi cantonale (loi K 1 24 à Genève)
- La commutation d'une peine de prison en hospitalisation (art. 43, 44 et 45, Code de la santé publique)

Trois conditions sont préalables à l'enfermement contre son gré d'une personne dans un établissement de soins psychiatriques :

- La personne doit présenter des troubles et manifestations psychiatriques,
- Son état doit présenter un danger grave pour elle-même ou pour autrui,
- Un traitement et des soins dans un établissement de santé approprié sont jugés nécessaires.

Particularités cantonales

Une grande disparité existe dans la proportion des hospitalisations non volontaires en Suisse. En général, c'est l'hospitalisation volontaire qui prédomine. Selon une étude de l'Observatoire suisse de la santé (4), il y a

trois profils de répartition en fonction des cantons : 1) les admissions volontaires, 2) les admissions non volontaires et 3) les admissions forcées (PAFA) :

- Le premier profil de répartition se caractérise par une part très élevée d'admissions volontaires avec un taux supérieur à 75%, par exemple les cantons de Lucerne, Obwald, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, St-Gall. Le canton du Valais affiche même un taux supérieur à 80%.
- Le deuxième profil de répartition se caractérise par une part élevée de PAFA, avec un minimum de 26%, par exemple les cantons de Zurich, Berne, Zoug, Soleure, Argovie et Tessin.
- Le troisième profil de répartition ne concerne que les cantons de Genève et de Neuchâtel avec un taux d'admission non volontaire de 46.7% et aucune admission forcée (PAFA) enregistrée. Dans le canton de Genève, sur environ 4'000 hospitalisations psychiatriques par an, il y en aurait 2'600 (65%) qui seraient considérées comme non volontaires. Cela s'expliquerait par la possibilité, dans ce canton, d'hospitaliser un patient sous une forme non volontaire qui ne soit pas pour autant une mesure réglementée telle que le PAFA (5).

La contrainte en psychiatrie

La contrainte empêche toute manifestation de la liberté d'action d'un individu. La contrainte est par conséquent de l'ordre de la nécessité de telle manière qu'il est impossible à l'individu de s'y soustraire. La contrainte s'exerce par différentes mesures dites coercitives. La coercition est exercée lorsqu'une personne est contrainte et que ses choix sont défavorablement étreints par quelqu'un qui essaie de lui faire faire des choses qu'elle n'aurait pas faites autrement (6). La compréhension de ce « lui faire faire des choses » est ici entendue comme l'acceptation des mesures de contrainte.

Ainsi, en psychiatrie il y a trois mesures coercitives ou mesures de contrainte (7, 8) :

- L'isolement défini comme le fait d'être confiné dans un espace réduit,
- La contention définie comme le fait d'être immobilisé par des liens,

- L'injection de force définie comme le fait de recevoir ce traitement par l'usage de la force.

L'emploi de la contrainte et de la coercition fait partie du soin considéré comme « habituel » en psychiatrie. Cela appartient à la culture des services et représente un soin considéré comme professionnel et même légitime (9). De telles mesures seraient même considérées comme étant parmi les seuls moyens d'actions efficaces pour négocier avec les comportements violents (10). Toutefois il n'y a pas d'études suffisamment robustes pour le confirmer. Ainsi, les savoirs sur les effets de la contrainte, au-delà de ceux concernant l'application des mesures extraordinaires de coercition, sont mal élaborés (10). L'utilisation de ces mesures de contraintes est encore peu comprise et elle ne s'appuie sur aucune étude basée sur des données probantes (11-13).

La contrainte en psychiatrie est donc multiple et ne se limite pas au cadre légal et c'est la question de la contention dans le soin qui est surtout interrogée (14). En effet, au-delà des mesures strictement coercitives, la contrainte se perçoit à plusieurs niveaux. Faisant partie intégrante de l'arsenal thérapeutique elle est surtout considérée comme un support permettant d'atteindre le patient pour le soigner, même contre son gré.

Les conséquences de l'hospitalisation non volontaire

Une contrainte double

Les hospitalisations non volontaires impliquent de confronter un patient qui ne demande rien à un soignant qui de son côté se voit dans l'obligation de lui prodiguer des soins. On peut considérer que la contrainte est alors double. La contrainte pour le patient tout d'abord est celle de recevoir un traitement psychiatrique alors qu'il ne le souhaite pas. La contrainte pour le soignant ensuite est celle de prendre soin d'un patient qui ne désire pas recevoir des soins et de devoir lui administrer un traitement qui peut comprendre des mesures de coercition. L'application des mesures de coercition est considérée comme une source de malaise au sein de l'équipe soignante qui ne se perçoit plus dans son rôle de bienveillance à l'égard d'un patient (15).

Tous les acteurs sont concernés

Les conséquences de la contrainte sont multiples et touchent tous les acteurs. Le patient en premier lieu car il subit un traitement très lourd, physiquement et psychologiquement (16), l'infirmier également qui voit malmenée l'image du « bon soignant » et se voit parfois confronté à un conflit éthique (17), la famille enfin qui ne comprend pas toujours le bien-fondé d'un tel soin et de ses implications (notamment l'isolement).

Une relation de confiance perturbée

Le patient se voit également stigmatisé et fragilisé par cette hospitalisation, ce qui entraîne des sentiments tels que la honte et diminue ses capacités d'empowerment (18). C'est sa qualité de vie qui en est perturbée (19). Comment obtenir la confiance du patient alors que les hospitalisations sous contraintes sont vécues comme une violence par la plupart d'entre eux (20) ? En effet, les mesures coercitives peuvent apparaître comme choquantes et elles ont un impact sur la relation soignant-soigné avec des résultats souvent négatifs pour la suite de la prise en charge (21).

Des résultats négatifs

Une revue systématique indique que l'effet bénéfique de l'obligation de soin est souvent altéré par les sentiments de contrainte (22). Cette revue a examiné l'expérience subjective du patient ayant subi la coercition pendant son hospitalisation psychiatrique. Elle relève que les sentiments sont presque tous négatifs sans qu'il soit possible de corrélérer ces résultats avec les résultats patients par manque de mesures comparables. Pourtant, si 69 % des traumatismes soufferts par le patient sont liés à sa pathologie, 24 % seraient directement liés au traitement psychiatrique lui-même (23). Il y aurait un risque plus important de ré-hospitalisation non volontaire chez ces patients (24), même si pour le reste les études ne sont pas suffisamment robustes pour démontrer s'il y a plus de ré-hospitalisations en général et si la durée de séjour s'en trouve affectée (21). L'impact porterait sur des résultats plus spécifiques tels que la satisfaction des soins (24).

Certains patients vont même jusqu'à développer un syndrome de stress post-traumatique suite à des contraintes éprouvées pendant leur hospitalisation en psychiatrie (25). Le consensus scientifique reste à l'effet que tous les patients sont marqués par cette expérience.

Question de recherche

La question de recherche qui guide cette étude est de découvrir les réactions du patient face à la contrainte. Comment cela le fait agir dans la relation qu'il entretient avec le soignant ? Concrètement il s'agit de comprendre comment le patient intègre son vécu de la contrainte et comment il le gère.

Intérêt de la recherche

Il est important d'étudier ce problème car à l'heure actuelle, il existe très peu d'études qui déterminent la nature de la réaction du patient à la contrainte. Les soins sont surtout orientés sur le traitement et c'est l'amélioration de la symptomatologie qui guidera le soignant. La contrainte et ses mesures sont vues comme des moyens de parvenir au but du soignant d'améliorer cette symptomatologie. Le patient lui, subit la contrainte et interagit avec elle, elle fait partie de sa dimension personnelle. Ne pas en tenir compte est propice à l'altération de l'alliance thérapeutique et renie toute une partie du vécu difficile du patient pour se concentrer sur ses seuls symptômes. Une meilleure compréhension de cette situation traumatisante pour le patient permettra aux soignants de réfléchir et d'améliorer leurs interventions auprès du patient sous contrainte. Le devis de recherche choisi est une approche par théorisation ancrée.

CHAPITRE II - THEORIE ET RECENSION DES ECRITS

La question de l'apport théorique préalable en théorisation ancrée

Les avis divergent en ce qui concerne l'exploration d'une théorie préalable et d'une recension des écrits lorsqu'il y a théorisation ancrée. Selon Glaser, utiliser la théorisation ancrée, c'est apprendre à ne pas savoir (26). Il y aurait un consensus quant à la nécessité de s'abstenir, autant que possible, des préjugés et des réponses toutes faites. Ceci, afin de rester ouvert à ce qui pourrait émerger des données et ainsi construire une interprétation sur ces données (27). L'approche par théorisation ancrée nécessite que la collecte de données initiales et les analyses préliminaires soient réalisées avant de consulter et d'incorporer toute forme d'écrits scientifiques (28). Ceci implique que le chercheur doit étudier son domaine sans aucune théorie préconçue qui dicterait, avant la recherche, la pertinence des concepts ou des énoncés (29). Il évite ainsi la contamination des données avec ses idées reçues et par des concepts plus ou moins pertinents au regard du phénomène étudié (29).

Cependant, il est impossible pour le chercheur de se détacher complètement de ce qu'il sait (30). Il faut que le chercheur reconnaisse ses propres idées et croyances, qu'il les rende explicites et qu'il utilise les techniques de la théorisation ancrée pour dépasser les préconceptions par l'analyse (31). Ainsi, pour d'autres auteurs la recension des écrits fait partie intégrante du processus et permet de faciliter la catégorisation et l'analyse (32).

Entre ces deux options du tout ou du rien théorique, la présentation de concepts « sensibilisateurs » permet de poser les jalons nécessaires à la compréhension du phénomène (26, 27). Les « sensitizing concepts » (33) favorisent la reconnaissance par le chercheur de ce qui émerge des données. La sensibilité théorique est la perspective avec laquelle le chercheur perçoit les données empiriques (34). Avoir une sensibilité théorique signifie être capable de donner du sens aux données empiriques et être capable de dépasser l'évidence d'une première interprétation pour découvrir ce qui semble caché au sens commun (34). Ainsi, c'est seulement en étant conscient de la manière dont il voit les choses et en mettant entre parenthèses ses propres valeurs, que le

chercheur commence à découvrir et à comprendre le monde des autres (35). Le chercheur n'appréhende pas la réalité en faisant *tabula rasa* (27), mais en clarifiant la connaissance générale et les fondements disciplinaires de son angle de recherche (36). Dans cette acceptation, le présent chapitre propose quelques bases en cinq temps.

Ainsi, après avoir posé certaines définitions et exposé la stratégie de recherche documentaire, il est considéré que l'éclairage de la science infirmière est important. En effet, il permet de comprendre ce qui se passe sur le terrain en donnant des pistes de réflexion. Pour cela le modèle d'Imogène King a été choisi. Il est présenté parce qu'il engage la sensibilité du chercheur dans son approche de la relation avec le patient. Dans un troisième temps, les concepts « sensibilisateurs » liés à la question de la contrainte en psychiatrie seront explorés autour de deux axes : le pouvoir psychiatrique, ses origines et ses enjeux, et la relation établie entre le patient et le soignant. Dans un quatrième temps, une recension des écrits concernant la contrainte et le vécu qu'en a le patient sera détaillée. Il s'agit de comprendre quelles sont les typologies de la contrainte et les conséquences pour le patient et le soignant.

Des définitions de termes

Tout d'abord il est important de noter le problème de traduction. En effet, dans la littérature anglaise le mot « coercion » (coercition) est difficile à traduire en français car il englobe une large définition de la contrainte. En français, la coercition est une violence exercée contre quelqu'un, une entrave à sa liberté d'action (37). La coercition correspond au pouvoir et à l'action de contraindre (37). C'est une action répondant à l'exercice d'un pouvoir. La coercition est une manière d'appliquer la contrainte. Dans les textes anglais le mot « coercion » est employé dans les deux sens, celui d'entraver la liberté mais aussi celui d'exercer ce pouvoir d'entrave. Le mot « coercion » dans les textes en anglais renvoie parfois à l'un (la contrainte par exemple d'une hospitalisation) et parfois à l'autre (à la triade des traitements forcés en psychiatrie : isolement/injection de force/contention). Dans les textes en français il est rare que le mot coercition soit employé et les moyens contraignants seront englobés dans l'appellation « mesures de contrainte » (isolement/injection de force/contention).

Les textes s'intéressant à la question de la contrainte dans le soin psychiatrique explorent de nombreux domaines qui se chevauchent tout en englobant la même réalité : la coercition, l'usage de l'isolement (mesure physique qui limite la liberté du patient à un espace confiné), l'usage de la contention ainsi que les notions d'usage de la force (38). La définition de la contrainte est par ce fait difficile à déterminer car il y a un continuum entre la contrainte légale et la pratique dans les services, entre ce qu'énonce la loi et ce qui se passe réellement, entre la contrainte prescrite par la loi et la contrainte informelle exercée dans les services (39).

Par souci de clarté les définitions suivantes ont été retenues pour cette étude :

- Contrainte : pouvoir d'entraver la liberté d'un patient,
- Coercition : exercice de ce pouvoir
- Mesures de contrainte : emploi des mesures coercitives, c'est-à-dire l'isolement, la contention et l'administration par la force d'un traitement.

La compréhension du soin en psychiatrie guidée par Imogène King

Les écoles appartenant au paradigme de l'intégration (40) prennent en compte ce phénomène complexe de la relation soignant-soigné. La prise en soin en psychiatrie apparaît comme dépendante des systèmes de relation établie par la personne, ce qui implique une vision interactive. C'est pourquoi les écoles de pensée de l'interaction réciproque (41) semblent pertinentes à soutenir ce concept. Ainsi, l'école de l'interaction réciproque répond à la question : comment les infirmiers font ce qu'ils font ? (40) Répondre à cette question semble justement essentiel pour expliquer quelque chose d'aussi immatériel que la relation de soin en psychiatrie. Le soin résulte d'une interaction (au sens de processus) entre l'infirmier et le patient, c'est une expérience existentielle, une rencontre. La personne est un être, un organisme ouvert et en développement, capable de décision et de choix, même si c'est celui de la violence.

Selon l'école de l'interaction réciproque la personne est donc un être holistique. Les parts ne peuvent s'étudier qu'en fonction de l'être en entier. Le tout est supérieur à la somme des parties ! Le soin s'inscrit comme pleinement imbriqué dans un contexte et la personne y a une part

active. La réalité est multidimensionnelle et dépendante de ce contexte. De ce fait elle est relative car indexée à la particularité de chaque personne. Le soin émane à l'intérieur des systèmes et est véhiculé par les personnes. King (1981) s'est intéressée à ces systèmes et en a dégagé une théorie générale.

Basés sur la théorie générale des systèmes, King (1981) distingue trois systèmes principaux en interaction constante : le système personnel (individuel), le système interpersonnel (groupe) et le système social (la société). Le phénomène de contrainte se trouve à tous les niveaux et exerce des pressions sur l'individu qui peut adopter un comportement violent pour se défendre. Lorsque c'est lui-même qui génère de la violence c'est le groupe ou la société qui peuvent adopter ce même comportement de défense envers l'individu. Le phénomène de contrainte est plus que la simple expression d'un comportement, c'est la mise en action constante d'interactions entre les différents systèmes. Dans ce cadre, la santé est une expérience de vie dynamique qui demande une adaptation continue aux influences de l'environnement (42).

Les concepts majeurs de la théorie

King (1981) distingue également dix concepts majeurs qui permettent de connecter la théorie à la pratique (43). Tous ne sont pas utilisables pour le concept de contrainte mais voici les trois principaux qui semblent avoir une influence importante :

- La perception : chaque personne a sa représentation de la réalité. En psychiatrie cela s'illustre aisément. Dans la situation de contrainte le patient interprète la réalité comme dangereuse et il interagit avec cette perception. C'est la variable la plus importante du système car c'est elle qui influence directement le comportement.
- L'interaction humaine : elle résulte de l'interaction entre les trois systèmes et s'exprime par un comportement verbal et non-verbal. Chaque personne est porteuse de savoirs différents, de besoins et d'expériences particulières qu'elle amène dans la relation soignant/soigné (dyade selon King, 1981). La perception va influencer cette interaction. Dans une situation de contrainte la dyade est un enjeu primordial car c'est elle qui déterminera l'issue du soin.

- Le rôle : la personne à un rôle dans la société. Ce rôle lui définit des droits et des obligations. Dans une situation de soin en général et psychiatrique en particulier, le rôle est décalé. Le patient n'a plus le sentiment d'être reconnu dans son rôle. Ce vécu est terrible pour lui et il explique en partie la réaction de violence.

Voici les concepts principaux retenus pour intégrer la contrainte. King en décrit d'autres qui semblent non moins pertinents, mais dont le rôle est moindre (par exemple la communication qui est plutôt rompue dans ce contexte ou encore le temps et l'espace). A la lumière de cette théorie, les méta-paradigmes de la science infirmière peuvent être précisés (44). Ainsi la personne est en continuel devenir social. La santé est une adaptation continuelle au stress. L'environnement est un système ouvert en changement constant et le soin devient un comportement observable (40). Cette vision du soin ne donne pas tous les outils pour interroger la notion de contrainte lorsqu'il y a hospitalisation contre le gré du patient. Au vu de cet éclairage infirmier, il est jugé important de considérer un autre angle pour aborder ce qui se passe dans une institution psychiatrique. Cet angle provient des propositions que Foucault a faites dans son cours au collège de France de 1973-1974, qui permettent d'analyser les enjeux de pouvoirs au sein de l'asile.

Les autres concepts mobilisateurs

Foucault et la notion de pouvoir psychiatrique

Foucault (2003) s'est interrogé le premier sur la notion de pouvoir psychiatrique. Dans un contexte d'antipsychiatrie il repense la fonction de l'asile (45). Il introduit l'idée que ce type d'institution ne relève aucunement du système médical et thérapeutique mais se fonde sur des principes disciplinaires, en particulier avec la figure du psychiatre (46). Pourquoi s'intéresser à l'asile ? Parce que la réorganisation de la psychiatrie et l'abandon du pouvoir absolu du médecin n'a pas entraîné une réduction du pouvoir psychiatrique, mais tout le contraire (47). En effet, malgré l'affirmation des droits du patient dans les dernières décennies, il demeure un noyau dans lequel ce pouvoir s'exerce : l'institution psychiatrique. Les

travaux de Foucault posent un défi fondamental et radical aux fondations théoriques et pratiques des diagnostics et thérapeutiques en psychiatrie (48).

Le pouvoir disciplinaire

Pour Foucault (2003), à la suite de Pinel, une certaine discipline, une certaine régularité sont nécessaires à :

- La constitution du savoir médical d'une part, en effet l'ordre garantit la possibilité d'une observation exacte, et,
- À la guérison d'autre part, car l'opération thérapeutique n'est possible qu'à l'intérieur d'une distribution réglée du pouvoir : l'opération de guérison est le passage du statut de malade à celui de non-malade.

Le pouvoir n'appartient ni à quelqu'un ni, d'ailleurs, à un groupe ; il n'y a pouvoir que parce qu'il y a dispersion, relais, réseaux, appuis réciproques. C'est dans ce système des différences, qu'il faudra analyser, que le pouvoir peut se mettre à fonctionner (45). Le pouvoir est distribué à tous les étages, du médecin à l'agent de service. Ceci est une condition indispensable à la construction du savoir médical par l'observation permanente du malade exercée à tous les niveaux de hiérarchie. Foucault parle d'un champ de bataille qui est organisé au sein de l'asile dont l'enjeu ultime est la maîtrise de la folie. La guérison dans ce contexte est la soumission de cette force que représente la folie. Le malade doit être docile et soumis pour accéder à la guérison. Il y aurait d'une part la force sauvage du fou et d'autre part la force disciplinée des serviteurs. Cette dernière s'applique pour satisfaire aux exigences et aux nécessités de l'état du malade. Le pouvoir disciplinaire est un pouvoir discret, réparti ; c'est un pouvoir qui fonctionne en réseau et dont la visibilité ne se trouve que dans la docilité et la soumission de ceux sur qui en silence, il s'exerce (45). Le pouvoir disciplinaire n'est pas discontinu, il implique au contraire une procédure de contrôle continu ; dans le système disciplinaire, on n'est pas à l'éventuelle disposition de quelqu'un, on est perpétuellement sous le regard de quelqu'un ou, en tout cas, dans la situation d'être regardé.

Foucault décrit trois caractères du pouvoir disciplinaire :

- Le caractère panoptique du pouvoir : tout voir, tout le temps, tout le monde,
- Le caractère isotopique du pouvoir : chaque élément a sa place déterminée, il a ses éléments subordonnés et sur ordonnés. Chaque élément s'articule avec les autres,
- Le caractère global et continu : il intervient dès le début et à tous les niveaux.

Le pouvoir disciplinaire implique la création d'un règlement. Rares sont les unités psychiatriques qui n'en disposent pas, celui-ci régule des éléments « basiques », heures des repas, d'accès à tel ou tel matériel et des éléments plus « comportementaux », la violence est interdite etc.

En psychiatrie le pouvoir s'exerce à tous les niveaux et tout le temps avec une intensité qui diffère. Il y a tout un jeu de surveillance qui est mis en place pour contrôler le patient. Aujourd'hui le discours se veut plus humaniste mais qu'en est-il dans la réalité ? Le pouvoir disciplinaire implique toute une dynamique de pression envers les uns et les autres. L'infirmier doit observer le patient, transmettre. La pression subie par le patient sous contrainte est de « rentrer dans le moule » sociétal sinon il subira des punitions, le rapport de force qu'il entretient avec l'équipe est souvent en sa défaveur et il doit faire ce qu'on lui demande, de gré ou de force. Il est vrai que de ce point de vue la dimension thérapeutique disparaît au profit de l'analyse de l'enjeu de pouvoir, il n'est pas certain qu'il en soit autrement de nos jours. Le pouvoir disciplinaire dans les institutions existe toujours mais il n'est plus interrogé de la même façon. Ainsi les prises en charge seront-elles centrées sur l'individualité du patient comme un tout unique sans interroger son imbrication au sein même de l'institution dans laquelle il est soigné (48).

Le pouvoir de l'hôpital

Pour Foucault (2003), ce qui guérit à l'hôpital, c'est l'hôpital. C'est parce que l'hôpital est une machine panoptique. C'est en effet une machine à exercer le pouvoir par :

- La visibilité permanente : le malade doit savoir qu'il peut être toujours observé. C'est justement quand l'on se sait regardé comme fou que l'on ne montre pas sa folie, c'est le principe de la structure pavillonnaire des premiers asiles,

- Le principe de la surveillance centrale : hiérarchisation des intervenants qui se font tous des rapports jusqu'au médecin-chef,
- Le principe de l'isolement : il doit avoir valeur thérapeutique.

Le pouvoir psychiatrique

Foucault définit ainsi le pouvoir psychiatrique : c'est ce supplément de pouvoir par lequel le réel est imposé à la folie au nom d'une vérité détenue une fois pour toutes par ce pouvoir sous le nom de science médicale, de psychiatrie. Pour Foucault l'instauration d'emblée, dès l'admission, du pouvoir par le médecin a deux objectifs :

- Casser la toute-puissance du malade en le rendant docile : dans toute folie, quel qu'en soit le contenu, il y a toujours une certaine affirmation de toute-puissance. Il s'agit de réduire la toute-puissance de la folie par la manifestation d'une volonté dotée d'un pouvoir supérieur, vigoureux,
- Favoriser le rôle thérapeutique de l'asile par l'obligation pour le malade de suivre les règlements et les ordres. En quelque sorte on oblige le malade à quitter sa folie pour suivre la règle commune.

Au fond, la cure psychiatrique était orientée par la soumission de la volonté du malade à celle du médecin. Lui seul a un savoir sur la réalité. Le malade est alors contraint d'avouer sa folie par la reconstitution de sa biographie et le déni de son délire.

Par contre, pour Foucault la position de la psychiatrie est très différente de la position de la médecine : le psychiatre doit savoir si les symptômes qui se présentent à lui sont de l'ordre de la folie ou non. De nos jours cela se manifeste par l'enjeu des expertises juridiques, la personne était-elle sous l'empire d'un trouble mental ? La psychiatrie est passée du pouvoir absolu de l'époque asilaire qui reposait sur son isolement à un système plus ouvert qui repose sur l'intégration du malade dans la société. Aujourd'hui le système n'est plus asilaire mais hospitalier, le pouvoir n'est plus concentré en la personne du médecin-directeur mais l'interaction entre le pouvoir et le savoir est toujours au cœur du dispositif par lequel l'humain devient sujet et comment il est marqué par l'identité psychiatrique (48). La relation soignant/soigné est imbriquée dans ces mécanismes de pouvoirs mais aussi d'interactions au sens d'Imogène

King. La considération de ces deux éléments est centrale pour comprendre la contrainte qui est en jeu dans un service.

La relation soignant/soigné

La relation entre le patient et le soignant représente un rôle de pivot dans le soin psychiatrique (49-56). Certains auteurs considèrent même que la relation soignant/soigné est l'essence même du soin en psychiatrie (57-60). Derrière cette dénomination « relation thérapeutique » se cachent toutefois des pertinences différentes (55).

Essai de définition

Un des premiers à s'être interrogé sur ce qui se passait entre un patient et son thérapeute a été Freud qui entrevoit le patient comme un collaborateur de sa propre thérapie (61). Il s'est rendu compte que la relation établie avec le patient était un moteur de la cure psychanalytique tout autant que son frein. Il a remarqué qu'un transfert s'établissait et que ce transfert avait une signification et une grande importance pour le traitement (62).

Des auteurs ont effectué une revue de littérature cherchant les théories qui sous-tendent la compréhension de la relation soignant /soigné (63). Ils découvrent qu'aucune théorie n'explique pleinement ce champ et qu'il faut donc adopter plusieurs approches, psychanalytique, systémique, psychologique et sociale, cognitivo-comportementale. La psychiatrie est un domaine compliqué par l'hétérogénéité des traitements et des interventions (le but visé étant souvent la sécurité, la stabilisation) ainsi que des lieux de soins. Il y a une multitude d'appellations pour définir la relation qui s'établit entre le patient et le soignant dans un service de psychiatrie : « therapeutic alliance », « therapeutic relationship », « working alliance » (64),. Dans la littérature ces mots sont souvent interchangeables. Pourtant ils recouvrent des notions différentes qu'il s'agit ici d'éclaircir.

Les différents niveaux de relation de soins

Il y a plusieurs niveaux de relation que le soignant établit avec le patient (64-66):

- La relation de pouvoir/confiance : le patient perçoit le thérapeute comme aidant et soutenant. La confiance nécessite un travail constant et conscient (67). L'habileté à écouter, comprendre et

prendre du temps contribue à construire cette confiance (68). La confiance représente ainsi une base fondamentale du soin infirmier. En soins infirmiers de psychiatrie l'accent est mis sur le fait qu'une confiance mutuelle entre le patient et le soignant est une condition sine-qua-non pour qu'un programme thérapeutique puisse aider le patient (68). Construire la confiance est le défi des soins en psychiatrie surtout lorsqu'il y a contrainte (67).

- La relation thérapeutique : le patient a le sentiment qu'un travail avec le thérapeute est utile. Dans la relation thérapeutique il y a une notion de dépendance du patient vis-à-vis du soignant (67) alors que dans l'alliance thérapeutique il y a un vrai partenariat entre les deux.
- L'alliance thérapeutique : le patient a le sentiment qu'un travail avec le thérapeute est non seulement utile mais aussi réalisable.

La relation de pouvoir/confiance

Lorsqu'il s'agit de la relation entre un patient et un soignant en psychiatrie il n'est pas rare de parler de relation de pouvoir (69). Le pouvoir réfère à l'habileté et la potentialité d'influencer l'autre par le biais d'une variété de manière : agir par récompenses, limiter les informations, etc.(70) Si Foucault en donne un éclairage (le pouvoir psychiatrique) il reste que sur le terrain la notion de pouvoir est difficile à opérationnaliser (71) et s'il vient de surcroît il est pourtant inhérent à tout système social. Il n'y aurait pas de psychiatrie sans pouvoir et contrôle (72) ! Ceci implique un climat de méfiance réciproque renforcé par le « matériel empirique » de la psychiatrie aiguë. Celui-ci révèle qu'il y a une méfiance mutuelle plutôt que l'inverse soit une confiance, qui prédomine dans les relations entre les patients et les infirmiers (67). Par matériel empirique les auteurs entendent les mesures de sécurité qui encadrent la vie quotidienne d'une unité : parfois le service est fermé à clefs, les moyens d'alarme utilisé par le personnel (biper visible, bouton d'alerte), plus de personnel, contrôle dans ce que le patient est censé faire quand et avec qui. Comme si potentiellement toute situation pouvait se dégrader rapidement et que les mesures en place permettraient de toujours tout contrôler. S'ensuivent ensuite toute une série de mots « professionnel » pour décrire la relation : fuyante, distante, en retrait, manipulatrice, test, manque d'introspection sur ses troubles, argumentative. Ces auteurs interprètent la variété de réactions du patient comme un signe de la méfiance que celui-ci entretient avec le soignant, ainsi la manipulation, le retrait en sont les témoins (67).

Face au pouvoir « d'emblée » instauré dans la relation par le soignant, le patient établit une sorte de « contre-pouvoir » en fonction de ses moyens pour s'autodéterminer. Peu d'études examinent cette part que le patient met dans sa relation avec le soignant (54).

La relation thérapeutique

Le critère d'évaluation de ce qui constitue un bon soin pour le patient est la qualité de la relation qu'il va engager avec l'équipe soignante, ce qui implique le sentiment d'être compris par elle (50). La qualité de cette relation va influencer les résultats des patients (63), elle est même un indicateur de ces résultats (49). Le postulat étant qu'une bonne qualité de relation est un ingrédient facilitant l'acceptation du traitement, primordiale en psychiatrie hospitalière (73) Selon une étude, 72% des patients schizophrènes ayant développé une pauvre alliance thérapeutique ont eu des problèmes de compliance au traitement (74). Les infirmiers et la relation privilégiée qu'ils entretiennent avec le patient jouent un rôle fondamental à ce niveau (49, 52). Ainsi la relation avec le soignant peut être considérée comme un pré requis pour des résultats positifs dans le traitement (52). Pourtant la relation thérapeutique est souvent l'affaire du soignant et la part qu'y met le patient est ignorée (73, 75). Or le pouvoir est aussi entre les mains du patient (70) et lorsqu'il le prend c'est alors que se développe l'alliance thérapeutique qui fait du patient un vrai partenaire du soin.

La relation thérapeutique dans les soins sous contrainte

La relation thérapeutique est le pivot central de la pratique en psychiatrie (76). Le sentiment d'être reconnu comme une personne et non comme un numéro ou un diagnostic, est important pour améliorer cette relation. Lors de soins sous contrainte il est difficile de reconnaître le patient dans son expérience et le soignant est limité dans le lien qu'il peut construire en situation de stress. Le patient recherche la validation de ce qu'il vit. Les patients interrogés croient que plus de communication et d'attention positive permettrait d'améliorer la situation (76). La plupart des patients ont estimé que la contrainte a perturbé la relation qu'ils avaient avec l'équipe soignante de manière négative (77). C'est la relation qu'il entretient avec l'équipe ainsi que l'attitude des soignants qui sont décrites par le patient pour renforcer ou diminuer le sentiment de contrainte. Le pouvoir du soignant est donc important pour influencer ce vécu (38).

L'expérience du patient est grandement corrélée à sa dépendance vis-à-vis du soignant. C'est sa relation avec lui qui pourra majorer ou minorer le ressenti qu'il aura d'avoir subi de la contrainte (50).

L'alliance thérapeutique

Ce qui est visé dans le soin en psychiatrie est la création d'une alliance thérapeutique avec le patient. Ce terme d'alliance thérapeutique a été introduit par Zetzel en 1956 (78). Il souhaitait différencier le transfert propre à toute relation psychothérapeutique à ce qui se passe entre un patient et un soignant sur le terrain. Greenson en 1967 a enrichi cette notion en introduisant le terme d'alliance de travail (79). C'est la capacité du patient à travailler librement à l'atteinte de ses objectifs. Il distingue clairement trois concepts, le transfert, l'alliance de travail et la relation vraie. Par relation vraie il entend la rencontre vraie entre deux personnes réelles. Par contraste l'alliance de travail est un artéfact de relation qui se développe dans le cadre limité d'une situation particulière comme la relation de soins infirmiers par exemple.

Il y a quatre dimensions de l'alliance (80), la collaboration, la communication, l'intégration et l'autonomisation. L'alliance thérapeutique se développe surtout dans le cadre d'une relation un pour un (55), la relation thérapeutique se développe au sein de l'unité avec tous les soignants, cela est possible uniquement si la relation de confiance est établie avec le patient. Les bases de l'alliance thérapeutique s'établissent très tôt dans l'hospitalisation (81). Un instrument de mesure de l'alliance thérapeutique a été développé, la Working Alliance Inventory, WAI (79). Celui-ci a défini trois critères dont dépendent l'alliance, le but (de la thérapie), la tâche (le fait que le patient soit d'accord que la thérapeutique employée va l'aider), le lien (la qualité de la relation entre le patient et le soignant). Cet instrument a surtout été développé pour l'extrahospitalier.

L'analyse de la contrainte dans la littérature

La stratégie de recherche documentaire

Les bases de données Pubmed, Cinhal, Web of Knowledge et Psychinfo ont été utilisées. Les mots clefs employés ont été : seclusion and restraint / seclusion and psychiatry and nurse / seclusion and care /coercion/seclusion/restraint and feelings / patient pressure and psychiatry

/ patient and treatment and psychiatry and nurse / coercion and restraint and nurse / manual handling and psychiatry / psychiatry and coercion and care /involuntary hospitalization admission and psychiatry/ coercive treatment / compulsory admission and psychiatry and perception or feelings /reaction and constraint/.

Des typologies de la contrainte

La contrainte est largement utilisée en psychiatrie et a une longue histoire. Souvent les auteurs font référence à la contrainte physique lorsqu'ils parlent de coercition, mais peu à peu se dégage une définition plus large : la contrainte est une action imposée à une personne contre sa volonté (15). Une définition qui englobe aussi le fait que le contexte même de l'hospitalisation peut être contraignant (82).

Certains auteurs ont distingué deux formes principales de contrainte (12) qui sont brièvement définies ainsi:

- La contrainte visible donc formelle : usage de la force physique, non reconnaissance du refus de traitement, traitement de force, isolement, contention physique.
- La contrainte masquée donc informelle : manipulation de la pensée, menace, le fait de ne pas dire la vérité et de restreindre les choix possibles.

Les études montrent qu'il est difficile d'évaluer et d'appréhender la différence entre ce qui appartient à la contrainte formelle (hospitalisation légale, isolement, contention) et l'usage de la contrainte dans la pratique car elle inclut toutes les formes de contrainte informelle (persuasion, menaces) (83). La contrainte peut se diviser en neuf niveaux de pression (84) : la persuasion, l'incitation, la menace, montrer la force, user de force physique, user de la force légale, réduire les choix, donner un ordre, déception.

L'application de la contrainte

La forme légale de la contrainte en psychiatrie est l'hospitalisation dite sous contrainte car le patient ne la souhaite pas, c'est le placement à des fins d'assistance (PAFA). Le PAFA désengage le patient de ses soins

et entraîne souvent sa non-compliance au traitement (85). Cela sous-entend que le patient est incompetent à prendre une décision, à décider pour lui-même (12), en somme qu'il n'a plus sa capacité de discernement, qu'il perd sa capacité d'auto-détermination (86). C'est donc pour son propre bien qu'il doit être contraint. Pourtant ce que l'on sait sur l'usage de la contrainte est inconsistant (87). Une revue systématique de littérature n'a pas permis de soutenir une continuité dans l'usage de la contrainte (88) et il n'existe pas d'évidences basées sur les preuves pour justifier la contrainte (13, 89). Il est simplement admis que le bénéfice attendu de la contrainte est estimé supérieur aux nuisances créées par elle (12).

Pour certains auteurs il y a disproportion de la mesure car la contrainte devrait être le moyen ultime pour protéger le patient et son environnement (90). La contrainte devrait être l'exception. Pourtant, le placement involontaire et l'usage de la coercition sont des mesures largement acceptées et jugées nécessaires dans certaines situations dans les services de psychiatrie (9). Il est entendu en psychiatrie que c'est le moyen idoine pour réguler certains comportements perturbateurs et pour protéger l'individu contre lui-même (91).

Il y a un autre facteur dont il faut tenir compte et qui est singulier : la représentation sociale de la psychiatrie est habituellement associée à un certain degré de contrainte (89). C'est pourquoi l'hospitalisation en psychiatrie apparaît de ce fait comme l'ultime option disponible. Les associations de patients, les familles et les pouvoirs publics débattent régulièrement de la contrainte. Par exemple, l'association « ProMenteSana » qui a pour but de diffuser des informations variées et d'informer le public sur les évolutions récentes de la psychiatrie en adoptant un point de vue critique. Cette association diffuse une lettre trimestrielle qui interpelle souvent les soins sous contraintes (92). Le message peut être parfois ambigu avec une demande forte pour éliminer toute forme de contrainte dans les services et, à contrario, une grande demande d'admettre des patients pour protéger les intérêts de la société (10). Il y a un dilemme entre les droits individuels et les injonctions contraignantes de la société.

Ces placements sont régulés par des lois propres à chaque pays. En Suisse l'hospitalisation sous contrainte peut être demandée par n'importe quel médecin (code civil). L'usage de la contrainte est encadré par la loi pour chaque canton. Les mesures de coercition (isolement, contention, injection de force) sont pratiquement laissées à l'appréciation

du psychiatre du service (exception faite de certains cantons comme Genève par exemple). Il est intéressant de noter que les hôpitaux qui ont les taux d'hospitalisation sous contrainte les plus élevés sont aussi ceux qui ont le taux d'usage des mesures de contrainte les moins élevés (10). Il semblerait alors que des patients hospitalisés en mode volontaire subissent des mesures de contrainte indépendamment de leur statut d'hospitalisation. Il a aussi été démontré qu'il y a un lien entre la diminution du nombre de lits et la diminution de la durée de séjour. Lorsque ces deux facteurs sont associés il y a une plus grande utilisation de ces moyens de contrainte (93).

Qui est le patient susceptible d'être contraint ?

Une étude s'est intéressée au profil du patient hospitalisé contre son gré (24). Il s'agit d'une revue de littérature concernant les patients hospitalisés contre leur gré versus les patients admis en mode volontaire. Elle met en évidence qu'il n'y a pas de distinction entre les pathologies pour ce qui concerne la contrainte. Il y aurait tout de même une prédominance des patients avec un diagnostic de schizophrénie pour ce qui concerne les mesures de contrainte (94). Cela s'explique en partie par le fait que les patients schizophrènes ont souvent une mauvaise compliance aux traitements psychotropes avec de pauvres résultats en terme de ré-hospitalisation et de violence (95).

Il n'y a pas de discrimination systématique qui a été clairement démontrée (96) pour la contrainte, mais il y aurait certaines catégories de patients plus exposées aux mesures de contrainte : en majorité des hommes, sans emploi, célibataire, et ayant des difficultés sociales (97).

Quelques études enfin se sont attachées à trouver des caractéristiques sociodémographiques et ethniques, sorte de profil du patient le plus sujet à être contraint. Il y a des variations inéquitables quant à l'utilisation de la contrainte notamment chez les patients noirs (98) pour la Grande-Bretagne. Il y aurait une augmentation significative de l'emploi de la contrainte chez les patients immigrés évoquant surtout un problème de communication (langue et culture) (99). Cette composante raciale n'a pas été démontrée pour la Suisse, par manque de recherche.

Le vécu du patient

Le débat sur l'usage de la contrainte est certes d'ordre moral et éthique mais comprendre la perception qu'en a le patient a des implications importantes pour son traitement (100) et il s'agit de réintroduire celui-ci en tant que tel, de donner à la contrainte une dimension légitime de soin afin que le patient puisse l'intégrer comme thérapeutique dans son parcours. Les études sur l'impact de la contrainte et sur les réactions émotionnelles des patients sont rares. Pourtant ces émotions impactent clairement la qualité de vie du patient (22). L'émotion la plus vive est la honte et le mépris de soi. Ces auteurs ont effectué une revue systématique de la littérature sur l'expérience de la coercition. Ce qui détermine l'impact de l'expérience coercitive est moins sa force et sa durée que l'émotion qu'elle engendre ! Ces auteurs déterminent également que ce ressenti n'est pas dépendant du degré de la pathologie psychiatrique. La honte et l'autodépréciation ressenties lors d'une hospitalisation involontaire diminuent la capacité de coping et d'empowerment pour cette population vulnérable et réduisent considérablement sa qualité de vie (101). Il y a cependant peu d'études qui ont exploré en détail le ressenti du patient quant à l'usage de la contrainte et comment il a intégré cet événement (102). Il est intéressant de noter que certains auteurs ont trouvé que si 69% des traumatismes soufferts par le patient sont liés à sa pathologie, 24% seraient liés au traitement psychiatrique lui-même (23).

Le fait de perdre le contrôle sur sa situation va engendrer deux sortes de réactions (103), chacune d'elles va entraîner des émotions chez le patient :

- L'impuissance : entraîne des sentiments tels que honte, autodépréciation qui peuvent conduire jusqu'à la dépression et l'angoisse
- Le sentiment d'injustice : entraîne la colère, la frustration avec augmentation de la violence (104).

Les expériences habituelles liées au sentiment de contrainte sont :

- Se sentir sans contrôle pendant l'hospitalisation : ne pas recevoir suffisamment d'informations, ne pas être consulté pour les décisions de soins, percevoir le soignant comme celui qui a le pouvoir (92% des participants ont estimé avoir été contraint alors qu'aucune autre alternative ne leur avait été proposée) (105).

- Ne pas reconnaître le besoin de soins : souvent cette nécessité est reconnue à posteriori (25%) (105).
- Ne pas reconnaître la nécessité de la contrainte : certains des patients pensent qu'ils avaient besoin de soins mais que la contrainte que cela a engendrée leur a été défavorable. Ils pensent que leur problème aurait pu être géré différemment. Ils estiment que cela a représenté une interruption du cours de leur existence (106).

Il y aurait quatre thématiques majeures quant au ressenti des patients ayant subi une contention physique (107):

- La colère : elle est liée à l'injustice, au sentiment de punition, sentiment que les soignants se moquent de lui, le sentiment est douloureux,
- L'anxiété : la peur, l'effroi et la panique sont décrits par les patients, « pourquoi vous me faites ça ?? »,
- Un bouleversement mental : les patients se sentent agressés,
- La libération des sentiments : certains patients ont décrit cette expérience comme cathartique.

La variation du ressenti

Il y a de nombreux facteurs qui vont influencer le vécu de la contrainte ressentie selon que l'on interroge la perception des pressions négatives et la perception de l'iniquité de la procédure (100). S'il existe beaucoup de variations de la perception de la contrainte il ne semble pas que la pathologie influence ce ressenti (93). Il y a discussion dans le monde scientifique sur cette question. Ainsi la pathologie interviendrait dans l'application des mesures de contrainte mais pas dans le ressenti de celle-ci (87). Le ressenti d'un sentiment de contrainte est intimement lié au sentiment de justice, c'est-à-dire que les soins imposés semblent légitimes ou non pour le patient. Le sentiment de justice est important car il semble que si le patient a l'impression que son entourage (médecin, famille..) a agi de bonne foi, il lui sera plus facile d'accepter l'hospitalisation comme juste et aura une moindre perception de la contrainte (100). Ainsi, une étude a montré que les patients ont des attitudes différentes quant au vécu de leur hospitalisation si elle leur semble nécessaire ou non (105).

Il y a alors trois groupes de patients :

- Ceux qui pensent qu'elle était nécessaire (besoin de se sentir en sécurité, besoin de soins),
- Ceux qui pensent qu'elle n'était pas nécessaire et qui la vivent comme injustifiée
- Ceux qui sont ambivalents.

Un autre point important est démontré, il serait à l'effet que plus le degré d'autonomie du patient est important avant son hospitalisation sous contrainte, plus son ressenti de la contrainte sera important. Également, plus le niveau social est élevé et plus le sentiment de contrainte sera important (108). Finalement, alors que les équipes soignantes sont souvent débriefées après un incident d'utilisation de la mesure de contrainte ce n'est pas encore souvent le cas pour le patient (102).

Les conséquences de la contrainte

Les admissions involontaires peuvent être vécues comme une expérience dévalorisante et stigmatiser une personne avec une pathologie psychiatrique sévère (18). Les effets des admissions involontaires sont quelquefois considérés délétères et leurs bénéfices apparaissent limités (109). Une étude récente a montré comment les patients atteints de pathologies mentales expérimentent leur admission involontaire (110). Ainsi il y a moins de satisfaction chez les patients contraints et plus de ré hospitalisation chez ceux qui ont été contraints avec des temps d'hospitalisation plus longs. Une conséquence habituellement citée par les patients est la déshumanisation, se sentir rabaissé, stigmatisé (22).

La contrainte (surtout physique) ralentit le processus du traitement (111). Il s'agit de déterminer de meilleures procédures cliniques pour diminuer le sentiment de contrainte éprouvé par le patient (112). Une étude s'est intéressée aux moyens de coping mis en œuvre par le patient vis-à-vis de l'isolement en particulier (113). Ces auteurs découvrent que cet évènement a été vécu comme une expérience émotionnelle traumatique pour la plupart et qu'elle avait de lourds impacts : la persistance de la colère mais aussi de la méfiance vis-à-vis de l'équipe soignante. Les patients ont estimé que c'était une démonstration du pouvoir de l'équipe, « une expérience humiliante et non nécessaire, un acte abusif ». Il y a persistance de la crainte d'être à nouveau sujet de la

contrainte (105). Certains patients ont même été jusqu'à dire que ce geste a représenté une violation de leur intégrité physique et une punition que leur imposent les soignants (114). Certains ont quand même dit qu'ils ont vécu cela, à posteriori comme un soulagement. Tous les patients pensent qu'il y avait d'autres moyens à mettre en œuvre pour éviter cette contrainte (105). Si ces études ont surtout interrogé le ressenti de la contrainte en regard des mesures coercitives, peu l'ont fait pour la contrainte en général (89).

La légitimité de l'hospitalisation

Il y a des résultats négatifs liés à la contrainte ainsi que des résultats positifs (24). Ces résultats sont en partie liés à la légitimité que le patient perçoit quant à son hospitalisation. Les patients qui pensent que leur hospitalisation n'était pas nécessaire perçoivent alors (115):

- Que leur traitement a été très coercitif,
- Que leur hospitalisation a été forcée et qu'ils ont subi des pressions,
- Qu'ils ont été traités injustement.

Les effets négatifs de l'hospitalisation sous contrainte (ce dont les patients se plaignent le plus) sont variés et peuvent être regroupés comme suit (94):

- Avoir été obligé de rester confiné dans une aire limitée,
- Avoir subi les effets secondaires des médicaments,
- Être impuissant à contrôler sa situation.

Tout ceci renvoie aux conséquences suivantes : perte de confiance en soi, peur, rechute, perte d'indépendance, perte de la garde des enfants, limitations des contacts sociaux (94). Il est important de noter que certains patients changent leur opinion quant à la nécessité de l'hospitalisation mais ne changent jamais leur ressenti vis-à-vis de la contrainte (115).

Il y a une différence entre la nécessité de l'hospitalisation (souvent perçue à posteriori par le patient) et le sentiment de contrainte qui persiste. Il semble que le sentiment de contrainte soit indépendant du statut alors que la perception de la nécessité de l'hospitalisation soit liée à ce statut (89). Plus exactement il y a indépendance de la nécessité ressentie de l'hospitalisation et du sentiment de contrainte.

Il y a toutefois un manque d'études concernant les résultats (négatifs ou positifs) des patients qui ont subi la contrainte (88). Ce que l'on sait concerne surtout la contrainte formelle (la triade isolement / contention / injection de force). Ainsi les patients l'ayant subie ont des sentiments négatifs (18, 25). Le corollaire est que les soignants se sentent contraints d'exercer ce pouvoir (87), ce qui engendre un malaise. Il a toutefois été démontré que les attitudes positives du patient vis-à-vis de son traitement contraint augmentent ses résultats positifs (108).

La majorité des patients hospitalisés sous contrainte reconnaissent pourtant qu'ils souffraient de problèmes mentaux avant leur hospitalisation. Ainsi, 39 à 75% des patients hospitalisés sous contrainte estiment que leur hospitalisation était justifiée (21). Le fait que le patient reconnaisse ceci est cependant indépendant du sentiment de contrainte qui subsiste même après la sortie (89). Il faut ici distinguer les patients ayant subi une hospitalisation sous contrainte sans l'emploi de mesures coercitives de ceux qui en ont subi. Les patients ayant subi de telles mesures de contrainte formelle sont plus enclins à penser que leur hospitalisation n'était pas justifiée. Lorsque le patient se sent entendu son sentiment de contrainte est moins important (84). En dépit d'un manque de collaboration le patient a besoin de trouver du sens à ce qui lui arrive (14). Il a été observé un fort taux de ré hospitalisation chez les patients qui avaient subi la contrainte sans trouver de raison valable à leur hospitalisation (116).

Un décalage de perceptions

Les attitudes et les perceptions des patients, de l'équipe et de la famille diffèrent. Ainsi les comportements qui pourront être jugés manifestement coercitifs par l'équipe tels que les pressions physiques et les traitements, ne seront pas toujours interprétés comme contraignants par les patients (100). Ceci est étonnant et l'on peut se demander à quoi sont liées les différences, ce point n'est pas très développé dans la

littérature. Il semblerait que tout se noue dans la relation thérapeutique et la relation de confiance que le patient noue avec les soignants (24).

Les frontières entre la contrainte du traitement psychiatrique et l'acceptation de celui-ci par le patient sont floues (39). Il y a une difficulté à faire la distinction entre la contrainte objective et celle qui est informelle. Ceci explique la contrainte inhérente à l'hospitalisation (117). Ainsi, le simple fait d'être hospitalisé en psychiatrie représente déjà une contrainte ce qui se vérifie dans les textes puisqu'il a été démontré qu'il n'y a pas de corrélation entre le statut de l'hospitalisation (PAFA) et le ressenti de la contrainte (89). Pour exemple, une étude a montré que 10% de patients admis sur un mode volontaire ont ressenti de la contrainte (118) ce chiffre est même de 35 % dans une autre étude (119). Il faut aussi noter que 35% des patients admis sous contrainte n'en avaient pas ressenti. Le fait que le patient ressente la contrainte est alors à chercher ailleurs, dans les gestes dans les paroles, dans la relation avec l'équipe de soin.

Les patients n'ayant pas d'expérience de contrainte mais qui ont assisté à la mise sous contrainte d'un autre patient décrivent un degré de détresse important avec des pensées de ne jamais revenir dans le service. Le manque de respect dont ils ont été témoins prend une signification particulière et ils font de la projection comme si cela leur était arrivé : « je n'aurais pas voulu être dans cette situation parce qu'ils ne traitent pas les gens vraiment bien... » (120). Ceci induit un stress chez ces patients qui envisagent même quelquefois leur sortie !

La contrainte et le soignant

L'attitude des soignants face aux mesures de contrainte est étonnante et démontre que ce n'est pas « un soin » comme les autres (121). En effet s'ils sont 76.1 % à penser que cela calme le patient avec des effets positifs, ils sont 39.1 % à penser que c'est une mesure dégradante pour le patient et 20% à penser que cela le blesse en induisant le sentiment qu'il s'agit d'une punition.

Il est intéressant de noter que les expériences vécues par l'équipe de soins sont presque similaires à celles du patient lorsqu'il y a mesure de contrainte : peur, anxiété, injustice et détresse (121). Ainsi les soignants ayant le moins d'expérience de la contention ressentent plus ce soin comme une punition et comme étant une décision médicale abusive.

C'est pourtant le soignant qui peut, par son attitude minimiser le sentiment de contrainte vécu par le patient indépendamment de son statut d'hospitalisation. Dans tous les cas le soignant doit expliquer la raison de celle-ci même si le patient ne semble pas comprendre ou n'est pas disposé à écouter (89). Le sentiment de contrainte a été identifié comme diminuant les effets positifs des résultats pour le patient (122). Lorsqu'il n'y a pas de choix possible et qu'une hospitalisation sous contrainte est nécessaire, l'équipe soignante doit être très attentive à maintenir une relation thérapeutique de qualité afin de minimiser le sentiment de contrainte perçu par le patient et améliorer les résultats (73). Ainsi la distinction entre les besoins de l'hospitalisation et le sentiment de contrainte avec le statut légal devrait permettre aux soignants de mieux négocier avec la contrainte ! Ceci afin de construire une alliance thérapeutique permettant au patient d'être acteur de ses soins (123).

Trouver le « bon » dosage de la contrainte est une tâche ardue pour les soignants (89). C'est un sujet sensible et tous les éléments en jeu ont leur importance : la manière de faire, la manière de dire. Même s'il y a une forte corrélation entre l'hospitalisation non volontaire et le sentiment de contrainte des études ont montré qu'il n'y a en fait pas forcément d'équivalence (124). Ces auteurs expliquent qu'il n'y a pas toujours d'évènements bien identifiés qui expliquent ce sentiment. Le défi repose sur l'identification de tous ces éléments susceptibles de renforcer le sentiment de contrainte chez le patient afin d'en diminuer l'impact.

Les études montrent que les vues des patients sont divergentes de celles des soignants (104). Il faut donc revenir au plus près de l'expérience vécue et interroger le patient sur ses propres vues. Lui seul peut fournir une information valable.

L'éthique et la loi

La contrainte renvoie à la notion d'autonomie et en cela en fait une question éthique majeure (12). La question de la contrainte en psychiatrie reste très actuelle. Elle implique de toujours s'interroger sur le respect du droit du patient dans sa rencontre avec celui de l'encadrement sécuritaire de la société (14). Les interventions contraignantes posent évidemment des problèmes d'éthique et sont des défis de prise en soins pour les soignants (120). Selon ces auteurs il y a un grand risque de violer les

droits du patient. Ils dégagent plusieurs thèmes dont se plaignent les patients :

- Une communication inadéquate : les patients perçoivent un manque de communication pendant la mesure de contrainte voire des abus de langage
- Une violation de leurs droits : l'isolement étant perçu comme une punition, une mesure privative de leur droit, un usage inapproprié de la force et un manque de respect pour leur dignité, l'impression que la sédation est là pour que le service soit calme
- L'expérimentation de la détresse : l'impression d'être seul face aux soignants et l'absence de débriefing lors de la levée de l'isolement est perçue comme déstabilisant.

Ces auteurs font plusieurs recommandations : prévenir l'abus des droits du patient, minimiser l'isolement et la détresse, garantir la vie privée, améliorer la communication entre le patient et les soignants, et promouvoir le respect et la dignité des patients (témoin et partie prenante).

En principe la contrainte représente la dernière option thérapeutique lorsque tous les autres moyens ont été tentés. La contrainte représente une atteinte à la liberté individuelle qui ne se justifie éthiquement qu'en certaines circonstances comme la prévention des dommages aux personnes.

Interroger la question de la contrainte par le biais de l'éthique revient à interroger la psychiatrie sous l'angle du conflit qui oppose la violence de la maladie à celle que la société légitime (125). Cela revient à interroger la violence légale que la société peut infliger à un individu, les conditions de sa légitimité restant à définir.

Le fait d'avoir participé à des recherches a été très bien vécu par les patients qui y voyaient l'opportunité de mettre du sens sur l'expérience vécue. Ils ont eu le sentiment qu'on leur redonnait un peu de pouvoir sur leur destinée (empowerment), et qu'on leur rendait leur voix (120)!

Il est important que l'expérience de la contrainte du patient soit régulièrement évaluée et considérée comme une partie prenante des critères d'évaluation clinique (101). S'interroger sur comment il intègre cet événement dans son parcours de vie, comment il y réagit donnera des pistes aux soignants pour anticiper les résultats négatifs et favorisera la prise en compte de leurs besoins pour atténuer le sentiment de contrainte.

CHAPITRE III METHODOLOGIE

Dans cette section seront présentés et justifiés les choix méthodologiques. Dans un premier temps il sera question de la théorisation ancrée, de sa posture épistémologique et ontologique. Dans un deuxième temps la méthode sera détaillée. Dans un troisième temps le déroulement de l'étude ainsi que la description des outils de la théorisation ancrée seront présentés. Enfin, les considérations éthiques essentielles seront développées.

La justification du choix méthodologique

Malgré les éléments qui ressortent de la littérature, la question de la réaction du patient face à la contrainte n'est pas traitée de manière ciblée dans la littérature. La méthodologie par théorisation ancrée est donc indiquée lorsqu'il y a ce genre de manque de données. Elle permet de donner la voix aux patients pour découvrir comment la contrainte impacte leur comportement. Voilà l'objet principal de cette recherche.

Le devis choisi est un devis par théorisation ancrée. C'est un devis de recherche qualitative. La recherche qualitative peut se définir globalement comme une activité contextualisée qui consiste à rendre le monde visible à l'observateur (126). Depuis quelque temps, la recherche qualitative fait une percée importante en sciences infirmières. En effet, ce type de recherche permet de mieux comprendre certains phénomènes complexes associés à l'être humain, à ses expériences de vie et à sa santé (26, 127).

Les chercheurs en sciences infirmières ont largement reconnu l'importance de la théorisation ancrée comme une méthode utile pour étudier des phénomènes importants aux soins infirmiers et ont utilisé cette approche dans différents domaines (31, 126, 128).

La théorisation ancrée

La théorisation ancrée permet de mettre en évidence la réalité qui entoure un phénomène social et aide à en dégager le sens (129). Ainsi, au lieu de « forcer » des théories « sur » les données empiriques pour les interpréter, le chercheur s'ouvre à l'émergence d'éléments de théorisation ou de concepts qui sont suggérés par les données de terrain et ce, tout au long de la démarche analytique (130). La conception qu'ont les sujets étudiés de leur milieu social est un élément dont il faut tenir compte au moment de l'analyse par théorisation ancrée (131).

La théorisation ancrée favorise l'émergence d'une conceptualisation qui explique une situation sociale à partir des données empiriques. Ce type d'approche inductive est fréquemment utilisé lorsque la théorie existante semble peu appropriée au domaine investigué (132). Il s'agit d'une théorisation, c'est-à-dire d'arriver à une compréhension nouvelle des phénomènes. Elle est toujours « ancrée » dans les données recueillies sur le terrain (133).

La théorisation ancrée vise à générer, par induction, une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressive et valide de données empiriques qualitatives (129). En ce sens, la théorisation ancrée permet donc de développer une théorie explicative des comportements humains dans un contexte social donné.

La méthode peut se caractériser par la conceptualisation des données empiriques, elle est un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies sur le terrain et un processus de théorisation (133).

Une démarche épistémologique

La théorisation ancrée est une approche qualitative qui s'inscrit dans le paradigme interprétatif (134). Elle permet d'aller au-delà de l'analyse descriptive par l'approfondissement de l'étude d'un phénomène social. Elle est issue du courant de la sociologie interactionniste de la tradition qualitative de l'école de sociologie de Chicago. Cette école privilégiait le travail de terrain et une approche constructiviste des

phénomènes sociaux (135). Ce courant va de pair avec une écoute et une observation de l'autre et de ses catégories propres, dans son univers d'interactions, selon une logique qui est à découvrir et non à vérifier (129).

En théorisation ancrée le chercheur est invité à remettre en question la compréhension qu'il a de ce phénomène sans vouloir nécessairement produire une grande théorie mais avec l'intention de dégager le sens d'un événement (129). La théorisation ancrée n'a pas pour tâche de fournir une description exhaustive d'un domaine mais de développer une théorie qui rende compte d'une grande partie des comportements étudiés (29).

La posture épistémologique sous-jacente de la théorisation ancrée permet d'explorer les phénomènes humains sans résultats présumés ni de théories préconçues et permet de laisser émerger de nouvelles compréhensions de l'objet de recherche (29, 136).

Considérer le point de vue des acteurs pour saisir l'interaction de faits significatifs pour eux, concernant un phénomène précis et concret, exige un investissement personnel de la part du chercheur (137), avec les risques d'interprétations que cela comporte.

Le sens dans le cadre de cette recherche est la découverte de l'impact de la contrainte sur le patient et de ses conséquences. Il est important de préciser la posture de cette recherche par quelques considérations sur le matériel exploré à savoir la parole du patient. En effet, la population à l'étude, des patients hospitalisés sous PAFA, est vulnérable. Il s'agit bien souvent de patients ayant des idées délirantes et pour lesquels il peut sembler difficile d'obtenir un discours cohérent. La position épistémologique du chercheur a été de considérer uniquement ce discours. Pour ce faire il n'a demandé aucune précision diagnostique et a considéré comme vrai ce même discours.

Une démarche ontologique

La « découverte » de la théorie ancrée date de 1967, année de la parution de l'ouvrage éponyme de Glaser et Strauss. Les auteurs y présentent une stratégie de recherche empirico-inductive vouée à la construction rigoureuse de théories ancrées dans la production et l'analyse progressive des données de terrain (138). La théorisation ancrée s'inspire de l'interactionnisme symbolique, une théorie de la psychologie sociale et de la sociologie, qui reconnaît l'acteur social comme étant le seul porteur du sens de son expérience. Ce qui se vit – l'expérience – est considéré comme un fait (27). Pour le chercheur qui utilise une approche qualitative comme la théorisation ancrée, la personne est vue comme concevant son monde social et y réagissant en fonction du sens et de la valeur qu'elle assigne aux objets, aux individus, aux comportements et aux événements (32). Le chercheur est invité à entrer dans le monde de la personne afin d'en saisir les particularités sans jugement ni a priori (139).

L'interactionnisme propose une vision du social qui tranche avec l'explication fonctionnaliste : l'homme n'a pas une fonction dans la société, il est, en quelque sorte la société en construction (140). Il s'agit alors d'une réalité créée qui n'existe pas en dehors de la personne qui la crée. C'est une structure mentale de la réalité élaborée par une personne pour donner du sens à sa situation (141). Ceci implique pour la recherche que l'explication des comportements ne peut être donnée d'avance et doit se construire au fur et à mesure des observations (129).

L'explication théorique de la réalité, investiguée par le chercheur, doit représenter le plus fidèlement possible celle des personnes qui en témoignent (129). Il s'agit d'effectuer l'analyse des représentations cognitives que les individus se font du monde social qui les entoure ainsi que les conduites qu'ils adoptent en fonction de ce monde (137, 142, 143).

Une approche méthodologique

Il y a deux modes de raisonnement qui guident la recherche : l'induction et la déduction. Le raisonnement inductif tout d'abord qui va du particulier au général, c'est-à-dire des faits vers la théorie. La conclusion revêt la forme d'une généralisation fondée sur des énoncés qui décrivent des situations particulières. Cette forme de raisonnement est orienté vers l'acquisition des connaissances (144).

Le raisonnement déductif ensuite qui suit un mouvement contraire qui va du général au particulier. Il permet de tirer des conclusions précises à partir d'un ensemble de propositions ou prémices considérées comme étant véridiques. Il est orienté vers la production de connaissances à partir d'autres connaissances (144).

Selon le sémioticien et philosophe américain Charles Sanders Pearce (1839-1914), fondateur du courant pragmatiste en sémiologie, l'abduction est une troisième forme de raisonnement, qui complète la déduction et l'induction. Selon lui, l'abduction est le seul mode de raisonnement par lequel on peut aboutir à des connaissances nouvelles. D'après Pearce (145), ces considérations bouleversent la façon traditionnelle d'appréhender la recherche scientifique qui de ce fait ne peut plus se placer strictement dans une démarche hypothético-déductive ou inductive. L'abduction consiste à étudier des faits et à concevoir une théorie pour les expliquer (146). En effet, la mise à l'épreuve constitue le seul moyen pour tenter d'approcher la certitude et déduire une vérité comme idéal de connaissance et objet de construction théorico-pratique. Le processus de recherche modélisé comme un ensemble de boucles [(abduction – induction – déduction)] laisse dès lors une place à l'intuition et à l'imagination (147). Le raisonnement abductif est le corps de la logique de la théorisation ancrée (146), c'est une attitude face aux données et à ses propres savoirs.

La théorisation ancrée va utiliser ces trois modes de raisonnement. C'est une nouvelle façon de faire de la recherche en sciences humaines et sociales (29). Glaser et Strauss proposent d'inverser la logique hypothético-déductive et, au lieu de « forcer » les données pour qu'elles entrent dans le cadre théorique, ils proposent de construire un cadre théorique à partir des données recueillies sur le terrain (148). L'approche

par théorisation ancrée est essentiellement orientée vers l'émergence. Elle invite le chercheur à mener une étude sur le comportement humain en tenant compte d'un contexte social précis.

Cette approche signifie que « quelque chose » se comporte probablement d'une certaine manière – phase d'abduction – que « quelque chose » se comporte effectivement d'une certaine manière – phase d'induction et enfin – phase de déduction – nous établissons que « quelque chose » se comporte définitivement d'une certaine manière. Si l'abduction repose sur des habitudes d'inférence qui évoluent comme étant des manifestations de l'intelligence et de la progression de connaissance, c'est sur l'induction que repose le progrès scientifique car elle donne une valeur scientifique à la pratique, c'est-à-dire à l'expérience (27) .

L'approche par théorisation ancrée, par son versant inductif, permet de dégager et d'interpréter le sens d'un événement et d'en cerner la dynamique à partir de données empiriques recueillies et analysées systématiquement (29, 129, 132).

Ainsi, comme l'ont souligné Glaser et Strauss à propos de la sociologie, (29) la théorisation ancrée appliquée à la science infirmière permet d'élaborer une stratégie pour traiter les données de recherche, pour fournir des modes de conceptualisation en vue de décrire et d'expliquer des phénomènes.

Une théorie ancrée est une théorie « locale » qui doit permettre à la personne qui l'utilise de disposer de moyens de contrôle suffisants dans les situations quotidiennes pour que son application en vaille la peine (29). La personne qui l'applique doit pouvoir comprendre et analyser les réalités situationnelles en cours, produire et prévoir des changements. L'idée serait que pour un patient hospitalisé sous contrainte le soignant puisse reconnaître les différents impacts de celle-ci.

La méthode en théorisation ancrée

Cette démarche générale répond aux exigences de la science empirique, c'est-à-dire l'exigence de fonder ses résultats de recherche sur de l'observation systématique et l'exigence de vérifier l'adéquation des analyses avec les observations (148).

Un des principes les plus importants de l'approche par théorisation ancrée est la flexibilité méthodologique qui répond à une exigence scientifique qui consiste à inviter le chercheur à mettre toute sa démarche méthodologique au service de la visée générale de sa recherche (149). La rigueur en recherche scientifique exige que l'on montre avec transparence le lien entre les résultats et les méthodes qui ont permis de les obtenir. Il y a de ce fait un danger : celui de vouloir emmener les résultats de recherche dans un sens préconçu.

La théorisation ancrée, comprend six opérations d'analyse des données qui ne sont ni linéaires, ni équivalentes, leur ampleur variant en cours de recherche. Ces six étapes sont, (133) : la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation.

L'analyse des données

La codification :

L'objectif de la théorisation ancrée étant la construction de théorie, l'unité de base de l'analyse est le concept (150). Le concept ne désigne pas l'incident lui-même mais ce que cet incident représente, ce à quoi il renvoie. La phase de codage permet de dégager ces concepts dans le discours recueilli. Il est nécessaire de bien veiller à rester dans la reformulation sans chercher à qualifier ou conceptualiser les données (133). Le principe du codage du verbatim est basé sur le principe de l'émergence. Comme la grille d'analyse n'est pas définie au préalable, le codage est conduit selon une procédure initialement ouverte et inductive qui vise à le faire émerger, de sorte que les catégories d'analyse sont

issues des entretiens ou des observations (27). C'est par un travail avec les mots ou les concepts qui proviennent des acteurs et qui appartiennent à une certaine perspective théorique que les chercheurs analysent de façon continue les données empiriques en les reliant à des codes ou à des catégories. Ils produisent alors des énoncés théoriques, des « emergent-fit » qui permettent de juger l'adéquation entre l'ébauche théorique et les données empiriques (151). Il y a deux phases de codage : le codage ouvert et le codage sélectif (29):

- Le codage ouvert

Il consiste à identifier, au moyen des questions et des thèmes du guide d'entretien, les sous-ensembles dans le texte et à les faire ressortir par un travail d'analyse catégorielle (27). Le codage ouvert est le processus par lequel des concepts sont identifiés ainsi que leurs propriétés, et les dimensions sont découvertes dans les données (143). Tous les incidents, toutes les unités de sens doivent être codifiés (150).

- Le codage sélectif

Cette phase permet la compréhension d'un problème par l'intégration des catégories et des thèmes (144) en faisant ressortir les principales catégories du verbatim. (27) Cette étape du codage peut être considérée comme une phase de conceptualisation où le chercheur procède par mouvements d'aller-retour entre les catégories principales issues du codage ouvert et les concepts mobilisés pour expliquer les phénomènes étudiés. Il s'agit ainsi d'affiner les catégories principales afin d'accroître leur pouvoir descriptif, interprétatif et de compréhension de la réalité.

La catégorisation :

Elle consiste à la mise en forme des phénomènes (138). Une catégorie est un mot ou une expression désignant, à un niveau relativement élevé d'abstraction, un phénomène culturel, social ou psychologique tel que perceptible dans un corpus de données (137). La catégorie permet de répondre directement, en quelques mots, aux

questions fondamentales que pose sa compréhension rigoureuse : aux vues de la problématique quel est le phénomène en action (133)? Créer une catégorie c'est mettre en marche l'articulation du sens des représentations, des vécus et des événements consignés (138). En ce sens la catégorie est un condensé de significations. La catégorie peut donc évoquer selon le cas, un vécu (par exemple un sentiment d'humiliation), une action (le retrait sur soi), une dynamique (l'opposition) etc. La catégorie donne à voir ce qui a lieu, ce qui se passe, ce qui peut arriver, est arrivé ou arrivera, ce qui se déroule, ce qui est en jeu (138). Dans la pratique, la phase de catégorisation est le résultat d'une lecture répétée des verbatim qui conduit à l'élaboration d'un mémo qui constitue la première phase de catégorisation qui intervient rapidement après la première récolte de données (29).

La mise en relation ou codage axial :

La mise en relation consiste à établir des relations entre les catégories dégagées : tel phénomène sera mis en relation avec tel autre, par exemple par ressemblance, dépendance, fonctionnement ou hiérarchie (133). Dans la pratique, la mise en relation a déjà commencé dans la catégorisation, il s'agit donc ici de la systématiser : tel phénomène est-il en relation avec tel autre? Ce questionnement se pose à deux niveaux : le constat au niveau du recueil (l'acteur dans son discours met-il en relation ces deux phénomènes), et la recherche au niveau conceptuel (l'analyste émet une relation possible entre ces deux phénomènes) (133). Quel est le continuum entre les différents codes ?

L'intégration :

Cette étape permet de renommer précisément ce sur quoi porte l'étude. Il s'agit ici de dépasser les différents phénomènes observés pour voir émerger un phénomène général. Les questions à se poser sont : quel est le problème principal ? De quel phénomène s'agit-il en général ? Sur quoi cette étude porte-t-elle en définitive? Cette étape n'est pas vraiment visible dans l'écriture effective de l'analyse. Cependant, elle est capitale et permet un saut dans la compréhension de l'objet d'étude. Elle est très liée

à la précédente car c'est en mettant en relation les catégories que la dynamique, jusqu'alors sous-jacente, émerge plus distinctement pour le chercheur. Il a alors l'impression de saisir ce qui est en train de se jouer dans les phénomènes étudiés (133).

La modélisation :

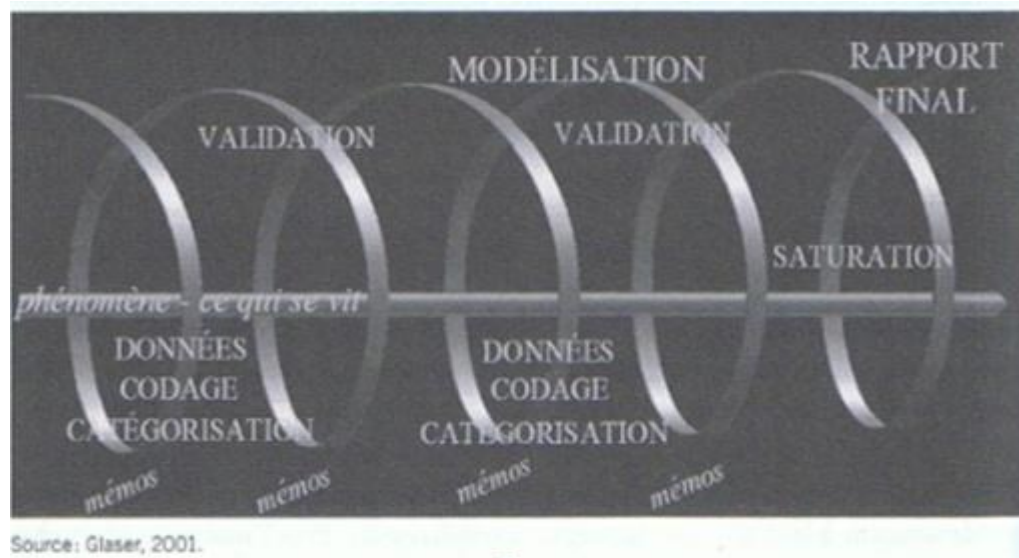
Ancrée dans les données empiriques, la modélisation consiste à représenter schématiquement les processus mis à jour au cours des opérations précédentes. Cette opération pousse le chercheur un peu plus loin dans la conceptualisation des phénomènes étudiés en systématisant la dynamique révélée dans la mise en relation. Les questions à se poser sont : Comment le phénomène se dévoile-t-il? Quelles sont les propriétés du phénomène? Quels sont les antécédents et les conséquences du phénomène? Quels sont les processus en jeu autour du phénomène ?

La théorisation :

Dans le processus de théorisation il s'agit de formuler la théorie tout en ayant à l'esprit qu'elle ne sera jamais achevée. La théorisation doit permettre de saisir la complexité du phénomène tant au niveau conceptuel qu'au niveau empirique de ses mises en situation (133).

Ces six étapes ne sont pas linéaires et procèdent de nombreux allers et retours. Pour visualiser ces étapes, Luckerhoff et al.(27) ont schématisé leurs trajectoires.

Figure 1. Modèle de la démarche méthodologique de la théorisation ancrée :



L'interaction continue entre le recueil des données et l'analyse a une influence directe sur l'achèvement de la recherche (29). C'est lorsque le chercheur est convaincu que son cadre conceptuel constitue une théorie cohérente, que cette théorie exprime un énoncé précis et raisonnable des éléments étudiés, qu'elle est formulée de façon à pouvoir être utilisée par d'autres personnes travaillant dans un domaine similaire, qu'il est proche du terme.

L'échantillon théorique et la saturation des données

En théorisation ancrée, le sens du mot échantillon est particulier. Il s'applique au volume de données empiriques à recueillir pour enrichir la théorie émergente. C'est l'échantillonnage théorique (129) ou « *theoretical sampling* ». Pour Glaser et Strauss (1967) il « s'agit du processus de collectes de données en vue de la formulation d'une théorie grâce auquel le chercheur mène simultanément les opérations de collectes, de codifications et d'analyses dans le but de décider de l'orientation à donner à la collecte des données pour guider la formulation de la théorie émergente » (29). Cela signifie que les situations dans lesquelles le chercheur collecte les données empiriques sont choisies en fonction de

leurs potentialités à favoriser la théorisation (32, 142, 146). L'échantillonnage théorique se distingue de l'échantillonnage statistique par le fait que, dans ce dernier, l'échantillon représente une population, alors que, dans l'échantillonnage théorique, les données recueillies fournissent l'information sur une situation (27).

Idéalement, la taille de l'échantillon n'est pas déterminée à l'avance, elle dépend de l'atteinte de la saturation des diverses catégories émergentes. Pour atteindre cette saturation le chercheur tente de diversifier ses sources. C'est la question de recherche qui détermine cet échantillon en vue de fournir un maximum d'informations. Cet échantillon doit aussi permettre la triangulation des données et pour ceci être diversifié (29) pour donner le panorama le plus complet possible du phénomène à l'étude.

Lorsque le chercheur a codé les occurrences pour la même catégorie un certain nombre de fois, il apprend à voir rapidement si l'occurrence suivante indique un nouvel aspect (29). Ainsi, lorsqu'il n'y a plus de nouvelles informations pouvant expliquer davantage les aspects particuliers des hypothèses émergentes le recueil de données s'arrête et la saturation est atteinte (152).

La saturation correspond au moment où l'ajout de données nouvelles ne favorise pas une meilleure compréhension du phénomène étudié et n'enrichit plus la construction des catégories, de leurs propriétés et de leurs dimensions (132, 137, 153). La saturation théorique suggère que ce qui a été manqué n'a probablement que peu d'impact sur la théorie (29).

La saturation théorique est, en résumé, le jugement par lequel le chercheur considère que la collecte de nouvelles données n'apporterait rien à la conceptualisation et à la théorisation du phénomène à l'étude (30, 142, 154).

Les critères de qualité et les dangers de la théorisation ancrée

La validité d'une méthode qualitative fait référence à sa capacité à produire des résultats ayant une valeur car ils contribuent de manière significative à mieux comprendre le phénomène étudié (137). En théorisation ancrée il y a plusieurs critères qui garantissent la validité de la méthode :

La crédibilité ou la validité interne

C'est un des critères principaux en recherche qualitative. Il s'agit de montrer que la théorie décrit vraiment le phénomène à l'étude et qu'elle correspond bien à la réalité telle que vécue par les patients (155). Pour ce faire les résultats sont confrontés avec des personnes ayant vécu le phénomène. Elles pourront alors valider ou non ces résultats. De façon générale, l'acceptation interne fait référence au degré de concordance entre le sens attribué par le chercheur et sa plausibilité aux yeux des sujets (156).

La transférabilité ou validité externe

Il s'agit de montrer si les résultats sont transférables à une autre population vivant une situation semblable (155). Ainsi, il ne s'agirait plus de comprendre en profondeur ce qui habite un seul individu, mais de saisir les subtilités d'une expérience ou d'une situation en ce qu'elle a de similaire et de différent d'un individu à l'autre (153). Ceci requiert un *n* suffisamment élevé pour prétendre avoir atteint un niveau acceptable de saturation laquelle, en recherche qualitative, permet aussi au chercheur de reconnaître la complexité et la richesse de l'objet d'étude (156).

La fiabilité ou cohérence interne

Il s'agit de l'uniformité des résultats au fil du temps et selon les conditions (157). La cohérence interne tient dans la continuité perceptible entre les données amassées et l'analyse construite sur ces données (158). Il s'agit de déterminer si les procédures ont été bien suivies et si le processus s'est déroulé tel que convenu. (159) Cette vérification passe par la transparence des démarches.

L'objectivité ou la fidélité

Elle fait référence au respect de la méthode de la théorisation ancrée qui permet de dire que les données sont analysées et interprétées adéquatement (155). Le chercheur doit constamment appuyer ses interprétations et ses hypothèses sur les données obtenues durant la collecte des données. Il doit rester « collé » à ses données sans perdre de vue la question de recherche. Par ailleurs pour assurer une certaine authenticité des résultats, le chercheur doit être conscient du rôle et de l'impact que sa présence peut avoir durant l'entretien (155) il doit donc faire mention de cette influence dans son rapport de recherche.

Une fois le chercheur sur le terrain, la question qui se pose est de savoir comment trouver des données intéressantes sans trop biaiser ces données (160). Il s'agit de considérer les dangers inhérents à la mise en pratique de la théorisation ancrée. Cela permet de mettre en évidence les écueils dans lesquels le chercheur peut se fourvoyer.

Le principal danger est de rester figé dans un cadre scientifique car les données peuvent égarer le chercheur. Par exemple en transformant l'interview du patient en un entretien de confession où il peut s'épancher et faire part de doléances qu'il n'ose pas adresser au personnel de l'unité. Le chercheur doit rester attentif également à ne pas orienter l'entretien dans le sens voulu, par exemple en démontrant qu'il y a un manque d'écoute et que seul le chercheur peut donner cet espace de parole au patient.

D'une méthode prometteuse sur le plan de l'innovation et de la rigueur scientifique, elle peut apparaître comme un cauchemar pour le chercheur qui la pratique (161). Repérer ces dangers permet aussi d'être attentif aux solutions à mettre en place pour les éviter. Le tableau suivant classe ces dangers et montre en parallèle les critères de confiance permettant de les éviter.

Tableau 1 : Dangers et critères de confiance de la théorisation ancrée

Dangers	Critères de confiance
Choix de l'échantillon théorique trop limité	Offrir une variabilité de l'échantillon
Rester à des données de surface	Être inventif pour gagner la confiance des acteurs
Reproduire des construits existants	Tenter de définir des catégories différentes de celles énoncées dans la littérature
Préjugé du chercheur	Précision préalable des concepts sensibilisateurs et triangulation avec les données dans la discussion
Interprétation subjective du chercheur	<i>Member check</i> : confrontation des résultats avec les personnes ayant vécu le phénomène
<i>Going native</i> , devenir indigène et perdre le recul scientifique nécessaire vis-à-vis de la recherche	Précision de la position du chercheur dans la discussion, qui est-il par rapport à la recherche ?

La subjectivité inhérente à la théorisation ancrée ne peut que limiter la conviction de l'atteinte d'une connaissance, d'une théorisation représentative de la pratique de l'autre. Bien que la théorisation ancrée soit, prioritairement, une démarche inductive, le chercheur ne peut faire une totale abstraction de ses connaissances conceptuelles et théoriques (27). C'est la transparence de la méthode qui est garante de sa validité.

Déroulement de l'étude

La théorisation ancrée est pertinente à l'exploration de processus sociaux peu connus (142). Le vécu de la contrainte par le patient hospitalisé en psychiatrie aiguë a été exploré dans quelques études (98, 102, 162-164) mais aucune ne fait directement référence à la réaction qu'elle engendre chez lui.

L'objet de cette étude est alors de découvrir quelles sont les stratégies mises en œuvre par le patient pour « résister » à cette contrainte. La théorisation ancrée permet d'aller à la rencontre du patient et de lui donner la parole.

Échantillon et recrutement

Pour répondre à la question de recherche il faut déterminer un terrain en fonction des éléments théoriques liés à l'objet d'intérêt de la recherche et selon les paramètres de celle-ci (29). Ainsi le recrutement de l'échantillon s'est déroulé dans des unités de psychiatrie aiguë qui accueillent des patients hospitalisés sous contrainte légale, autrement dit sous PAFA.

Le terrain de recherche est l'hôpital psychiatrique du nord vaudois à Yverdon. Une information afin d'expliquer le but de la recherche et les patients susceptibles de participer à l'étude a été réalisée auprès des infirmiers chefs d'unité et auprès des deux cliniciens de l'établissement.

Les deux cliniciens (un pour le pôle géro-psycho-geriatrique et un pour le pôle adulte) proposaient la recherche aux patients récemment admis sous PAFA. Ils leur remettaient la lettre d'information (Annexe 1) et si le patient était d'accord, le clinicien contactait le chercheur qui s'engageait à venir réaliser l'entretien dans la semaine et faire signer la feuille de consentement (Annexe 2). Ce système a très bien fonctionné et les patients étaient bien informés.

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été les suivants :

- Critères d'inclusion : patient adulte hospitalisé sous PAFA,
- Critères d'exclusion : troubles cognitifs empêchant un consentement, patient sous mesures de contrainte (isolement fermé, contention), état d'agitation empêchant un entretien.

La collecte et l'analyse de données

Les données ont été collectées par le biais d'entretiens réalisés avec les patients. Ces entretiens ont été enregistrés sur dictaphone. Ils ont été semi-directifs avec trois phases :

- La création d'un climat de confiance en précisant l'objet de la recherche,
- La génération de matériel : laisser le patient parler autour des circonstances de son hospitalisation,
- La phase de classification : revenir sur les points ayant directement rapport avec le sujet de recherche, par exemple « pouvez-vous m'en dire plus sur ... ».

Ces entretiens semi-structurés se sont basés sur un guide préparé à l'avance. Ce guide représente un canevas avec une liste de questions afin d'obtenir le point de vue des patients (Annexe 3). Dès qu'un entretien est réalisé auprès d'un patient, il est immédiatement retranscrit et traité à l'aide d'une analyse de contenu thématique (129). Un codage est réalisé manuellement. Ce codage est ouvert, c'est-à-dire que chaque verbatim a donné lieu à un code (Annexe 4). Les notes d'observations ont fait l'objet d'une analyse identique. Les nouvelles données ont ainsi rapidement pu être comparées aux données antérieures et être intégrées à la théorisation (27). Les premiers entretiens ainsi codés ont permis de dégager quelques catégories émergentes. C'est à partir de ces catégories que les guides d'entretien ont évolué pour préciser certains points émergents (Annexe 5).

Dès la réalisation du recueil de données il y a analyse des données. Après chaque entretien le chercheur remplit également plusieurs mémos :

- Un mémo d'entretien (ou fiche d'entretien), dans lequel il note « à chaud » ses impressions sur le déroulement de celui-ci. Il permet de garder des traces de l'ambiance ressentie, de la gestuelle et du non-verbal qui ont échappé à l'enregistrement. Ces notes permettent également au chercheur de noter toutes les idées qu'il associe à l'entretien, même les plus farfelues. C'est une libre pensée post-entretien qui permet de noter les observations, hypothèses et ses impressions personnelles (Annexe 6),
- Un mémo de codage où sont consignés les différents codes effectués à partir du verbatim (Cf. Annexe 4),
- Un mémo du guide d'entretien qui témoigne des questions que se pose le chercheur quant à son élaboration. Les différentes versions y naissent (Annexe 7).

Plus largement le chercheur tient un journal de bord de sa recherche. Il y inscrit au fur et à mesure les questions qui émergent, des idées qui prennent forme au contact des patients. Il y note ses impressions et doutes. Le journal de bord est le témoin de l'évolution de la pensée du chercheur, de son éveil scientifique (Annexe 8).

Le processus de collecte et d'analyse des données est donc souvent simultané ce qui permet de mettre en évidence les interactions entre les différents éléments et les faits qui caractérisent un événement particulier (27, 29).

L'analyse par théorisation ancrée permet d'élaborer des catégories et leurs propriétés ainsi que leurs dimensions afin de lier le tout dans un schéma explicatif sous forme de processus (129). Comme ce processus n'est pas linéaire, la collecte et l'analyse des données s'opèrent de façon simultanée et nécessitent une comparaison constante entre la réalité observée et l'analyse émergente (129).

Les considérations éthiques

Les principes de l'éthique de la recherche sont clairement énoncés dans la déclaration d'Helsinki (165).

En nous référant à Van Der Maren (1999) nous pouvons isoler trois grands principes inaliénables (166) :

- Le consentement libre et éclairé; le chercheur doit fournir des informations complètes au patient sur la nature des soins liés à la recherche. Afin que ce dernier puisse donner son consentement en disposant de toutes les informations nécessaires à une décision éclairée. Ces informations concernent les objectifs, les méthodes de la recherche. Le patient peut se retirer à tout moment sans dommage de l'étude. Le caractère volontaire de la participation à l'étude est primordial.
- Le respect de la dignité du sujet; il est du devoir du chercheur de protéger la vie, la santé, la dignité, l'intégrité, le droit à l'auto-détermination de l'individu.
- Le respect de la vie privée et de la confidentialité. Toutes les précautions doivent être prises pour protéger la vie privée du patient par la confidentialité des données personnelles. Le contenu des entretiens ne sera pas divulgué aux équipes de soins. Seuls le chercheur et ses superviseurs auront un accès aux données qui seront codées lors de la rédaction du rapport final.
- En cas de traumatisme lié à l'intervention du chercheur une procédure est prévue avec l'équipe de soins.

La question de l'éthique en recherche qualitative se pose de manière particulière et ce, pour diverses raisons. D'abord, les raisons «techniques». La méthode elle-même impose la coprésence du chercheur et des sujets sur le terrain. En cela, il y a nécessairement relation

intersubjective de proximité. Le sujet accueille le chercheur, lui donne de son temps, lui accorde sa confiance. Les approches qualitatives sont donc entièrement construites autour d'un rapport de proximité entre le chercheur et le sujet (167). Le chercheur ne doit jamais oublier qu'il est dans le cadre de sa recherche et respecter en tout point les principes éthiques et la distance nécessaire avec le sujet de sa recherche.

Cette recherche a eu l'accord de la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain le 23 juin 2014 (Annexe 9).

CHAPITRE IV RÉSULTATS

Dans le présent chapitre, les résultats issus de l'analyse approfondie des entretiens seront présentés. Dans un premier temps une rapide présentation de l'échantillon permettra de contextualiser ces résultats. Dans un deuxième temps chaque phénomène émergent sera détaillé puis enfin une modélisation des résultats sera proposée.

Pour attribuer les verbatim, les patients sont désignés par la lettre P suivie du numéro correspondant à l'ordre dans lequel ils ont été interviewés. Dans le contenu des verbatim le placement contraignant peut être désigné par le patient sous sa nouvelle appellation (PAFA) mais également sous l'ancienne (PLAFA, privation de liberté à des fins d'assistance). Le patient emploie indifféremment les deux appellations. Les interjections « euh... » qui ponctuent parfois les propos des patients ont été laissées pour marquer l'hésitation, le doute ou l'incertitude et garder une trace de la vivacité du discours.

L'échantillon

Onze entretiens ont été réalisés entre octobre 2014 et septembre 2015. Ces entretiens se sont la plupart du temps réalisés dans un salon d'entretien sauf pour trois patients qui ont été interviewés dans leur chambre, où ils étaient seuls, parce que le salon était déjà occupé.

Sur les onze entretiens réalisés, neuf concernaient des hommes et deux des femmes. La moyenne d'âge des patients est de 43 ans. La durée moyenne de séjour est de 32 jours avec une durée variant entre 3 jours et 5 mois. Les entretiens ont duré en moyenne 35 minutes avec un écart entre 15 et 75 minutes.

Sur l'ensemble des onze patients interviewés sept avaient déjà bénéficié d'une mise sous PAFA antérieure. Un PAFA a été posé en cours d'hospitalisation. Pour quatre d'entre eux il s'agit d'un PAFA judiciaire.

Au moment de l'entretien quatre patients bénéficient d'un cadre particulier de soins : cadre étage (obligation de rester dans le service), plan journalier (obligation de passer des temps en chambre) ou isolement plus plan journalier (la porte de l'isolement est fermée à certains moments de la journée). Huit des onze patients ont eu un de ces cadres lors de leur hospitalisation, sept d'entre eux ont été isolés en chambre de soins.

Il faut noter que les patients étaient enthousiastes à partager leurs points de vue sur la contrainte. A part P4 qui ne voyait pas l'avantage que cela pourrait représenter pour lui : « parce que finalement cette étude elle va être inutile...pour moi elle sera inutile, pour vous évidemment ça va vous faire encore un dossier de plus ». Cependant, à la fin de l'entretien, souriant, il a remercié le chercheur pour cet espace de parole. Le tableau suivant présente les variations de l'échantillon.

Tableau 2 : Description de l'échantillon

Sexe	Age	1ère hospit. ?	1er PAFA ?	Type de PAFA	Jours d'hospit.	Mesure de contrainte	Mesures actuelles
P1 = M	52	Non	Non	Médical	3	Isolement	Isolement + Plan journalier
P2= M	29	Non	Non	Judiciaire	25	Isolement	Aucune
P3= M	44	Non	Non	Médical	8	Isolement	Cadre étage
P4= M	63	Oui	Oui	Médical	5	Cadre étage	Aucune
P5= F	40	Non	Non	Judiciaire	7	Isolement	Aucune
P6= M	25	Oui	Oui	Médical	18	Non	Aucune
P7= M	25	Non	Non	Médical	39	Isolement	Plan journalier
P8= M	34	Non	Non	Judiciaire	45	Isolement	Aucune
P9= M	56	Oui	Oui	Médical	23	Non	Aucune
P10=F	40	Oui	Oui	Médical	35	Isolement	Aucune
P11=M	66	Non	Non	Judiciaire	150	Non	Aucune

L'échantillon présente une hétérogénéité avec des variations de situations. Ainsi le mode de placement selon que le PAFA soit médical ou judiciaire est diversifié. La durée de l'hospitalisation varie également entre 3 et 150 jours. Les cadres de soins sont également différents avec des patients qui ont bénéficié de mesures de contrainte (isolement) d'autres non. Pour certains, une mesure de limitation des mouvements est toujours en vigueur au moment de l'entretien. De même l'âge varie entre 25 et 66 ans. Enfin, il s'agit de la première hospitalisation pour environ un tiers des patients.

Les phénomènes émergents

Chaque entretien a été codé et analysé tout de suite. Ceci a permis de dégager des catégories émergentes. Au fur et à mesure des entretiens des phénomènes ont permis de lier les catégories entre elles dans un continuum de sens.

L'analyse des données a fait émerger six phénomènes éclairant la perspective des patients face à une hospitalisation sans consentement en psychiatrie : la rupture, la judiciarisation du lien, la nébuleuse du « ILS », le cadre, les stratégies pour protester, le mythe du bon patient.

La rupture

Les patients font état d'une rupture lorsque l'hospitalisation se produit. C'est comme « une herse d'autoroute » (P4) qui est levée sur le chemin pour les contraindre à s'arrêter, sabotant leur parcours de vie. Il est intéressant de s'arrêter aux définitions données par le dictionnaire (37) qui considère la rupture comme étant un arrachement, une déchirure et marque la différence tranchée entre deux choses qui se suivent. Le patient est donc interrompu dans ce qu'il faisait comme l'exprime P10 : « Donc ils sont arrivés chez mon amie et puis après, ben..., ils m'ont emmené là quoi ».

Il y a un paradoxe entre l'aspect non linéaire des résultats et ce qui est imposé au patient de « normalité », de routine des jours qui passent confrontés à la pression de l'ensemble. En premier ce sont les circonstances de l'hospitalisation qui font écho au vécu.

L'extraction (chercher le patient)

Un acte est posé, le placement, qui va inscrire un changement brusque dans la vie du patient. Comme dit P3 « ils m'ont attrapé, enlevé ». Tous les patients ont quelque chose à dire de la manière dont ils ont été amenés à l'hôpital, « j'étais pris » (P1), « on arrive en force » (P8).

Que ce soit par les forces de l'ordre ou par le personnel soignant par le biais d'une ambulance. Dans la majorité des situations c'est la police qui assure la sécurité du transfert vers l'hôpital. Dans quelques situations c'est l'ambulance qui conduit le patient aux urgences où le placement est prononcé (dont un lors d'un congé). Dans une situation le patient préfère répondre d'une phrase : « Le cadre c'était une voiture qui m'a amené, une voiture faite pour ça » (P9) sans qu'il veuille en dire plus.

Ce qui est contingent dans les entretiens est le sentiment d'urgence, de rapidité avec laquelle se déroule l'arrivée à l'hôpital, « Ils m'ont fait paniquer en disant qu'il fallait que je me prépare très vite » (P3). Le patient se retrouve à l'hôpital sans avoir rien eu à dire : « Tout d'un coup ils m'ont mis à l'hôpital » (P1). Cette rupture peut s'énoncer par l'onomatopée employé par P6 : « Alors ni une ni deux « PAM » ils m'amènent à l'hôpital » (P6)

Le sentiment qui en découle est celui d'être « attrapé et saisi » (P1) pour être conduit à l'hôpital. Dans certains cas cela se fait dans la violence comme pour P3 qui a été cherché à son domicile. Au milieu de son délire il exprime la violence de cette situation :

- « Ils sont venus à la maison, et euh...je me levais, c'était 8h le matin, et pis là je me suis recouché, (...) Pan Pan Pan (référence aux coups sur la porte). Le flic, (...), je lui ai dit c'est parce que j'ai pensé ça ? Oui, vous en faites pas vous allez à l'hôpital vous

sortirez ce soir, ben tu parles, mon cul ma tête est malade, c'est des vrais fous (...) ils vous demandent pas ils vous plaquent à terre ». (P3)

Au milieu du délire échappent aussi des phrases exprimant la douleur : « Mais ça c'est ce que j'ai vécu comme traumatisme, et je peux dire comme traumatisme il était fort (...) ». (P3)

Cette douleur P3 l'a aussi ressentie dans son corps en expliquant avoir eu peur que son cœur s'arrête : « on est venu me chercher violemment à mon domicile, (...) au niveau cardiaque, (...) je veux dire, je veux pas me taire, je disais pourvu que le cœur tienne et puis voilà ils ont défoncé la porte (...) ils m'ont kidnappé ». (P3)

Parfois cette transition entre le domicile et l'hôpital se fait sans heurt mais pas sans incompréhension. Ainsi pour P10 qui, même si elle ne comprenait pas ce qui se passait, n'a pas vécu les événements dans la peur mais plutôt dans l'incompréhension : « En fait c'est assez simple je suis arrivée avec les policiers, la gendarmerie en fait, donc je suis arrivée, j'ai eu un entretien en bas et puis après ils m'ont dirigée vers le service, donc ils sont arrivés chez mon amie et puis après ben ils m'ont emmenée là quoi, je savais pas qu'on venait ici ». (P10)

L'incompréhension

Liés à ce sentiment d'immédiateté il y a surtout la surprise et l'incompréhension, « J'étais bien, je ne sais pas pourquoi je suis venu là, je le comprends pas ». (P1) Même si le patient peut, au détour de l'entretien, donner des explications à l'enchaînement des événements, il reste incrédule : « Mais j'ai de la peine à comprendre c'te histoire ». (P1)

Le patient ne comprend pas vraiment ce qui se passe, il avance par hypothèses. Il ne sait pas, il ne décide pas. « Est-ce que j'ai juste ou pas, je sais pas ». (P1) Il émet des hypothèses qu'il ne peut confirmer : « Je sais pas si j'ai pensé juste ou si j'ai pensé faux » (P9).

D'un côté c'est l'incompréhension de la situation qui domine et de l'autre le fait de ne pouvoir se faire comprendre par les personnes autour de soi : « les circonstances ça a été un peu pénible, ... on se sent pas vraiment compris, je reste abasourdi ». (P8)

Cet écart entre la raison de l'hospitalisation et la mesure employée agace le patient : « Je voulais venir mais pas avoir une PLAFa quoi. (Et pourquoi la PLAFa a été posée) Ben j'étais trop speed j'étais trop à l'ouest on va dire » (P7), le lien se fait mais le patient n'y croit pas : « Si j'arrive à comprendre je vais m'énerver contre eux ». (P7)

Parfois le lien ne se fait pas du tout et le patient reste dans une incompréhension totale de la situation comme P9 qui ne voit aucune raison à cette hospitalisation : « Aucune (obligation) selon mon... comment on dit ça, selon mon savoir. (Il ne s'est rien passé avant l'hospitalisation ?) Ben rien justement, je suis d'autant plus surpris (...) ». (P9)

L'incompréhension se manifeste aussi par une difficulté à saisir ce qui se passe et donc à suivre les événements : « Et c'est arrivé ici, qu'on me tend une feuille bleue que je lis, attendez mais c'est quoi cette feuille-là ? Ben j'ai pas très bien compris ». (P6). Ou encore pour P1 : « Je sais pas pourquoi je suis venu là (...) parce que j'ai pas besoin d'être là, je prends mes médicaments et je suis à la maison et c'est fini quoi, ça revient au même mais d'être enfermé dans une chambre tout seul ouais c'est, euh...je me demande de qu'ils cherchent à faire ». (P1)

Pour P8 il y a incompréhension avec l'équipe : « Ben voilà quand on se laisse pas emmener on se retrouve là et puis euh... il y a en fait de l'incompréhension qui va venir par rapport à moi le patient et puis aussi l'équipe soignante». (P8)

P10 poursuit en exprimant un sentiment d'étrangeté de la situation : « Ben en fait on est reçu en bas par euh... euh... je sais pas qui c'était en fait une dame et puis qui m'a fait un premier entretien je pense une psy

aussi, qui m'a fait un premier entretien et puis après j'ai été dirigée dans le service où je suis actuellement ».

Cette incompréhension peut mener à la peur par l'interprétation erronée des événements comme pour P2 : « ils ont appelé l'ambulance et puis ils m'ont emmené à l'hôpital, (...) j'avais un peu de crainte parce que je savais pas ce qu'ils voulaient me faire ». Ne sachant pas à quoi s'attendre, il soupçonne le pire : « (...) parce que moi j'avais peur qu'on me tue, ou qu'on me fasse une lobotomie ou bien un truc dans le genre, mais je pensais à ...par exemple à des sévices que l'on pouvait faire au Moyen Âge ». (P2)

Le patient se sent parfois coupable de la situation : « Ben voilà, je suis privé de ma liberté d'un côté c'est de ma faute, c'est de ma faute et on se dit ça » (P8). Il répond à la question du pourquoi en se disant que lui seul est fautif : « Tout a été généré par moi parce qu'on ne m'a rien demandé ». (P4)

Quelquefois pourtant le patient essaie de trouver du positif à la situation comme P8 qui tente de positiver cette hospitalisation : « Voilà, les agents de l'ordre sont arrivés, ils ont fait leur travail ces gens, ils ont fait leur travail et puis c'était professionnel et vous savez moi je n'ai pas ressenti quelque chose de négatif puisque euh... par rapport à ce qui se passait ailleurs, moi ce que j'ai ressenti ce jour-là c'était du positif, et je l'ai acquis, c'était positif ».

Empêcher

Etre hospitalisé c'est marquer un arrêt dans le cours normal de l'existence, en quelque sorte empêcher de fonctionner comme d'habitude, « Parce que je suis quand même quelqu'un qui avait, qui faisait plein de choses, euh... qui avait le goût à faire plein de choses, et puis je peux pas les faire, je peux plus les faire ». (P5)

Cette irruption met un terme aux activités du patient qui se voit contraint de venir à l'hôpital. Une hospitalisation souvent non comprise car le patient n'en ressent pas la nécessité. Ceci renforce l'enfermement et le sentiment d'impuissance et d'injustice : « Je trouve que c'est pas juste qu'on me mette ici (...) ça veut dire qu'on peut me raconter n'importe quoi, c'est pas nouveau ». (P1)

Cet arrêt va aussi changer les habitudes de vie du patient et l'empêcher de faire les actes jugés nécessaires à son bien-être: « Parce que même là il faudrait que je me baigne tous les jours (pour se purifier), j'peux pas (...) pour ceux qui guérissent il faut avoir de l'eau, autrement on est perdu ». (P1)

Le patient assimile parfois cet empêchement à une mise à l'écart de ses activités pour ne pas nuire : « Plus j'avance et plus je réalise ce qui se passe.... si j'avais pas déclenché le 144 (c'est-à-dire les ambulances) ben au moins j'aurais été sur le terrain, j'aurais été là et puis je ...face au monde. En tous les cas maintenant je me suis effacé...alors on m'a mis hors d'état de nuire ». (P4)

Finalement l'hospitalisation peut être vécue comme une réponse à la peur suscitée par le patient : « Et heu...c'était faux, j'avais des moments nerveux d'autres moins parce que je suis sensible à la nervosité qu'on me donne, j'arrive pas à la renvoyer, je la garde parce que si je la renvoie ça remonte, alors je la renvoie quand j'ai raison et 2-3 fois j'ai eu raison et ils ont senti la puissance et ils en ont eu peur ». (P3)

Cet empêchement de continuer le cours de son existence peut aussi représenter un « trou » dans le parcours de vie du patient. Etre hospitalisé marque une coupure, l'empêchement d'être dehors comme l'explique P9 : « c'est un trou (...) c'est en tout cas un manque à penser, ça c'est la moindre des choses que l'on peut dire, c'est un manque à penser par rapport euh... déjà à l'immédiat et puis à l'avenir ». (P9)

La perte de contrôle (contraindre)

Être extrait de chez soi, empêché de continuer à vivre selon ses principes constitue une perte totale de contrôle, « Là je suis plus, y a rien que je suis libre, je suis plus en rapport de force » (P3). N'être même plus en capacité d'établir un rapport de force qui donnerait l'impression d'exister « de quel droit on vient décider de ma propre vie ? ». (P5)

Cette perte de contrôle commence par l'obligation pour le patient de suivre la réglementation du quotidien imposée à l'hôpital. Le patient doit se plier au bon déroulement des journées : « Alors au quotidien je suis tenu d'être à l'heure au repas, je suis tenu d'être à l'heure aussi à l'heure du coucher, j'ai droit aux sorties mais le temps bien sûr est limité. Et euh... je dois à chaque fois demander avant la permission de sortie par écrit, bon j'en conviens bien c'est pas grave de devoir le faire par écrit mais je dois le faire quand même ». (P9)

La vie quotidienne est gérée à tous les niveaux et le patient doit s'y plier : « Oui et je devais demander pour aller fumer une clope en bas et puis je pouvais pas rester plus de 5mn au début. Après ça c'est un peu élargi (...) c'était un peu compliqué je l'avoue, c'est pas mon truc vraiment, j'avais l'impression d'être en prison ». (P10)

Cette impossibilité pour le patient de contrôler son environnement, de ressentir le fait de ne pas avoir de choix lui donne l'impression d'être « animé » par l'autre comme l'explique bien P5 : « Donc je me suis sentie de nouveau avec une perte totale, enfin comme une marionnette et puis avec une perte totale de maîtrise de ma vie. »

Pour veiller au respect de ce cadre une surveillance est instaurée et largement perçue par le patient : « (...) j'ai l'impression d'être surveillée quand je descends, quand je remonte ». (P5)

Cette perte de contrôle génère de l'incertitude : « Ah moi je trouve que l'impact de la PLAFa il est euh... c'est vraiment comme une épée de Damoclès, mais pour moi c'est très lourd quoi, (...) ça reste quelque chose de lourd pour moi » (P5). Cette incertitude est d'autant plus difficile à supporter qu'elle touche une personne vulnérable comme elle le souligne plus loin : « Pour quelqu'un qui est déjà euh... affaibli psychologiquement, des incertitudes c'est très très angoissant ».

Cette incertitude génère également de la méfiance, le patient ne sachant pas à quoi s'attendre : « De la méfiance, je dirais, oui de la méfiance ». (P10).

Pour certains déjà hospitalisés plusieurs fois ce retour à l'hôpital est comme une mise sous contrôle de toute leur vie : « Voilà c'est une mise sous contrôle qui a démarré en 95 avec le Dr X qui m'a traité de schizophrène paranoïaque alors que j'étais au bout du rouleau dans une dépression et qui m'a donné un médicament qui n'était pas le bon ». (P3)

La perte de contrôle est aussi assimilée à la mise sous contrôle par le système auquel le patient voudrait échapper : « Quand j'étais adolescent je voulais pas du tout rentrer dans ce système (de la psychiatrie), on m'en avait déjà parlé, j'ai préféré faire ma vie tout seul, mais ça a pas très bien marché (...) ». (P2)

Cela veut aussi dire entrer dans un système de soins psychiatriques qui est vécu comme une forme de sabotage : « Je sais pas si j'étais malade comme ça au début, je crois pas (...) parce que moi je sais ce qu'ils ont fait avec moi ! Ils ont gâché ma vie depuis 1997 ». (P1)

La stigmatisation

Cette perte de contrôle engendre parfois le sentiment d'être différent. Cette différence se remarque souvent par les conditions d'hospitalisation qui sont particulières à certains moments, notamment en

référence à l'habillement ou au regard des autres : « ils m'ont laissé en chemise de nuit pendant 1 mois, (...) c'était l'horreur ». (P5)

Par l'hospitalisation et la mise sous PAFA le patient se sent marqué d'un tampon indiquant une différence. Cette marque se porte aussi à l'extérieur de l'hôpital. P5 nous livre une anecdote traumatisante et significative à ce sujet : « Une fois ma demande de congé a été acceptée et tout, je vais chez moi chercher des affaires, je sors de chez moi et la police qui passe, ils s'arrêtent, ils reviennent en arrière, Mme X est-ce que..., j'ai dit écoutez j'ai eu l'autorisation officielle...(...) ils ont néanmoins appelé ici pour savoir si c'était vrai ! (...) c'est super violent quand vous vous promenez en ville et puis tout à coup la police vient vous arrêter (...) j'aurais pu être avec mes enfants, ou avec des gens que je connais pas...ils se disent mais pourquoi ? C'est qui celle-ci ? Elle est recherchée par la police ou bien ? ». (P5)

Cette marque poursuit le patient lorsqu'une obligation de soins est portée à l'extérieur de l'hôpital comme pour P3 placé dans un foyer : « En tout cas je peux vous dire que l'impression d'avoir été sous PAFA dans ce foyer j'avais l'impression d'être une bête curieuse pour les, pour ceux qui me recevaient en tant que soignant ». (P3)

Toutefois si le vécu est le plus souvent difficile et perturbant dans certains des cas il arrive aussi que l'hôpital puisse être une bouée de sauvetage : « J'étais dans un état de panique parce que je sentais que je ne pouvais plus exprimer quoi que ce soit vis-à-vis des autres (...) j'ai perdu confiance et j'ai paniqué et j'ai, je me suis dit, je voyais pas d'issue ». (P4)

Le premier phénomène extrait des données est marqué par la rupture engendrée par l'hospitalisation. Le patient arrive à l'hôpital et doit en suivre les règles alors qu'il ne pense qu'à « partir en courant » (P10). Le tableau suivant récapitule l'organisation de ce phénomène avec ses catégories et ses sous-catégories issues du codage du verbatim.

Tableau 3 : Phénomène « La rupture » avec ses catégories et sous catégories

LA RUPTURE				
Extraction	Incompréhension	Empêcher	Perte de contrôle	Stigmatisation
<ul style="list-style-type: none"> • Immédiateté • Quitter le domicile 	<ul style="list-style-type: none"> • Peur • Étrangeté • Surprise 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise sous contrôle • Empêcher • Un trou 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les règles • Surveillance • Incertitude 	<ul style="list-style-type: none"> • Vêtement • Différent • Marque

La judiciarisation du lien

Les données laissent émerger un phénomène de judiciarisation du vocabulaire employé par le patient. Ce phénomène montre l'analogie faite par le patient entre le milieu judiciaire et celui des soins. Comme un coupable « vous avez l'impression d'être traquée, d'être euh...quelqu'un de hors-la-loi » (P5).

L'objection

L'objection, argument que l'on oppose à une opinion, ponctue le discours des patients. Le patient entend amener cette objection concernant son hospitalisation et son discours est parsemé de « mais » introduisant l'opposition. Ceci montre aussi l'ambivalence dans laquelle se trouve le patient : « Je prends mes médicaments et c'est fini quoi, mais d'être enfermé dans une chambre seul (...) ». (P1)

Le patient fait le lien avec un crime pour lequel il serait puni ou condamné par l'hospitalisation. Il crie à l'injustice puisqu'il ne l'a pas commis, ce crime ! Le patient cherche alors à s'en défendre : « Je n'ai ni tué ni volé » (P1), « J'ai jamais tapé quelqu'un, j'ai jamais blessé quelqu'un, j'ai jamais euh... je m'en suis jamais prise aux autres... ». (P5).

Pour prouver sa bonne foi et poser son objection contre le PAFA le patient en reprend les conditions pour les contredire comme P3 « Je vois

pas où j'ai mis des gens en danger, je vois pas où je me suis mis en danger (...) je pense pas être un homme dangereux du tout ». Rien ne justifie alors qu'il soit hospitalisé.

Finalement en dernier recours l'objection repose sur l'attribution des actes du patient à sa pathologie : « Moi je n'ai tué personne, je suis un schizo-affectif mais quand je pète les plombs il y a rien devant moi, je vois que du rouge ». (P7)

La peine : l'hospitalisation

Malgré son objection le patient est contraint d'être à l'hôpital. Ce qu'il veut c'est être dehors mais il est contraint de : « (...) me retrouver ici contre mon gré » (P8). Il y a parfois une confusion entre ce qui relève de la justice et ce qui relève de la médecine : « C'est un cercle vicieux et maintenant je suis épuisée de tout ça, épuisée d'aller d'un étage à l'autre, épuisée que les gens ne croient plus en moi, et puis enfin ...épuisée d'être dans cette machine judiciaire et médicale». (P5). Elle poursuit en précisant cet imbroglio médecine et justice : « Alors la justice, quand une fois j'ai demandé si je pouvais rentrer à la maison et tout, (...) et puis là les médecins même les supérieurs ici ont voulu que je, enlever ce PLAFa, et là la justice elle a dit non (...) mais c'est vraiment un truc administratif où l'un se renvoie la balle à l'autre... ». (P5)

De ce fait entre justice et médecine le patient ne sait plus qui décide de son sort comme l'explique encore P5 : « je me suis sentie pas comprise par les médecins, pas comprise par la justice, (...) ça faisait deux mois déjà que j'étais ici quand le PLAFa a été définitivement mis en place euh... mais le médecin a écrit qu'il fallait que ça se maintienne donc la juge a écouté le médecin ». (P5) Dans cet exemple c'est le médecin qui, au final, décide de la sortie ou non.

Le patient doute toutefois de la vraie hiérarchie des décideurs de sa sortie. P5 explique encore : « Le médecin m'a dit vous pouvez rentrer à la maison, on va me lever le PLAFa (...) j'étais prête à partir, un peu

stressée parce que c'était inattendu, (...) et puis euh... j'ai attendu mais des heures et des heures (...) et puis le soir il (le médecin) vient me voir et puis il me dit écoutez, je suis désolé, madame vous pouvez pas rentrer à la maison, la justice ne veut pas ». (P5)

Finalement entre justice et médecine P5 reste dans l'incertitude : « Et puis le lundi j'ai reçu une lettre de la justice comme quoi j'étais convoquée (tel jour) mais que d'ici là je devais rester maintenue ici. Maintenant j'angoisse parce que je me dis est-ce, qu'est-ce qui va se passer (tel jour) ? Est-ce que je vais repartir dans une machine de PLAFa ou dans une institution, dans un truc où j'ai aucun pouvoir décisionnel ? ». (P5)

L'hospitalisation n'est pas la seule condamnation ressentie par le patient. La condamnation peut aussi être multiple avec la multiplication des mesures de protections, sorte de double voire triple peine : « Ouais et puis euh... le médecin voulait aussi que j'ai une curatelle, en plus du PLAFa judiciaire et puis là il y a eu une enquête qui s'est faite et tout et puis ils ont dit que j'avais absolument pas besoin d'une curatelle, donc heureusement j'ai déjà pas ça ! ». (P5)

Ces mesures peuvent être perçues par le patient comme un manque de respect : « Parce que j'en ai marre qu'on se foute de ma gueule on m'a mis sous curatelle par le chantage d'un ancien petit juge de paix ». (P3)

Le but des soignants n'est pas toujours compris par le patient. Ainsi protéger le patient en lui offrant un minimum de ressources par l'octroi d'une allocation est interprété comme une contrainte, un fardeau qui l'empêche de travailler et d'assumer sa vie : « Et là il y a un paquet de clope encore qu'on m'a ramené hier, un pote à moi, ça fait plaisir parce que j'ai que 6 francs par jour d'argent de poche, moi j'ai jamais demandé l'Al, ils m'ont foutu d'office et puis voilà quoi, des fois je bosse au black, ben je suis obligé, comment je peux vivre comme il faut je peux pas là, je survis ». (P7)

Le jugement

Tout est arrivé vite pour le patient, son arrivée, son hospitalisation. La condamnation a précédé la peine et le jugement vient finalement en dernier. Le patient va essayer de démontrer qu'il y a erreur sur la personne, ou rêver qu'il maîtrise un tant soit peu la situation : « J'avais gagné sur le PAFA enfin, ou il était fini en tout cas » (P3). Le rêve c'est être dehors.

Ne comprenant pas la nature de ce qui justifie son hospitalisation le patient va plaider l'erreur de jugement : « c'était des mensonges éhontés » plaide P3 quant aux raisons évoquées à son hospitalisation.

Le ressenti de cette erreur renvoie le patient à la négation de ses droits comme pour P1 qui en appelle aux grandes instances : « Je lui foutrai mon pied dans le cul parce que moi je sais ce qu'ils ont fait avec moi alors ils ont rien à me faire ça parce que si je veux moi je peux écrire aux droits de l'homme » (P1). Ce qu'il vit ainsi est un non respect de ses droits fondamentaux d'être humain.

Face au jugement porté sur la nécessité d'être hospitalisé, le patient introduit une nuance entre le soin et la médication, comme si le fait de prendre des médicaments n'en relevait pas. D'accord pour le traitement mais pas d'accord pour le soin à l'hôpital. : « Non je pense que j'ai pas besoin de soins mais j'ai besoin de prendre mes médicaments, et puis j'ai besoin de justice ». (P3)

Le patient qui n'est pas habitué à côtoyer le monde de la justice s'en trouve humilié : « Moi qui n'en ai pas l'habitude quand j'ai dû aller à l'audience à la justice de paix (...) vous allez là, ils sont quand même en costume de juge. Vous êtes là devant, elle (la juge) vous pose des questions assez cra-cra, c'est un peu euh... enfin moi j'avais vraiment l'impression d'avoir commis un délit » (P5)

Pour P8, confronté au juge, il s'agit de traiter avec la justice en essayant de lui plaire, seule façon d'arriver à sortir : « Et quand on va devant le juge (...) vous lui montrez que vous êtes vraiment euh...en gros que vous n'acceptez pas votre sort parce que vous n'avez pas de confiance qui est là (...) et que (...) cette personne qui vous juge elle sent que ben voilà parce que vous savez quand vous allez voir un juge il faut lui montrer que vous aimez sa société ! ». (P8)

Pour P6, en PAFA médical, l'important est ailleurs n'ayant jamais eu affaire avec la justice : « Mais finalement la dépression (...) ça reste un combat de tous les jours, donc sincèrement le PLAFa, pour moi qui n'ait jamais eu de problème avec la justice euh... au niveau prison ce genre de choses, euh... ça reste quelque chose qui me passe un peu au-dessus en fait ».

Voilà donc le patient extrait de chez lui, se demandant quel crime il a commis. Il cherche une explication qu'il a du mal à déterminer car elle reste incertaine. Dans le tableau suivant sont récapitulées les catégories et sous-catégories de ce phénomène.

Tableau 4 Phénomène de « La judiciarisation du lien » avec ses catégories et sous-catégories

LA JUDICIARISATION DU LIEN

Objection	La peine : l'hospitalisation	Le jugement
<ul style="list-style-type: none"> • Le crime • La culpabilité • Les mesures 	<ul style="list-style-type: none"> • Confusion justice/médecine • Qui commande : le médecin ? • Qui commande : la justice ? 	<ul style="list-style-type: none"> • L'erreur • Humiliation • Plaire

La nébuleuse du « ILS »

Cette catégorie s'est dégagée tardivement dans l'analyse des données. A force de lecture et de relecture du verbatim ce pronom personnel est apparu de manière récurrente et remarquable. Dans les explications que fournissent les patients quant à leurs situations, quant

aux raisons qui les ont provoquées, le pronom personnel IL, au pluriel « ILS » revient souvent : « Ils ont rompu la confiance » (P8), « Puisque j'ai pas la preuve ils m'ont mis ici » dit encore P1.

Les patients ne donnent pas de plus amples précisions et ce « ILS » semble englober aussi bien le corpus des soignants que tous les intervenants extérieurs responsables de l'hospitalisation. Ce « ILS » cristallise l'explication ultime et entoure ce qui leur arrive d'une forme de cohérence qui supporte le discours : « ILS m'ont emmené à l'Hôpital ». (P2)

Le dictionnaire (37) en donne la définition suivante : « ILS » désigne un nombre indéterminé de personnes qu'on préfère ne pas mentionner, ou qu'il est inutile de nommer mais qu'on tient pour responsable de l'action désignée par le verbe.

Pour être codé dans le discours du patient, ce « ILS » doit apparaître comme isolé de la désignation d'un sujet préalable, comme une explication de fait : « parce qu'ils savaient ». (P2)

Dans le même ordre d'idée le pronom personnel indéfini « ON » est également employé pour donner un support, bien qu'incertain, à ce qui arrive « On ne m'a pas posé de questions, on ne m'a pas dit, ni par écrit ni... », (P9) pour souligner qu'il ne sait pas exactement ce que PAFA veut dire.

Le désir de l'autre (volonté de « ILS »)

« ILS » est souvent incompréhensible pour le patient mais non dénué d'intention, qu'elle soit de nuire ou le contraire, en tout cas « ils doivent faire quelque chose » (P1). « ILS » est le reliquat de la volonté de l'autre quand les explications échappent au patient lui permettant de remplir les « trous », ainsi pour P1, ils sont responsables puisqu' « Ils ont appelé la police ». Ceci permet au patient de combler les trous qui le

laisseraient autrement sans explications : « S'ils estiment que c'est la meilleure des choses » explique P6 au sujet de sa mise sous PAFA.

« ILS » comme explication est aussi révélateur de l'impuissance : « j'avais l'impression (...) qu'on allait traiter, décider d'un traitement de guérison pour moi auquel j'adhérais pas forcément » (P5). Ou encore de l'enfermement comme pour P6 : « Y a pas eu le moment où voilà ou j'ai décidé je sais pas moi, de me casser et puis à ce moment-là on vient me chercher, on part avec la police on m'amène ici (...), vous avez plus le droit de sortir, en prison psychologique on va dire, une prison mentale je dirais ». (P6)

En l'occurrence ce « ILS » semble désigner ce qui agit autour du patient en opposition avec lui. Il y a « lui » et il y a « eux ». À ce titre, « ILS » est en décalage avec le patient, c'est la rencontre d'une sorte de volonté supérieure à laquelle il doit se plier. Toutefois, le soignant peut également être soumis à cette volonté et ne pas avoir d'autres choix que de lui obéir : « Le médecin il est obligé d'obéir, il ne peut rien faire d'autre » (P1). « ILS » représente alors l'ensemble du système.

Pour certains patients, le système, qui est à l'origine de leur hospitalisation, doit se protéger. Légalement tout d'abord « tout le monde veut se couvrir donc je pense que là-bas, de l'autre côté ils se sont dit bon, il est volontaire mais de toute façon il va par ambulance alors faisons le PLAFA » (P6), et moralement ensuite : « ils sont très neutres (...) ils se blindent, ce qui est normal ». (P4)

Le système juge également le patient alors qu'il l'enferme comme pour P5 : « On pensait de moi que j'étais, j'veux pas dire une tarée mais en tout cas que je manquais totalement de discernement ou que j'étais une personne incapable à se gérer, à prendre sa vie en main ». (P5)

Plus terre-à-terre P6 relativise et constate que tout le monde est embarqué dans le même bateau : « Non après je peux aussi comprendre euh... dans le milieu dans lequel je suis là il y a des choses pas évidentes qui se passent, et c'est bien clair que tout le monde doit se protéger quoi, autant ceux qui travaillent que les patients et ceux qui travaillent ici ben euh... des fois ils ont que ce genre de papier pour se protéger ». (P6)

La protection peut aussi servir les intérêts du patient et alors « ILS/On » peut aussi être protecteur dans certain cas comme pour P4 : « Pourquoi elle a été posée, cette privation de liberté ? Ben parce qu'on avait peur que je me mette en danger, je pense ».

L'atteinte personnelle

« ILS » permet aussi de dire l'incompréhensible et témoigne de l'atteinte personnelle faite au patient « on a joué sur ma fragilité nerveuse pour que je monte en paranoïa ». (P3)

L'intention de l'autre se transforme pour certains patients en une expérience dont il est l'objet : « Tout ça en plus de nouveau tss tss tss ils me prennent vraiment pour un, pour un cobaye quoi comme un rat ou une souris, puis ils voient ce que je fais dans la journée ». (P7)

Cette intention non comprise renforce l'incertitude et le patient essaie de comprendre : « Ça ils devaient pas faire parce que maintenant je suis d'accord de rester là mais me promener là-dedans, c'est pas normal (...) ou alors ils ont des jours qu'ils doivent m'arrêter, je sais pas. Et ils le disent pas et puis voilà ». (P1)

Cette nébuleuse que le patient n'arrive pas à comprendre et qu'il entoure de ce pronom indéterminé permet aussi à la peur de s'immiscer : « Ils faisaient un peu exprès d'être un peu agressif ou d'être pas content de me voir c'était pour me faire peur. (...) Une ou deux fois j'ai cru qu'on allait me rentrer dedans la nuit ». (P2)

Pour certains patients le fait d'être hospitalisé est le témoignage de la méfiance du système qui ne lui fait pas confiance en interprétant la situation de manière erronée: « Puis je faisais des 16 à 18h par jour parce que j'avais trop baissé mes médicaments, on dit toujours que je les arrête c'est pas toujours vrai... ». (P3)

Ce « ILS » tout puissant est irrespectueux du patient : « On est malhonnête avec moi, on me cache des choses que je peux pas dire et que je sais mais que je suis obligé de me taire pour certaine personne et pis c'est comme ça ». (P1)

Le but recherché est interrogé par le patient, mais « Pourquoi ils font cela ? » (P1). Les réponses sont variées. Parfois c'est un secret qui ne doit pas être révélé : « Ils m'ont hospitalisé parce que je commençais à déranger du monde (...) ils avaient peur que je cause ». (P1) Parfois c'est une incapacité personnelle : « Oui et puis j'ai vu qu'on avait soldé mon compte, c'est-à-dire que j'étais soldé de tout compte, d'un point de vue paranoïaque quoi » (P3). Ceci pour expliquer comment « ON » l'a incité à décompenser sa paranoïa.

Souvent pourtant c'est encore un curieux enchaînement des événements : « Curieusement une fois que je suis arrivé ici, on m'a donné un PLAFI » (P6) ou encore pour P9 : « On m'a simplement dit venez à telle ou telle heure euh...en consultation avec untel ». (P9)

Le système qui englobe le patient est représenté dans son discours par ce « ILS » qui lui veut quelque chose. Pourtant le patient ne comprend pas tout et s'il perçoit autour de lui les murs il perçoit aussi une volonté supérieure qui dicte sa loi et surtout le confine à l'hôpital, l'empêchant de sortir : « Un moment donné la confiance est rompue et ils vous détruiront » clame P8 pour dire qu'il ne fait pas confiance à ce système. Le tableau suivant détaille les catégories et sous-catégories du phénomène.

Tableau 5 Phénomène « La nébuleuse du « ILS » » avec ses catégories et sous-catégories

LA NEBULESE DU « ILS »

Le désir de l'autre	L'atteinte personnelle
<ul style="list-style-type: none"> • La volonté supérieure • La protection • Impuissance 	<ul style="list-style-type: none"> • Le cobaye • La méfiance • Irrespect

Le cadre

Par l'hospitalisation le patient se confronte au cadre de l'hôpital qui va être son nouvel environnement, il va devoir s'y adapter et répondre à la question de savoir ce qui se joue ici « Je ne savais dans quelle eau j'allais nager ». (P10) Il doit suivre un parcours qui l'oblige à se regarder lui-même comme partie prenante dans le processus « J'étais obligé d'y penser ». (P9) Il doit interpréter ce qui l'entoure.

Le rapport à soi

En premier lieu c'est le rapport à soi qui va influencer son interprétation. La croyance est l'action, le fait de croire une chose vraie, vraisemblable ou possible (37). Cette action débute dès la confrontation du patient avec le système de soin. Le rapport à soi représente la façon dont le patient vit et interprète son hospitalisation et pour commencer quelle est la raison qu'il peut donner à celle-ci. Que peut-il dire des circonstances et des raisons qui entourent celle-ci ? Les explications que les patients donnent laissent aussi libre cours aux sentiments vécus et au poids que représente l'hôpital.

Pour expliquer la raison de cette hospitalisation le patient va essayer de comprendre ce qu'il a « fait faux » (P1). La première explication est la rupture du traitement : « Et puis la deuxième fois j'ai essayé d'arrêter et petit à petit je prenais un médicament le soir après je le cassais en deux et pis c'est comme ça que j'ai arrêté petit à petit, mais après coup j'ai eu la schizophrénie qui est arrivé (...) j'avais plus la notion de la réalité ». (P2)

Cette explication peut aussi résider dans le comportement qui est inadapté : « J'étais pas bien il fallait que je me calme et puis et « eux-là » qui me passaient c'était bizarre des billes je sais même pas ce que c'était ce médicament il me mettait le cerveau en vrac ». (P7) Il poursuit en

constatant qu'il avait une mauvaise hygiène de vie : « Puis la vie est assez compliquée on peut dire ça, j'ai une vie assez compliquée. C'est par rapport à moi en fait, si je fume des joints je reviens j'y retourne si je fume pas je reviens pas ». (P7)

Beaucoup de sentiments entourent le placement à l'hôpital. Les choses sont vécues intensément par le patient et il emploie des adjectifs très forts pour décrire ce qu'il ressent « humiliant » (P5), « cauchemar » (P7), « injustice » (P3). L'inconfort : « Oui c'était très désagréable pour moi, parce que je peux prouver, je peux être d'une normalité terrible quoi ». (P3) La vulnérabilité est aussi ressentie. Celle-ci est renforcée par la maladie: « Mais je veux vous dire qu'une vie de schizo-affectif ce n'est pas évident à gérer, c'est pas évident parce que quand les gens vous font du mal ou vous veulent du mal moi je ressens ça, je ressens tout je suis comme une éponge ». (P7)

Le désespoir est aussi exprimé sans qu'il soit vraiment lié à la mesure de placement mais plus en lien avec la pathologie : « Honnêtement j'arrive pas à trouver une issue, non, j'arrive pas à trouver une issue maintenant...et pourtant le temps passe et le temps presse, (...) là je peux pas être dans la sérénité, je peux plus m'offrir le luxe d'être serein ». (P4)

La lassitude s'exprime par le poids ressenti de l'hospitalisation. P5 a même le sentiment de s'éteindre : « Parce que euh...un traitement, un internement il est bien quand la crise elle est là euh après vous êtes ici ; moi j'ai le sentiment de m'éteindre au bout d'un moment, y a pas trop d'activité. (De vous éteindre ?) Oui de m'éteindre parce qu'il n'y a pas d'activités euh on vous fait à manger alors ça va un moment, c'est bien d'être cocoonée un moment, mais y a un moment où vous avez envie d'aller de l'avant et puis de reprendre les rênes de votre vie euh j'ai l'impression de tourner en rond, donc d'avoir du temps pour encore plus cogiter dans ma tête euh voilà ». (P5)

Le poids de l'hospitalisation réside surtout dans sa longueur qui est difficile à supporter pour le patient qui voudrait bien être ailleurs. Cette

longueur est génératrice d'ennui : « Moi j'étais d'accord mais maintenant ça fait 5 mois que je suis ici moi j'en ai marre » (P11) ou encore P8 : « Oui oui que ça serve à quelque chose, parce qu'on dit PLAFPA qui est placé là et rien ne bouge, et moi je trouve que c'est inadmissible ». (P8)

Ce poids est renforcé par le traitement qui provoque souvent la sédation du patient et par là augmente son sentiment d'écrasement : « Les médicaments ils me tassent ils me cassent ils me cassent le cerveau ». (P7)

Le médicament est aussi vécu par le patient comme un agent qui le transforme, le manipule : « Et moi je suis sur un médicament qui est presque un sérum de vérité (...) et je leur ai dit il vaut mieux qu'ils me baissent la dose ou qu'ils me mettent autre chose (...) c'est d'un sadisme, vous pouvez pas vous rendre compte (...) ça vous bouffe les nerfs ». (P3)

Les médicaments ne sont pas toujours mal vécus : « Parce que j'avais besoin de médicaments par rapport à me contrôler, par rapport à mes humeurs noires ». (P2)

Le poids du traitement ne fait pas seulement référence aux médicaments mais aux soins en général : « La pression que j'ai c'est qu'on m'impose un traitement et puis euh... on m'impose un internement entre guillemets mais oui un internement c'est ça ». (P5)

Face à ce poids ressenti de l'hospitalisation le vécu du patient va osciller entre plusieurs sentiments :

- De la colère : « j'étais en fâchée » (P5), « Ben moi je lui foutrais mon pied dans le cul parce que moi je sais ce qu'ils ont fait avec moi ! » (P1),
- De la révolte : « Et puis y avait une part de révolte où je me suis dit aussi...mais mince pourquoi est-ce que certaines personnes décident si j'ai le droit de vivre ou pas ». (P5)
- De l'injustice : « Ben, j'ai ressenti comme une injustice (...) ça m'évoque la prison ». (P10), « Je viens et puis j'accepte ce qui se passe et je sais que c'est pas juste » (P1),

- De l'irrespect : « J'avais l'impression qu'il (le médecin) m'infantilisait, qu'il me déresponsabilisait » (P5),
- De l'humiliation : « Ce PAFA il est avilissant » (P3), « c'est la honte » (P4), « j'étais dégoûté » (P6)
- La peur : « qu'on me tue » (P2)

Le rapport à la situation

Le rapport à la situation décrit la manière avec laquelle le patient négocie avec son environnement, comment il le comprend, comment il l'appréhende. Déjà révélée par la perte de contrôle, l'incertitude est évoquée dans le quotidien de la vie institutionnelle.

Cette incertitude constitue un autre poids pour le patient car elle le contraint à vivre dans l'instant : « Dans les circonstances actuelles il ne m'est pas possible de penser bien loin ». (P9) Le patient ne peut se projeter dans un futur sur lequel il n'a aucune prise : « L'incertitude fait que j'ai du mal à me projeter, à me dire que la vie va être belle ou peut être belle ». (P5).

Parfois l'environnement est difficile à percevoir pour le patient et engendre un sentiment d'étrangeté : « C'est assez flou tout ça c'est assez... il y a un environnement qui est assez flou ». (P10)

Le temps est aussi ressenti différemment : « Il (le PAFA) a un côté euh...hors du temps en fait, dans le sens que je me sens totalement décalé par rapport à, au reste du monde qui tourne. Dans une bulle ouais et en même temps c'est le but d'un établissement comme ça ». (P6)

Beaucoup de patients ont été placés à un moment ou à un autre dans la chambre de soin. Curieusement le vécu lié à ce passage n'est pas ce qui vient en premier dans le discours. Ce n'est que lorsqu'ils sont précisément interrogés à ce sujet qu'ils en parlent.

Avec le recul ce passage semble plutôt positif pour le patient car il lui permet de remettre les pieds sur terre. « J'ai fait je crois une dizaine de

jours d'isolement, j'ai pu disons d'une certaine manière redescendre sur terre, redescendre euh...me rendre près de ma sensibilité aussi par rapport aux formes, aux objets ». (P3)

Quelquefois cependant elle génère de l'ennui : « Je fais des réflexions sur ma vie, sur ce que je dois/devrais faire, sur ce que j'ai fait qui était pas juste, j'ai rien d'autre à faire ». (P1) Parfois c'est la peur qui domine « j'étais paniqué dans la chambre de soins » (P2).

Les croyances

Le poids de la mesure va l'entraîner à interroger ce qui ne va pas et à se forger une opinion. Il doit intégrer cette nouvelle donnée comme pour P5 « je suis en train de l'avaler, de le digérer, essayer d'en faire quelque chose quoi » !

Tout d'abord, la mesure étant d'importance, le patient croit qu'il y a quelque chose de grave, le PAFA est alors un critère de gravité : « je pense j'ai passé un stade » (P4), un certain grade qui signale que maintenant les choses sont graves. « Mais ça me préoccupe dans le sens que c'est un signal qu'il y a quelque chose qui est très grave, là c'est un petit peu la herse d'autoroute qu'on lève » (P4). L'image est forte et si elle marque la rupture elle marque aussi l'obligation de s'arrêter pour réfléchir.

Pour rester dans les métaphores routières P6 fait référence à une amende posée : « C'est vrai que si on s'arrête une seconde c'est possible que dans d'autres situations ben euh...ça puisse être un papier de contrainte, comme une amende par exemple ».

Cette gravité justifie l'hospitalisation. P1 pense que « j'ai quand même une maladie grave » qui justifie une telle mesure. Pour P8 il y a différents degrés de gravité. Il a été marqué par son hospitalisation et il décrit différents degrés de gravité qui confirment la mesure : « Ça correspondrait à quoi ben euh...voilà j'ai donné l'exemple avec les agents

des forces de l'ordre, c'est un certain degré ». L'isolement représente un autre degré. « On se dit à ces situations-là ces degrés là avec celui-là y a tout qui est rompu ». (P8)

Cette hospitalisation est aussi la conséquence d'une dégringolade, le sentiment d'avoir touché le fond : « Énormément de choses se sont dégradées sur le plan physique euh...alors que j'étais en pleine forme il y a trois semaines, c'est venu vite, 3 semaines...4 semaines. C'est venu vite par négligence aussi de prise de médicaments, aspirine cardio, c'est ça qui fait que ça été le facteur déclenchant de ma dégringolade». (P4)

Quelquefois pour le patient, la mesure de PAFA indique la différence et l'impossibilité de mener une vie normale : « Ça voudrait dire que c'est dur, c'est dur à accepter, si j'ai un PAFA ça veut dire qu'ils veulent plus que je travaille dans une entreprise normale que je peux plus avoir de ...je connais tout ça on m'a expliqué.... ». (P2) Plus loin il exprime ce qu'il a compris : «Ben je me suis senti obligé de faire la lettre au juge pour le PAFA, mais pour la médication, on m'a bien dit que c'était ça que c'était un PAFA obligatoire où j'ai l'ordre de plus pouvoir conduire de voiture ou de plus pouvoir travailler ». (P2) Son seul souhait actuel est qu'on ne l'empêche pas de conduire un scooter.

Pour P5 c'est un peu différent mais pour elle le PAFA la renvoie sans cesse à sa pathologie et exclusivement à elle : « Je voudrais reprendre les rênes de ma vie en étant pas seulement traitée euh...comme malade alcoolique mais comme P5 d'une manière globale ». (P5)

La rupture est consommée par le poids de l'hospitalisation qui est assimilée à un défaut de confiance de la part du système, défaut de croire que le patient puisse « fonctionner » à l'extérieur, « ça veut dire que je suis incapable de me gérer toute seule » (P5). P6 exprime la même idée en disant « ça veut dire qu'on ne me fait pas confiance ».

Quelquefois le patient reconnaît qu'il a besoin d'une hospitalisation. Ainsi PAFA peut aussi vouloir dire protéger le patient : « Mais si j'avais

pas la PAFA toute privation de liberté je pense que je retomberais dans la voyoucratie comme on dit ». (P2). Il renchérit : « (Ce lieu représente) une sécurité pour mon cerveau on peut dire parce que à l'extérieur, y a toutes les aiguilles qui tournent dans tous les sens et puis je réfléchis beaucoup je réfléchis trop avec les joints aussi que je fumais, toutes ces choses-là, ici c'est plus calme, je peux mieux réfléchir sur le positif ». (P2)

La boucle espace/temps

Dans les entretiens les différents temps sont comme abolis et il est souvent difficile de savoir si le patient parle de l'hospitalisation en cours ou du vécu d'une hospitalisation antérieure. Les choses se répètent et le patient fait sans arrêt des allers retours dans sa propre histoire et dans son parcours de soins.

Lors des entretiens il n'est pas toujours facile d'identifier le moment d'où il parle et maintes fois il faut demander des précisions. Il y a comme une distorsion du temps. Par exemple lors de cette séquence pendant l'entretien avec P1 quand il commence à parler de ce qui se passe actuellement pour lui et quand il finit dans un autre temps :

- « Chercheur : que pensez du fait que cela se passe comme ça (l'ouverture progressive du cadre de soins) ?
- P1 : Je veux pas m'énerver avec vous mais si je tenais le médecin qui fait ça (...) à un enfant de 8/9 ans on fait pas ça ; j'ai rien d'autre à vous dire ».

Cette distorsion du temps fait que le patient repense aux hospitalisations passées et surtout au vécu qui y est rattaché et qu'il revit dans le présent : « J'ai des souvenirs qui remontent toujours, donc euh...les mauvais surtout, le soir quand je suis ici ça me travaille dans le cerveau ». (P7)

La question du temps est présente dans tous les entretiens. Tout d'abord le patient dénonce la longueur de l'hospitalisation : « Je suis fatiguée de tout ça quoi (...) mais la période d'hospitalisation là est trop

longue pour moi ». (P5) Ce qui est dénoncé ensuite c'est l'engrenage des hospitalisations, l'impression de tourner en boucle : « On m'a hospitalisé à X, j'ai euh...redit des pardons, refait des réclamations, trop de doses, donc... et puis voilà et puis après ben je me suis retrouvé ici». (P3)

Cette impression de boucle est non seulement liée au temps mais aussi au rapport à la pathologie : « C'est... ça veut dire que je suis, c'est un cycle, ça va pas aller mieux parce que c'est un cycle sur lequel je vais pas pouvoir sortir, alors que l'idée c'était de sortir quand même » souligne P4 qui est hospitalisé pour la première fois et qui ressent également cette boucle.

La boucle est un cercle vicieux dans lequel se débat le patient qui oscille entre culpabilité et protestation. Cela est flagrant chez P5 qui fait ce lien entre ses rechutes « un cercle vicieux », ses ré-hospitalisations et son maintien sous PLAFAs : « (...) et puis comme mon retour à la maison s'était mal passé que je suis revenue alcoolisée c'est à ce moment-là que le médecin a décidé de me mettre un PLAFAs, (...) et puis je suis de nouveau ici. Je suis fatiguée de tout ça ».

Cette boucle se concrétise par le cumul des hospitalisations, « en six ans je suis venu ici 7 fois » (P7), et par le fait que le risque d'y être à nouveau contraint demeure : « Je serais toujours menacé de venir là ! ». (P1)

P5 émet une hypothèse pour l'interruption du cycle de la boucle. Elle pense que la boucle des hospitalisations serait différente si les soignants changeaient : « Parce que je recommençais avec une nouvelle équipe, donc je pense que moi j'avais aussi déjà fait un travail sur moi où j'ai déjà changé, ou je parle plus, je me confie plus, et puis j'avais l'impression aussi que c'était un regard nouveau, euh sans jugement sur moi ». (P5)

Les patients modèrent les effets de la contrainte dans l'après-coup. « Là j'ai compris que c'était bénéfique pour moi, parce que j'étais complètement perdue, je commence vraiment à me recentrer là » (P10).

Cette patiente est restée longtemps dans un état de stupeur vis-à-vis de la situation. Lors de l'entretien elle est hospitalisée depuis 35 jours et elle estime avoir fait un travail sur elle-même. Même si pour elle rien n'est plus comme avant elle se considère de retour dans la normalité : « Dans cette chaîne de la normalité je me situe euh... entre les deux mondes, oui, un peu d'un côté un peu de l'autre, (...) j'étais plus dans les étoiles et plutôt que euh... terrien maintenant je me situe un peu mieux, ça fait du bien parce que c'est là où on vit finalement ». (P10)

L'après-coup c'est aussi se recentrer sur ses projets : « Justement j'ai envie de me battre pour retrouver ma vie de femme ma dignité mon respect ma liberté entre guillemets (...) la liberté du PLAFa déjà mais surtout la liberté de l'alcool qui est euh... parce que voilà et puis ma vie de femme de mère, d'amie ». (P5)

Le patient intègre la situation nouvelle qui se présente. Il interprète et développe des jugements de celle-ci et des croyances apparaissent ou se renforcent. L'interprétation de son environnement va débiter par ce qu'il vit et comment cela lui permet de comprendre cette situation. Le tableau suivant précise les catégories et les sous-catégories de ce phénomène.

Tableau 6 Phénomène « Le cadre » avec ses catégories et sous-catégories

LE CADRE

Le rapport à soi	Le rapport à la situation	Les croyances	La boucle espace/temps
<ul style="list-style-type: none"> • Rupture • les émotions • le poids 	<ul style="list-style-type: none"> • vivre dans l'instant • étrangeté • la chambre de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • la gravité • exclusion de la normalité • protection 	<ul style="list-style-type: none"> • distorsion • cercle vicieux • après-coup

La stratégie pour une bataille

Le patient, entouré de ses croyances, se prépare maintenant à agir avec tout cela. Ce qu'il veut c'est sortir de l'hôpital, comme il ne le peut pas il prépare sa riposte contre les conditions de l'hospitalisation. Il élabore une stratégie, c'est-à-dire un ensemble de manœuvres en vue de la victoire qui est la sortie. Il élabore une stratégie de résistance qui lui permet de répondre à la question : mais que puis-je faire ? Il développe des attitudes et des comportements pour résister à la pression.

Ces manœuvres vont se jouer sur le terrain de l'hôpital avec les interactions qui s'y produiront. Les stratégies quant à elles vont n'avoir qu'un seul but : protester contre la mesure d'hospitalisation. Pour ce faire il y a deux types de manœuvres selon qu'elles concernent les attitudes ou les comportements.

La manœuvre vers la victoire : les attitudes

La première chose qui se révèle dans les entretiens est la stratégie de la dissimulation, ne pas dire ou ne pas tout dire. Dans plusieurs de ces entretiens il a fallu rassurer le patient quant à l'exploitation des données et aux personnes à qui elles seraient accessibles. Par exemple voici un extrait de l'entretien avec P2 :

- Chercheur : « D'accord et du coup quand vous étiez dans la chambre et que vous tapiez c'était quoi, qu'est-ce que vous viviez à ce moment-là ? P2 : De la colère ».
- Chercheur : « Surtout de la colère oui d'accord et...
- P2 (interrompant le chercheur) : « Euh...là vous avez enregistré ? ».

P2 avait beaucoup de crainte qu'il ne pouvait semble-t-il exprimer librement : « J'essaie de me calmer et puis d'être plus positif pour le futur, mais des fois les personnes d'entretien me faisaient très peur aussi (vous en avez parlé ?) Non, je l'ai gardé pour moi ». Il ne peut dire pourquoi.

La même crainte se révèle chez P1 avec cette fois l'expression de la crainte de subir des représailles, sous forme médicamenteuse : « Mais vous irez pas dire ce que je vous ai dit hein ? Parce qu'ils vont dire que j'ai la maladie de la persécution ouais je connais j'ai déjà essayé, toutes les fois que je suis venu parler de ça euh... j'ai un médicament de plus et je suis persécuté mais c'est pas vrai ça ». Il renchérit d'ailleurs : « Mais je peux pas le dire aux médecins, d'ailleurs ils aiment pas ça ».

Pour P3 cette crainte prend une forme différente et elle aboutit à la conclusion de l'entretien lorsqu'il déclare : « Le problème c'est que là j'ai déjà bien assez parlé ». Pour lui il y a un risque à trop se livrer : « Je pense que j'ai le discernement sur les propos, sur les lectures, et euh... les comportements mais je n'ai pas le discernement sur les risques que je prends sur les termes que j'ai pu dire, (...) et je sais très bien aussi que je suis sous un sérum de vérité qui fait chier, au bout d'une demi-heure de parole il vaudrait mieux que j'ai la prudence d'arrêter ». (P3)

Ce risque est aussi très présent pour P5 même si le motif en est différent : « Il y a des choses que je voulais pas dire ou que je n'osais pas dire parce que je me suis dit ça veut me servir ou me desservir, mais par exemple rien que le fait d'aller dire oui j'ai envie de consommer...j'osais pas le faire alors que c'est ce que j'aurais dû faire mais je me disais mon dieu mais si vient me dire qu'elle a envie de consommer c'est qu'elle est encore fragile ». (P5) Et donc c'est qu'elle n'est pas encore prête à sortir !

Qu'elle soit liée à la crainte de dire le délire ou à celle d'avouer une fragilité, la dissimulation est un fil conducteur de tous les entretiens. Elle témoigne de la méfiance du patient dans le système auquel il est confronté. Il comprend que là il ne peut pas tout dire, « Et pis sans médicaments je peux m'en sortir mais il faut, quoi vous leur dites pas » (P1) !

La passivité, ne pas faire, est également une des stratégies employées et fortement corrélées à une certaine indifférence affichée. « Ben j'ai mis ça de côté, j'ai assez de soucis comme ça pour me prendre la tête avec le PLAF. Je dirais qu'il n'a pas fait une grande différence, j'ai

jamais eu d'antécédents de tentatives ou de chose comme ça, donc sincèrement avec ou sans PLAFa je suis ici ». (P6)

P4 quant à lui exprime cette passivité en restant beaucoup au lit « alors de temps en temps je fais un petit bivouac au lit, un souper, un petit bivouac (...) la seule chose qui euh...je me réfugie dans le sommeil c'est tout ». (P4)

Respecter scrupuleusement les règles et ne pas s'en plaindre est l'attitude de P9 dont l'entretien fut marqué par une attitude tantôt agacée tantôt ingénue : « Alors le programme ce n'est pas à moi qu'il est imparti de le savoir, ni de décider (...) je suis obligé de vivre au jour le jour, je prends mon mal en patience, j'ai absolument rien à dire ». (P9)

Prendre son mal en patience est une des façons de faire passer le temps jusqu'à la sortie qui reste la ligne de mire du patient. « J'attends, qu'est ce que je peux faire d'autre ? » dit laconiquement P1. C'est aussi à la résignation que le patient est contraint : « On se fait une raison on essaie, comment on dit ça, de relativiser la chose qu'auriez-vous fait à ma place ? ». (P9)

En filigrane c'est le découragement qui apparaît : « Ouais exactement et puis vous avez des fois le sentiment de dire bon, je laisse tout tomber et d'envoyer tout balader » (P5). Avec le découragement vient aussi le renoncement : « Parce que vous réalisez deux jours après, ou un jour après, ou vous osez pas, ou vous demandez autre chose que du XR, vous demandez quelque chose un peu de moins dosé et on vous le donne pas, ou alors on vous donne un médicament, vous prenez tout, mais pas l'énergie de faire ». (P3)

Certains vont rêver d'évasion, sorte de pensées soupapes pour se dire qu'ils ont le choix : « Pour moi ça veut rien dire je m'en fous du PAFA dès que je (...) ils l'enlèvent, c'est comme si je m'enfuis de là, euh c'est les flics, mais quand moi je m'enfuis je reste pas là, je m'enfuis très loin, j'avais prévu avant, je prends le train, TGV et puis pfft ». (P7)

Ne pas vouloir savoir est une autre attitude, pour éviter de penser : « Nan on m'en a pas trop parlé (du PAFA) mais c'est un peu vague aussi mais disons aussi que j'ai pas trop envie de savoir ce que c'est je vous dis honnêtement et puis euh c'est un peu vague les personnes qui m'ont fait venir, soit disant mon mari et ma sœur mais j'ai pas de sœur, c'est un peu flou, j'ai même pas envie que ça s'éclaircisse donc pour l'instant, ce n'est pas ma priorité ». (P10)

Ne pas vouloir chercher à comprendre pour ne pas se faire du mal avec ça comme pour P7 : « Ouais je pense que c'est lié en fait tout est lié quoi tout est lié croisé décroisé je sais même pas, je cherche même pas à comprendre parce que si j'arrive à comprendre je vais m'énerver contre eux ».

La manœuvre vers la victoire : le comportement

Plusieurs manœuvres sont employées par les patients pour manifester leur opposition par les actes et entamer ainsi une (longue) lutte contre le système pour en sortir. Ainsi beaucoup de patients ont, à moment ou à un autre, fugué de l'hôpital. Les motivations, sur fond d'opposition, sont quelquesfois différentes et surprenantes :

- La peur : « Après j'ai passé une nuit euh dans une chambre avec quelqu'un puis le lendemain j'avais tellement peur, j'entendais des voix, j'entendais des voix de tout le monde dans le bâtiment ; les gens d'en bas aussi, ben j'ai voulu, ben je suis parti et je voulais me suicider, en fait j'ai fait une tentative de suicide ». (P2)
- Prouver sa normalité et son absence de dangerosité. Pour cela P3 fugue vers la gare et prend les gens à témoin en leur demandant s'ils le trouvent dangereux : « Ouais parce que j'ai voulu une preuve et cette fille disait que j'étais pas dangereux ! ».
- La protestation : « La fugue c'était juste un ras-le-bol quoi, c'était justement pour moi c'était une trop grosse pression et pis j'ai... là je manquais probablement de discernement en tout cas je partais et puis je me suis dit ouais je vais les envoyer tous se faire foutre et puis voilà, sentir mon incompréhension et euh... » (P5).

Une autre stratégie pour la lutte est de violer le règlement en contrevenant à ses règles. Par exemple consommer de l'alcool et en apporter dans le service :

« J'ai fugué, j'ai consommé, j'ai amené du produit à l'hôpital ce qui est strictement interdit, en plus j'aurais pu mettre en danger d'autres personnes qui ont le même problème que moi, donc, j'ignorais qui c'est mais j'aurais pu, enfin j'ai fait des choses complètement, contre – indiquées et puis intolérées/inadmissibles ». (P5)

Elle explique bien que c'est en réponse aux pressions qu'elle subit : « Alors qu'avant ben j'étais complètement euh... en chemise de nuit et tout ça, mais j'arrivais toujours à me procurer du produit ou à fuguer parce que pour moi en tout cas ça fonctionne (comme ça), plus on me met de pression, plus j'ai envie de sortir du cadre ». Elle explique que ses réactions sont toujours liées à ces pressions « Toujours, c'était toujours quand j'avais eu des réactions par rapport à ça ». (P5)

Fumer dans la chambre : « Je vais en dessous de l'aération et je fume dedans et je leur dis écoutez je veux fumer, je fais comment pour fumer ? (...) même s'ils sont pas d'accord, je vais dire écoutez je vais fumer une clope venez avec moi accompagnez moi alors sinon je vais tout seul » explique P7 qui fait la démonstration de sa façon de s'y prendre en allant dans la salle-de-bain. Il rajoute que le cadre de l'hospitalisation ne va pas avec sa consommation de cigarettes !

Le combat

La résistance physique est la première stratégie active que le patient emploie quand il se sent acculé : « C'est-à-dire que j'étais, mais les pieds au mur ! Alors ma réaction n'était peut-être pas forcément adéquate mais c'était tout ce que je pouvais faire, j'ai vraiment mis les pieds au mur ». P5 se déclarait même en guerre contre le médecin ! « En guerre contre lui quoi, je le suis toujours un peu, d'ailleurs j'ai plus affaire à lui mais euh je suis toujours fâchée contre cette décision ».

Se battre et tout casser est parfois la seule réponse que le patient trouve lorsqu'il arrive à l'hôpital : « (...) au début je cassais tout ici, j'ai fait un mois et demi enfermé à l'isolement (...) c'était en hiver, j'ai réussi à péter la porte qui est une porte blindée, il y a 3 serrures en haut, 3 serrures en bas et au milieu et puis y avait tellement de haine en moi à sortir que j'ai dû cogner partout». (P7)

La tentative de refuser les soins permet au patient d'instaurer un rapport de force dont il se rend vite compte qu'il est inégal :

- « Ah mais je me suis pas défendu mais j'ai refusé de prendre les remèdes et au bout de quelques jours ils sont venus à 10 sur moi et j'ai dû les prendre ». (P1)
- « Au bout de deux jours j'ai pété les plombs, y a eu 4 flics qui sont venus ; 4 sécuritas et 4 infirmiers (...) j'étais en rage (...) un cauchemar». (P7)

La lutte semble bien inégale et le patient doit maintenant réfléchir à une autre voie pour atteindre son but, la sortie. Il doit en quelque sorte devenir un bon patient. Le tableau suivant précise les catégories et sous-catégories du phénomène de la stratégie pour une bataille.

Tableau 7 Phénomène « Stratégie pour une bataille » avec ses catégories et sous-catégories

STRATEGIE POUR UNE BATAILLE

Mancœuvre vers la victoire : les attitudes	Mancœuvre vers la victoire : les comportements	Le combat
<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas dire • Ne pas faire • Attendre 	<ul style="list-style-type: none"> • Fuguer • Violer le règlement 	<ul style="list-style-type: none"> • Refuser • Tout casser

Le Mythe du « bon patient »

Le patient tente ses stratégies, développe et étoffe ses croyances, il comprend qu'il doit s'adapter « il y a quelque chose à comprendre » (P1). Il doit comprendre ce qu'on attend exactement de lui et de sa façon d'être. Il se construit alors une sorte de guide de bonne pratique de patient « pour gagner sur le PAFA » (P3). Car le but de tout ceci, faut-il le rappeler, est la sortie de l'hôpital.

Outre le récit fabuleux ou la pure construction de l'esprit, un mythe est aussi une image simplifiée, souvent illusoire que des groupes humains élaborent ou acceptent au sujet d'un individu ou d'un fait et qui joue un rôle déterminant dans leurs comportements ou leurs appréciations (37). Bon est ce qui convient, qui a les qualités utiles qu'on en attend. Patient quant à lui signifie historiquement, endurant, qui supporte (168).

En définitive, par la force des choses le patient va essayer de « coller » à l'image de ce que l'on attend de lui, être bien « sage » (P8), être un bon patient. Le but ultime, en adoptant ces différentes stratégies, est de sortir de l'hôpital. Pour ce faire il doit apprendre à « lâcher prise » (P5) pour, en quelque sorte, sauver sa peau.

La construction du mythe (croire)

Le patient, toujours visant son but, sortir, va chercher à répondre à la question, comment veulent-ils que je sois ? Pour y répondre il va construire une image de ce qu'on attend de lui. Que cette image soit de pure conviction (liée à des certitudes délirantes) ou liée à une observation attentive de l'environnement, elle permet souvent de guider la façon d'être du patient.

Ce que le patient suppose en premier est lié au contrôle de soi par la bonne attitude : « Je sais pas trop parce qu'il y a des choses un peu

étranges qui se passent et euh... c'est un peu compliqué, mais que je sois bien, que je sois posée et puis tempérée ». (P10)

Le contrôle de soi engage aussi le comportement : « Ben que je me sente bien je pense et que je prouve que je suis prêt. (Comment) Surtout avec mes craintes de paranoïaque, que je puisse contrôler ma colère, contrôler tout ça et surtout continuer à prendre les médicaments pas les arrêter comme j'avais fait, plus me comporter comme avant en tout cas ». (P2)

Après le contrôle vient le changement. Ne plus être celui qui est arrivé à l'hôpital. Pour P2 il s'agit de changer complètement les comportements qu'il a identifiés comme étant à l'origine de son hospitalisation. Ainsi, « changer complètement de personnalité (De personnalité ?) Oui d'action, de comportement plus boire plus fumer parce que ça me fait être différent de ce que je suis de ce que vous me voyez maintenant ». Sentence qui peut paraître lourde, devoir changer de personnalité pour pouvoir sortir. Toutefois, ce qu'il met en avant comme définissant sa personnalité relève uniquement des actes et actions « que je sois plus énervé ». (P2) Où se cache-t-il au milieu de tout cela ?

Pour changer il faut se structurer. Pour répondre à la question, « Que pensez-vous devoir faire pour sortir de l'hôpital ? » beaucoup de patients répondent en évoquant ce qu'ils n'arrivent pas à faire justement et qui justifie donc le maintien de la mesure. Pour P4 c'est une mise en ordre de soi qui passe par la mise en ordre autour de soi : « Ben je vois que j'ai pas, j'arrive pas à structurer ma journée, je structure même pas ma chambre, j'ai trois babioles que j'arrive même pas à structurer ». (P4)

Changer c'est aussi mieux se connaître : « En voyant ce que j'ai besoin, en demandant aux infirmiers ce que j'ai besoin, des entretiens quand j'en ai besoin et j'essaie de ne pas me projeter à me dire est-ce que je vais pouvoir rentrer à la maison ou pas, j'essaie vraiment de lâcher prise par rapport à ça ». (P5)

Le patient peut aussi vouloir montrer sa bonne volonté ce qui pour P8 signifie faire des sacrifices : « parce que faire des sacrifices, vous savez des sacrifices c'est ce que d'autres personnes perçoivent de vous, qui (...) et puis eux aussi veulent qu'il y ait des changements ».

Mieux se connaître c'est aussi avoir un projet cohérent pour la suite, pour la sortie. Ce projet est un partenariat avec l'équipe de soins : « Si je mets un projet valable en place, un projet qui tienne la route euh...que je vais faire moi-même mais en le travaillant avec les infirmiers et les médecins euh... est-ce que je pourrais rentrer à la maison ? C'est des inconnues donc...franchement je suis un peu stressée par rapport à ça. J'essaie de faire confiance et puis on verra bien. » (P5)

L'injonction (être)

A partir de là le patient doit montrer qu'il a changé, qu'il n'est plus le même qu'à son arrivée. Ce changement s'exprime en premier par les attitudes correspondant à ce qui est attendu. Il doit montrer dans ses attitudes qu'il est prêt pour la sortie et qu'il collabore à ses soins : « Ce que auparavant (...) j'avais des doutes en moi et aujourd'hui j'apprends de jour en jour à faire la distance et à prétendre pouvoir discuter avec le médecin. Mais quand on se retrouve à discuter avec le médecin ce que moi je fais d'une part je fais ce qu'on dit la moitié, moitié-moitié, aide toi le ciel t'aidera ». (P8)

Montrer que le patient accepte les soins témoigne aussi de son attitude positive : « Mon envie n'est pas de recommencer donc me faire soigner bien évidemment, ce que je veux faire donc en volontaire il est bien clair ». (P6)

En allant plus loin que l'acceptation le patient doit aussi montrer qu'il coopère à ses soins : « des fois les infirmiers me proposent un entretien, j'ai pas du tout envie, néanmoins j'y vais ». (P5)

Revenir à soi par l'introspection montre que le patient commence à comprendre quelque chose à sa pathologie : « Je suis plus posée dans la réalité, moins dans le mystique, oui mais j'ai des idées que je garde, et qui vont rester maintenant par ce que c'est aussi un changement, ça je l'accepte mais il faut que je reste quand même les pieds sur terre parce que j'ai tendance à trop être dans la lune ou dans les étoiles ». (P10)

Comprendre sa pathologie signifie aussi comprendre le besoin de soins : « Puis j'ai aucune envie de m'échapper ou de vouloir refaire les 100, qu'on me recherche avec la police ou de me suicider, j'ai envie justement de suivre la prise en charge, la médication surtout et puis discuter avec les psychologues ». (P2) Il confirme d'ailleurs ce besoin de soins : « j'ai envie d'avancer, dans le positif et puis pouvoir soigner ma maladie et puis la comprendre aussi pouvoir la contrôler comme on dit, et puis essayer de vivre normalement comme tout le monde comme on peut dire ». (P2)

En définitive le patient doit être (enfin) patient : « Mais maintenant j'ai décidé de prendre le temps, alors je sais pas si ça marchera ou pas je vais vraiment un jour à la fois pour le moment, (...) j'essaie de mettre un projet en place pour pouvoir enfin me libérer de ce, de cette PLAFA judiciaire » (P5). Dans le même esprit P9 essaie de relativiser en prenant son « mal en patience (...) après on raisonne, on essaye de raisonner et on se fait une raison ».

Faire juste

Être ce qui convient doit se compléter par faire ce qui convient. Le patient doit montrer qu'il est en mesure de sortir en répondant à un certain nombre de critères. Il doit agir et montrer qu'il va mieux en effectuant certains points qui vont montrer qu'il est partie prenante de son hospitalisation. Son but étant de hâter sa sortie.

Le patient doit montrer qu'il est acteur de ses soins : « Voilà moi c'est quand j'ai une *équation*, ou une mauvaise nouvelle ou une chose qui m'agace et tout là je demande un entretien juste pour le poser quoi, des fois y a pas de réponse, parce qu'il y a pas de réponse à donner mais juste pouvoir en parler ». (P5)

Le patient doit aussi montrer qu'à défaut de participer il fait confiance aux soignants : « C'est les médecins qui vont en décider, ça je pense que c'est les médecins qui vont euh je leur fais totalement confiance donc quand ils jugeront quand ils me jugeront apte à rentrer ben je le saurais ». (P10)

Tolérer la frustration en ne réagissant plus « comme avant » est aussi compris par le patient comme étant une attitude à adopter : « J'étais vraiment super en colère, mais là j'ai pu aller en parler, j'ai pris une heure, j'ai pris un entretien et puis je lui en ai parlé (...) après elle m'a demandé justement si j'avais envie de consommer ou pas, je lui ait dit non j'ai pas envie de consommer mais que j'ai envie de partir, (...) après je suis descendu fumer une cigarette, j'ai écrit cette révolte». (P5)

Dire que l'on veut s'intégrer : « Il faut dire que vous adorez sa société (au soignant) que vous enviez sa société (...) même quand on a un PAFA ». (P8) Ou encore P3 qui souhaite rentrer dans le système, mais pas tout à fait : « Et moi j'aimerais réapprendre à travailler mais pas me mettre entièrement dans le système ». (P3)

Le patient doit aussi montrer sa bonne foi en résistant à ses comportements antérieurs ou en acceptant de s'en remettre aux soignants, preuve qu'il est maintenant prêt à sortir : « Je suis tranquille vous voyez, je sors avec vous, je cherche pas à partir, l'ascenseur était ouvert je suis pas parti ». (P1)

La bonne foi passe aussi par l'acceptation des projets proposés par les soignants : « au bout d'un moment je l'ai finalement accepté donc j'ai fait des démarches pour aller dans une institution». (P5)

Une fois que le patient pense montrer ce qu'on attend de lui, il espère, en retour des signes faisant progresser sa situation et entrevoir une amélioration de sa condition. Mais cela ne fonctionne pas toujours : « D'après moi je devrais être dehors de cette chambre parce qu'il y a une

semaine que j'y suis et je vois pas pourquoi je reste là (...) moi j'ai rien de spécial, je prends mes médicaments, je mange, je fais tout ce que je peux pour que ça aille plus vite mais il me semble que c'est souvent le contraire même quand je fais tout juste ben ça va le contraire ». (P1)

Même préoccupation pour P2 qui avait très peur dans la chambre de soins et se demandait que faire pour en sortir : « J'avais envie de sortir quand même de la chambre de soins (...) à chaque entretien je leur parlais bien , je leur expliquais bien ma situation, euh...dans la tête aussi, comment j'étais, mon esprit et tout ça et pis euh euh c'était long d'attendre à chaque fois (...) je faisais beaucoup d'efforts pour qu'ils puissent remarquer que j'avais envie de changer et d'avancer, dans le positif ». (P2)

Peut-être que P5 a compris pourquoi cela ne fonctionnait pas : « Je l'ai fait mais à contre cœur quoi, donc ça n'a pas bien fonctionné quoi ». (P5)

Le bon patient est celui qui est autorisé à sortir ! Pour cela il lui faut démontrer qu'il le peut, le poids de la preuve retombe sur ses épaules. : « J'espère (rire), nan nan du coup il y a pas de raison que je reste ici toute ma vie, mais voilà, euh effectivement c'est aussi à moi de montrer de quoi je suis capable et que j'arrive à m'en sortir ». (P5) Le tableau suivant précise les catégories et sous-catégories de ce phénomène.

Tableau 8 Phénomène « Le mythe du bon patient » avec ses catégories et sous-catégories :

LE MYTHE DU BON PATIENT

Construction du mythe	Injonction – Être	Faire juste
Croire		
<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle de soi • Changer • Avoir un projet 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer • Comprendre 	<ul style="list-style-type: none"> • Participer • Tolérer • Faire confiance • Le système récompense

Modélisation

Il apparaît qu'il n'y a pas de linéarité dans le sens d'une chronologie dans les résultats. C'est une boucle en mouvement où des allers retours entre les différents phénomènes se font sans arrêts. Le patient peut avoir compris ce qu'on attend de lui et faire quand même le contraire. Ce qui est intéressant c'est qu'au fond, ce qui soutient toute la trame des phénomènes, c'est le désir du patient d'être ailleurs, dehors. La catégorie «Sortir» apparaît alors comme centrale de l'analyse des phénomènes. Tout tourne autour d'elle et elle soutient l'ensemble. Elle se manifeste par le fait que l'objectif ultime du patient est de sortir de l'hôpital à tout prix. Le patient ne perd jamais cet objectif de vue et il oriente ses actes pour l'atteindre. Le ressenti du patient est fluctuant et parfois ambivalent, oscillant entre acceptation et objection.

Les patients décrivent ce qu'ils vivent avec des mots parfois très forts. Ces mots renseignent sur la manière dont ils appréhendent leur hospitalisation, ils tournent autour d'eux : menace (P1), cauchemar (P10), traumatisme (P3), épée de Damoclès (P5), marionnette (P5), cobaye (P7), amende (P6), prison (P11), prison psychologique (P6), abasourdis (P8), trou dans la vie (P9), avilissant (P3), horreur (P6), dégueulasse (P1), traqué (P5), peur (P2), décalé (P6), injuste (P1), dégringolade (P4). A la première personne ils disent : j'abdique (P4), j'attends (P1), je lâche prise (P5), je prends mon mal en patience (P9).

Pour tous les phénomènes dégagés il y a des nuances qui contrebalancent et rendent parfois difficile l'interprétation. Ainsi à côté des mots négatifs très forts employés par le patient il y en a de plus positifs évoquant la protection (P2, P4), la survie (P4), le positif de la situation « malgré tout » (P10, P8). Le tableau suivant récapitule des différents phénomènes avec leurs catégories.

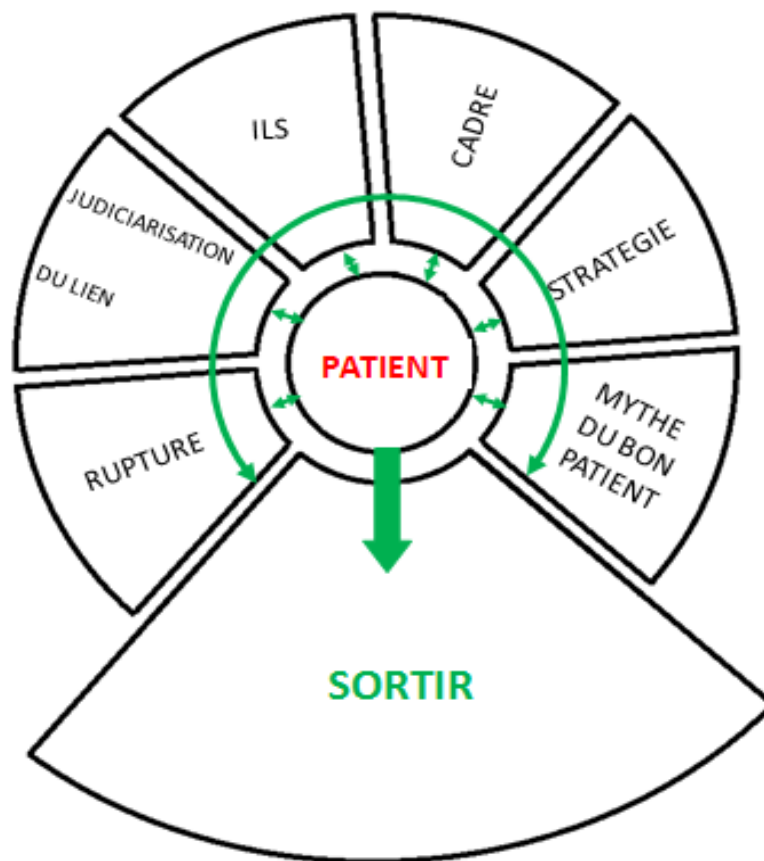
Tableau 9 Les phénomènes émergents de l'analyse des verbatim

Phénomènes	Catégories
La rupture	L'extraction L'incompréhension Empêcher La perte de contrôle La stigmatisation
La judiciarisation du lien	L'objection La peine : l'hospitalisation Le jugement
La nébuleuse du « ILS »	Le désir de l'autre L'atteinte personnelle
Le cadre	Le rapport à soi Le rapport à la situation Les croyances La boucle espace/temps
La stratégie pour une bataille	La manœuvre vers la victoire : les attitudes La manœuvre vers la victoire : le comportement Le combat
Le mythe du bon patient	La construction du mythe (croire) L'injonction (être) Faire juste

Le patient est intriqué dans une dynamique, « une machine de PAFA » (P5) et se retrouve au centre de ce processus. L'analyse des données a permis de modéliser ce processus. La catégorie centrale « Sortir » est le but visé par le patient : « je fais tout ce que je peux pour que ça aille plus vite » (P1), « le but c'était quand même de sortir » (P4), « il faut que les choses bougent » (P8), j'espère que ça va se terminer rapidement » (P10). Il semble y avoir une trajectoire en ellipse que va suivre le patient et qui le conduit doucement vers l'acceptation qu'elle soit partielle ou totale.

Pour modéliser les phénomènes ce schéma illustre l'intrication des catégories dont aucune ne prévaut. Elles sont intriquées et interdépendantes dans un flux constant. Le patient étant à l'une ou l'autre des places en fonction des pressions. La catégorie centrale « Sortir » est ce vers quoi se tournent toutes les autres.

Figure 2 Modélisation de la perspective des patients sous contrainte



Le patient est au centre de l'expérience et autour de lui gravite un certain nombre de phénomènes qui exercent une pression constante sur lui. Il y résiste dans l'objectif ultime de pouvoir sortir de l'hôpital. Chacune des catégories est dépendante et en constante interaction avec les autres. Le poids est important et ressenti, « c'est lourd, très lourd à porter » (P5).

CHAPITRE V DISCUSSION

Contrairement au modèle hypothético-déductif, l'analyse par théorisation ancrée peut mener le chercheur dans des directions qui n'étaient pas prévisibles au début de la recherche (129). Après la phase d'analyse le chercheur établit les similarités et les différences entre, d'une part, les résultats qui émergent de la recherche et, d'autre part, les résultats qui se trouvent dans les écrits scientifiques (26). Les résultats montrent que la situation du patient sous contrainte est complexe et qu'elle est imbriquée dans un processus dont il ne maîtrise pas les paramètres. Dans cette section seront considérés les liens conceptuels entre les résultats et la littérature existante. Dans un premier paragraphe la démarche de sélection des articles sera brièvement présentée. Dans un deuxième temps chaque phénomène émergent sera articulé avec les écrits scientifiques. Le troisième temps est une réflexion menée sur la discipline infirmière à l'éclairage des résultats. Ensuite les limites et les forces de cette étude seront discutées. Le chapitre se terminera par des recommandations proposées pour la pratique, la recherche et la formation.

La sélection des articles

Lorsque, après plusieurs épisodes d'alternance et d'interaction entre la collecte et l'analyse des données, la théorie semble suffisamment fondée et développée à partir des données empiriques, la chercheuse se réfère aux écrits scientifiques pour y puiser des idées à confronter à la théorie émergente et à intégrer dans le développement théorique final (169). Pour ce retour à la littérature la démarche de sélection a été la suivante pour chacun des phénomènes émergents :

- Critères d'inclusion : mots clefs des phénomènes (par exemple, ILS, cadre, bataille, mythe), des catégories (par exemple, condamnation, rapport à soi, extraction) et sous-catégories (par exemple immédiateté, incertitude, culpabilité) croisés avec des mots clefs délimitant le champ d'étude (expérience du patient en psychiatrie, psychiatrie, contrainte, coercition)

- Critères d'exclusion : articles méthodologiques, articles ayant trait à d'autres champs scientifiques, articles traitant de pédopsychiatrie, articles traitant des troubles cognitifs.

A partir de ces premiers articles trouvés c'est l'effet « boule de neige » qui a permis de compléter les articles par une sélection de références citées dans la bibliographie de chaque texte concernant les phénomènes. En cherchant du côté de la perception d'un univers angoissant c'est l'œuvre de Kafka qui s'est imposée. Elle permet d'illustrer au plus près ce que vit le patient en termes d'absurdité et d'incompréhension. Son roman « Le procès » met en perspective le vécu du patient et sert en quelque sorte de fil rouge à ce chapitre.

Comparaison des phénomènes avec la littérature

La rupture

L'incertitude de la situation

Les mots forts employés par les patients pour décrire leur expérience (traumatisme, prison, avilissant, injuste, cobaye, marionnette) soulignent l'atmosphère oppressante dans laquelle ils doivent continuer à « être ». Cette atmosphère rappelle celle des romans de Kafka les personnages n'y maîtrisant pas ce qui leur arrive mais devant néanmoins négocier avec l'étrangeté de la situation. Cette atmosphère plonge le patient dans un état d'incertitude.

L'incertitude renvoie à la théorie développée par Mischel (170). L'incertitude y est définie comme un état cognitif où la personne est incapable de donner une signification et une valeur aux événements et objets entourant la maladie (170). La source de l'incertitude peut être interne (valeurs et croyances de la personne) ou externe (le manque d'information) (171). Cette incertitude est générée par l'évaluation individuelle de la situation et par l'évaluation que fait l'entourage de cette situation (172). La situation ici est l'hospitalisation forcée que le patient vit comme soudaine, non prévue.

Cette immédiateté place le patient en position d'incertitude « je ne sais pas où je vais nager » (P10), l'oblige à vivre « au jour le jour » (P9). Pour P4 cela s'exprime par un « je ne sais pas pour combien j'en ai » sous-entendu pour combien de temps. L'image forte de l'épée de Damoclès de P5 illustre également cette incertitude. Quand va-t-elle tomber cette épée ? L'incertitude est visible à tous les niveaux et traverse tous les phénomènes qui entourent le patient. Comme Joseph K (173) « Je voudrais bien savoir ce que vous voulez ! », le patient n'est sûr de rien, ne sait pas s'il pense juste ou faux (P9).

Le niveau d'incertitude est fonction de l'appréciation cognitive que le patient se fait d'un événement (171). L'incertitude est définie comme un état lié à la perception. L'incertitude peut représenter un danger, l'épée de Damoclès de P5 par exemple. En fonction de cette appréciation (en plus ou moins) la personne met en place des stratégies de coping spécifiques au contexte. Si ces stratégies n'abaissent pas le niveau d'incertitude alors arrive le désespoir (174). Aucun des patients de l'étude ne semblait à ce stade de désespoir excepté, dans une certaine mesure, P4 qui « n'arrive pas à trouver une issue ».

Dans la situation du patient hospitalisé contre son gré, l'incertitude est essentiellement liée à deux facteurs distincts, le pouvoir de l'autre sur lui-même et le manque d'information. Le poids de ce pouvoir lui impose de douter de lui-même et génère une incertitude interne. Par exemple P1 qui se dit que finalement s'il est contraint de venir à l'hôpital c'est que, en définitive, il a quelque chose de grave. Le manque d'information renforce cette incertitude : « on ne me dit rien », « je ne sais pas pour combien j'en ai », « est-ce que je pense juste ou est-ce que je pense faux je ne sais pas ».

L'incompréhension

L'univers kafkaïen place le personnage dans un environnement angoissant dont l'aspect arbitraire est incompréhensible (175). Cette comparaison est renforcée par l'atmosphère pesante qui entoure le patient. Dans « Le procès », Kafka relate l'histoire de Joseph K... qui « (...) sans avoir rien fait de mal, (...) fut arrêté un matin. » (173)

Le vécu est intense et les mots pour le dire sont explicites, P3 a peur que son cœur lâche parce qu'il a été plaqué à terre, P2 ne comprenant pas la situation a peur que l'ambulance s'arrête quelque part

dans un coin de forêt pour le tuer. P10 quant à elle est dans un flou et se laisse amener sans comprendre.

Joseph K... fut énormément surpris de cette irruption, par le fait qu'il n'avait rien fait. Tout comme P9 ne saisit pas l'événement responsable de son hospitalisation sous contrainte « je suis d'autant plus surpris » dit-il. Tout comme K... les patients se demandent comment ils doivent interpréter la situation. Là encore l'univers de Kafka illustre celui des patients, « Cela n'a pas l'ombre de sens commun » dit K..., en écho à P1 qui « ne comprend pas c'te histoire ! ».

Le phénomène de la rupture s'illustre bien dans cet aspect arbitraire vécu par le patient. Tout d'un coup il est à l'hôpital, « Ils m'ont enlevé » (P3). Ce phénomène est lié avec la singularité de l'intervention de la justice dans le soin. Ainsi le patient se défend d'être coupable, d'avoir jamais tapé, volé ou tué qui que ce soit ! « Vous faites une profonde erreur ! » dit Joseph K...

L'incertitude se trouve à plusieurs niveaux dans les phénomènes . Elle se manifeste par l'inconfort dans lequel elle place le patient. Pour réagir à celle-ci le patient doit élaborer ses stratégies au regard des pressions et de l'incertitude. En cela elles sont des résultantes du processus d'évaluation que le patient se fait de la situation et de sa manière de s'adapter, de faire avec (176).

La stigmatisation

Le patient se défend d'une marque qu'on lui aurait collée. Il se défend d'être un terroriste international, quelqu'un de dangereux ou encore d'agressif. Les autres le regardent comme une « bête curieuse » (P3). Quelle est donc cette marque, ce stigmaté dont se défend le patient ?

Un bref retour historique permet de définir le stigmaté. Issu du grec, ce mot sert à désigner des marques corporelles destinées à exposer ce qu'avait d'inhabituel et de détestable le statut moral de la personne ainsi signalée (37). Par exemple les esclaves, les traîtres ou les criminels, bref un individu frappé d'infamie. C'est un signal donné pour prévenir d'une mauvaise intention morale. C'est aussi une marque durable que laisse sur

la peau une maladie, une plaie, par exemple les stigmates de la petite vérole. En psychiatrie de tels stigmates « visibles » pourraient s'apparenter par exemple à la démarche robotisée des patients sous neuroleptiques.

La société établit des procédés servant à répartir les personnes en catégories. Goffman en 1963 énonçait que si l'individu possède un attribut qui le rend différent il devient moins attrayant car il dénote par rapport à ce que devrait être une certaine sorte d'individu (177). Il représente un désaccord particulier entre les identités sociales virtuelles et réelles. C'est la relation entre l'attribut (virtuel) et le stéréotype (ce qui devrait être). Il y a une différence entre l'individu discrédité (il le sait) et discréditable (c'est la société qui sait).

Le stigmaté est une cicatrice, une marque durable. Goffmann (1963) définit ainsi la personne stigmatisée (177):

- Individu comme n'étant en rien différent d'un quelconque être humain alors même qu'il se conçoit (et que les autres le définissent) comme quelqu'un à part. Le patient intègre cette différence comme ce qui le différencie des autres. Par exemple être incapable de se gérer ailleurs qu'à l'hôpital (P5) ou encore ne plus pouvoir conduire une voiture (P2).
- L'acteur va mettre tout en œuvre pour cacher ce stigmaté ou en tout cas éviter qu'il provoque un malaise chez son public. Comme ne pas dire qu'il a été sous PAFA pour P6.
- La stigmatisation dit-il encore n'existe pas, le stigmaté ne trouve son existence que dans la valeur qu'on lui donne. Ainsi le patient prend à son compte cette marque et y réagit en essayant de s'en défendre, « je ne suis pas celui que vous dites, un terroriste, un violent, un dangereux ! » (P3)

Le stigmaté représente un désaccord particulier entre l'identité sociale virtuelle et l'identité sociale réelle. Pour Goffmann, dans son étude sur les asiles (178), les troubles mentaux et les représentations de la santé mentale illustrent ce désaccord. D'un côté une observation réelle et scientifique d'un trouble, faisant l'objet de classification et de l'autre la représentation virtuelle de la folie. Ces représentations sont multiples : irresponsabilité, incurabilité, dangerosité. Elles sont largement relayées

dans les médias qui concourent au renforcement de la stigmatisation comme le montre l'étude faite en 2016 par Bowen (179).

Le patient lui-même s'en empare pour se décrire en tant que victime et proclamer son innocence « je n'ai pas tué, je n'ai pas volé » (P1). Les conséquences de cette stigmatisation sont multiples (180): 1) sur le plan personnel : baisse de l'estime de soi, stress, honte et isolement, 2) sur le plan social : difficulté à avoir du travail, un logement, perte des droits (par les mesures de protection de type curatelle), 3) sur le plan des soins : abandon thérapeutique, PAFA.

Les patients portent la marque de leur passage à l'hôpital : « Pensez bien que tout ça maintenant, quand on pense que la moindre des incartades d'une personne dans une petite ville ça s'amplifie d'une manière exponentielle, vous imaginez bien que ça a une caisse de résonance ! » livre P4 à propos de l'impact de cette hospitalisation sur son entourage.

Dans la présente étude ce qui est interrogé n'est pas l'établissement de la stigmatisation, comment elle se construit mais comment elle se repère chez le patient soumis au regard de l'autre. Ainsi P4 qui dit « maintenant on me fuit » sans qu'il soit permis d'affirmer que c'est à cause de son hospitalisation ou de sa pathologie. Une fois marqué le patient sent que même dehors l'hôpital reste une menace. P1 ressent toujours la « menace de venir là », c'est un « engrenage » (P5).

La judiciarisation de la situation

La relation thérapeutique

Les patients hospitalisés en PAFA en psychiatrie doivent faire face au système judiciaire. Les demandes des malades se formulent dans des termes qui rappellent étrangement ceux de la prison : liberté (P8), enfermement (P3), isolement (P1), forcer (P5).

Quel est l'impact de la pensée « être un criminel » (P3) dans le psychisme du patient ? Quel est le message qu'il perçoit de ce fait ? L'interprétation est à la hauteur de l'injustice vécue, du mal subi. La situation mal venue est rendue dans le discours sous forme délirante « ils ont eu peur que je cause » (P1) ou sous forme d'un préjudice « de quels droits ils gèrent ma vie ? » (P5).

Le patient pense être un hors-la-loi et, comme Joseph K..., pourrait dire : « Si j'avais été un bandit dangereux on aurait pas pris plus de précautions » (173). Il y a un décalage entre ce que vivent les patients et les moyens mis en œuvre pour les amener à l'hôpital.

L'impression de contrainte lors de l'hospitalisation est également liée à son sens de procédure judiciaire (100). L'injustice relevée dans le verbatim est consistante avec les données de la littérature (107), « Je suis là et je sais que c'est pas juste ». (P1)

La société exige que l'ordre ne soit point troublé (181). Les interfaces entre la santé mentale et les systèmes de justice sont multiples : consentement aux soins, confidentialité des informations médicales, aptitude à subir son procès, prestation des services en milieu carcéral, programmes de déjudiciarisation, évaluation et gestion du risque de violence.

En Amérique du Nord, plusieurs études citées par Otéro (182) constatent l'importance croissante du rôle joué par les services de police dans la gestion de situations problématiques impliquant des personnes chez lesquelles on soupçonne un problème de santé mentale. Sur les 11 patients de la présente étude, 8 ont été conduits aux urgences par la police. Quel est le message que cet acte policier entraîne chez le patient ? La police en principe est là pour assurer l'ordre public et il est légitime alors que le patient « entrepris » par elle se demande ce qu'il a fait contre cet ordre.

Les patients clament leur innocence du crime dont ils ne se savent pas auteur mais dont ils pensent être accusés. Joseph K.... quant à lui s'exclame : « Je suis accusé sans pouvoir arriver à trouver la moindre faute qu'on puisse me reprocher », à l'instar des patients qui clament leur innocence. Le ressenti est à la hauteur de ce dont ils se défendent. En effet, ils cherchent à combler l'incompréhension en faisant un lien entre ce qu'ils vivent, (l'humiliation, l'injustice, la peur, la colère, l'irrespect) et un crime méritant un tel traitement : taper, blesser, tuer, voler, mettre les gens en danger.

Que le malade se rebelle ou non, son comportement est pensé en termes psychiatriques et trouve sa sanction dans le cadre des soins psychiatriques (183). Cette assertion peut encore être vraie aujourd'hui puisque le PAFA implique que l'on décide pour le patient, il n'a plus son mot à dire. Comme dit P9 « on ne m'a rien demandé », ce patient a

adopté pendant l'entretien une attitude assez singulière qui ressemblait à de l'indifférence mêlée à de la révolte contenue. Il n'est pas demandé à la parole de circuler, et si elle circule elle n'a pas de poids. Le discours du patient est alors vidé de sa substance et il est obligé soit d'accepter cette sentence soit de s'épuiser à s'y opposer.

La perte de contrôle et la situation de pouvoir

Il y a un rapport de pouvoir qui est instauré. Mais il n'est pas évident pour le patient de savoir qui détient ce pouvoir. Ainsi P5 qui a l'impression qu'entre le pouvoir du médecin et celui du juge c'est elle le dindon de la farce : « Maintenant j'angoisse parce que je me dis est-ce, qu'est-ce qui va se passer, est-ce que je vais repartir dans une machine de PLAFa ou dans une institution, dans un truc où j'ai aucun pouvoir décisionnel ? ».

L'empiètement du pouvoir judiciaire sur le pouvoir médical a contribué à fausser l'abord scientifique du problème de la « maladie mentale » (183). Le soignant mais aussi le patient sont obligés de faire avec cette réalité. Pour le patient c'est aussi lié au fait qu'il est amené à l'hôpital par la police et qu'il ne peut faire immédiatement le lien avec un lieu de soins.

Pour le patient, le soignant est un instrument de la justice, un agent de contrôle (86). Le patient s'aperçoit bientôt que le soignant est sous contrôle de la loi et ne peut tout faire. Le lien s'en trouve transformé « j'aurais l'impression d'être dans une audience où on va de nouveau me juger et puis euh, c'est un peu ça d'ailleurs ! ». (P5)

Pour Foucault (2003) l'hôpital est un champ de bataille dont l'enjeu ultime est la maîtrise de la folie. La guérison est la soumission de cette force que représente la folie (45). Toutefois, le vrai débat reflète le dilemme de la protection des droits individuels versus l'intérêt de sécurité publique (10).

Or ces droits sont le reflet des valeurs humaines et celles-ci sont fonction de la capacité de l'humain à pouvoir faire des choix (184). Qu'en est-il lorsque, comme dans le cas d'une hospitalisation involontaire, cet humain n'a plus de choix ? La notion de respect se trouve engagée.

La nature du respect à l'égard du patient qui ne peut pas décider de ses soins est essentielle (185). Quand le patient est volontaire il est en souffrance et en demande de soins. Quand il est contraint il ne veut rien,

« J'avais pas besoin de soins » (P1). Cela ne veut pas dire qu'il n'est pas en souffrance. Il y a là un dilemme pour le soignant entre le positionnement éthique de non malfeasance et la demande expresse de la loi. Une solution à ce dilemme serait de distinguer le trouble de l'ordre public et le trouble de l'ordre personnel. Entre les « règles professionnelles » d'assurer le bien-être du patient et l'obligation d'exercer un contrôle sur le patient (125). Cela pourrait se traduire par la circulation de l'information dont le manque est dénoncé par les patients.

L'acte psychiatrique est souvent ressenti comme une forme de coercition éducative (183). Ceci implique que le patient doit intégrer un nouveau statut en rapport avec ce crime dont il pense qu'on le soupçonne. L'hospitalisation peut être vécue comme une sanction méritée, « je ne peux m'en prendre qu'à moi-même » (P4) ou P5 qui dit qu'elle se « tire une balle dans le pied ».

Si les soignants restent dans le discours juridique et dans l'usage du pouvoir ils continueront à nier l'histoire humaine et les tragédies de chaque patient (186). Le patient se perd, comme P5, s'épuise dans les rouages médico-judiciaires où l'un renvoie la balle à l'autre. Là encore c'est l'ambiance de Kafka qui règne, une demande est adressée qui ne trouve pas de réponse (175).

La privation de liberté fait partie du soin en psychiatrie (187). Le pendant de la mise sous contrôle est la prise de pouvoir. Les patients s'interrogent sur les raisons qui justifient cette perte de liberté. Les explications varient entre la peur suscitée et la mise hors d'état de nuire. Pour les patients hospitalisés à répétitions c'est le sentiment de mise sous contrôle de toute une vie comme pour P1 qui pense que la psychiatrie a gâché sa vie depuis 1997 ou P2 qui ne voulait pas entrer dans le système mais qui n'a pas réussi.

Selon Szasz (72) on ne peut penser psychiatrie sans parler de pouvoir et de contrôle. Ce pouvoir se décline en de multiples facettes (186). Les patients ont décrit des situations pour chacune de ces facettes :

- Décider de ce qui est le mieux pour le patient, « de quel droit on décide de ma vie ? » (P5),
- Retenir de l'information, « ils ne me disent pas ce que j'ai » (P1),
- Supprimer la liberté de mouvement, « je dois demander dès que je veux aller fumer » (P10),
- Administration de force des médicaments (P1, P7),

- Décider de ce qui doit être discuté, « je ne décide de rien » (P9).

Le « ILS » de la situation

Dans le phénomène de la rupture, le sentiment de contrainte est lié à la perte de contrôle et au manque d'information. Il apparaît alors que le patient essaie de combler ce sentiment et de chercher le responsable de ce qui lui arrive. Les patients sont confrontés à une volonté supérieure qui détient le pouvoir de les enfermer. Toutefois ce responsable n'est pas nommable en tant que tel et c'est le pronom « ILS » qui devient porteur de sens.

Le pouvoir social

Selon Crozier et Friedberg (1988) toute analyse sérieuse de l'action collective doit mettre le pouvoir au centre de ses réflexions. Les acteurs individuels ou collectifs qui composent les systèmes ne peuvent jamais être réduits à des fonctions abstraites et désincarnées. Ce sont des acteurs à part entière qui, à l'intérieur des contraintes souvent très lourdes que leur impose le système, disposent d'une marge de liberté qu'ils utilisent de façon stratégique dans leurs interactions avec les autres. Le patient dispose, en tant qu'acteur de cette marge de manœuvre. Il l'emploie à développer des stratégies pour atteindre son but, sortir de l'hôpital. C'est l'ensemble des stratégies mises en place par le patient qui trouve sa place dans cet espace qu'il est obligé de prendre.

Ce qui est alors interrogé est la place de la psychiatrie en tant que régulateur social. En effet, la société à travers les mouvements d'opinion, les prises politiques et l'établissement de cadres légaux attribue une fonction sociale à la psychiatrie et définit les rôles qu'elle entend lui faire jouer entre soins et répression, entre devoir d'assistance et protection de la société (5).

Il y a une régulation du champ social par le système sanitaire. Dans son livre « La majorité déviante » Basaglia (1989) énonçait que le psychiatre, dans l'exercice de son mandat professionnel, est simultanément médecin et garant de l'ordre, en ce sens qu'il exprime dans sa pratique thérapeutique autant l'idéologie médicale que l'idéologie pénale de l'organisation sociale dont il est un participant actif.

Dans le verbatim ce « ILS » semble représenter la forme absolue du pouvoir exercé sur le patient. Ce pronom apparaîtrait alors comme une

tentative pour « incarner » cette pression qui plane au-dessus du patient, telle l'épée de Damoclès citée par P5 ou la menace permanente « de revenir là » de P1.

Un des symptômes liés à la surcharge du fonctionnement psychologique est la paranoïa situationnelle non liée à une structure psychotique. Elle se manifeste par une persécution que le verbatim a montré par l'atteinte personnelle dont le patient pense souffrir : « Ils me prennent vraiment pour un cobaye » (P7), « ils faisaient un peu exprès d'être agressifs » (P2), « nous on est sensé admettre (...) si c'est quelqu'un qui vient ici on lui fait pas du mal » (P8). La pression ressentie par le cadre fait que le patient se demande « pourquoi est-ce qu'on veut gérer ma vie ? » (P5). Le patient pense qu'on se joue de lui, à l'instar de K... « Pour commencer on me tombe dessus, puis on fait cercle autour de moi, on me fait faire de la haute école ! ».

L'interprétation

Pour avoir quelques éclaircissements et documenter cette figure du « ILS » il est intéressant de revenir à la clinique. En effet, dans le cadre de certaines psychoses paranoïaques il y a un délire de persécution. L'idée de persécution est formulée sous la forme d'une conviction que certaines personnes veulent du mal au persécuté. La désignation du persécuteur peut donc être floue et exprimée par ce « on » indéfini. Il peut s'agir de la collectivité tout entière ou d'une catégorie socioprofessionnelle particulière. Parfois la désignation est précise et le persécuteur est nommé. Joseph K... lui se demande : « La question essentielle est de savoir par qui je suis accusé. » Les patients eux répondent par « ILS ».

Souvent l'idée délirante n'est pas formulée mais peut se révéler par des expressions du type « Vous savez aussi bien que moi », « Ils en ont parlé à la télévision ». Lorsque le persécuteur n'est pas désigné comme étant Mr Untel c'est un pronom indéfini qui le remplace (190). Le patient subit la pression de « ILS », c'est-à-dire « eux » ! C'est comme mettre le patient en situation de devoir chercher des explications, d'interpréter et de développer un état larvé de persécution. Le vécu hostile peut être à l'origine d'un comportement de méfiance, de défense, voire d'agressivité (190).

Le « ILS » serait alors comme le prisme du pouvoir, comme l'interprétation du désir de l'autre. Ce pouvoir d'imposer sa loi comme une réplique du film de John Carpenter (2011) « The Ward » dans lequel un

soignant dit à une patiente : « Ça dépend si tu acceptes ou non de te soumettre à nos règles, ou je deviens ton meilleur ami ou je deviens ton pire cauchemar ». Ce n'est pas le soignant personnellement qui est porteur de sens mais le système dont il dépend qui lui permet d'imposer le pouvoir.

Le développement d'un comportement interprétatif chez le patient se manifeste par de la méfiance et il est renforcé par le manque d'information. En définitive « ILS » en tant que système empêche le patient d'atteindre son but, la sortie. Ainsi P1 qui pense qu'ils ont un certain nombre de jours à lui faire faire en isolement.

Le cadre

Le rapport à soi, la surcharge de la situation

En cherchant dans la littérature les situations de pression exercée sur un sujet, c'est la notion de surcharge qui est apparue. Ce concept a été développé initialement dans le monde du travail au sujet du burn-out. Il en découle également le concept de coping. Il est intéressant de montrer les similitudes des composantes de cette surcharge avec le vécu des patients. La surcharge fait ici référence à la pression psychologique subie par le sujet. Les caractéristiques de la surcharge sont (191):

- Surcharge du fonctionnement psychologique, mental, cognitif entraînant des tableaux précis comme le burn-out, la dépression, la névrose traumatique, la paranoïa situationnelle. Ceci s'exprime par la lassitude « c'est long ». Une étude a démontré que certains patients vont jusqu'à développer des symptômes de stress post-traumatique (25) après une hospitalisation où ils ont eu des mesures de contrainte.

- Surcharge du fonctionnement pulsionnel entraînant des décharges comportementales comme la violence contre l'autre ou contre soi ou contre l'outil de travail. Réaction de certains patients comme P7 : « j'ai tout cassé ».

- Surcharge du fonctionnement organique, entraînant des pathologies physiques précises comme les troubles musculo-squelettiques. Ce point n'est pas apparu dans le verbatim.

Pour résister à ces surcharges le patient met en place des stratégies. La situation dans laquelle se trouve le patient est complexe et il y a plusieurs manières de l'interpréter. Pour répondre à ces pressions la notion de coping permet de comprendre les réactions des patients.

La plupart des études se sont intéressées au vécu et à l'impact des mesures de contraintes tels que la chambre d'isolement (192) ou les traitements de force (88) ou encore la contention (193, 194). Ces études montrent que les patients sous mesures de contraintes expriment une large palette d'émotions concernant l'isolement par exemple : la colère, l'injustice, la honte et l'abandon (192). Les expériences (contention) sont plus négatives que positives avec l'inconfort, la peur, la colère, l'humiliation la détresse et la punition (194). Sentiments que l'on retrouve également dans cette étude pour des patients n'ayant pas été contraints physiquement. Globalement c'est un sentiment d'insatisfaction et d'inconfort qui est lié à la contrainte (195), « c'est très inconfortable » dit P3.

Malgré la disparité de l'échantillon, les patients ressentent cette contrainte et ils oscillent entre fatalisme et incompréhension. Cette ambivalence est liée à l'incertitude. Ceci est congruent avec la littérature puisqu'une étude a montré qu'il y a une grande ambivalence qui fait que le patient navigue entre espoir et désespoir, entre ennui et intérêt, entre adhésion et révolte et ce quelle que soit la pathologie (196). Être traité en psychiatrie est interprété comme un équilibre entre bonnes opportunités et grandes pertes. Entre la restriction de l'autonomie, l'intrusion mais aussi être respecté et protégé.

Le soin psychiatrique vise une prise de conscience par le patient du trouble dont il souffre. Il doit reconnaître qu'il a un problème et qu'il a besoin d'être aidé pour le résoudre. Une fois ceci réalisé, que ce soit au prix de la dissimulation, le système accepte de le laisser partir. Joseph K...se demande «dois-je montrer maintenant que je n'ai rien appris d'une année de procès ? ». Le patient lui aussi doit montrer qu'il a appris quelque chose comme P2 «pouvoir soigner ma maladie » ou P6 «mon envie n'est pas de recommencer ».

Le stress lié à l'immédiateté

Les patients qui arrivent à l'hôpital sont en demeure d'évaluer la situation et ce dans l'urgence. Les premiers constats sont relatifs à la

perte (du contrôle, de la liberté) et les sentiments dégagés sont négatifs « je suis dégoûté » (P6), « fâché » (P5), « pénible » (P9). L'incompréhension, le sentiment d'injustice, l'irrespect, l'infantilisation, la colère, l'humiliation cités par les patients sont consistants avec la littérature puisque ces verbatim sont décrits chez des patients hospitalisés contre leur gré en psychiatrie dans plusieurs études (197, 198)

La littérature décrit souvent les effets négatifs de la contrainte sur les acteurs en présence. Sur le patient d'abord, par le traumatisme qu'il vit, et le risque de ré-hospitalisations,(20, 84, 119, 196, 199, 200), sur le soignant ensuite par l'inconfort que la situation génère chez lui (20, 187, 201-205).

Les différentes mesures associées à la contrainte (l'isolement, le traitement appliqué par la force, la contention) participent avec la maladie au stress vécu par les patients (206). Ce stress est aussi renforcé par l'immédiateté liée à la situation. En effet, les patients évoquent leurs conditions d'arrivée à l'hôpital. Ils emploient des mots marquant la soudaineté, « tout d'un coup » (P1), « et tac je me retrouve ici »(P6). Il faut que cela aille vite « il fallait que je me prépare très vite » (P3). Il plane une impression d'urgence et de surprise.

L'immédiateté de la situation fait que le patient se perd en tant que sujet dans cet énoncé « ils m'ont enlevé » (P3) au propre comme au figuré. Tout se passe si vite que c'est comme si le patient en tant que sujet est oublié sur la route qui est barrée par la herse de P4. La suppression du self-contrôle est douloureux « infantilisant et humiliant » (P5). Le patient fait alors le lien entre ne pas être entendu et être sous contrôle (86).

Les stratégies pour une bataille

Le coping

Elaboré par Lazarus et Launier (207), le concept de coping désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique. En premier lieu le coping est une forme d'évaluation de la situation. Ainsi le patient arrivant à

l'hôpital et par la suite de même essaie de comprendre son nouvel environnement, « il y a quelque chose à comprendre » (P1) en tout cas !

Selon Lazarus et Launier (1978) il y a deux formes d'évaluation qui convergent pour définir le potentiel stressant de la situation et les ressources de coping mobilisables :

- L'évaluation primaire par laquelle l'individu évalue ce qu'il y a en jeu dans la situation. Cette évaluation peut être de deux sortes : elle établit la perte et elle génère alors des émotions négatives telles que la honte, la colère ou la peur. Si elle établit un défi elle engendre des émotions positives telles que l'euphorie et le plaisir.
- L'évaluation secondaire par laquelle l'individu se demande ce qu'il peut faire pour remédier à la perte, prévenir la menace ou obtenir le bénéfice. Cette évaluation oriente les stratégies de coping qui sont utilisées pour faire face à la situation stressante.

Les stratégies ont deux orientations : diminuer la tension émotionnelle en ne changeant rien au problème (coping centré sur l'émotion) ou stratégie qui vise à modifier la situation et par là agir indirectement sur l'émotion (coping centré sur le problème).

Il y a un lien entre le ressenti de la contrainte et les attitudes et comportements adoptés par les patients (208). Les patients ayant le plus ressenti les effets de la contrainte ont eu des réactions allant jusqu'à la violence, comme P7 qui a « tout cassé ». Le but ultime, qui n'est jamais perdu de vue, c'est la sortie.

Les processus de coping représentent l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences qui menacent ou dépassent les ressources d'une personne (209). Les stratégies de coping sont nombreuses. L'évitement, le désengagement comportemental et/ou cognitif en est une. C'est la position de P9 qui affiche une indifférence dans le discours. Indifférence nettement relativisée par la tension qui a régné pendant l'interview.

D'autres stratégies sont plus centrées sur l'émotion comme le déni, l'auto-accusation et la réinterprétation positive, c'est la tentative de P8 qui cherche à tout prix à positiver mais qui rate toujours puisqu'il décrit ce qu'il aurait dû faire (se laisser emmener en chambre de soins, parler avec le

médecin). Enfin, les stratégies d'approche ou centrées sur le problème comme la planification représente le coping actif et la recherche de soutien social, ce serait la stratégie du bon patient. C'est mettre en acte les réponses au problème en tentant de répondre à l'attente de l'autre. Par exemple P2 qui cherche à avoir le comportement le plus adapté possible à ce qu'on attend de lui (bien parler pendant les entretiens). Même Joseph K... s'applique à cette stratégie : « plus je suis calme, mieux ça vaut ».

Mythe du bon patient

La résignation

L'incertitude est renforcée par le manque d'information et l'incompréhension, « on ne me dit pas ce que j'ai » (P1), « il y a un environnement assez flou » (P10), « Je ne comprends pas ce qu'ils veulent » (P3). Cette incertitude est renforcée également par le sentiment de contrainte puisque le patient n'est pas entendu et n'a aucun contrôle de la situation « je ne décide de rien » (P9). Le remède à l'incertitude « serait le lâcher prise » (P5) « je me fatigue pas avec ça » (P1) mais il est difficile à atteindre pleinement. Ce lâcher prise serait aussi une forme de renoncement ainsi P1 qui n'est pas d'accord mais qui laisse (enfin) faire, tout comme P3 qui dit qu'il n'a plus la force de lutter contre le traitement.

Dans la phase de résignation le patient peut accepter les soins pour une apparente raison opportuniste, pour regagner du contrôle et sortir (210). C'est la stratégie du bon patient où il essaie de « coller » à ce qu'on attend de lui dans le but de hâter la sortie. C'est « jouer le jeu des règles » qui permettrait de sortir plus vite de l'isolement comme relevé dans l'étude de Holmes (192). K... dans son procès « jouait avec eux » c'est-à-dire les autres. C'est aussi le rôle que l'on attend du patient, de se présenter comme prêt à sortir. Pour Goffman, ceci implique de renoncer à sa colère et à ses pensées clandestines (177).

Cependant aucune stratégie de coping n'est efficace en soi, indépendamment des caractéristiques de la personne, du contexte et de l'interaction entre les deux. Ces stratégies se manifestent dans les actes par trois types de réactions (210): 1) Etre d'accord et accepter. La contrainte est alors perçue comme une mesure de protection pour les protéger d'eux-mêmes (P4) ou des autres (P2). 2) Se battre et résister. Le patient adopte cette stratégie quand le sentiment de perte de contrôle est

très important (210) et quand il n'a plus aucune influence dans la situation. 3) Se résigner. Le patient utilise cette stratégie quand il comprend que la résistance est futile. A l'instar de K... qui ne « songea qu'à l'inutilité de sa résistance » P1 se dit « qu'est-ce que je peux faire d'autre ? ». La passivité pourtant n'implique pas nécessairement l'acceptation mais témoigne de cette résignation tel P9 qui prend son mal en patience tout en se montrant parfois irrité lors de l'interview.

L'importance de l'après-coup

Le patient est inscrit au cœur de cette « machine de PAFA » et il subit de fortes pressions. Toutefois il peut dire dans l'après-coup que cela était plutôt bénéfique. Malgré la situation de contrainte dans laquelle les patients interviewés se trouvent encore ils sont plusieurs à déclarer l'hospitalisation positive. C'est dans l'après-coup que cela est rendu possible (211), que celui-ci soit dans le temps de l'hospitalisation ou par les répétitions de celles-ci comme pour P7 qui comprend maintenant qu'il a besoin de soins mais qui a été hospitalisé plusieurs fois depuis 6 ans. L'approbation est consistante avec la littérature.

Dans l'étude de Bonsack et Borgeat (2005) il est montré qu'une majorité de patient (85%) estiment l'hospitalisation nécessaire (89). Ceci est plus marqué parmi les patients volontaires (98%) que chez les patients non volontaires (40%) Dans une autre étude il est montré qu'une partie des patients non volontaires (52%) reconsidèrent la nécessité 4 à 8 semaines après la sortie (115).

Comme dit P6 « ce n'est pas une entrée noir une sortie blanc ». Petit à petit il y a un changement de posture et le patient est dans l'acceptation. C'est souvent le sentiment qu'il y a une légitimité de l'hospitalisation qui permet cette acceptation. Ainsi une étude a montré qu'il y a un écart significatif entre l'application de la mesure de contrôle pour le bien du patient et la manière dont lui-même juge cette mesure (212).

Cette évaluation positive de l'hospitalisation dans l'après-coup est consistante avec la littérature puisque certains peuvent reconnaître que l'usage de la contrainte était nécessaire dans une situation donnée (213). Le patient peut ressentir des sentiments négativement très forts et, dans l'après-coup, reconnaître qu'il a été aidé (210).

Le lien avec la discipline infirmière

Le canevas de l'interaction tel que proposé par Imogène King a été utilisé dans un premier temps comme guide de compréhension en ce sens qu'il n'implique pas d'interprétation mais permet de donner un fil conducteur à la réflexion.

La théorie d'Imogène King (1981) est également, d'une certaine manière trop linéaire pour expliquer les allers et retours du patient dans sa propre histoire. La boucle décrite de l'interaction humaine devrait être en trois voire quatre dimensions avec des ponts, des interruptions et des retours.

Si cette théorie de King est performante pour expliquer l'interaction entre le patient et le soignant, elle se révèle moins opérante à explorer le rapport à la loi. En effet, le patient est lié au sein des trois systèmes, personnel, interpersonnel et social. Il interagit en permanence avec eux. Toutefois le rapport au pouvoir ne peut s'expliquer par une interaction. Justement il n'y a pas interaction avec la loi, le patient la subit et la loi reste muette à lui répondre.

La théorie de King englobe toutes les sphères au niveau personnel, psychologique et social. Pour autant elle néglige l'aspect organisationnel alors que la relation entre le soignant et le patient est en permanente interaction avec l'ensemble des contraintes qu'impose une organisation particulière. Comment expliquer et surtout comment intégrer dans une théorie de soin cette donnée légale et inflexible ?

Il faut une théorie qui tienne compte de la complexité de la situation. Une théorie qui entrelace les données du « care » avec celle de la politique, politique au sens grec du cadre général d'une société organisée. Le patient n'est pas seulement aux prises avec lui-même mais dans une certaine mesure il est en confrontation avec cette organisation.

La théorie de Ray (214) s'est imposée dans la réflexion car elle donne un support à cette organisation. Ray développe une théorie des soins dans les cultures organisées. Ses recherches sont centrées sur les problèmes économiques, culturels, techniques des soins dans les organisations complexes. Elle témoigne de la complexité des processus de la relation entre le patient et le soignant et de ses impacts sur les indicateurs de santé.

Selon elle la théorie n'a d'autre but que de stimuler la pensée et la critique. Théorie orientée vers la pratique elle sert alors à interpréter le monde du soin corrélé à son contexte particulier. La théorie enracinée se centre sur des aspects particuliers de la pratique infirmière dont elle se nourrit. Ray a montré comment un modèle de soins peut faciliter la compréhension de comment le soin infirmier peut être pratiqué dans un environnement complexe (215). Cet environnement est généralement bureaucratique car organisé.

Les soins et les activités qui s'y rapportent sont étroitement liés dans le tissu organisationnel d'où naît un conflit. En effet, la logique comptable ne semble rien à voir avec la logique humaine. En transposant, le soin sous contrainte, le soin sans consentement s'éloigne de la vision du « bon soin ».

Aujourd'hui les infirmiers sont confrontés à une double logique de rentabilité et de qualité. Il ne s'agit plus seulement de soigner, d'aider l'autre mais de le faire de manière efficiente. Le mieux pour le moindre coût. En psychiatrie cette logique contre laquelle les soignants ont pu lutter s'impose par la force de l'organisation. Si en un temps il était permis de vivre le soin en psychiatrie avec son socle relationnel comme naturel, aujourd'hui il faut démontrer qu'il est efficient. Inclure les principes économiques à cette pratique exige de trouver de nouvelles voies.

Les patients contraints aux soins sont eux aussi engagés dans cette organisation bureaucratique. À un moment ils la dérangent. Le soignant est alors confronté au paradoxe, d'un côté en devant servir cette organisation en faisant ce qui lui est imposé et de l'autre en servant le patient par ses soins.

La théorie de Ray s'appuie sur le paradigme holographique. Ceci implique que l'ordre implicite (le tout) est interconnecté avec l'ordre explicite (la partie). Toute chose est un tout dans un certain contexte, et une partie dans un autre (214). Ainsi le soin sous contrainte est le tout du système juridique permettant l'application de la loi sociale. D'un autre côté ce même soin sous contrainte est la partie pour le patient. C'est une construction holistique plutôt que mécanique comme la théorie des systèmes d'Imogène King.

La théorie du chaos s'appliquerait aussi ici pour expliquer la grande complexité de la situation du patient hospitalisé contre son gré. L'ambivalence dans laquelle il se trouve, entre acceptation et rejet, entre

amour et haine rend difficile la compréhension de ce qu'il vit. Entre l'ordre et le désordre le patient se construit un parcours à l'hôpital.

Cette théorie explique que le concept d'ordre de l'univers coexiste avec celle de désordre. Dans la théorie de Ray l'important est d'éveiller la conscience à avoir le bien des choses. Le tout est dans la partie et la partie est dans le tout. Le patient est ce tout en tant que « victime » du système mais il en est aussi la partie en tant que patient hospitalisé contre son gré. Dans ce contexte il est permis au soignant de dépasser le conflit éthique lié à l'obligation de s'occuper du patient contre son gré et à lui imposer des soins. Mais il faut maintenant résoudre l'équation du point de vue du patient afin de lui redonner une place dans ce tout.

Selon le modèle du caring bureaucratique le travail du soignant doit être spirituel et créatif. Rien n'est moins aussi juste qu'en psychiatrie où il appartient au soignant d'être créatif pour que se développe un lien avec un patient sous contrainte. Cela représente son obligation morale envers le patient.

La théorie de Ray peut servir de cadre et de guide pour la pratique afin d'aider à la prise de décision. C'est toute l'organisation des soins psychiatriques qui est interrogée. La dimension humaine est absente des discussions économiques. En psychiatrie, la volonté du patient est absente du soin sous contrainte. Le challenge est de combiner la science avec l'art du soin (216).

Les limites et forces de cette étude

Pour déterminer les limites et forces de cette étude il importe de vérifier les critères de fiabilité inhérents à la théorisation ancrée. Ces critères sont inspirés de Sikolia et al. (2013) et servent de guide à cette réflexion (217).

Afin d'assurer une validité aux résultats de recherche des discussions fréquentes ont été organisées avec les directeurs de thèse. Ces rencontres permettaient de discuter du processus de recherche, de l'analyse des données et de l'interprétation des résultats. A chaque étape

de la méthode il y eut une validation par les directeurs. De même l'hétérogénéité de l'échantillon a été discutée et validée.

La crédibilité

La posture épistémologique du chercheur est de considérer comme vrai le discours du patient. De plus il reconnaît le patient comme seul porteur de l'expérience de la contrainte. La méthodologie de la théorisation ancrée a permis de respecter cette posture. En ce sens le chercheur a voulu garantir que les résultats reflètent bien la pensée du patient.

Pour soutenir la crédibilité de cette recherche un focus group est organisé le 7 avril 2016 avec l'antenne lausannoise de l'association Graap (Groupe d'accueil et d'action psychiatrique). Cette association propose des actions d'accompagnement auprès de personnes souffrant de troubles psychiques. Le focus group était composé de quatre personnes ayant par le passé été hospitalisées sous PAFA. Une accompagnatrice du Graap était aussi présente. Dans un premier temps, le chercheur a présenté les résultats de ses recherches. Une copie du schéma modélisant les différents phénomènes a également été présentée. Dans un deuxième temps les personnes ont pu s'exprimer librement sur les différents phénomènes évoqués.

Ce focus group a duré une heure et a été très riche d'échanges. Les passages entre guillemets correspondent au verbatim retranscrit par le chercheur. Il n'y a pas eu d'enregistrement de la séance.

Les personnes ont corroboré en grande partie les résultats de la recherche. Les participants du focus group ont confirmé la catégorie centrale « Sortir » comme étant « l'objectif ultime », « c'est la seule chose qu'on a en tête, sortir ». La rupture, l'extraction a suscité des émotions dans le groupe. Le vécu est encore intense malgré le temps qui a passé. Ils ont appuyé également l'incertitude inhérente à tous les niveaux « on nous laisse cogiter dans l'inconnu ». Incertitude liée au manque d'information « on nous dit rien, on nous flanque des médicaments et on nous dit rien ».

De même ils se sont sentis « à part », comme « une chose malade ». La stigmatisation a pris pour eux la forme d'une « bête noire », « mouton noir », « ostracisme ». Ils sont allés plus loin en relevant, au-delà de la stigmatisation vécue, celle qui leur est attribuée par le soignant.

En effet, ils ont souffert de ne pas être considérés comme des sujets alors qu'ils étaient en phase de décompensation « au fond on a les facultés, le délire c'est juste la surface qui « péclote » ». « On est des humains, pas des animaux pour des tests ! ». Le fait de ne pas être entendu comme sujet est vécu comme un « traumatisme », comme « l'horreur », « C'est pas parce qu'on délire qu'ils peuvent faire n'importe quoi avec nous ! ». Ce qu'ils souhaitent c'est être « simplement considérés comme des êtres humains ».

Ils se sont bien reconnus également dans les stratégies mises en place, « tout casser » notamment, et surtout par le mythe du bon patient. Quand tout casser ne sert pas le but ultime il faut alors « jouer le jeu ». Pour eux il y a un lien direct entre ce jeu et le pouvoir auquel ils sont confrontés : « il fallait que je suive », « ils ont tout pouvoir sur nous cette équipe ! ». « Si vous voulez sortir d'ici il va falloir faire comme on vous dit ». Ce contrôle est lié à une soumission absolue « rien le droit de dire », « ce sont les maîtres du jeu ! ».

À la fin de la séance une des participantes dit « c'est ça, c'est tout à fait ça ! ». Pour nuancer un peu il faut constater que les phénomènes les moins parlants pour eux sont la judiciarisation du lien et le « ILS » en tant que tel. Toutefois ils en ont validé les catégories (le pouvoir de l'autre, la condamnation). Ceci peut peut-être s'expliquer parce que le phénomène du « ILS » et celui de la judiciarisation sont plutôt issus d'une analyse de contenu du discours et donc moins proches de la réalité telle « qu'agit » par les personnes.

La séance s'est terminée sur le commentaire du schéma présentant les différents phénomènes entourant le patient. Les participants ont apprécié ce schéma et ont fait l'analogie avec un camembert du jeu « Trivial Pursuit », « si tu les as tous, alors t'as gagné ! ». Un des participants remarque que sur le papier c'est tout plat mais qu'en réalité, « tous les camemberts sont là au début, mais c'est un tourbillon, le tourbillon de la vie, toutes les couleurs se mélangent, on est comme des zombies ! ».

La crédibilité est validée par ce retour auprès des participants. Lors de la soutenance orale de cette thèse, pendant la phase de questions du public, un homme a demandé la parole pour apporter un témoignage. En effet, il a expliqué qu'un diagnostic de schizophrénie a été posé à son fils. Ce père expliquait qu'il reconnaissait chez son fils les différents phénomènes exposés dans la thèse, notamment le « ILS ». Cela l'a

surpris de constater que son fils n'était pas le seul à ressentir ces phénomènes. Ce témoignage apporte encore de la crédibilité à cette recherche.

Il y a d'autres mesures de la crédibilité comme la triangulation des données. Vu la question de recherche il n'a pas été possible de trianguler les données mais l'hétérogénéité des situations et des verbatim univoques diminue le risque lié à la crédibilité des données.

La transférabilité

Les résultats de cette recherche sont limités en terme de transférabilité par le fait que les données sont issues de seulement onze patients. La question de la saturation théorique est toujours difficile à démontrer (29). Cette saturation correspond au moment où le chercheur est persuadé d'avoir atteint le maximum d'informations concernant sa question et que l'ajout de nouvelles données n'apporterait aucun élément nouveau. Il est cependant possible qu'un nombre plus important aurait pu apporter d'autres nuances à la perspective du patient.

La triangulation des données apporte également des garanties de transférabilité. Celle-ci a pu être réalisée avec la littérature et avec l'œuvre de Kafka qui permet de situer dans un autre contexte les résultats de cette recherche. Cela a aussi été possible avec le focus group dont les résultats confirment de nombreux points de la recherche. De plus, la transparence de la méthodologie et de l'interprétation des résultats permet de donner toutes les indications pour reproduire ou vérifier la recherche.

La fiabilité

La fiabilité de cette recherche a été assurée par la supervision des directeurs de thèse à chaque étape. Ainsi le codage de quelques séquences des premiers entretiens a été réalisé en parallèle par les directeurs et le chercheur. Une comparaison a permis de valider l'étape du codage. De même la catégorisation, le codage axial ont fait l'objet de discussion lors de ces séances.

Ces séances ont permis au chercheur d'éviter certains pièges liés à la théorisation ancrée, notamment le « going native », se sentir partie

prenante. Une remise en question du chercheur a permis de replacer les entretiens dans un contexte de recueil de données. En effet, le chercheur par son expérience d'infirmière spécialisée en psychiatrie a été tenté par la réalisation d'un entretien psychiatrique entre un patient et un soignant.

La confirmabilité

Elle teste l'objectivité de la recherche. Celle-ci a été consolidée par le biais des supervisions avec les directeurs. Ces rencontres ont permis d'ajuster et d'assurer le respect de la méthodologie de la théorisation ancrée.

Suite à l'analyse ci-dessus concernant la crédibilité de la recherche les limites et les forces peuvent se résumer de la manière suivante:

- La voix des patients a été entendue, enregistrée et intégrée dans la théorie. C'est cette parole seule qui supporte la théorie.
- L'hospitalisation sous contrainte place le patient en situation de vulnérabilité. Cette recherche rend accessible le vécu du patient et offre une meilleure compréhension de la problématique de la contrainte.
- La théorie rend compte, au plus près, de l'expérience vécue par le patient. C'est pourquoi, malgré le faible échantillon, elle a été validée par les anciens usagers.
- La théorie et ses recommandations peuvent ouvrir la voie à un meilleur dialogue entre les patients contraints à une hospitalisation et les professionnels de la psychiatrie.
- Enfin, la question étant d'actualité, cette recherche peut servir de base à une réflexion sur les usages de la contrainte.

Recommandations

Pour la pratique

L'infirmier a un impératif moral de promouvoir le bien-être des patients par l'excellence des soins. La pratique de l'excellence requiert de savoir le sens que nos pratiques ont pour les patients (212). Cette recherche met en évidence « la machine de PAFA » dans laquelle se situe le patient. Le vécu est intense et les conséquences également. Cette recherche permettrait aux soignants d'être attentifs à chacun des phénomènes qui « agissent » le patient.

Les résultats ont montré les catégories qui sous-tendent les phénomènes et les soignants peuvent avoir des impacts sur un certain nombre d'entre elles. La rupture par exemple est marquée par l'incertitude. C'est la perte de contrôle qui est la plus difficile à gérer pour les patients (210). Cette perte de contrôle provoque l'incertitude. Le soignant peut développer une alliance avec le patient s'il est attentif à reconnaître cette incertitude et s'il facilite la compréhension du processus de soins au patient. Cela passe par le partage de l'information avec le patient même s'il ne semble pas être en mesure de l'entendre au regard de la symptomatologie qu'il présente. Le sentiment de contrainte est renforcé par ce manque d'information. Il est important de toujours maintenir un niveau d'information suffisant. Quel que soit son état psychologique le patient attend des explications, des informations concernant sa pathologie, la suite de son hospitalisation. Quand il utilise « ILS » pour expliquer ce qu'il ne comprend pas il est intéressant de bien préciser avec lui la nature de ce « ILS » pour limiter au maximum les fausses interprétations. Quelle que soit sa situation clinique le patient est un sujet qui demande de l'information. C'est tout l'art du soignant de trouver comment la lui donner.

Le soignant sera également attentif à la judiciarisation du lien perçue par le patient. Il est important pour le soignant de savoir que le patient le considère quelque fois comme un prolongement du bras de la justice. Garder cela à l'esprit permet de comprendre les réactions et les résistances du patient qui ne vise pas personnellement le soignant mais ce qu'il représente alors pour lui.

Il y a un consensus international pour reconnaître que la privation de liberté est un mode extrême d'intervention en psychiatrie, réservé aux

situations dans lesquelles des moyens moins restrictifs ont échoué. Le statut légal, la contrainte ressentie, les mesures de contraintes appliquées et la nécessité de l'hospitalisation sont des dimensions distinctes (206) qu'il faut aborder de manière distincte avec les patients. Les patients disent assez bien que la clef est en eux (P5). Ils apprennent petit à petit les comportements qu'ils doivent éviter pour ne pas être hospitalisés (P1 qui ne doit pas crier). Le patient fait un lien entre son comportement et la sortie de l'hôpital. Le soignant peut tirer profit de ce lien pour renforcer l'alliance en travaillant avec lui sur sa façon d'être à l'extérieur. Cela permet aussi d'inscrire le patient dans un soin dont il comprend et reconnaît le bien-fondé (14) et qui le replace dans le continuum de sa vie.

Pour la recherche

Dans le domaine de la science infirmière les recherches visant à diminuer l'impact négatif de la contrainte sur le patient présentent un intérêt important pour le patient. De futurs travaux pourraient s'intéresser à la part de liberté que le soignant peut laisser au patient puisqu'il a été démontré que c'est l'absence totale de prise sur ce qu'il vit qui augmente le sentiment de contrainte. De plus il serait intéressant de voir si ce schéma s'applique aussi aux patients qui ne sont pas sous PAFA. En effet, le ressenti de la contrainte se fait aussi chez certains patients hospitalisés volontairement.

Il serait aussi également intéressant de traiter la notion d'après-coup. En effet, la plupart des patients reconnaissent avec le temps que l'hospitalisation était nécessaire même s'ils continuent à en critiquer les modalités. Mener une recherche qui explore ce moment où le patient change d'idée sur la nécessité de l'hospitalisation permettrait aux soignants d'aider le patient à l'atteindre plus rapidement et ainsi améliorer sa prise en soins. Dans un deuxième temps une recherche pourrait développer une intervention permettant au soignant d'avoir un impact pour accélérer ce processus.

Enfin, cette étude s'est appuyée par ses concepts sensibilisateurs sur la théorie du pouvoir psychiatrique énoncée par Foucault datant des années soixante-dix. Il serait intéressant de questionner à nouveau le rôle

de la psychiatrie dans la société (notamment au regard de la stigmatisation) avec une perspective plus sociologique pour la confronter avec la vision de Foucault.

Pour la formation

La formation des infirmiers et des autres professionnels de la santé œuvrant auprès des patients hospitalisés sous contrainte aurait avantage à se représenter dans quelle situation se trouve ce patient. Saisir la perspective du patient en contexte de placement contraignant permettrait de conscientiser le poids que cela représente pour lui.

La formation initiale :

A travers des ateliers une réflexion pourrait être menée au regard de la discipline infirmière. Dépasser l'interaction du modèle d'Imogène King et faire le lien réflexif avec la théorie de Ray qui introduit la notion du caring bureaucratique. Ceci permettrait de montrer comment le lien avec le patient sous contrainte est soumis à bien plus que la relation entre deux personnes. Cela conduit aussi à interroger le caractère éminemment politique de la psychiatrie autour de la question du pouvoir. Rendre les étudiants attentifs à ces questions permettrait de comprendre les différents phénomènes aux prises desquelles se trouvent les patients.

Un module de sensibilisation pour les futurs infirmiers pourrait leur donner des clefs rapides pour augmenter leur compréhension de la situation d'un patient hospitalisé sous PAFA. En quelque sorte éveiller le soignant et ouvrir des pistes de réflexions pour développer l'alliance thérapeutique.

La formation continue :

Plus largement des formations continues auprès des équipes soignantes dans des services accueillant des patients sous PAFA pourraient être avantageuses. Le soignant pourrait mesurer ses propres a priori sur la question et les comparer avec le modèle proposé. Des discussions riches d'enseignements pourraient suivre.

Dans le cadre de la formation auprès des équipes il serait aussi judicieux de sensibiliser le soignant à la vision interprofessionnelle du soin en psychiatrie. Les paradigmes diffèrent de l'une à l'autre et les conflits naissent de la confrontation et de l'un à l'autre. Cette étude montre que le

patient est au cœur même de cette confrontation par le versant social de la psychiatrie.

Il serait également intéressant de favoriser dès l'hospitalisation des rencontres entre les soignants, les patients et les associations d'anciens patients telle que le GRAAP.

CONCLUSION

Cette étude qualitative en théorisation ancrée vise à capturer l'essence de ce que vit le patient lorsqu'il est contraint à une hospitalisation. Son intérêt est de recueillir les données qui placent le patient dans une dynamique et un contexte de soins. Son but étant d'améliorer la compréhension du phénomène de la contrainte selon l'angle du patient. Les débats autour de la question de la contrainte sont surtout centrés sur l'aspect moral ou légal de celle-ci. Dans cette recherche la sensibilité théorique du chercheur a d'abord conduit à interroger la question de la contrainte sous l'angle de Foucault et du pouvoir psychiatrique. Après avoir récolté les données sur le terrain, c'est l'univers angoissant de Kafka qui s'est imposé du point de vue du patient. Cela montre bien l'écart entre penser le soin d'un point de vue théorique et vivre le soin. La théorisation ancrée permet de colorer cette vision « de l'intérieur ». Comprendre la perspective du patient sur son traitement a d'importantes implications pour l'amélioration et la qualité des soins.

La psychiatrie se place au carrefour de plusieurs influences. Comme un panneau indicateur, celui de la psychiatrie pourrait donner plusieurs directions : le soin, le contrôle social, la justice, la loi et sûrement bien d'autres tant elle résonne de représentations. Le soignant tout comme le patient doivent composer avec cela. C'est ce dernier qui en ressent le plus le poids lorsqu'il est amené de force à y rester « c'est lourd, très lourd à porter ». Le soignant reste le maître du jeu et le patient voit en lui le représentant du système qui l'enferme. Quand le patient a compris que « tout casser, ça ne marche pas », il essaie d'atteindre son objectif par d'autres voies et devient le bon patient, celui qui est prêt à sortir. Il est sans arrêt aux prises avec les phénomènes qui l'entourent et en perd son identité, rien n'est sûr ! L'incertitude le plonge dans l'inconfort. Ce parcours peut s'apparenter à un traitement par une machine à laver le trouble psychiatrique : « une machine de PAFA ». Le patient ne peut en sortir que lorsqu'il aura abandonné les comportements qui rendaient sa vie en société inadéquate.

Il y a peu d'études qui donnent l'opportunité aux patients de décrire leurs propres perceptions de la manière dont ils expérimentent la privation de liberté. Pourtant c'est en croisant ces données avec les soins tels qu'ils

sont proposés aujourd'hui que l'on peut gagner en qualité. Comprendre ce qu'éprouve le patient en situation d'hospitalisation involontaire permet de mesurer l'ampleur des pressions qu'il subit. « Comme une marionnette », dit P5, être manipulé par l'autre, le savoir et ne rien pouvoir y faire ! Pourtant les choses peuvent se regarder sous un autre angle. La manipulation de la marionnette lui donne aussi la vie jusqu'au moment où le marionnettiste décide de couper les fils et de laisser aller le pantin à son propre gré. C'est peut-être sous cet angle que se comprend l'après-coup souvent positif des patients concernant l'hospitalisation même si le vécu de la contrainte reste présent.

RÉFÉRENCES

1. Quétel C, Morel P. Les fous et leurs médecines, de la renaissance au vingtième siècle. Paris: Hachette; 1979.
2. OFS. Statistique de la Suisse (en ligne)
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/press.html?pressID=8417#> (page consultée le 25/02/2013); Cummuniqué de presse du 26/11/2012 [
3. De Cannière A, Renard P, Queloz S. Le droit d'être fou - Problématique de l'hospitalisation non volontaire. Rapport IMC [Internet]. 2006. Disponibilité sur Internet :
<http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/imersion/archives/2005_2006/travaux/06_r_psychiatrie.pdf> (consulté le 12/05/2013).
4. Lianne C, Stephan C. Admissions forcées dans les cliniques psychiatriques de Suisse, analyse des données complémentaires de psychiatrie 2000-2002 (en ligne):
<http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/arbeitsdokument-04-f.pdf> (page consultée le 25/04/13); 2005 [
5. Rey-Bellet P, Bardet Blochet A, Ferrero F. Hospitalisations non volontaires à Genève: la liberté sous contrainte? Schweizer Archiv Fur Neurologie Und Psychiatrie. 2010;161(3):90.
6. Hawkins JS, Emanuel EJ. Clarifying confusions about coercion. Hastings Center Report. 2005;35(5):16-9.
7. Raboch J, Kališová L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. Psychiatric Services. 2010;61(10):1012-7.
8. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. BMC Health Services Research. 2010;10(1):1472-6963.
9. Colaizzi J. Seclusion & restraint: a historical perspective. Journal of psychosocial nursing and mental health services. 2016;43(2):31-7.
10. Lay B, Nordt C, Rössler W. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. European Psychiatry. 2011;26(4):244-51.
11. Larue C, Dumais A, Ahern E, Bernheim E, Mailhot MP. Factors influencing decisions on seclusion and restraint. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2009;16(5):440-6.
12. O'Brien A, Golding CG. Coercion in mental healthcare: the principle of least coercive care. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2003;10(2):167-73.

13. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, et al. A Systematic Review of the Safety and Effectiveness of Restraint and Seclusion as Interventions for the Short-Term Management of Violence in Adult Psychiatric Inpatient Settings and Emergency Departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2006;3(1):8-18.
14. Gravier B, Eytan A. Enjeux éthiques de la psychiatrie sous contrainte. *Revue Médicale Suisse*. 2011(309):1806-11.
15. Olofsson B, Gilje F, Jacobsson L, Norberg A. Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*. 1998;28(1):45-53.
16. Jarrett M, Bowers L, Simpson A. Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of advanced nursing*. 2008;64(6):538-48.
17. Lind M, Kaltiala-Heino R, Suominen T, Leino-Kilpi H, Välimäki M. Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004;11(4):379-85.
18. Rüsçh N, Müller M, Lay B, Corrigan PW, Zahn R, Schönenberger T, et al. Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2014;264(1):35-43.
19. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*. 2010;71(12):2150-61.
20. Olofsson B, Norberg A. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of advanced nursing*. 2001;33(1):89-97.
21. Katsakou C, Priebe S. Outcomes of involuntary hospital admission—a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;114(4):232-41.
22. Newton-Howes G, Mullen R. Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes. *Psychiatric Services*. 2011;62(5):465-70.
23. Kaltiala-Heino R, Laippala P, Salokangas RK. Impact of coercion on treatment outcome. *International journal of law and psychiatry*. 1997;20(3):311-22.
24. Kallert TW, Glöckner M, Schützwahl M. Involuntary vs. voluntary hospital admission. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2008;258(4):195-209.
25. Cusack KJ, Frueh BC, Hiers T, Suffoletta-Maierle S, Bennett S. Trauma within the psychiatric setting: A preliminary empirical report. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2003;30(5):453-60.
26. Glaser BG. *Doing grounded theory: Issues and discussions*. Mill Valley (CA): Sociology Press; 1998.

27. Luckerhoff J, Guillemette F. *Méthodologie de la théorisation enracinée. Fondements, procédures et usages*. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2012.
28. Gibbs G. *Qualitative data analysis: Explorations with NVivo (Understanding social research)*. Buckingham:: Open University Press; 2002.
29. Glaser BG, Strauss AL. *La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative*. Paris: Armand Colin; 2010.
30. Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Newbury Oak, CA: Sage Publications, Inc; 1998.
31. Schreiber RS, Stern PN. *Using grounded theory in nursing*. New-York: Springer Publishing Company; 2001.
32. Chenitz WC, Swanson JM. *From practice to grounded theory: Qualitative research in nursing*. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing; 1986.
33. Van der Hoonaard W. *Working with sensitizing concepts: Analytical field research* Thousand Oaks, CA: Sage; 1997.
34. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Newbury Oak, CA: Sage Publications, Inc; 1998.
35. Hutchinson SA. Education and grounded theory. *Journal of Thought*. 1986;21(3):50-68.
36. Strauss AL. *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press; 1987.
37. Robert P. *Le Petit Robert: dictionnaire de la langue française: Dictionnaires Le Robert*; 2004.
38. Johansson I. *The health care environment on a locked psychiatric ward and its meaning to patients and staff members*: University of Gothenburg; 2009.
39. Sjöström S. Invocation of coercion context in compliance communication—power dynamics in psychiatric care. *International journal of law and psychiatry*. 2006;29(1):36-47.
40. Pepin J, Kérouac S, Ducharme F. *La pensée infirmière (3e éd.)*. Montréal: Chenelière Éducation. 2010;84.
41. Meleis AI. *Theoretical nursing: Development and progress*: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
42. King IM. *A theory for nursing systems, concepts, process*. New York: John Wiley&Sons; 1981.
43. Williams LA. Imogene King's interacting systems theory: Application in emergency and rural nursing. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*. 2001;2(1):25-30.
44. Fawcett J. The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Image: the journal of nursing scholarship*. 1984;16(3):84-7.

45. Foucault M. Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France [Psychiatric power. Course at Collège de France]. 1973-1974. Paris: Gallimard/Seuil; 2003.
46. Bert J-F. Michel Foucault, Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974. *Anthropologie et Sociétés*. 2004;28(1):190-2.
47. Rose N. Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique. *Sociologie et sociétés*. 2006;38(2):113-31.
48. Roberts M. The production of the psychiatric subject: power, knowledge and Michel Foucault. *Nursing Philosophy*. 2005;6(1):33-42.
49. McCabe R, Priebe S. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry*. 2004;50(2):115-28.
50. Johansson H, Eklund M. Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2003;17(4):339-46.
51. Bale R, Catty J, Watt H, Greenwood N, Burns T. Measures of the therapeutic relationship in severe psychotic illness: a comparison of two scales. *International Journal of Social Psychiatry*. 2006;52(3):256-66.
52. Misdrahi D, Verdoux H, Lançon C, Bayle F. The 4-Point ordinal Alliance Self-report: a self-report questionnaire for assessing therapeutic relationships in routine mental health. *Comprehensive psychiatry*. 2009;50(2):181-5.
53. Cutcliffe J, Happell B. Psychiatry, mental health nurses, and invisible power: Exploring a perturbed relationship within contemporary mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2009;18(2):116-25.
54. Tejero LMS. Development and validation of an instrument to measure nurse-patient bonding. *International journal of nursing studies*. 2010;47(5):608-15.
55. Wright KM. Therapeutic relationship: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. *International journal of mental health nursing*. 2010;19(3):154-61.
56. Priebe S, McCabe R. Therapeutic relationships in psychiatry: the basis of therapy or therapy in itself? *International Review of Psychiatry*. 2008;20(6):521-6.
57. Stockmann C. A literature review of the progress of the psychiatric nurse-patient relationship as described by Peplau. *Issues in Mental Health Nursing*. 2005;26(9):911-9.
58. Moyle W. Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2003;12(2):103-9.
59. Barker P, Buchanan-Barker P. The tidal model of mental health recovery and reclamation: application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*. 2010;31(3):171-80.

60. Rask M, Brunt D, Fridlund B. Validation of the verbal and social interaction questionnaire: nurses' focus in the nurse–patient relationship in forensic nursing care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2008;15(9):710-6.
61. Freud S, Breuer J. *Etudes sur l'hystérie* (1895). Paris: PUF; 1956.
62. Freud S. *La Technique psychanalytique*. Paris: PUF; 1953.
63. McGuire R, McCabe R, Priebe S. Theoretical frameworks for understanding and investigating the therapeutic relationship in psychiatry. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2001;36(11):557-64.
64. Catty J. 'The vehicle of success': Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2004;77(2):255-72.
65. Meissner W. The concept of the therapeutic alliance. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1992;40(4):1059-87.
66. Meissner W. Therapeutic alliance: Theme and variations. *Psychoanalytic Psychology*. 2007;24(2):231.
67. Hem MH, Heggen K, Ruyter KW. Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing Ethics*. 2008;15(6):777-88.
68. Quirk A, Lelliott P. What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence. *Social Science & Medicine*. 2001;53(12):1565-74.
69. Van Ryn M. Developing effective helping relationships in health education practice. *Health Education & Behavior*. 1997;24(6):683-702.
70. Kettunen T, Poskiparta M, Gerlander M. Nurse–patient power relationship: preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Education and Counseling*. 2002;47(2):101-13.
71. Hewison A. Nurses' power in interactions with patients. *Journal of advanced nursing*. 1995;21(1):75-82.
72. Szasz T. *Coercion as cure: A critical history of psychiatry*. Piscataway: Transaction Publishers; 2009.
73. Salamin V, Clément O, Zimmermann G, Follack C, Perrenoud P, Bickel GG. Les relations thérapeutiques en psychiatrie hospitalière. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2009;167(3):188-94.
74. Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome. *Archives of general psychiatry*. 1990;47(3):228-36.
75. Jarrett N, Payne S. A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patient's contribution been neglected'. *Journal of advanced nursing*. 1995;22(1):72-8.
76. Shattell MM, Starr SS, Thomas SP. 'Take my hand, help me out': mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International journal of mental health nursing*. 2007;16(4):274-84.

77. Wynn R. Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2003;57(6):453-9.
78. Gaston L. The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1990;27(2):143.
79. Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology*. 1989;36(2):223.
80. Kim SC, Boren D, Solem SL. The Kim Alliance Scale: development and preliminary testing. *Clinical Nursing Research*. 2001;10(3):314-31.
81. Blais MA. Development of an inpatient treatment alliance scale. *The Journal of nervous and mental disease*. 2004;192(7):487-93.
82. Russo J, Wallcraft J. Resisting variables—service user/survivor perspectives on researching coercion. In: Kallert TW, Mezzich JE, Monohan J, editors. *Coercive treatment in psychiatry : Clinical, legal and ethical aspects*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
83. Ryan C, Bowers L. Coercive manoeuvres in a psychiatric intensive care unit. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2005(6):695-702.
84. Lidz CW, Hoge SK, Gardner W, Bennett NS, Monahan J, Mulvey EP, et al. Perceived coercion in mental hospital admission: Pressures and process. *Archives of General Psychiatry*. 1995;52(12):1034-9.
85. Castille D, Link B. Coercion: point, perception, process. *BMC Psychiatry*. 2007;7(Suppl 1):S86.
86. Thibeault CA, Trudeau K, d'Entremont M, Brown T. Understanding the milieu experiences of patients on an acute inpatient psychiatric unit. *Archives of psychiatric nursing*. 2010;24(4):216-26.
87. Bower FL, McCullough CS, Timmons ME. A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings: 2003 update. *Worldviews on Evidence-based Nursing presents the archives of Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*. 2003;10(1):1-29.
88. Sailas EE, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane data base Syst Rev*. 2000.
89. Bonsack C, Borgeat F. Perceived coercion and need for hospitalization related to psychiatric admission. *International journal of law and psychiatry*. 2005;28(4):342-7.
90. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R. The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: a nationwide 15-year study. *Nordic journal of psychiatry*. 2010;64(2):136-44.
91. Bowers L, Van Der Merwe M, Nijman H, Hamilton B, Noorthorn E, Stewart D, et al. The practice of seclusion and time-out on English acute

psychiatric wards: The City-128 Study. *Archives of psychiatric nursing*. 2010;24(4):275-86.

92. Sana P. Internements forcés et coups de tonnerre (en ligne) http://www.promentesana.org/upload/application/trimes_19.pdf (page consultée le 12/05/2013)2003 [

93. Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuohimäki C, Tuori T, Lehtinen V. Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry*. 2000;15(3):213-9.

94. Längle G, Renner G, Günthner A, Stuhlinger M, Eschweiler G, U'Ren R, et al. Psychiatric commitment: patients' perspectives. *Medicine and law*. 2003;22(1):39.

95. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American journal of psychiatry*. 1998;155(2):226-31.

96. Gaebel W, Zäske H. Coercive Treatment and Stigma—Is There a Link? *Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Aspects*. 2011:13-32.

97. Cougnard A, Kalmi E, Desage A, Misdrahi D, Abalan F, Brun-Rousseau H, et al. Factors influencing compulsory admission in first-admitted subjects with psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004;39(10):804-9.

98. Bhui K, Stansfeld S, Hull S, Priebe S, Mole F, Feder G. Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;182(2):105-16.

99. Knutzen M, Mjosund NH, Eidhammer G, Lorentzen S, Opjordsmoen S, Sandvik L, et al. Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. *Psychiatric Services*. 2011;62(5):492-7.

100. Wagner HR. Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *International journal of law and psychiatry*. 1997;20(2):227-41.

101. Newton-Howes G, Mullen R. Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes. *Psychiatric Services*. 2011.

102. Wynn R. Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2004;15(1):124-44.

103. Monahan J, Hoge SK, Lidz C, Roth LH, Bennett N, Gardner W, et al. Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1995;18(3):249-63.

104. Outlaw FH, Lowery BJ. An attributional study of seclusion and restraint of psychiatric patients. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1994;8(2):69-77.

105. Katsakou C, Rose D, Amos T, Bowers L, McCabe R, Oliver D, et al. Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was

- right or wrong: a qualitative study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012;47(7):1169-79.
106. Katsakou C, Priebe S. Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. 2007;16(02):172-8.
107. Sequeira H, Halstead S. Control and restraint in the UK: service user perspectives. *The British Journal of Forensic Practice*. 2002;4(1):9-18.
108. Wallsten T. *Compulsory Psychiatric Care: Perspectives from the Swedish Coercion Study. Patient Experiences, Documented Measures, Next of Kins' Attitudes and Outcome*. Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 326; Uppsala: Acta Univeristatis Upsaliensis; 2008.
109. Priebe S, Katsakou C, Yeeles K, Amos T, Morriss R, Wang D, et al. Predictors of clinical and social outcomes following involuntary hospital admission: a prospective observational study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2011;261(5):377-86.
110. Bergk J, Einsiedler B, Flammer E, Steinert T. A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. *Psychiatric Services*. 2015;62(11):1310-17.
111. Marangos-Frost S, Wells D. Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(2):362-9.
112. Lidz C, Mulvey E, Hoge S, Kirsch B, Monahan J, Bennett N, et al. Sources of coercive behaviours in psychiatric admissions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000;101(1):73-9.
113. Hoekstra T, Lendemeijer H, Jansen M. Seclusion: the inside story. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2004;11(3):276-83.
114. Wynn R. Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2006;10(4):247-51.
115. Gardner W, Lidz CW, Hoge SK, Monahan J, Eisenberg MM, Bennett NS, et al. Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *American journal of Psychiatry*. 1999;156(9):1385-91.
116. Houston KG, Mariotto M. Outcomes for psychiatric patients following first admission: relationships with voluntary and involuntary treatment and ethnicity. *Psychological reports*. 2001;88(3 Pt 2):1012-4.
117. Høyer G, Kjellin L, Engberg M, Kaltiala-Heino R, Nilstun T, Sigurjónsdóttir M, et al. Paternalism and autonomy: a presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International journal of law and psychiatry*. 2002;25(2):93-108.
118. Hoge SK, Lidz C, Mulvey E, Roth L, Bennett N, Siminoff L, et al. Patient, family, and staff perceptions of coercion in mental hospital admission: An exploratory study. *Behavioral sciences & the law*. 1993;11(3):281-93.

119. Iversen KI, Høyer G, Sexton H, Grønli OK. Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic journal of psychiatry*. 2002;56(6):433-9.
120. Mayers P, Keet N, Winkler G, Flisher AJ. Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *International Journal of Social Psychiatry*. 2010;56(1):60-73.
121. Gelkopf M, Roffe Z, Behrbalk P, Melamed Y, Werbluff N, Bleich A. Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Mental Health Nursing*. 2009;30(12):758-63.
122. Bowers L, Allan T, Simpson A, Nijman H, Warren J. Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: The Tompkins Acute Ward Study. *International Journal of Social Psychiatry*. 2007;53(1):75-84.
123. Cleary M. The challenges of mental health care reform for contemporary mental health nursing practice: Relationships, power and control. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2003;12(2):139-47.
124. McKenna BG, Simpson AI, Laidlaw TM. Patient perception of coercion on admission to acute psychiatric services: the New Zealand experience. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1999;22(2):143-53.
125. Barthélémy C. Éthique de la contrainte en psychiatrie. In: Pidolle A, Thiry-Bourg C, editors. *Droit d'être soigné, droit des soignants*. Paris: Eres; 2003. p. 67-74.
126. Denzin NK, Lincoln YS. *Strategies of qualitative inquiry* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage; 2008.
127. Sylvain H. Le devis constructiviste: une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*. 2008;5(1):1-11.
128. Hoare KJ, Mills J, Francis K. Sifting, sorting and saturating data in a grounded theory study of information use by practice nurses: A worked example. *International journal of nursing practice*. 2012;18(6):582-8.
129. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*. 1994(23):147-81.
130. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover. *Recherches qualitatives*. 2006;26(1):32-50.
131. Poisson Y. *La recherche qualitative en éducation*. Québec: Presse Universitaire du Québec; 1991.
132. Laperrière A. Pour une construction empirique de la théorie: la nouvelle école de Chicago. *Sociologie et sociétés*. 1982;14(1):31-40.
133. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée: illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches qualitatives-Hors Série*. 2013;15:435-52.
134. Lessard-Hébert M, Boutin G, Goyette G. *La recherche qualitative: fondements et pratiques*. Montréal: De Boeck Supérieur; 1997.
135. Chapoulie J-M. *La tradition sociologique de Chicago: 1892-1961*. Paris: Seuil; 2001.

136. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Newbury Park, CA: Sage; 1990.
137. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines. Paris: Armand Colin; 2009.
138. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2012.
139. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
140. Le Breton D. L'interactionnisme symbolique. Paris: PUF; 2004.
141. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Thousand Oaks, CA: Sage; 1989.
142. Laperrière A. La théorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques. 1997;4:309-33.
143. Corbin JM, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. Qualitative sociology. 1990;13(1):3-21.
144. Fortin M-F, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives. Montréal: Chenelière éducation; 2010.
145. Angué K. Rôle et place de l'abduction dans la création de connaissances et dans la méthode scientifique peircienne. Recherches qualitatives. 2009;28(2):65-94.
146. Bryant A, Charmaz K. The Sage handbook of grounded theory: Sage Publication Ltd; 2007.
147. Reichertz J. Abduction: The logic of discovery of grounded theory. In: Bryant A, Charmaz K, editors. The sage handbook of grounded theory: Sage; 2007. p. 214-28.
148. Guillemette F, Luckerhoff J. L'induction en méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). Recherches qualitatives. 2009;28(2):4-21.
149. Guillemette F, Lapointe J-R. Illustration d'un effort pour demeurer fidèle à la spécificité de la méthodologie de la théorisation enracinée (Grounded Theory). In: Luckerhoff J, Guillemette F, editors. Méthodologie de la théorisation enracinée: fondements, procédures et usages. Quebec: PUQ; 2012. p. 11-35.
150. Poupart J, Deslauriers J, Groulx L, Laperrière A, Mayer R. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal: Gaëtan Morin éditeur; 1997.
151. Glaser BG. The grounded theory perspective: Conceptualization contrasted with description. Mill Valley (CA): Sociology Press; 2001.
152. Stern PN. Grounded theory methodology: Its uses and processes. Image. 1980;12(1):20-3.

153. Savoie-Zajc L. L'analyse de données qualitatives: pratique traditionnelle et assistée par le logiciel NUD* IST. *Recherches qualitatives*. 2000;21(2000):99-123.
154. Morse JM. Sampling in grounded theory. In: Bryant A, Charmaz, K, editor. *The Sage handbook of grounded theory*. Sage ed: Sage; 2010. p. 229-44.
155. Whitemore R, Chase SK, Mandle CL. Validity in qualitative research. *Qualitative health research*. 2001;11(4):522-37.
156. Drapeau M, Letendre R. Quelques propositions inspirées de la psychanalyse pour augmenter la rigueur en recherche qualitative. *Recherches qualitatives*. 2001;22:73-92.
157. Polit DF, Beck CT, Loiselle CG. *Méthodes de recherche en sciences infirmières: approche quantitatives et qualitatives*. Montréal: ERPI; 2007.
158. Dorais M. Diversité et créativité en recherche qualitative. *Service social*. 1993;42(2):7-27.
159. Deslauriers J-P. *Recherche qualitative: guide pratique*. Montréal: McGraw-Hill; 1991.
160. Garreau L, Bandeira-De-Mello R, editors. *La théorie enracinée en pratique: vers un dépassement de la tension entre scientificité et créativité dans les recherches basées sur la théorie enracinée? XIXème conférence de l'AIMS*; 2010; Luxembourg.
161. Goulding C. Grounded theory: a magical formula or a potential nightmare. *The Marketing Review*. 2001;2(1):21-33.
162. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*. 2005;56(9):1123-33.
163. Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kuosmanen L, Hane K, Holli M, et al. Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in psychiatric care*. 2012;48(1):16-24.
164. Martin A, Krieg H, Esposito F, Stubbe D, Cardona L. Reduction of restraint and seclusion through collaborative problem solving: a five-year prospective inpatient study. *Psychiatric Services*. 2008;59(12):1406-12.
165. Fagot-Largeault A. La déclaration d'Helsinki révisée. In: Dreyfuss D, Lemaire F, Houtin HD, Rameix S, editors. *Droit à la connaissance, respect des personnes et recherche clinique* Paris: Flammarion Médecine Sciences; 2001. p. 15-22.
166. Van Der Maren J-M. Les recherches qualitatives: des critères variés de qualité en fonction des types de recherche. In: Paquay L, Crahay M, De Ketele J, editors. *L'analyse qualitative en éducation*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2006. p. 65-80.
167. Caratini S. *Les non-dits de l'anthropologie*. Paris: PUF; 2004.
168. Rey A. *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris: Le Robert; 2011.

169. Glaser B. *Emergence vs Forcing: Basics of Grounded Theory Analysis*. Mill Valley: Sociology Press; 1992.
170. Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1988;20(4):225-32.
171. Cohen MH. The unknown and the unknowable: Managing sustained uncertainty. *Western Journal of Nursing Research*. 1993;15(1):77-96.
172. Hilton BA. The phenomenon of uncertainty in women with breast cancer. *Issues in Mental Health Nursing*. 1988;9(3):217-38.
173. Kafka F. *Le procès*. Saint-Armand: Gallimard; 1979.
174. Lazure G. Méthodologie: l'incertitude... l'influence de l'évolution d'un concept sur le développement de la connaissance infirmière. *Rech Soins Infirm*. 1998;53:24-36.
175. Berthoud G. Un univers «kafkaïen» aujourd'hui? *Revue européenne des sciences sociales European Journal of Social Sciences*. 2006(XLIV-133):13-26.
176. Formarier M, Jovic L. *Les concepts en sciences infirmières (2ème éd.)*. Lyon: Mallet Conseil; 2012.
177. Goffman E, Kihm A. *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*. Paris: Les éd. de minuit; 1975.
178. Goffman E. *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: Les Ed. de Minuit; 1968.
179. Bowen ML. Stigma: Content analysis of the representation of people with personality disorder in the UK popular press, 2001–2012. *International journal of mental health nursing*. 2016.
180. Thompson AH, Stuart H, Bland RC, Arboleda-Florez J, Warner R, Dickson RA. Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2002;37(10):475-82.
181. Crocker A, Côté G. Violence et maladie mentale: vaincre la stigmatisation sans souffrir du syndrome de l'autruche. *Le Partenaire*. 2010;19(1):4-11.
182. Otero M. Société, psychiatrie et justice au Québec : de la désinstitutionnalisation à la déjudiciarisation. *Le partenaire*. 2010;19(1):25-30.
183. Mannoni M. *Le Psychiatre, son «fou» et la psychanalyse*, coll. «Le champ freudien». Paris: Édition du Seuil; 1970.
184. Schwartz SH. Les valeurs de base de la personne: théorie, mesures et applications. *Revue française de sociologie*. 2006;47(4):929-68.
185. Berthon G. Respect de l'autonomie, consentement... et usage de la contrainte en psychiatrie. *Traité de bioéthique: ERES*; 2010. p. 140-52.
186. Cutcliffe JR. Qualified nurses' lived experience of violence perpetrated by individuals suffering from enduring mental health problems: a hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*. 1999;36(2):105-16.

187. Kuosmanen L, Hätönen H, Malkavaara H, Kylmä J, Välimäki M. Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient's perspective. *Nursing Ethics*. 2007;14(5):597-607.
188. Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil; 1977.
189. Basaglia F, Basaglia Ongaro F. *La majorité déviante: l'idéologie du contrôle social total*. Paris: Union générale d'éditions; 1976.
190. Tribolet S, Shahidi M. *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*. Paris: Heures de France; 2005.
191. Dejours C. *Aliénation et clinique du travail*. Paris: PUF; 2006.
192. Holmes D, Kennedy SL, Perron A. The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in mental health nursing*. 2004;25(6):559-78.
193. Guivarch J. Retour de la contention en psychiatrie: perception des patients et soignants et considérations éthiques. *Éthique & Santé Online* Aout 2015.
194. Chien W-T, Chan CW, Lam L-W, Kam C-W. Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient education and counseling*. 2005;59(1):80-6.
195. Soininen P, Välimäki M, Noda T, Puukka P, Korkeila J, Joffe G, et al. Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2013;22(1):47-55.
196. Johansson IM, Lundman B. Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2002;9(6):639-47.
197. Sequeira H, Halstead S. Restraint and seclusion: service user views. *The Journal of Adult Protection*. 2002;4(1):15-24.
198. Kogstad RE. Protecting mental health clients' dignity—The importance of legal control. *International journal of law and psychiatry*. 2009;32(6):383-91.
199. Andreasson E, Skärsäter I. Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2012;19(1):15-22.
200. 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 Services Research*. 2008;8(1):1.
201. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2011;46(9):893-901.
202. Wynn R, Bratlid T. Staff's experiences with patients' assaults in a Norwegian psychiatric university hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1998;12(2):89-93.

203. Wynn R. Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2002;16(3):287-91.
204. Meehan T, Vermeer C, Windsor C. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of advanced nursing*. 2000;31(2):370-7.
205. Theodoridou A, Schlatter F, Ajdacic V, Rössler W, Jäger M. Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry research*. 2012;200(2):939-44.
206. Khazaal Y, Bonsack C, Borgeat F. La contrainte en psychiatrie: actualités et perspectives. *Rev Med Suisse*. 2005;1:515-8.
207. Lazarus RS, Launier R. Stress-related transactions between person and environment. In: Pervin L, Lewis, M, editor. *Perspectives in interactional psychology*. New York: Springer US; 1978. p. 287-327.
208. Taborda JG, Baptista JP, Gomes DA, Nogueira L, Chaves MLF. Perception of coercion in psychiatric and nonpsychiatric (medical and surgical) inpatients. *International journal of law and psychiatry*. 2004;27(2):179-92.
209. Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Bourgeois M. Stress et coping: un modèle intégratif en psychologie de la santé. *Annales Médico-psychologiques*. 2003;161(10):809-15.
210. Lorem GF, Hem MH, Molewijk B. Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *International journal of mental health nursing*. 2015;24(3):231-40.
211. Haglund K, Von Knorring L, Von Essen L. Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2003;10(1):65-72.
212. Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *International journal of mental health nursing*. 2010;19(6):416-27.
213. Ridley J, Hunter S. Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implementation of the Mental Health (Care & Treatment)(Scotland) Act 2003. *Health & social care in the community*. 2013;21(5):509-18.
214. Ray M, Turkel M. Marilyn Anne Rays theory of bureaucratic caring. In: Parker M, Smith, MC, editor. *Nursing theories & nursing practice* Fourth ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2010. p. 472-94.
215. Turkel MC, Ray MA. Relational complexity: from grounded theory to instrument development and theoretical testing. *Nursing Science Quarterly*. 2001;14(4):281-7.
216. Turkel MC. Dr. Marilyn Ray's theory of bureaucratic caring. *International Journal for Human Caring*. 2007;11(4):57-74.
217. Sikolia D, Biros D, Mason M, Weiser M. Trustworthiness of grounded theory methodology research in information systems. *The 8th*

Annual Association for information Systems Conference; Normal (Illinois)2013.

ANNEXES

Annexe 1 Lettre d'information destinée aux patients

Lettre d'information destinée aux patients

Titre de l'étude :

« Perspectives des patients face à la contrainte lors d'un placement à des fins d'assistance en psychiatrie ».

Investigateur principal : Maryline Abt, Institut universitaire de formation et de recherche en soins – IURFS – Université de Lausanne.

Madame, Monsieur,

1. Invitation aux participants à l'étude

Nous vous proposons de participer à cette étude, parce que vous êtes actuellement en placement à des fins d'assistance.

Lisez attentivement ce formulaire et n'hésitez pas à poser des questions si vous ne comprenez pas quelque chose ou si vous désirez des informations supplémentaires.

2. But et objectif de l'étude

Cette étude a pour but d'étudier ce qui se passe pour le patient lorsqu'il est soumis à une hospitalisation non volontaire en psychiatrie. Elle vise à comprendre comment le fait d'être hospitalisé contre son gré va avoir des influences sur son comportement et dans la relation avec l'équipe soignante.

3. Informations générales sur l'étude

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche doctorale en science infirmière au près de l'université de Lausanne. Cette étude est réalisée conformément à la législation suisse et aux directives reconnues au niveau international. Elle a par ailleurs été approuvée par la Commission d'Éthique du Canton de Vaud le 23 juin 2014.

4. Caractère volontaire de la participation

Votre participation à cette étude est volontaire. Renoncer à y prendre part n'aura aucune incidence sur votre suivi médical ultérieur. Le même principe s'applique en cas de révocation de votre consentement initial. Vous pouvez donc renoncer en tout temps à votre participation. Vous n'êtes tenu(e) de justifier ni la révocation de votre consentement ni un désistement éventuel. En cas de révocation, les données recueillies jusqu'alors continueront toutefois à être utilisées.

5. Déroulement de l'étude

Une rencontre avec le chercheur vous sera proposée. Il s'agira d'un entretien qui comportera des questions ouvertes afin que vous puissiez vous exprimer librement. Ces questions porteront sur votre contexte d'hospitalisation et sur la nature des sentiments que cette situation engendre. La durée de l'entretien est estimée à une heure en moyenne. Vous pouvez l'interrompre quand vous le souhaitez. Vous êtes libre de refuser de répondre à certaines questions. Votre participation à cette étude est volontaire.

6. Avantages pour les participants

Votre participation peut permettre de faire progresser les connaissances dans ce domaine. Cela pourra donner des pistes d'amélioration des interventions soignantes. En saisissant ces mécanismes le soignant pourra être plus attentif à maintenir un lien de confiance avec le soignant.

7. Risques et désagréments

L'évocation de certaines situations peut être difficile et réactiver un vécu douloureux. Si cela se produit pendant l'entretien nous y mettrons fin et vous proposerons de discuter avec un des soignants de l'unité qui pourra vous proposer une aide personnalisée.

8. Confidentialité des données

L'entretien est anonyme et confidentiel : toutes les informations concernant vos noms, prénom et situation administrative ne sont pas enregistrées et aucun élément permettant de vous identifier n'est dévoilé. Le chercheur qui réalise l'entretien est tenu de respecter le secret professionnel. Aucuns éléments de cet entretien ne sera communiqué à l'équipe soignante de votre unité d'hospitalisation. Des données personnelles vous concernant sont recueillies pendant cette étude. Seules des données anonymisées sont accessibles aux spécialistes à des fins d'évaluation scientifique. Les directeurs de thèses peuvent contrôler le bon déroulement de l'étude. Votre nom ne pourra donc en aucun cas être publié dans des rapports ou des publications qui découleraient de cette étude.

L'entretien est enregistré ceci afin de prendre en compte la totalité du contenu de vos réponses. Les enregistrements seront conservés jusqu'à la fin de l'étude puis détruits.

Consentement écrit

Nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement stipulant que vous êtes d'accord pour participer à cette étude.

Maryline Abt

Annexe 2 Formulaire de consentement

Consentement éclairé écrit du patient pour la participation à une étude clinique

- Veuillez lire attentivement ce formulaire.
- N'hésitez pas à poser des questions si certains aspects vous semblent peu clairs ou si vous souhaitez obtenir des précisions.

Titre de l'étude :

Perspectives des patients face à la contrainte lors d'une hospitalisation en psychiatrie : une étude par théorisation ancrée.

Chercheur principal : Maryline Abt, candidate au doctorat de Sciences Infirmières, UNIL.

Patient(e)

Nom et prénom :

Date de naissance :

homme

femme

- Je déclare avoir été informé(e), oralement et par écrit, par Mme Maryline Abt des objectifs et du déroulement de l'étude, des avantages et des inconvénients possibles ainsi que des risques éventuels.
- Je certifie avoir lu et compris l'information écrite aux patients qui m'a été remise sur l'étude précitée, datée du [date]. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation à cette étude. Je conserve l'information écrite aux patients et reçois une copie de ma déclaration écrite de consentement.
- J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.
- Je sais que mes données personnelles ne seront transmises que sous une forme anonyme. J'accepte que les spécialistes compétents du mandataire de l'étude, des autorités et de la Commission d'Ethique Cantonale puissent, afin à des fins d'évaluation scientifique, avoir accès à ces données, à condition toutefois que leur confidentialité soit strictement assurée.
- Je prends part de façon volontaire à cette étude. Je peux, à tout moment et sans avoir à fournir de justification, révoquer mon consentement à participer à cette étude, sans pour cela en subir quelque inconvénient que ce soit pour la suite de mon traitement.

Lieu, date	Signature du patient/de la patiente
------------	-------------------------------------

Attestation du chercheur : J'atteste par ma signature avoir expliqué à ce/cette patient/e la nature, l'importance et la portée de l'étude. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec cette étude. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation de l'étude, d'informations susceptibles d'influer sur le consentement du/de la patient(e) à participer à l'étude, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Lieu, date	Signature du chercheur
------------	------------------------

Annexe 3 Premier guide d'entretien

Guide d'entretien 2 du 9 octobre 2014

1. Racontez-moi les circonstances de votre hospitalisation ?
 - Les conditions (volontaire ou non)
 - Le contexte : qui était là, qui a assuré le transport, pourquoi le refus ?
 - L'issue dans les premiers jours dans le service

2. Qu'est-ce que vous pensez de la PAFA ? :
 - De comment elle a été posée ?
 - De son utilité
 - De son effet sur vous
 - Qu'est-ce que vous en pensez ?

3. Exploration de la relation soignant/soigné ?
 - Est-ce que vous pensez que cela change votre regard (ou quelque chose) sur les soignants ?
 - Est-ce que vous pensez que cela change le regard des soignants sur vous ?

Annexe 4 Extrait du mémo de codage

Les mémos de codage

Après chaque entretien un codage à été réalisé à la main à partir de la retranscription de ceux-ci. Ce codage est ouvert, c'est-à-dire que chaque verbatim a donné lieu à un code. Les premiers entretiens ainsi codés ont permis de dégager quelques catégories émergentes. C'est à partir de ces catégories que les guides d'entretiens ont évolué. Ainsi pour préciser certains points émergents des questions à ce sujet ont été posées.

Exemple

Verbatim	Codage ouvert
J'avais envie de sortir/ quand même/ de la	Envie/rapport à l'espace/rapport au temps
chambre de soins/ pour pouvoir/ parler mieux	Rapport à l'espace/volonté, envie/rapport aux autres/ bien faire
avec les médecins/, parce que à chaque	Rapport aux autres/justification
entretien je leur parlais bien/, je leur	Bonne foi/rapport à soi
expliquais bien/ ma situation, euh dans la	Bonne foi/rapport à soi/
tête aussi, comment j'étais, mon esprit et	Rapport à soi/justification/
tout ça/ et pis euh euh c'était long/	Explication/rapport au temps/
d'attendre à chaque fois/, j'avais à chaque	Patience/rapport au temps/
fois des entretiens, j'avais je faisais beaucoup	Rapport au temps/rapport à soi/poids/
d'efforts/ pour qu'ils/ puissent remarquer que	Bonne foi/rapport aux autres/
j'avais envie/ de changer et de faire euh	Volonté/bonne foi/preuve
d'avancer/, dans le ? Positif	Volonté/bonne foi/être positif

Tous les codes consignés dans le mémo ont permis de dégager des sous-catégories. Ainsi en voici quelques unes :

Le ressenti dans la situation :

Intensité	Se souvient
Lassitude	Rupture
Objet	Attrapé/gelé/
Incompréhension	Saisi/liquidé
Supputation	Décalage (faits et la mesure, entre ce qu'il veut et ce que veut le soignant)
Conviction	Inéluçabilité
Défense	Séquestration
Conditionnel	

Surprise Immédiateté Décalage (prof et lui qui vit là) Incohérence	Isolement Suspicion Erreur Disproportion
-----------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------

Interprétation de la volonté du soignant

Déloyauté Désir de l'autre Intention de l'autre Rapport à la décence Jugement de l'autre Obligation pour l'autre Secret de l'information Irrespect Incrédulité Hypocrisie	But de l'autre Mensonge Mauvaise foi Erreur de jugement Pouvoir de l'autre Chantage Ils se blindent Il doit être solide Il se protège On le prend pour un cobaye
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Rapport au temps	Rapport à l'espace	Rapport à soi
Répétition Avant/après Menace Cette histoire Distorsion Pression	Boucle Envahissement Aller/retour Là (hôpital) La chose/ça Espace de parole Rupture Irruption Invasion Cadre	Ce dont souffre le patient Remise en question S'en sortir seul Désir/souhait Corps But visé Vulnérabilité Diagnostic MOI

Annexe 5 Evolution du guide d'entretien

Guide d'entretien 3 du 7 novembre 2014

Racontez-moi les circonstances de votre hospitalisation ?

Les conditions :

Comment ça s'est passé pour arriver jusqu'ici ?

Qui était là ? Qui a assuré le transport ?

Comment cela s'est passé en arrivant ici ?

Pourquoi un PAFA a été posé ?

Qui l'a posé ?

Comment avez-vous exprimé le fait de ne pas être d'accord ?

Comment ce PAFA vous a été présenté ?

Qui vous a informé du placement ?

A quel moment vous a-t-on informé ?

Est-ce que vous avez déjà été hospitalisé ici avant ?

Si oui dans les mêmes circonstances ?

Combien de fois environ ?

Est-ce que vous ressentiez le besoin de venir à l'hôpital ?

Conditions d'hospitalisations

L'issue des premiers jours dans le service :

Concrètement on vous amène ici, qu'est-ce qui se passe ?

Quelle a été votre réaction en arrivant ?

Si passage par la chambre de soins :

Comment ça s'est passé en chambre de soins ?

Comment l'avez-vous vécu ?

Est-ce que vous avez ressenti des choses particulières du fait d'être en chambre de soins ?

Comment vous décririez ce lieu ? Que représente-t-il pour vous ?

Comment pourriez-vous définir dans votre parcours de vie ce que représente ce lieu ?

Que pensez-vous du cadre de votre hospitalisation ?

Qu'est-ce que vous pensez de la PAFA ?

De comment elle a été posée ?

Que pensez-vous de la personne qui l'a posée ?

Que pensez-vous des conditions de son application ?

De son utilité ?

Que pensez-vous de la raison pour laquelle elle a été posée ?

Que pensez-vous de cette mesure ?

De son effet sur vous ?

Est-ce que ce placement engendre des réactions particulières ?

Est-ce que vous avez l'impression qu'à un moment donné vous avez changé d'idée concernant le PAFA ?

Comment pensez-vous que le PAFA se manifeste pendant l'hospitalisation ?

Quelles conséquences peut-elle entraîner à votre avis ?

Est-ce que vous pensez que ce placement va avoir un impact pour la suite ?

Quand vous serez sorti d'ici ?

Exploration de la relation soignant/soigné

Est-ce que vous pensez que cela change votre regard (ou quelque chose) sur les soignants ?

Est-ce que vous pensez que cela change le regard des soignants sur vous ?

Est-ce que vous pensez que les autres patients savent que vous êtes sous PAFA ?

Est-ce qu'ils vous regardent différemment ?

Avez-vous l'impression d'avoir de l'écoute auprès des autres patients ?

Que pensez-vous devoir faire pour sortir ?

Qu'est-ce qui aurait dû ou pu être fait ?

Pensez-vous que les choses auraient pu être faites autrement ?

Que pensez-vous devoir mettre en place pour que le PAFA soit levé ?

Annexe 6 Fiche d'entretien

Extrait de la Fiche d'entretien Yverdon, Patient 3

« J'arrive après avoir travaillé aux urgences ce matin, il est 16h. Le patient semble fébrile, il parle beaucoup, lit attentivement la feuille de consentement. Il finit par signer, manifestement avide de parler. Il est volubile...difficile à cadrer, ça part dans tous les sens....je me demande comment je vais faire pour exploiter tout ceci !

Il arrête l'entretien (trop intrusif ?), il pense en avoir déjà trop dit ! Il me dit encore quelques mots après l'entretien à propos de la PLAFa « on ne vous fait plus aucune confiance ! », il est satisfait de m'avoir dit cela, il me dit que cette seule phrase vaut tout l'entretien.

Alors que je suis dans le bureau infirmier il vient me dire des précisions sur un médecin et me demander comment régler ce problème juridique (je me demande s'il est inquiet d'avoir trop parlé !), souriant tout de même ».

A signaler qu'une semaine après, alors que j'étais venu voir d'autres patients il vient vers moi en me disant « mais finalement vous, vous êtes indépendante ? » Visiblement satisfait de ma réponse affirmative, il enchaîne alors sur un vol de documents etc.

Annexe 7 Extrait du mémo d'entretien

Dans ce mémo le chercheur consigne tous les éléments liés aux entretiens, le non verbal du patient tout d'abord mais aussi son propre ressenti. Ce guide permet au chercheur d'affiner sa position dans l'entretien et de s'interroger sur la rigueur de celui-ci.

Extrait du journal du guide d'entretien du 7 novembre 2014

Comment obtenir une information sur la relation avec le soignant ?

- *C'est-à-dire sur l'impact que la contrainte a sur celle-ci ?*
- *En éliminant les facteurs de biais (peur de dire du mal)*
- *Patient 2 qui, lorsqu'il parle de colère parle plus bas et me demande si j'enregistre ? Faut-il rebondir sur cette observation ? avez-vous peur que les soignants l'apprennent ?*

Comment gérer les informations qui transpirent malgré le patient dans son discours ? Exemple patient 1 qui dit « si le médecin sait ça, c'est un médicament de plus ! »

Faut-il procéder à une analyse de ce discours par devers lui ?

Importance de situer l'entretien par rapport à la durée d'hospitalisation : plus ils sont là et mieux ils acceptent, ce qui voudrait dire qu'il n'y a plus rien à dire de la contrainte ?? Mais comment ils acceptent ?? Peur, résignation ? Il manque des indicateurs pour évaluer la suite notamment quant à la compliance au traitement et aux ré-hospitalisations.

Idées :

- *Poser des questions plus directes sinon je n'obtiendrais rien de précis et d'exploitable :*
- *Les questions sont les mêmes pour quelques patients puis elles évoluent ?*

La question de la confidentialité est-elle importante pour tous les patients, l'enjeu est-il le même ?

Beaucoup d'émotions liées à la mise sous PLAFa, comment passer de la description d'une émotion au commentaire d'une action qui serait dictée par elle ??? D'ailleurs y a-t-il bien une action...en fait oui, le repli sur soi

Annexe 8 Extrait du journal de bord

Le journal de bord

Au fur et à mesure, des questions émergent, des idées prennent forme au contact des patients. Toutes ces informations vont former le corpus du journal de bord.

Extrait du journal

« Différence entre discours d'acceptation et ce qu'il pense vraiment. « Et puis sans médicaments je peux m'en sortir mais il faut, quoi vous leur dites pas mais... »

ILS = but/volonté du soignant ? ON = ILS ?

P1 « je peux écrire aux droits de l'homme » injustice. Mais trop vulnérable alors il ne le fait pas (voir recours dans la littérature et la loi)

Différenciation entre vécu (je suis d'accord P1) et les faits « en isolement me promener là-dedans c'est pas normal »

Faire ce qui est attendu = adopter une attitude docile (P1) avec système récompense (vu par le patient mais qui ne fonctionne pas) « ou alors ils ont des jours où ils doivent m'arrêter, je sais pas »

Adoption d'un langage judiciaire, vol, tuer etc »

Ne pas oser dire : peur d'être jugé « va y avoir un rapport' »

Distinction entre délire qui est compris et l'hospitalisation qui est incompréhensible

S'intéresser à la manière dont la société construit le fou

Arriver à des construits plus efficaces que ceux existants ?

Réfléchir à cette histoire de confidentialité 'ca va pas rester entre 4 murs (p9)

Peut-on étudier hors contexte ? sans vision de la pathologie ? Qu'est-ce que ça veut dire ??

Annexe 9 Accord de la commission d'éthique

AGEK / CT CER

Arbeitsgemeinschaft der Schweizerischen Forschungs-Ethikkommissionen für klinische Versuche
Communauté de travail des Commissions d'éthique de la recherche en Suisse
**Commission cantonale d'éthique
de la recherche sur l'être humain**

Av. de Chailly 23, 1012 Lausanne

Prof. P. Francioli, Président
Prof. R. Darioli, Past-PresidentSecrétariat central
Tél. 021 316 18 30/31/32/33
Fax 021 316 18 37
E-mail: secretariat.cer@vd.ch

COPIE

Prof. Diane Morin, PhD
Professeure IUFERS
Biopôle 2
Rte de la Corniche 10
1010 LausanneLausanne, le 23 juin 2014
RD/cc
Avis de la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain

Madame,

Après réception des réponses à nos questions du 2 avril 2014, ainsi que des documents révisés et désignés ci-après, la CE vous fait part de son avis :

Protocole 81/14 : Perspectives des patients face à la contrainte lors d'une hospitalisation en psychiatrie : une étude par théorisation ancrée.

Investigateur(trice) principal:

Prof. Diane Morin, PhD
Professeure IUFERS
Biopôle 2
Rte de la Corniche 10
1010 Lausanne

Documents reçus le 28 mai 2014 :

10. Lettre de Mme Maryline Abt du 27 mai 2014
11. Réponses à la CER-VD
12. Formulaire de base
13. Protocole, version modifiée du 27 mai 2014
14. Résumé du protocole
15. Feuille d'information, version modifiée du 27 mai 2014 (sites CHUV et NANT)
16. Formulaire de consentement version modifiée du 27 mai 2014 (sites CHUV et NANT)
17. Lettre d'accord du CHUV datée du 15 mai 2014
18. Lettre d'accord de la fondation de NANT datée du 11 avril 2014

Copies : - Prof. Ian Needham, IUFERS, Biopôle 2, Rte de la Corniche 10, 1010 Lausanne
- Mme Maryline Abt, IUFERS, Biopôle 2, Rte de la Corniche 10, 1010 Lausanne

Catégorie de l'étude : A

Type de procédure:

- procédure ordinaire ré-évaluation procédure ordinaire CED
 procédure simplifiée Avis présidentiel Avis présidentiel CEL

La Commission arrête l'avis suivant:

positif¹

avis conditionnel² (conditions à remplir avant approbation)

- Les documents révisés seront réévalués en procédure ordinaire (nombre de copies: 13)
 Révision des documents et information écrite à la Commission d'éthique (nombre de copies: 1)
 Entretien avec la Commission

négatif³ (motivé)

avis justifié de ne pas entrer en matière⁴

.....
signifie

¹ L'étude peut être soumise aux autorités fédérales compétentes (Swissmedic / OFSP / OFEP) pour notification. L'étude peut être entreprise (s'il s'agit d'une étude non régie par la Loi sur les produits thérapeutiques, la Loi sur la transplantation, la Loi relative à la recherche sur les cellules souches ou l'Ordonnance sur la radioprotection).

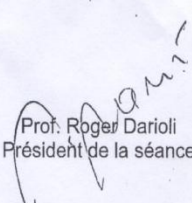
² Les documents concernés doivent être révisés avant soumission à la Commission d'éthique. L'étude ne peut ni débiter ni être notifiée avant d'avoir obtenu l'avis positif de la Commission d'éthique.

³ Dans sa forme actuelle, l'étude ne peut pas être mise en route.

⁴ La CE n'est légalement pas compétente pour évaluer cette étude. Soit une autre CE est habilitée à l'évaluer, soit l'étude ne nécessite pas d'approbation par une CER.

Remarques :

- La CER atteste qu'elle accomplit son travail conformément aux recommandations ICH-GCP.
- Veuillez SVP retourner à la CER le rapport final au plus tard un an après la fin de l'étude (cf page 4)
- Droit de recours dans le cadre de la Commission d'éthique.
- L'avis s'applique également aux autres investigateurs(trices) mentionné(e)s dans la demande d'évaluation qui travaillant dans des sites de recherche relevant du champ de compétence de la CER (doivent figurer sur une liste séparée).


Prof. Roger Darioli
Président de la séance