
L'ECRIT

Service des soins infirmiers du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) - 1008 Prilly -Lausanne

Numéro 21

Septembre 1999

La médecine pénitentiaire: des soins entre contraintes et accords

Présentation

Deux articles pour ce numéro. Le premier est le compte-rendu du colloque infirmier du 2 juin 1999, animé par Jean-Philippe Duflon (ICS du service de médecine et psychiatrie pénitentiaire). Sa conférence présentait de façon exhaustive l'activité infirmière dans ce secteur et insistait sur les complémentarités à construire entre les équipes infirmières des différents secteurs afin de limiter les cultures d'exclusion.

Le second est un reportage écrit d'une visite, par une délégation lausannoise, d'un hôpital de haute sécurité en Angleterre (Rampton Hospital).

La réunion de ces deux articles met en évidence les limites que chacun peut rencontrer dans ce champ de la psychiatrie pénitentiaire et l'ouverture obligatoire à des confrontations avec l'ensemble des partenaires de soins afin que personne dans le réseau ne porte seul le fardeau de la guérison ou la charge de la solution.

Que chacun des auteurs soit remercié de nous faire participer à la reconnaissance d'une complexité supplémentaire capable, peut-être, de nous faire abandonner cette vieille politique du « Y'a qu'a ».

Présentation du Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires

Les sites

Le Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (SMPP) a pour mission de prodiguer l'ensemble des prestations de soins nécessitées par la population carcérale, dans les domaines somatique, psychiatrique et préventif. Le SMPP étant intégré au Département de médecine et santé communautaires, il fait partie des Hospices cantonaux. Cette appartenance aux services de la Santé publique sanctionne le fait que dans le canton de Vaud, les équipes soignantes sont indépendantes des directions des prisons et du Service pénitentiaire. Cela est important,

notamment pour le respect du secret professionnel ou le principe d'équivalence des soins qui veut qu'un individu incarcéré puisse avoir accès à des soins d'une qualité équivalente à ceux qui lui seraient accessibles dans la société ouverte.

Actuellement, le SMPP est actif sur cinq sites qu'il vaut la peine d'énumérer brièvement.

- La prison de La Tuilière, à Lonay, a la particularité d'être une prison mixte. C'est d'une part la seule Prison romande à accueillir des femmes, et cela quel que soit leur régime d'incarcération (préventif, arrêts, exécution de peine, voire semi-liberté). Elle comporte également un quartier pour hommes en détention préventive, dont 14 cellules sont réunies en une unité psychiatrique. L'ensemble du site est dimensionné pour accueillir environ 80 personnes.
- La prison du Bois-Mermet, à Lausanne, est une prison préventive pour hommes. Ce site a fait la «une» de l'actualité récemment pour quelques incidents plus ou moins graves que l'on pouvait en partie attribuer à un état de surpopulation persistant. Nous ne pouvons évidemment entrer ici dans trop de détails quant aux chiffres. Disons simplement que cette prison, prévue pour contenir un peu plus d'une centaine de détenus, a connu des taux d'occupation de l'ordre de 150 %. Aujourd'hui, la situation est moins critique, sans que l'on puisse prévoir avec certitude quelle sera l'évolution à long terme de cette situation. Précisons encore que l'équipe du Bois-Mermet assure une consultation régulière à la prison de Vevey, petite institution capable de contenir une vingtaine d'hommes condamnés à des peines d'arrêts (peines de courte durée sanctionnant pour l'essentiel des infractions pas trop graves au code de la route ou à la loi sur les stupéfiants).
- La prison de La Croisée, à Orbe. C'est également une prison pour hommes en régime de détention préventive. Pouvant accueillir environ cent trente détenus, elle abrite une population comparable à celle du Bois-Mermet quant à sa trajectoire.
- Les Etablissements de la plaine de l'Orbe (EPO), à Orbe également. C'est le site d'exécution de peine pour les condamnés hommes. Il est divisé en deux sous-structures, dont l'une est constituée par un bâtiment carcéral fermé, contenant notamment des quartiers disciplinaires et de haute sécurité à côté des quartiers cellulaires standards. L'autre sous-structure est connue sous l'appellation de la «Colonie»; elle correspond à un régime beaucoup plus ouvert et est essentiellement articulée autour de l'exploitation d'un vaste domaine agricole dans lequel sont occupés des détenus condamnés à des peines légères ou en bout de peine. Dès le début de l'année 2000, les EPO devraient connaître l'ouverture d'une unité de psychiatrie, qui sera le pendant de celle de Lonay en matière d'exécution de peines. L'ensemble des EPO est dimensionné pour accueillir une population de l'ordre de 130 détenus.
- Enfin, il faut mentionner l'existence d'une consultation ambulatoire, développée à partir de nos bureaux de Lausanne, principalement destinée au suivi des patients ayant fini leur temps en prison mais encore légalement astreints à un suivi psychiatrique ou désireux de le poursuivre.

Les équipes pluridisciplinaires

Des équipes infirmières sont présentes au quotidien sur les quatre sites pénitentiaires susmentionnés. Les effectifs sont restreints, variant actuellement de 3 à 6 équivalents plein-

temps. Les diplômés peuvent être issus des soins généraux, de la psychiatrie ou bénéficier d'un diplôme généraliste. Les deux sites d'exécution de peine (Lonay et EPO) sont les plus dotés, notamment parce que ce régime de détention implique davantage de traitements à long terme nécessitant un suivi plus régulier que les autres. Nous avons réuni les équipes des sites en deux pôles fonctionnels (l'un, dit du « Léman », réunit les équipes de Lonay et du Bois-Mermet, et l'autre dit « d'Orbe », celles de La Croisée et des EPO). Historiquement, chaque prison a une histoire spécifique, et nombre de nos collègues ont été engagés par les directions des prisons pour un site. Le SMPP en tant que tel n'existe effectivement que depuis quatre ans, et c'est en 1997 seulement que les contrats sont passés de la houlette du Service pénitentiaire à celle des Hospices cantonaux. L'intérêt de réunir ainsi les collègues infirmiers de deux sites en une équipe fonctionnelle est multiple: possibilité de diversifier son expérience, de participer à des moments de réflexions communes, meilleurs accès à une philosophie de soins transverse au SMPP et meilleure position pour contribuer à son élaboration, mais aussi plus grande capacité à effectuer des remplacements dans un autre site lorsque cela est nécessaire. Chacun des deux pôles est de plus supervisé par un ICUS qui assume notamment l'intermédiaire entre les équipes et l'infirmier chef du service.

A côté des infirmiers et infirmières, des médecins psychiatres travaillent également au quotidien sur les sites, et sont engagés à plein temps par le SMPP. Ils interviennent également au niveau des pôles, selon une structure hiérarchique comparable à celle des équipes infirmières (un médecin cadre par pôle supervisant un ou des assistants).

Des médecins internistes consultent également sur chaque site. Ils ont, soit une pratique de cabinet privé et interviennent comme vacataires pour le SMPP, soit sont délégués par la PMU de Lausanne. Le rythme de leurs consultations dans les prisons est d'une ou deux demi-journées par semaine.

Des psychologues travaillent également pour le SMPP, étant affectés pour partie à des activités cliniques et pour partie à une équipe de recherche. Enfin, une équipe de secrétariat est active soit sur notre centre administratif, soit sur les prisons elles-mêmes. Cette équipe joue un rôle essentiel pour la continuité des pratiques entre les différents sites.

Les soins en milieu carcéral

Les équipes infirmières assument aussi bien les soins somatiques, psychiatriques que préventifs. Dans le cadre du SMPP, elles sont ainsi les spécialistes d'une approche globale de la santé. Elles assument notamment une part importante de la liaison entre médecins internistes et psychiatres. Il convient de décrire brièvement l'éventail de ces soins.

Les soins infirmiers dans les domaines somatique et préventif

Sur le plan somatique, l'activité est comparable à celle d'une polyclinique ou aux soins à domicile. Les infirmières doivent en effet répondre à toutes les demandes formulées par les détenus, qui peuvent aller du mal de tête à la cheville foulée, en passant par toutes sortes de maux de ventre ou de chutes de cheveux ! L'infirmière fait un premier tri parmi toutes les demandes qui parviennent au service médical. Soit elle arrive à résoudre le problème et se contente de le signaler au médecin, soit elle oriente le patient vers la bonne consultation médicale. On imagine

aisément à quel point la diversité des demandes auxquelles il faut rapidement trouver la bonne réponse est grande en ce domaine.

Le problème des urgences est également important et diversifié en prison. L'infirmière est le plus souvent le premier filtre pour adapter la réponse médicale à tout problème relevant de l'urgence, en particulier en dehors des heures d'ouverture des services médicaux (nous reviendrons là-dessus). Nous pouvons dire que la moitié de nos interventions d'urgence sont consécutives à des tentatives de veino-section, qu'elles entrent dans le cadre d'une démarche suicidaire ou qu'elles soient clairement de nature provocatrice. A part cela, nous pouvons citer quelques cas d'overdose, arrêts cardio-respiratoires, tentatives de pendaison ou des lésions diverses occasionnées au cours de rixes entre détenus. Fort heureusement, ces incidents sont en fait très rares. Mais c'est encore un domaine où nos infirmières peuvent être confrontées à toutes sortes de situations nécessitant une action rapide, mais sans avoir l'opportunité de se sentir expertes en la matière (et l'on souhaite que cela dure !). Les soins somatiques en prison demandent une grande capacité d'évaluation, d'adaptation et de décision. La réalité carcérale fait que l'infirmière est souvent placée en situation de prendre des décisions d'importance pour le patient, ou de donner les indications qui permettront au médecin de les prendre à distance.

Pour compléter ce survol des prestations somatiques, il faut encore signaler l'exigence légale que toute personne entrant en prison soit vue dans les vingt-quatre heures par un représentant du service médical. Cette obligation est le plus souvent respectée par délégation d'une infirmière. Il s'agit de faire un rapide bilan de santé de la personne nouvellement incarcérée, et notamment de déterminer si un suivi doit être rapidement mis en place ou pas. Là encore, nous sommes confrontés à un acte qui nécessite une bonne expertise de la part des infirmières.

Nous passerons rapidement sur le domaine des actions de prévention de la santé. Disons simplement qu'elles sont actuellement essentiellement ciblées autour de la prévention des risques de transmission du sida, des maladies sexuellement transmissibles et de l'hépatite. Des programmes de dépistage de l'hépatite ou de la tuberculose sont également développés ou discutés en ce moment. Pour illustrer le tableau, cette prévention passe notamment par la distribution de kits personnels contenant des préservatifs et du matériel de désinfection. Distribuer un tel matériel demande une grande sensibilité et un tact énorme de la part des infirmières. Il n'est en effet pas toujours très simple d'expliquer à un détenu d'obédience musulmane, incarcéré pour des questions liées à un trafic de stupéfiants, davantage préoccupé par les problèmes de la guerre dans son pays d'origine que par ceux de la prévention dans les prisons vaudoises, ne parlant généralement pas le français, pourquoi nous lui présentons une boîte contenant des préservatifs. Nous livrons cet exemple non seulement parce qu'il est fréquent, mais aussi parce qu'il illustre bien à quel point les infirmières de nos équipes doivent développer tout leur sens de l'empathie et tout leur tact pour ne pas transformer un acte de prévention en une agression contre ce que nos interlocuteurs définissent comme leur dignité ! Mais souvent aussi, ces premiers contacts sont déterminants pour la suite et annonciateurs du niveau de confiance qui pourra s'établir entre nos équipes et les détenus lorsque ceux-ci seront en situation de devenir des patients.

Les piquets

En dehors d'une plage horaire comprise entre 7h00 et 17h30, pendant laquelle les surveillants

sont en nombre suffisant pour assurer la sécurité des services médicaux et des soignants, nous ne pouvons avoir accès aux patients. Le soir, la nuit, les week-ends et les jours fériés, un système de piquet est mis sur pied. Une infirmière est de tout temps atteignable (par natel interposé), et doit pouvoir être sur place dans les 20 minutes si un problème sérieux se présente ou est signalé par les surveillants. Un piquet médical est également organisé, mais ne peut être sollicité que dans un deuxième temps et par le piquet infirmier lui-même. L'infirmière de piquet représente réellement le premier filtre pour tout problème de santé psychiatrique ou somatique pendant ces périodes. Soit elle peut résoudre le cas par elle-même et donner la bonne réponse en se référant à des protocoles de délégation médicale bien précis, soit elle met en route un recours plus spécifique à une intervention médicale qui peut aller de la sollicitation du piquet médical à l'évacuation du patient vers un milieu hospitalier.

Les soins infirmiers psychiatriques

Là aussi le domaine d'intervention est particulièrement étendu. Nous pouvons dire que la population carcérale est susceptible de souffrir des mêmes maux que la population globale. Il s'agit alors de prodiguer des soins comparables à ceux qui le sont dans n'importe quelle institution psychiatrique, tout en tenant compte des particularités du milieu carcéral sur lesquelles nous reviendrons. À côté de cela nous devons assumer des interventions de soutien, souvent plus ponctuelles, auprès des personnes qui ont « simplement » de la peine à supporter les rigueurs de l'enfermement. La prison entraîne en effet une série de pertes de repères (sociaux, professionnels, familiaux, temporels, etc.) pouvant se révéler dommageables pour des personnalités qui, à l'extérieur, auraient eu toutes les chances de conserver un équilibre psychique suffisamment stable pour ne pas recourir aux services de santé. Nous n'insisterons pas sur ces soins qui, l'on s'en doute, diffèrent peu dans leurs modalités de ce que connaissent les équipes d'un secteur psychiatrique.

Il faut cependant mentionner quelques catégories de patients appelant des réponses plus spécifiques à la psychiatrie carcérale. Parmi ceux-ci, les patients toxicomanes représentent un groupe important par son nombre. Il faut savoir que le passage en prison correspond souvent au moment le plus critique de la trajectoire d'un tel patient. Il se trouve souvent dans un état de délabrement prononcé, associant des troubles métaboliques à une terrible misère relationnelle et psychique. Sur le plan psychiatrique les soins consistent alors en un véritable travail de reconstruction, tant sur le plan du fonctionnement intra psychique que sur celui du réseau susceptible d'assurer le soutien nécessaire à la sortie.

Une autre catégorie de patients marque les soins en milieu pénitentiaire: celle des délinquants sexuels. Ils ne nous retiennent heureusement pas par leur nombre (bien qu'ils soient plusieurs dizaines actuellement dans les prisons vaudoises), mais bien plus par le caractère symbolique de leurs délits. Face à ce qu'ils ont fait, les thérapeutes gardent souvent le sentiment d'être confrontés aux limites de l'acceptable, voire de l'humain. Il faut préciser que rien ne démontre que tout délinquant sexuel doit être considéré à priori comme un patient. Nous sommes quant à nous persuadés que certains d'entre eux doivent d'abord être confrontés à la décision qui sanctionne leurs actes, et pris en charge selon des modalités relevant d'autres logiques que celle des soins. Il n'en reste pas moins que la plupart du temps, leur peine est accompagnée d'une obligation de traitement ou commuée en un « article 43 ». Ils deviennent alors de fait nos patients, et nous devons les considérer comme tels. La contrepartie de cela réside probablement

en la notion d'utilité sociale, puisque le simple fait que ces patients puissent être moins dangereux, après avoir reçu nos soins qu'avant, serait déjà un succès en soi. Rien que pour cela, cela vaudrait la peine d'essayer de les aider à changer. Le début du traitement est par ailleurs souvent marqué, pour les patients pédophiles notamment, par un très fort déni. Dans leurs propres perceptions, ils sont eux-mêmes victimes, ou pour le moins lésés par l'intolérance sociale face à l'expression de ce qu'ils prennent comme une sensibilité sexuelle aussi naturelle que l'homme ou l'hétérosexualité. Nos premiers échanges avec eux consistent alors en une confrontation au caractère inacceptable de leur position et au peu d'humanité qu'il y a dans leur manière de construire la relation. Lorsque ce travail de confrontation porte ses fruits, une prise de conscience peut alors se développer, s'accompagnant souvent du réveil d'une énorme souffrance. Le travail psychothérapeutique peut alors véritablement commencer. Curieux domaine de soins qui, à l'envers de ce qui se passe habituellement, consiste d'abord à raviver une douleur plutôt qu'à la soulager. On imagine aisément à quel point nos soignants doivent pouvoir s'appuyer sur des discussions d'équipes ou diverses formes de supervision pour ne pas risquer de dériver lorsqu'ils sont confrontés à ce qui deviendrait vite insupportable sans cette dimension du partage.

Au chapitre du domaine des soins psychiatriques, il faut encore mentionner le cas de tous les patients dits « asociaux » : ce sont les psychopathes, ceux qui cumulent maladie psychiatrique et absence de sensibilité sociale, voire de sens moral. Ils présentent des tableaux pathologiques complexes, associant des troubles psychiatriques à d'autres relevant de l'adaptation caractérielle. Le problème est que ces deux catégories de troubles nécessitent chacune des modes de traitement et de soins différents, et que l'un de ces registres peut momentanément ou durablement masquer l'autre. Ce sont peut-être les patients qui nous rendent le plus attentifs à la nécessité de bien coordonner les soins avec les actions des autres intervenants de la prison, en l'occurrence les surveillants qui sont bien mieux outillés que nous pour juguler des comportements violents qui sont souvent la résultante d'une adaptation caractérielle à un milieu aussi rigide que peut l'être la prison. Nous reviendrons également sur ce point de la collaboration interdisciplinaire.

Les principales caractéristiques des soins en milieu carcéral

Les soignants n'interviennent pas chez eux

La prison est construite autour de la nécessité sociale de sanctionner les comportements et actes reconnus comme délictueux. La sanction est alors la réclusion, et nous pouvons dire que cette dimension de l'enfermement et de l'isolement teinte particulièrement le fonctionnement des institutions carcérales. La communication n'y est en particulier pas aussi naturellement fluide qu'elle devrait l'être dans d'autres institutions de prise en charge, tels les hôpitaux psychiatriques. Parmi les raisons à cela, nous pouvons citer la multiplicité des régimes pénitentiaires ne devant pas interférer les uns avec les autres, et la diversité des intervenants ayant chacun des missions bien spécifiques ou dépendant de hiérarchies et d'administrations différentes: un même détenu peut avoir affaire à des représentants du service pénitentiaire, du service du patronage et du service médical, qui sont tous trois indépendants les uns des autres. Dans de telles conditions, la communication devient très vite un problème auquel il faut apporter le plus grand soin, et qui n'est jamais résolu une fois pour toutes !

Les prisons helvétiques doivent également assumer une mission éducative ciblée sur la prévention de la récidive. Or cette mission revient clairement aux équipes des prisons elles-

mêmes, que ce soit celles des surveillants ou des différents services socio-éducatifs. Cela entraîne des programmes de prise en charge qui ne dépendent pas des équipes médicales, mais dont les visées sont parfois bien proches de celles qui pourraient relever d'un programme thérapeutique.

Enfin, en prison, la sécurité relève toujours de la responsabilité des surveillants, et cela même dans les services médicaux. Or, pour assurer cette sécurité, qui est aussi celle de nos collègues soignants, nos partenaires surveillants doivent savoir ce qui se passe autour des détenus. Une zone d'ombre dans cette connaissance des événements quotidiens représente immanquablement un risque à leurs yeux. Il faut pouvoir préserver cet impératif de transparence tout en restant respectueux de la confidentialité du traitement et du secret médical.

Tous ces aspects montrent à quel point l'art des soins en milieu carcéral doit s'accompagner d'une immense capacité à négocier ce que l'on fait avec des partenaires qui relèvent d'autres équipes et qui ont des intérêts ou des impératifs différents des nôtres. Avant d'entreprendre un traitement de groupe, il faut par exemple convaincre les directions de prison et les équipes de surveillants que ce traitement est nécessaire. Une fois que cela est acquis, il faut encore se mettre d'accord sur les modalités et les moments les plus propices. Tout détenu en exécution de peine étant par exemple astreint au travail par la législation suisse, il faut que sa participation à un groupe n'aille pas trop à l'encontre de cette obligation: pour l'équilibre des ateliers d'une part (ils doivent pouvoir compter sur la participation régulière de leurs participants pour rester fonctionnels), mais d'autre part aussi pour éviter qu'un détenu soit absent de son atelier d'une manière trop flagrante, ce qui le désignerait comme un patient du service médical sans incertitude possible, et jouerait paradoxalement à l'encontre du secret médical.

Un autre exemple nous renverra au contexte de la détention préventive: il est fréquent que les thérapeutes aient envie de rencontrer la famille de leurs patients pour mieux comprendre ce qui se passe. En prison, cette envie ne suffit pas. Il faut encore que le magistrat informateur en charge du dossier soit d'accord avec ce principe. S'il a des raisons, qui peuvent rester inaccessibles aux soignants parce qu'elles relèvent du secret de l'enquête, de vouloir au contraire éviter toute confrontation entre l'intéressé et son entourage, sa logique primera sur celle des soignants, et ceux-ci devront l'accepter.

En conclusion de ce paragraphe, nous devons simplement souligner que la conception même des soins en prison doit prendre acte que ce milieu n'est pas de prime abord voué aux impératifs des soins. Mais accepter de travailler dans ces conditions garde à nos yeux cette caractéristique fondamentalement positive de nous rappeler parfois trivialement que les bons soignants ne sont pas forcément des soignants tout puissants ! Ce sont simplement ceux qui savent rechercher des solutions consensuelles aux problèmes rencontrés en harmonie avec leurs partenaires issus d'autres disciplines. Grande école d'humilité, et donc probablement d'humanité...

Des soins à dimension communautaire

Les multiples domaines de soins évoqués plus haut suffisent à montrer à quel point les soins en milieu carcéral font partie de la santé communautaire. Les détenus doivent être considérés comme une population spécifique ou à risque selon bien des aspects, notamment quant aux risques de contamination par le VIH ou quant à la recrudescence de la tuberculose. Mais il est aussi des domaines plus proches de la psychiatrie qui relèvent du risque. Nous pensons en

particulier aux conséquences de l'exclusion. On sait depuis de nombreuses années maintenant que nos sociétés sont caractérisées par un cumul de plus en plus fréquent des filières d'exclusion pour les individus les plus fragiles ou précarisés : pertes et deuils au niveau relationnel et familial, au niveau de l'emploi, de l'intégration sociale, association de la petite délinquance, de la toxicomanie et bien souvent des troubles mentaux.

L'accompagnement de nos patients dans la recherche des moyens susceptibles de préserver ou restaurer un minimum d'équilibre doit tenir compte de tous ces facteurs de risque. C'est souvent l'un des substrats de nos préoccupations pour accompagner ou soutenir nos patients. La psychiatrie pratiquée en prison est donc souvent extrêmement basique, et tend souvent simplement à préserver un minimum de capacité à vivre dans un environnement social. Mais il faut en même temps reconnaître que la limite de cette perspective pour les soignants tient à l'impossibilité de prodiguer des prestations à des groupes de patients car, encore une fois, la prison reste un lieu d'enfermement et d'isolement. Quelques indices nous encouragent cependant à espérer que le recours à des groupes thérapeutiques sera plus accessible dans les années qui viennent, au moins dans le cadre de certains régimes pénitentiaires.

Les problèmes de sécurité et les limites qu'ils imposent

Des raisons évidentes de sécurité nous contraignent à ne voir nos patients que pendant des limites horaires extrêmement rigoureuses, qui correspondent à la présence en suffisance des surveillants sur les sites pénitentiaires. Comme mentionné plus haut, cela veut dire que nous ne pouvons assurer des consultations qu'entre 7 h et 17 h 30, et cela y compris dans les unités de psychiatrie. Que ce soit pour les domaines somatique ou psychiatrique, il est donc exclu de prévoir des soins continus ou intensifs. Même dans le cadre de l'unité psychiatrique de Lonay et de celle à venir des EPO, il faudra comparer l'activité des soins à celle que l'on connaît dans un hôpital de jour. Cela limite considérablement le degré de gravité des troubles que nos équipes sont susceptibles de maîtriser dans des conditions satisfaisantes.

La question de la sécurité comporte encore quelques aspects inattendus. Les délinquants sexuels sont par exemple très mal vus dans les prisons. Ils sont régulièrement pris à partie par les autres détenus et plus ou moins ouvertement menacés. Cela reste vrai aujourd'hui encore, bien que leur nombre de plus en plus important fait que la communauté carcérale semble s'habituer petit à petit à leur présence. L'intervention des soignants doit donc être suffisamment discrète à leur égard pour ne pas contribuer à les stigmatiser et à les désigner.

Dans le même ordre d'idée une hiérarchie s'installe entre prisonniers, qui est fondée sur la capacité à s'imposer comme un « dur » ou un caïd. Le recours au service médical peut vite être interprété comme une manifestation de faiblesse et donc s'accompagner d'une perte de prestige avec tous les inconvénients que cela comporte dans ce milieu (racket, contrainte aux rapports de subordination, etc.). Le danger est particulièrement grand pour ceux qui se sont fait molester et qui viendraient se plaindre à un service médical alors assimilé à une autorité; ceux-là préfèrent souvent se taire et dire qu'ils ont glissé sous la douche plutôt que de recourir à des soins, même s'ils en auraient besoin. Comme dernière illustration des risques connexes aux soins pénitentiaires, nous mentionnerons les risques de détournement des actes médicaux qui existent encore et nécessitent la plus grande prudence. Pour éviter les risques de prise d'otage et de tentative d'évasion, il est par exemple interdit de communiquer les dates des consultations

suivantes aux patients en détention préventive ou placés dans les régimes de sécurité. Ce qui complique toute tentative de travail sur la structuration du temps.

Le cas particulier des « articles 43 »

Ces patients sont probablement ceux qui connaissent le plus de passages entre institutions psychiatriques et prisons, dans un sens ou dans l'autre. Nous ne pouvons dénier que la tendance actuelle les pousse de plus en plus vers la prison. L'ouverture des hôpitaux psychiatriques, pour louable qu'elle soit, les prive trop souvent de tout recours institutionnel. Il est vrai aussi que certains de leurs actes, notamment les actes de violence vis-à-vis du personnel soignant, ne sont pas acceptables et que tout soignant a le droit de travailler sans être agressé de la sorte. En ce sens, leur placement en milieu carcéral peut contribuer à une prise de conscience, celle que tout n'est pas permis et qu'il faut accepter de payer les conséquences de certains excès, même s'ils ont été commis dans le cadre d'une perception pathologique de la réalité.

Mais la limite du traitement en milieu carcéral de ces patients que nos deux services connaissent bien (secteur psychiatrique et services des prisons) tient précisément en la rigidité de la prison. Une gifle ou un coup de poing donné reste malgré tout un délit mineur en regard des actes commis par d'autres détenus, mais peuvent entraîner pour ces patients un séjour en prison tout aussi prolongé faute d'institutions capables de les accueillir. Lorsqu'ils ont conscience de cela (et il est bien rare que ce ne soit pas le cas), comment pourraient-ils le vivre autrement que comme une injustice, et donc augmenter la part de la défiance qu'ils éprouvent vis-à-vis des soins et des équipes psychiatriques ? Un autre piège est que leur vulnérabilité psychique particulière les amène souvent à éprouver une sorte de fascination vis-à-vis des caï ds dont nous avons parlé plus haut, et ainsi à plutôt s'ancrer, au moins pour un temps, dans des comportements incompatibles avec toute tentative d'intégration sociale. D'une manière peut-être encore plus dommageable pour eux, la prison reste un milieu incapable de sanctionner positivement une reprise évolutive lorsqu'elle se présente chez de tels patients. Pas d'ouverture significative possible, aucune possibilité de sortir autre que celles que le contexte carcéral prévoit selon leur situation pénale. Or nous savons tous que ces patients se découragent particulièrement facilement lorsque leurs progrès en terme d'intégration et d'ouverture à l'autre ne sont pas accompagnés de changements dans leurs conditions de vie...

Remarques conclusives

Nous pourrions largement prolonger cette présentation des soins en milieu carcéral. Mais il ne s'agit là, espérons-le, que d'une prise de contact entre nos deux services. Des remarques qui précèdent, nous pouvons tirer l'idée que la problématique des soins destinés aux patients susceptibles de cumuler troubles psychiques et actes délictueux ne doivent pas se penser en termes d'intégration dans l'une de nos structures à l'exclusion de l'autre. Bien au contraire, ces patients devraient pouvoir passer de l'une à l'autre, tant il est vrai qu'aucune institution intermédiaire n'est actuellement capable de s'occuper de l'ensemble de ces cas, que ce sera longtemps encore le cas, et que, enfin, il existera toujours des patients échappant à tout profil institutionnel. Le placement en prison nécessite par ailleurs l'existence d'un délit ou d'un article 43, ce qui n'est malgré tout pas toujours le cas pour les patients posant ce type de problèmes.

Le challenge est à nos yeux de créer des liens suffisamment solides entre nos équipes pour que le

traitement de ces patients puisse s'inscrire dans une continuité et non dans une dynamique de rejet institutionnel. Nous sommes quant à nous persuadés que les équipes infirmières peuvent jouer un grand rôle en la matière. Quelques pistes pour aller dans ce sens: augmenter les échanges entre nos équipes respectives; visites des représentants d'un milieu dans l'autre lorsqu'un transfert du patient s'annonce; recours à nos expertises réciproques lorsque la situation devient trop difficile dans un des sites plutôt que de penser immédiatement au transfert du patient; bilans réguliers et communs pour les patients régulièrement suivis par nos deux équipes.

Nos équipes ont en effet des domaines d'expertise et de connaissances qui sont parfaitement complémentaires: ce qui relève de la recherche et des développements psychothérapeutiques pour les équipes du secteur psychiatrique, ce qui touche par exemple à la gestion de la violence et de la contrainte pour les équipes pénitentiaire. Les deux équipes auraient donc tout à gagner à de tels échanges, et il serait parfaitement illusoire de penser pouvoir se passer d'un de ces deux domaines d'expertise pour prendre en charge de manière efficace ces patients.

Les patients eux-mêmes y gagneraient, puisqu'ils auraient ainsi la possibilité d'évoluer dans un environnement institutionnel fait de continuités, ce qui reste l'un des atouts majeurs pour toute perspective d'intégration sociale. Cette continuité est la condition pour que les soins psychiatriques fonctionnent comme un levier d'apprentissage pour le patient, celui qui leur permettra de transformer les contraintes que nous avons largement évoquées plus haut en un domaine d'acceptation de l'autre et du respect de son intégrité. Accompagner le patient dans ce mouvement qui le rend plus actif est en tous les cas l'un des grands objectifs des soins en milieu carcéral.

Nous formulons tous nos vœux pour que l'échange de ce 2 juin 1999 soit le premier d'une série continue entre nos services.

Jean Philippe Duflon, infirmier-chef (SMPP)

Visite du Rampton Hospital

Introduction

La gestion de la violence des patients psychiatriques est un sujet de préoccupation aussi bien pour les soignants, les patients et leurs proches que pour les associations qui les représentent. Même si les moyens d'y faire face sont nombreux, aucun d'entre eux n'est totalement satisfaisant.

Dans notre pratique quotidienne, de nombreuses questions se posent: comment garantir aux patients comme au personnel un maximum de sécurité sans prêter la mission de soins qui nous est demandée par la société? Quels éléments d'observation et de surveillance peuvent être utilisés? Quels éléments architecturaux pourraient participer à ce challenge? Quelles procédures

pourrions-nous utiliser afin d'anticiper débordements, dangers ou excès de part et d'autre ?

A la suite du débat passionnel sur la contention, il nous semblait important de poursuivre les réflexions sur la gestion de la violence de manière aussi peu partisane que possible et de nous informer sur les pratiques utilisées dans des institutions dont l'expérience en ce domaine est largement reconnue.

Dans cette optique constructive, Mme Pont, directrice du GRAAP, a organisé la visite de l'Hôpital de Rampton (Angleterre) et a proposé que des soignants de l'hôpital de Cery puissent participer à cette visite. Trois membres de notre institution ont ainsi fait le voyage: Corinna Walz, infirmière hospitalière de la section « E. Minkowski », Didier Camus, infirmier clinicien à l'Hôpital de Cery et Philippe Conus, chef de clinique hospitalo-ambulatoire dans la section « E. Minkowski ». C'est M. Pont qui finalement a représenté le GRAAP durant ces trois jours.

Informations générales

L'Hôpital de Rampton est le plus grand des 4 établissements psychiatriques pénitentiaires de haute sécurité d'Angleterre. Il est situé au nord du Nottinghamshire, à deux heures de train de Londres. Bâti en 1912 sur une propriété de 77 hectares, cet hôpital a d'abord fonctionné comme asile d'état, passant de 300 lits à un maximum de 1300 lits dans les années 40. Depuis lors, le nombre de patients a diminué progressivement pour atteindre une population de patients actuellement de 470, pour 1400 employés.

Dans cet hôpital de haute sécurité, équivalent britannique des Unités pour Malades Difficiles (UMD) françaises, l'attention portée aux problèmes de violence des patients est importante, voire privilégiée. De plus, l'expertise des équipes, en matière d'évaluation des risques, est un sujet de recherche depuis quelques années.

La responsabilité de l'hôpital est de fournir des soins aux patients qui tombent sous le coup du Mental Health Act de 1983 du fait de leurs tendances dangereuses, criminelles ou violentes. Les patients adressés à Rampton proviennent des prisons (35%), des tribunaux suite au prononcé d'une sentence tombant sous le coup du Mental Health Act (60%), ou plus rarement, directement d'autres hôpitaux psychiatriques.

Ces patients sont répartis dans 14 unités de haute sécurité et 13 villas situées hors du bâtiment principal, mais dans l'enceinte qui circonscrit le domaine. La durée moyenne de séjour est de 7 ans 1/2, même si certains des patients peuvent y rester à vie.

Le niveau de contrôle est superposable à celui d'une prison de haute sécurité. Structure fermée par excellence, on ne peut y pénétrer facilement. Pour cela, il faut d'abord franchir la double enceinte, un premier « barrage » humain: photo, badge, fouille, passage du matériel aux rayons x. Cela est vrai pour les visiteurs, les patients à leur arrivée mais aussi pour le personnel. On vous préviendra alors que sont interdits allumettes, appareils photos, chewing-gum. Une fois passé, un second filtre oblige à ne pouvoir pénétrer à l'intérieur de cette institution qu'accompagné ou bien encore muni d'un imposant trousseau de clefs qui vous permettra de franchir les nombreuses portes toutes fermées à double tour.

Principes de base de la prise en charge de la violence

« La prise en charge de patients présentant des troubles mentaux sévères (et des comportements violents) est un problème aux multiples facettes qui comporte ses propres défis. La gestion du risque et des comportements particulièrement dangereux requiert une organisation claire des processus de soin et du fonctionnement des services, ainsi que des compétences professionnelles particulièrement adaptées, de manière à pouvoir résoudre les situations en toute sécurité, avec un risque minimal aussi bien pour les patients que pour les soignants. Tenant compte de notre responsabilité d'une part à l'égard de la santé et de la sécurité du personnel, et d'autre part à l'égard de la qualité des soins que nous devons prodiguer à nos patients, un des objectifs principaux de Rampton Hospital est de devenir un des centres d'excellence pour la formation du personnel. L'un des aspects importants de cette formation est la gestion de l'agression et des comportements violents potentiellement violents. Considérant ce qui précède, nous offrons à nos employés une formation leur permettant de reconnaître et de gérer les facteurs susceptibles d'induire des comportements violents d'une part, mais également des techniques de défense et de contrôle utilisables en cas d'épisodes d'agression ou de violence¹ ».

Cette introduction au programme de formation offert aux employés de Rampton pose assez clairement le décor. Le sujet de la violence et de sa maîtrise est omniprésent dans le discours des soignants, et nous est rappelé à chaque instant par l'impressionnant dispositif de surveillance que l'on observe à chaque endroit de l'hôpital. La population de patients qui y sont traités ont clairement la violence comme point commun.

Prévention de la violence

Assez rapidement, Rampton s'est doté d'une équipe de recherche qui s'est concentrée sur le sujet de la violence et s'est fixée pour but de mettre sur pied des outils permettant de prévenir la violence ou d'en déceler l'imminence. Ce travail a conduit à l'élaboration ou à l'adaptation de quatre outils:

Behavioural Status Index (BSI)

Cette échelle, remplie par les soignants, sert à évaluer la dangerosité des patients. Elle est constituée de trois sous-échelles.

La *sous-échelle de risque* décrit les comportements agressifs, automutilatoires et les comportements sexuels inappropriés. La *sous-échelle de l'insight* évalue des items tels que pensées induisant un état de tension, tendances à attribuer l'hostilité à l'autre, événements induisant chez le patient un sentiment d'insécurité. Enfin, la *sous-échelle de la communication* et des habilités sociales comprend des items tels que contact visuel, conversation égocentrique, relation avec les autres. Les critères sont mesurés sur une échelle de cinq degrés, chacun des degrés correspondant à une définition clinique précise.

Critical Incident Report form (CIR)

Un des problèmes courants dans la gestion de la violence est la tendance des soignants de ne pas

¹ Introduction au programme de gestion des agressions et de la violence, Rampton Hospital Authority, 1998.

recenser un problème de comportement parce qu'il se produit à une telle fréquence qu'il en devient banal. Le CIR, basé sur des items de la sous-échelle de risque du BSI, vise à encourager les infirmiers à recenser immédiatement les troubles du comportement, il sert à attirer l'attention sur les comportements inacceptables et à évaluer la nécessité de l'introduction du BSI pour suivre un patient avec un outil plus fin. Le CIR permet aussi le recensement des divers incidents violents qui se sont produits, d'en évaluer l'importance mais aussi le nombre.

Buss-Durkee Hostility Inventory

Autoquestionnaire de 40 items, qui peuvent être réunis en trois groupes distincts.

Overt aggression (agressivité agie)

Un score élevé sur cette échelle indique un haut niveau d'agressivité agie, verbale ou physique, et un risque de comportement de ce type.

Covert aggression (agressivité latente)

Un score élevé sur cette échelle peut être indicatif d'un degré élevé d'agressivité contenue, mais aussi parfois d'un haut degré de psychopathologie, ainsi qu'un risque accru de comportement agressif et dangereux.

Social desirability (adaptation sociale)

Cette échelle cherche à mesurer la tendance à répondre aux stimuli par des attitudes socialement acceptables et à éviter les attitudes socialement réprouvées. Un score élevé sur cette échelle permet de penser que le sujet a une bonne « facade » qui peut masquer un degré d'agressivité sous-estimé par les deux échelles précédentes.

Violence Prediction Scale

Évaluation anamnétique des actes illicites et des comportements antérieurs, qui permet de prédire avec une relativement grande fiabilité le type de violence qui peut être produit par un patient. Des comportements antisociaux précoces de l'enfance ou des événements tels que le vol de voiture à un jeune âge rendent par exemple plus probables des comportements violents explosifs et imprévisibles, ou du moins faiblement reliés à des facteurs déclenchant (échelle en cours d'évaluation).

La prévention passe également par le fait que la préoccupation d'éviter la violence est constante, la vigilance perpétuelle et les messages aux patients extrêmement clairs.

Gestion des comportements violents dans les unités de soin

Le principe de base idéal est donc la prévention de la violence par l'application des outils de détection. Il faut aussi inclure la composante importante (souvent soulignée par les divers intervenants rencontrés) de la dotation suffisante en personnel et de l'effet du cadre extrêmement sécuritaire de l'hôpital, celui-ci donnant un message analogique de bonne maîtrise de la situation

que les patients ne peuvent s'empêcher de percevoir.

Définition du niveau de dangerosité

Dans chacune des unités, le comportement des patients est évalué en trois degrés de dangerosité qui permettent de définir le type d'encadrement dont le patient a besoin.

Niveau 1

Le patient peut déambuler librement dans l'unité. Comme chacun des patients, il est cependant observé au moins chaque quart d'heure, et son activité est décrite par un code (1= patient dort; 2=patient regarde la TV etc...)

Niveau 2

Le patient se trouve dans un état à risque. Le patient est alors constamment sous le regard infirmier, qui ne le quitte pas de la journée, et qui reste proche de lui.

Niveau 3

Le patient s'est montré agressif. Il est alors encadré aussi longtemps qu'il le faut par deux infirmiers qui restent à moins d'un mètre cinquante de lui constamment. Cette mesure est suspendue une fois que les moyens d'évaluation permettent de penser que le degré d'agressivité est retombé.

En cas d'agression

Le patient est alors maîtrisé par trois infirmiers, selon une technique d'immobilisation physique régulièrement entraînée et très codifiée. Le principe de base est qu'une personne s'occupe d'immobiliser la tête du patient et que chacune des deux autres s'occupe de l'un des bras. Les autres infirmiers restent à distance et s'occupent d'éviter que la situation ne dégénère dans l'unité. Du renfort peut rapidement être appelé.

Chaque soignant suit à son arrivée une formation de trois semaines au cours de laquelle sont abordés les points suivants: psychologie de la violence, méthodes de maîtrise physique d'un patient violent ou agité, méthodes d'autodéfense. Ces connaissances sont remises à jour chaque année dans le cadre d'un cours de trois jours. Chaque quatrième année, le soignant suit à nouveau le cours complet de trois semaines.

Contention

Chacune des unités d'admission est pourvue de deux chambres d'isolement. Un patient qui a dû être maîtrisé physiquement et qui ne montre pas, par le contenu de son discours, qu'une fois les mesures de maîtrise physique relâchées il ne récidivera pas, est conduit dans une « side room », salle d'entretien retirée et calme où il est accompagné par les trois intervenants l'ayant maîtrisé. Si la situation ne semble pas devoir se calmer, le patient est conduit en chambre d'isolement. L'indication unique et exclusive à l'admission dans une chambre d'isolement est le danger

hétéroagressif. Il s'agit d'une chambre au mobilier minimal, fixé dans le sol, et pourvu d'une fenêtre permettant d'observer les faits et gestes du patient où qu'il se trouve dans la pièce. Un infirmier reste en permanence derrière la porte, observe le comportement du patient, et l'évalue au moyen d'une échelle chaque quinze minutes. La situation est également évaluée par le médecin qui adapte la médication (neuroleptique et benzodiazépine). L'infirmier chef évalue l'indication à la poursuite de la mesure chaque deux heures au maximum. Après vingt-quatre heures, une équipe de trois personnes ne travaillant pas dans l'unité, composée d'un infirmier, d'un travailleur social et d'un médecin évalue l'indication à la poursuite de la mesure d'isolement.

L'accent est donc rapidement mis, en cas de comportement violent, sur la supervision de ceux qui ont eu à y faire face et qui ont donc subi une pression de la part du patient, ceci afin de préserver une attitude aussi objective et professionnelle que possible. Si le patient présente un comportement d'agitation persistant malgré ces mesures, il est conduit en unité de soins intensifs.

Type d'unités de soin

Au moment de leur arrivée à Rampton, les patients sont hospitalisés dans une unité d'admission. Une telle unité compte un maximum de 18 patients, qui sont entourés par 6 infirmiers au moins la journée, et quatre infirmiers la nuit. A ces soignants s'ajoutent des psychologues qui prennent en charge ces composantes spécifiques du traitement (comme par exemple des thérapies spécialisées pour abuseurs sexuels), des travailleurs sociaux, des thérapeutes occupationnels et enfin des médecins.

En cas de maîtrise impossible du comportement violent d'un patient, il peut être transféré en unité de soins intensifs. Il s'agit d'une unité fortement dotée en personnel (16 infirmiers pour 10 patients) dans laquelle le patient est encadré physiquement de très près aussi longtemps qu'il le faut, par des mesures de maîtrise physique durable si cela s'avère nécessaire. Par définition, on ne recourt jamais aux attaches. Il est, par contre, déjà arrivé que l'on doive recourir au juge pour obtenir l'autorisation de garder un patient en chambre d'isolement durablement.

Au contraire, après quelques mois d'hospitalisation, une fois l'état du patient amélioré, il peut être transféré dans l'une des villas où le traitement est poursuivi, avec mise sur pied d'activités d'atelier diverses.

Tout au long du séjour, les patients bénéficient de traitements spécialisés, prodigués soit par les psychologues, soit par les infirmiers eux-mêmes, de type gestion de l'agressivité, traitement des troubles du comportement sexuel, traitement des tendances automutilatoires.

Remarque sur la gestion des comportements violents dans les hôpitaux psychiatriques non spécialisés

Les méthodes de gestion physique de l'agitation et de la violence (trois infirmiers pour un patient) sont appliquées de la même façon dans les autres hôpitaux. La plupart ne sont cependant pas équipés en chambres d'isolement. Si un patient devient durablement violent et dépasse les capacités de gestion de l'hôpital où il se trouve, il est rapidement adressé au poste de police où il est mis en cellule. Il est alors examiné par le médecin sergent qui peut décider de son transfert en

hôpital de niveau de sécurité moyen, où, le cas échéant, dans une structure de haute sécurité (à Rampton par exemple). Le transfert direct d'un hôpital standard vers Rampton, bien que théoriquement possible, ne survient que très exceptionnellement.

Advocacy

Depuis trois ans a été officiellement mis sur pied un service de défense des droits des patients. Ce service s'appuie actuellement sur le travail de sept intervenants dont certains sont « spécialisés » (par exemple, un « avocat » pour travailler spécifiquement avec la communauté afro-caribéenne, un autre avec la communauté homosexuelle, un autre dont la tâche première est d'animer le conseil des patients). Ce service de « advocacy » est indépendant de l'hôpital.

S'il n'a pas d'autorité au sens premier du terme, ce département n'en est pas moins influent. Comme d'autres services similaires travaillant avec des patients hospitalisés, leur tâche est non seulement de répondre aux demandes individuelles et/ou collectives des patients mais également d'exercer une influence positive sur la politique des soins, les procédures et les ressources de l'institution.

Chaque patient est mis au courant de l'existence de ce service le jour de son admission. Tout patient peut y faire appel à tout moment par un téléphone disposé dans chaque unité, directement connecté à ce service. Dans la majorité des cas, ce sont les patients eux-mêmes qui font appel à ce service. La plupart des problèmes soumis à ce service ont rapport avec la médication (20%), les mesures de contrainte, et des questions de qualité de vie (50%).

L'avocat cherche avant tout à être un médiateur, en évoquant par exemple le point de vue ou les besoins du patient. Il peut également aller jusqu'à faire appel à un médecin neutre (second opinion doctor) qui peut réévaluer la situation.

Le service d'advocacy est soumis à des obligations contractuelles et éthiques en lien avec les politiques de sécurité de l'hôpital. Aussi, la confidentialité peut ne pas être respectée en cas de risques de violence, que celle-ci soit dirigée vers les autres ou vers la personne elle-même.

Et maintenant ?

Bien qu'il ne soit pas possible de comparer l'hôpital de Cery et le Rampton Hospital Authority tant sont différentes leurs missions, le type de patients qui y sont traités, la durée de séjour, les structures architecturales ou bien encore les législations de référence, cette visite nous a paru être néanmoins profitable à plus d'un titre. Elle nous a ainsi confirmé l'importance de travailler le sujet de la violence sur plusieurs axes, et ce de manière pluridisciplinaire.

- Formation de tout le personnel soignant à la gestion de la violence. Si depuis quelques années, l'institution a fait appel à un organisme canadien pour traiter ce sujet délicat, nous pouvons nous demander si les quatre jours de formation sont suffisants et si l'accent pluridisciplinaire de cette formation est suffisamment mis en évidence.
- Evaluation de la dangerosité des patients. A l'instar du programme qualité portant sur la surveillance des patients suicidaires actuellement en préparation, l'utilisation d'échelles

d'évaluation pourrait être une des pistes pour anticiper ou prévenir les risques de la violence.

- Recensement et évaluation de tous les incidents et accidents. Si tous les accidents « agression » sont actuellement répertoriés, les améliorations à apporter dans leur description devraient en affiner l'analyse et examiner la pertinence des réponses qui ont été données, tant au niveau des unités de soins qu'au niveau global de l'institution.
- Instauration de procédures clairement définies lors d'incidents importants (par exemple: « revue post-incident », développement de la supervision clinique d'un patient lors d'isolement de plusieurs jours,...)
- Faire respecter la loi au sein de l'institution. L'hôpital n'est pas une zone de « non-droit ». L'aide que le service de « advocacy » apporte à des patients judiciaires en est un bon exemple. A l'inverse, les actes délictueux causés par un patient doivent tout autant être renvoyés auprès des instances compétentes (justice, police), seules autorisées à juger de la responsabilité du patient.
- Une série d'études ont déjà été réalisées sur le site (recensement de tous les accidents du travail, recensement de toutes les contentions depuis plusieurs années, élaboration d'un protocole de contention,...). A l'initiative des Directions des Soins Infirmiers des institutions psychiatriques vaudoises, un projet de recherche dont le but serait d'articuler ce concept en regard du champ clinique psychiatrique est actuellement en cours d'élaboration.

La violence à l'hôpital attaque le cadre thérapeutique. Elle déstabilise le personnel et les patients en mettant à mal la sécurité et la qualité des soins. L'institution, pour lutter contre, doit se doter d'une politique générale, cohérente et réfléchie, dans laquelle l'ensemble du personnel hospitalier est impliqué. Malgré les efforts qui ont été fait ces dernières années pour en diminuer l'impact, cela n'est certes pas encore suffisant. Il est aujourd'hui nécessaire, au travers des Structures dont s'est doté progressivement le DUPA depuis sa restructuration (par exemple Commission de révision des pratiques cliniques, Conseil consultatif d'orientation du DUPA, Commission Consultative des Soins Infirmiers, création d'un poste d'Ombudsman,...), qu'une réflexion plus profonde se fasse sur le concept de sécurité.

Corinna Walz, infirmière
Philippe Conus, Chef de clinique
Didier Camus, infirmier-clinicien