

INSTITUT DE FORMATION DES
CADRES DE SANTE
145 Avenue de Buros
64046 PAU Cedex

MASTER 2 DROIT PUBLIC – PARCOURS
CADRE DU PARCOURS SANITAIRE, SOCIAL
ET MEDICO-SOCIAL
Avenue de l'Université – BP 576 – 64012 PAU Cedex

Quand le sentiment d'insécurité dicte le soin

Libertés individuelles et pratiques en psychiatrie



Camille Claudel – L'implorante

SEFFUSATTI Carolin

M2C3S Formation Cadre de Santé, filière professionnelle infirmier

Année 2024-2025

« L'université ou l'IFCS n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. L'auteur s'engage à ne faire figurer aucun élément confidentiel fourni par l'établissement sans l'accord de ce dernier ».

« Je déclare sur l'honneur, que ce rapport a été écrit de ma main, sans aide extérieure non autorisée, qu'il n'a pas été présenté auparavant pour évaluation et qu'il n'a jamais été publié dans sa totalité ou en partie ».

Toutes les parties, groupes de mots ou idées aussi limités soient-ils, y compris les tableaux, graphiques, cartes... qui sont empruntés ou qui font référence à d'autres sources documentaires sont présentés comme tel (« citation », références bibliographiques, sources pour tableaux et graphiques...).

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier Mme Moncorger, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement attentif, la pertinence de ses conseils et le regard bienveillant qu'elle a porté sur l'ensemble de mon travail.

Je remercie également l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation des Cadres de Santé pour l'encadrement apporté tout au long de cette année de formation.

Je remercie M. André Ferragne, secrétaire général du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, pour la richesse de son témoignage et la hauteur de vue qu'il a apportée à ce travail.

Je remercie aussi Mme Nicole Dubré-Chirat, députée de la 6^e circonscription de Maine-et-Loire, pour la clarté de ses propos et son engagement sur les questions de santé mentale.

Je remercie Mme C. et Mme T., représentantes des usagers à l'UNAFAM, pour leurs apports précieux et leur regard engagé en faveur des usagers.

J'adresse également mes remerciements aux professionnels de terrain rencontrés dans le cadre de l'enquête pour la qualité de leurs échanges et leur disponibilité. Une mention particulière revient à H.A.G., directeur des soins, pour l'accueil chaleureux et les discussions constructives dont j'ai bénéficié lors de mon passage dans son établissement.

Enfin, je remercie chaleureusement ma compagne pour sa patience, son soutien constant et sa bienveillance tout au long de cette année exigeante.

Peu importe ce qu'on pourra vous dire, les mots et les idées peuvent changer le monde.
John Keating, dans Le Cercle des poètes disparus

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de santé.

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale.

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté.

DATI : Dispositif d'Alarme pour Travailleur Isolé.

DDHC : Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen.

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins.

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.

DMS : Durée Moyenne de Séjour.

DPI : Dossier Patient Informatisé.

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante.

GCSMS : Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Sociale.

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire.

GIP : Groupement d'Intérêt Public.

HAS : Haute Autorité de Santé.

HDJ : Hôpital De Jour.

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers.

IGAS : Inspection générale des Affaires Sociales.

JLD : Juge des Libertés et de la Détention.

ONU : Organisme des Nations Unies.

PTI : Protection du Travailleur Isolé

RLI : Respect des Libertés Individuelles.

RPS : Risques Psycho-Sociaux.

UMD : Unité Malades Difficiles.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PARTIE 1 : DU CONSTAT A L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

CHAPITRE 1 : CADRE CONTEXTUEL

- I. Présentation générale du centre hospitalier
 - A. Une offre de soins diversifiée et adaptée
 - B. Partenariats et collaboration : un réseau au service des usagers
 - C. La démarche qualité : un levier d'amélioration continue
- II. Analyse de situations professionnelles significatives
 - A. Téléphones portables et évolution des pratiques en psychiatrie
 - B. L'accès aux casiers : entre autonomie et contrôle
 - C. La question des accès aux chambres en unité spécialisée
- III. Questions soulevées par les situations observées
 - A. Élaboration de la question de départ
 - B. Formulation de la problématique

CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL

- I. L'intégration des libertés individuelles en psychiatrie
 - A. De l'histoire aux enjeux actuels des libertés individuelles en psychiatrie
 - B. Intégrer les libertés individuelles : une approche conceptuelle et pratique
- II. Le sentiment d'insécurité des soignants
 - A. Définition et enjeux du sentiment d'insécurité
 - B. Les impacts du sentiment d'insécurité sur les soignants
 - C. Stratégies de gestion du sentiment d'insécurité
- III. Influence du sentiment d'insécurité sur l'intégration des libertés individuelles
 - A. Une vision faussée du lien entre insécurité et libertés
 - B. Les causes profondes de la logique sécuritaire
 - C. Vers un changement de paradigme possible
- IV. De la problématique à l'hypothèse de recherche

PARTIE 2 : VÉRIFICATION DE L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE SUR LE TERRAIN

- I. Présentation de la méthodologie de l'enquête
 - A. La préparation de l'enquête
 - B. Le déroulement de l'enquête
- II. Présentation des résultats de l'enquête
 - A. Contexte de l'enquête
 - B. Présentation et analyse des résultats
 - C. Synthèse globale de l'enquête

PARTIE 3 : DE L'ENQUETE DE TERRAIN AUX AXES D'AMÉLIORATION

- I. Présentation des axes d'amélioration
- II. Choix d'un axe d'amélioration
 - A. Développement de l'axe d'amélioration
 - B. Evaluation de l'axe d'amélioration

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, les établissements de psychiatrie sont engagés dans une dynamique de transformation visant à mieux concilier les impératifs de soins avec le respect des droits des patients. L'intégration des libertés individuelles dans les pratiques professionnelles constitue un enjeu central, à la fois éthique, organisationnel et managérial. Pourtant, malgré des textes clairs et des intentions affirmées, leur application sur le terrain se heurte à de nombreuses résistances.

Durant mon parcours professionnel, j'ai été témoin de tensions récurrentes autour de l'assouplissement de certaines règles encadrant la vie quotidienne des patients : accès au téléphone, liberté de circuler, ou encore accès aux casiers personnels. Ces situations ont révélé une opposition marquée de certains professionnels, non pas toujours fondée sur des arguments cliniques ou juridiques, mais sur un ressenti subjectif d'insécurité. Cette insécurité, souvent difficile à verbaliser, semble jouer un rôle dans les arbitrages quotidiens entre contrôle et autonomie.

Ce constat m'a conduit à m'interroger : en quoi l'insécurité subjective des soignants en psychiatrie influe-t-elle sur l'intégration des libertés individuelles dans les pratiques professionnelles ?

L'hypothèse posée dans ce travail est que ce n'est pas tant l'insécurité elle-même que la manière dont elle est perçue et gérée par les soignants qui freine l'évolution des pratiques vers un respect accru des libertés individuelles. Autrement dit, le blocage réflexif lié au sentiment d'insécurité constituerait un frein majeur à l'intégration effective de ces droits.

Pour y répondre, ce mémoire s'organise en trois parties. La première propose une mise en contexte du sujet, une analyse de situations professionnelles rencontrées, et un cadre conceptuel mobilisant les notions de libertés individuelles et de sentiment d'insécurité. La deuxième s'appuie sur une enquête de terrain visant à confronter l'hypothèse de recherche à la réalité des pratiques. Enfin, la troisième partie présente des axes d'amélioration destinés à accompagner l'évolution des pratiques professionnelles dans une perspective respectueuse des droits et soucieuse de la sécurité ressentie par les soignants.

PARTIE 1 : DU CONSTAT A L'HYPOTHESE DE RECHERCHE

CHAPITRE 1 : CADRE CONTEXTUEL

I. Présentation générale du centre hospitalier

Les situations présentées se sont déroulées dans un hôpital psychiatrique implanté à proximité d'une ville moyenne. Cet établissement, ouvert au XIX^e siècle, prend en charge des patients relevant de la psychiatrie générale. Il constitue le principal centre hospitalier psychiatrique du département, intégré à un groupement hospitalier de territoire (GHT), et couvre un bassin de population d'environ 600 000 habitants. Avec plus de 2 000 agents, il figure parmi les plus grands employeurs du territoire.

A. Une offre de soins diversifiée et adaptée

Organisé en plusieurs pôles couvrant trois zones géographiques, le centre hospitalier offre une prise en charge complète des usagers, qu'ils soient adultes, personnes âgées ou enfants. Il dispose de plusieurs unités spécialisées, notamment en gériopsychiatrie, psychiatrie infanto-juvénile, et psychiatrie générale, permettant une réponse adaptée aux divers besoins des patients.

L'hôpital se distingue par une grande diversité d'approches thérapeutiques. Il propose des thérapies familiales analytiques, des thérapies cognitivo-comportementales, ainsi que des activités de médiation artistique et corporelle. L'établissement dispose également d'un service d'addictologie, avec des consultations et des hôpitaux de jour. Le centre hospitalier est équipé d'un plateau médico-technique moderne, permettant de répondre aux besoins somatiques des patients avec des spécialités telles que la cardiologie, la pédiatrie, la neurologie, et la rééducation fonctionnelle. Il abrite également une unité de neuromodulation.

L'établissement est également reconnu pour ses unités de référence, comme sa plateforme autisme à visée régionale qui comprend une unité d'hospitalisation à temps complet, un hôpital de jour (HDJ) et une équipe mobile. Les unités pour malades difficiles (UMD), et son service de psychiatrie légale témoignent de son expertise dans le traitement des patients présentant des troubles graves ou nécessitant une prise en charge sécurisée.

B. Partenariats et collaboration : un réseau au service des usagers

Le centre hospitalier collabore avec de nombreux acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux via plus de cent conventions. Il travaille avec d'autres établissements, des structures sociales, la justice et les collectivités locales. Il est engagé dans trois groupements d'intérêt public (GIP) : enseignement paramédical, logistique (blanchisserie, tutelles) et Maison des adolescents.

Il participe aussi à deux groupements de coopération (GCSMS) : un laboratoire inter-hospitalier et un programme pour enfants et adolescents avec troubles du spectre autistique. Il soutient activement le Conseil Local en Santé Mentale (CLSM), qui vise à améliorer l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques. Enfin, une direction commune avec un EHPAD favorise la coordination des soins, la mutualisation des ressources et l'amélioration des services.

C. La démarche qualité : un levier d'amélioration continue

Le centre hospitalier s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. En 2022, la Haute Autorité de Santé (HAS) l'a certifié « sous conditions », en raison de critères impératifs non validés, dont celui sur la dignité des personnes prises en charge. Cette évaluation a conduit à un travail institutionnel approfondi. En 2023, un second passage a permis d'obtenir la certification « qualité des soins confirmée ».

Plusieurs groupes de travail internes soutiennent cette dynamique, comme le groupe de prévention du suicide ou le groupe « Respect des Libertés Individuelles » (RLI), qui a œuvré en 2024 à l'harmonisation des règles de vie dans les unités. Ces actions s'inscrivent dans les plans annuels d'action qualité et sécurité des soins, déclinés à différents niveaux et régulièrement évalués.

Dans ce même esprit, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a visité l'établissement en fin d'année 2024. Le rapport attendu en 2025 pourra nourrir la réflexion et guider l'ajustement des pratiques en complément des démarches engagées.

Ainsi, la description de l'établissement pose les bases nécessaires pour analyser des situations spécifiques, porteuses de réflexions sur les pratiques soignantes.

II. Analyse de situations professionnelles significatives

A. Téléphones portables et évolution des pratiques en psychiatrie

1. Description

La première situation se déroule dans une unité d'admission fermée faisant parti d'un pôle de psychiatrie générale. La majorité des personnes hospitalisées le sont sous contrainte en raison de leur opposition aux soins, que ce soit à la demande d'un tiers ou d'un représentant de l'État. Les patients accueillis dans cette unité sont principalement des usagers atteints de schizophrénie en état de décompensation ou des individus en crise suicidaire. La durée moyenne de séjour (DMS) est de six semaines, une fois la crise passée, la contrainte est généralement levée par le médecin et les patients sont mutés en unité ouverte ou retournent à leur domicile.

L'unité est un pavillon construit sur trois niveaux. On trouve d'abord un sous-sol, où sont situés les vestiaires. Au rez-de-chaussée, on distingue deux espaces : d'une part, les espaces communs, comprenant deux salons, la cour de l'unité (clôturée) et la salle à manger (accessible uniquement lors des temps de repas) ; d'autre part, les espaces dédiés au personnel, avec les bureaux, la salle de soins et une pièce où se trouvent les casiers personnels des patients. À l'étage, l'aménagement se compose de douze chambres, dont plusieurs sont des chambres doubles. Les salles de bain y sont communes, avec deux douches réservées aux femmes et trois pour les hommes. On y trouve également deux chambres d'isolement, qui partagent un sas commun dans lequel sont fixés une table et une chaise, et qui dispose aussi d'une salle de bain. Les locaux sont vétustes, et au moment des faits, la construction d'une nouvelle unité est déjà planifiée et les travaux ont débuté. L'unité est conçue pour accueillir seize patients, mais elle se trouve souvent en sureffectif. Dans ces cas, certains patients sont placés dans des chambres d'isolement ouvertes, et les chambres doubles sont parfois occupées par trois personnes (des lits de camp sont disponibles). L'équipe pluridisciplinaire est composée d'agents de bionettoyage, d'infirmiers et d'aides-soignants. Elle compte également deux médecins psychiatres, une cadre de santé, une psychologue à temps partiel, ainsi qu'une assistante sociale. Les soignants sont quatre par amplitude de 6h à 21h et trois la nuit.

En 2019, les règles étaient strictes au sein de cette unité, les patients ne pouvaient se déplacer librement sur l'ensemble du pavillon (l'accès aux chambres était limité) et ils n'avaient pas accès à la totalité de leurs affaires personnelles. Les téléphones portables étaient retirés au moment de l'admission et ne pouvaient être remis aux patients que lors des visites, des permissions ou au moment de la sortie d'hospitalisation. Avec une autorisation médicale tracée dans le dossier patient informatisé (DPI), les patients pouvaient passer un appel en fin d'après-midi à partir de 18h à l'aide du téléphone de service. Cette situation était à l'origine de conflits entre patients au sujet de l'ordre d'appel, mais également avec les soignants qui s'entenaient à respecter les règles de l'unité en n'autorisant qu'un appel, à condition que cela soit tracé sur le DPI.

Lors d'une réunion clinique hebdomadaire où j'étais présent en tant qu'infirmier, un des médecins ainsi que la cadre de santé de l'unité ont annoncé à l'équipe qu'au vu de la nécessité d'être en accord avec les libertés individuelles des patients, il n'était plus possible de restreindre de manière systématique l'usage des téléphones portables. Le médecin en question était alors responsable du groupe de travail institutionnel sur le respect des libertés individuelles et très investi dans la réflexion autour du sujet. La majeure partie des soignants ont alors fait part de leur incompréhension face à ce changement soudain, le médecin a expliqué que la restriction devait être justifiée et qu'elle ne pouvait en aucun cas être la norme.

Dans les jours suivants, nous avons partagé entre soignants nos doutes et craintes, notamment sur l'introduction de substances toxiques ou des enregistrements faits à notre insu. L'équipe s'est opposée à ce changement, mais le médecin et la cadre de santé, appuyés par la législation, ont imposé l'accès libre au téléphone portable. Contrairement aux aprioris, cette évolution n'a pas posé de problèmes : les patients étaient moins frustrés, les agressions verbales ont diminué, et il n'y a pas eu d'augmentation des drogues ni d'abus imprévus.

Sous l'impulsion du psychiatre et de la cadre de santé, l'unité a été la première à permettre l'accès aux téléphones portables, à ce jour les pratiques sur le centre hospitalier ont évolué mais certaines unités limitent encore l'usage de ceux-ci.

2. Réflexion

Dans cette première situation, je me demande d'abord pourquoi les règles étaient si strictes ? Ces restrictions étaient-elles justifiées par une réelle nécessité de sécurité ou bien répondaient-elles davantage à des habitudes institutionnelles ? Je me demande en quoi ces restrictions affectaient la relation thérapeutique et quels impacts avaient-elles sur les soins ?

Lors de la réunion clinique où le médecin et la cadre de santé ont annoncé ce changement important, j'ai ressenti, comme une grande partie de l'équipe, de l'incompréhension. Pourquoi ce changement nous semblait-il soudain et difficile à accepter alors qu'il s'agissait du respect du cadre légal ? Était-ce par peur d'une perte de contrôle, ou simplement parce que cela bousculait nos habitudes professionnelles ? Ce médecin, très engagé dans la défense des libertés individuelles, nous a rappelé que les restrictions devaient être justifiées. Cela m'a amené à réfléchir : avions-nous tendance à appliquer ces règles de manière automatique, sans les remettre en question suffisamment ?

L'équipe s'est majoritairement opposée à cette nouveauté. Je me demande si notre résistance était fondée sur des craintes réelles, comme l'introduction de drogues ou des abus d'usage, ou si nous étions surtout réticents face à la nouveauté et à l'inconnu. Malgré cela, ce changement a été imposé, et contre toute attente, nous n'avons pas observé les problèmes que nous avions anticipés. Les patients se sont montrés moins tendus, et les conflits, notamment les agressions verbales, ont diminué. Pourquoi n'avions-nous pas envisagé ces résultats positifs plus tôt ?

Enfin, je m'interroge sur l'impact global de cette évolution des pratiques. Pourquoi, malgré le succès de ce changement dans notre unité, certaines autres unités de l'hôpital continuent-elles à limiter l'usage des téléphones portables ? Qu'est-ce qui freine l'évolution des pratiques au sein d'une institution de soins psychiatriques ?

Ces questions me permettent de prendre du recul sur cette expérience et de mieux comprendre les enjeux de l'évolution des pratiques soignantes face à des droits individuels en milieu psychiatrique.

B. L'accès aux casiers : entre autonomie et contrôle

1. Description

La seconde situation se déroule dans la même unité d'admission fermée mais quelques années plus tard, en 2022, après avoir emménagé dans de nouveaux locaux. L'unité est maintenant de plein pied, on y retrouve une partie fermée où se trouvent les bureaux et la salle de repos du personnel et une grande partie commune où l'on retrouve des salles d'activités, trois salons distincts et un salon d'apaisement dans lequel les patients peuvent bénéficier sur demande ainsi qu'une salle à manger dans laquelle se trouvent des casiers contenant la nourriture personnelle des patients. Une grande cour est également à la disposition des usagers. Un grand couloir dessert les chambres qui sont maintenant uniquement individuelles et qui ont chacune leurs salles de bain, les patients ont chacun un badge leur permettant d'entrer dans leur chambre. Deux chambres d'isolement sont toujours présentes. Les locaux sont neufs, aérés, le mobilier est en très bon état. Durant les deux années où j'ai exercé dans ce service, plusieurs patients disaient même avoir la sensation « d'être à l'hôtel », ceux-ci conservant un souvenir de la précédente unité.

Un important turn-over des équipes avait eu lieu et il ne restait plus que quelques soignants qui étaient déjà présent dans l'ancien service. Le médecin psychiatre qui avait défendu les avancées en termes de respect des libertés individuelles avait quitté l'hôpital deux ans plus tôt.

Les pratiques en termes de libertés individuelles ont beaucoup évolué, les patients ont maintenant accès à leurs téléphones portables et leurs chambres sont accessibles toute la journée. Lors d'une réunion de fonctionnement organisée par la cadre de santé, en présence de l'équipe, des médecins et de la cadre supérieure de santé, le sujet de l'accès aux casiers contenant leurs denrées alimentaires a été évoqué, il a été question de permettre aux patients d'y accéder dès lors que le réfectoire était ouvert.

L'équipe était en majorité opposée à ce changement de pratiques, les discussions ont été houleuses, différents arguments étaient avancés, il a été question de cadre thérapeutique, à ce sujet une infirmière récemment diplômée a dit que si nous ne pouvions rien contrôler notre travail n'avait plus de sens. Il a aussi été question de

prévention de l'obésité et des risques de constipation. Il a également été dit que les patients étaient sous contrainte et que nous pouvions donc régir tous les aspects de leur vie dans l'unité. Nous étions trois anciens infirmier (sur l'unité) dont je faisais partie à être en accord avec cette évolution et à la défendre, la cadre ainsi que les médecins ont rappelé que nous ne pouvions pas généraliser les restrictions et que tous les patients n'allaient pas abuser de boissons et de biscuits aux moments des repas. Il a finalement été acté que dorénavant les usagers pourraient ouvrir leurs casiers aux moments des repas.

Durant cette période, aucun abus n'a été constaté aux repas, et cela a permis de faire de l'éducation thérapeutique, notamment sur l'importance de limiter les sucres rapides. Quelques mois plus tard, j'ai quitté ce service pour exercer comme faisant fonction cadre de santé dans une autre unité. Un collègue ayant soutenu le projet était également parti. Plus tard, j'ai appris que l'équipe avait fait pression sur la cadre pour restreindre l'accès aux casiers hors du goûter, conduisant à un retour en arrière.

2. Réflexion

Dans cette situation, plusieurs questions me viennent à l'esprit. Pourquoi l'équipe soignante, dans sa majorité, a-t-elle rejeté l'idée de laisser les patients accéder librement à leurs casiers de nourriture ? Est-ce que cette opposition était basée sur des faits concrets ou sur une crainte de perdre le contrôle ? Quel sens les soignants donnent-ils à leur travail ?

Quant à moi, pourquoi étais-je favorable à ce changement ? Quels avantages y voyais-je, tant pour les patients que pour notre pratique soignante ? Comment ai-je vécu cette confrontation avec l'équipe qui s'y opposait ? Après la mise en place de cette nouvelle règle, ai-je constaté des abus ou, au contraire, des bénéfices concrets pour les patients ? Et comment ces derniers ont-ils réagi au retour en arrière qui a suivi mon départ ?

Enfin, quelles sont les raisons profondes de ce retour en arrière ? Était-ce dû à un manque de préparation, de formation ou simplement à une résistance trop forte de l'équipe ? Ces questionnements me permettent de structurer ma réflexion et d'analyser plus finement les dynamiques en jeu dans cette situation.

C. La question des accès aux chambres en unité spécialisée

1. Description

La troisième situation se déroule dans une unité faisant partie de la plateforme autisme de l'hôpital, c'est un service d'hospitalisation à temps complet à visée régionale qui accueille des usagers n'ayant pas accès à la parole et présentant des troubles du spectre autistique. D'importants troubles du comportement sont présents et ces patients sont qualifiés de « cas complexes ». Ils sont hospitalisés en « soins libres », ce sont leurs tuteurs qui signent les papiers d'admission.

L'unité est très récente (l'emménagement a eu lieu en 2021), elle est composée de deux parties. Une partie nuit composée d'un couloir donnant l'accès sur des chambre individuelles équipées de sanitaires et une partie jour où se trouvent les bureaux, les salles d'activités, le réfectoire, les lieux de vie des patients ainsi qu'une grande cour arborée fermée et sécurisée. L'unité est prévue pour accueillir quatorze patients mais un accord tacite avec la direction autorise à ne pas dépasser douze usagers hospitalisés à la fois (en raison de la complexité des prises en soin).

L'équipe est composée d'agents de bionettoyage, d'aides-soignants, d'infirmiers, d'éducateur spécialisé, d'une psychomotricienne, d'un neuropsychologue et d'un médecin. L'effectif est de quatre soignants par amplitude (matin ou après-midi) et les éducateurs sont présents en journée. En revanche, de 21h à 6h, il n'y a que deux soignants.

Les patients présentent d'importants troubles du comportement, avec une violence quotidienne marquée par plusieurs passages à l'acte hétéro-agressifs envers soignants ou patients. Leur liberté d'aller et venir est très limitée : accès restreint à la zone de nuit et aux chambres, ces dernières étant fermées à clé lorsqu'ils s'y trouvent. Ils ne peuvent circuler librement qu'entre les salons et la cour. En tant que faisant fonction cadre, j'ai rencontré une forte opposition de l'équipe, qui refusait toute évolution par crainte pour la sécurité et la surveillance, compte tenu des passages à l'acte fréquents.

Le médecin de l'unité ne m'a pas soutenu dans cette démarche d'évolution et de mise aux normes des pratiques, il pensait que cela se justifiait au vu de l'état clinique des patients et du risque majeur de passage à l'acte hétéro-agressif.

2. Réflexion

Dans cette unité spécialisée pour des patients autistes non verbaux présentant des troubles du comportement, je me demande pourquoi les restrictions concernant la liberté de circulation sont si strictes. Est-ce uniquement pour des raisons de sécurité ou est-ce que d'autres solutions auraient pu être envisagées pour mieux respecter leur liberté, sans compromettre la surveillance ? L'unité est récente, bien équipée, mais les pratiques semblent figées. En tant que faisant fonction cadre, je m'interroge sur les raisons qui ont poussé l'équipe à s'opposer fermement à toute idée d'évolution sur ce point. Leur refus était-il justifié uniquement par des préoccupations de sécurité, ou y avait-il d'autres facteurs, comme une résistance au changement ou une appréhension face à des approches plus libérales ?

Je me demande également pourquoi le médecin de l'unité n'a pas soutenu cette démarche de mise aux normes en matière de libertés individuelles. Est-ce que son point de vue, basé sur la violence des patients, était vraiment une justification suffisante pour limiter leur liberté à ce point ? Cela amène à réfléchir sur la manière dont les décisions cliniques peuvent parfois entrer en conflit avec des principes éthiques et législatifs.

Enfin, je m'interroge sur ma propre position dans cette situation. Pourquoi étais-je convaincu qu'une plus grande liberté de mouvement serait bénéfique pour ces patients ? Avais-je des exemples ou des modèles d'autres unités où des pratiques plus souples avaient montré des résultats positifs ? Et comment aurais-je pu convaincre l'équipe, ainsi que le médecin, de considérer une approche différente ? Aurais-je dû m'appuyer sur l'institution afin d'imposer ce changement de pratiques ?

Ces questionnements me permettent de prendre du recul sur cette situation et de réfléchir à la façon d'aborder les résistances au changement, tout en tenant compte des spécificités des prises en charge complexes dans un cadre aussi spécialisé.

III. Questions soulevées par les situations observées

A. Elaboration de la question de départ

Les trois situations rencontrées montrent une forme de résistance au changement des pratiques en matière de libertés individuelles, malgré les obligations légales.

Dans la première situation, bien que l'accès libre aux téléphones portables ait été justifié légalement et éthiquement, l'équipe soignante a exprimé des préoccupations liées à la sécurité et au contrôle, montrant une résistance notable au changement.

Dans la seconde situation, l'accès libre aux casiers de nourriture a été introduit pour favoriser l'autonomie des patients, mais une partie de l'équipe a résisté, supposant que cela pourrait entraîner des abus et perturber le cadre structuré.

Enfin, dans la troisième situation, la restriction de la liberté d'aller et venir pour les patients, malgré les besoins spécifiques et les attentes en matière de droits humains, a révélé une opposition des soignants motivée par des impératifs de sécurité.

Ces exemples montrent que les soignants résistent souvent aux évolutions en matière de libertés individuelles, même lorsque ces changements sont bénéfiques ou requis par la législation. Je m'attendais à ce que les agents soient volontaires et motivés toutefois la réalité est différente.

La question de départ sera donc :

Pourquoi certains soignants sont réticents à l'évolution des pratiques en matière de libertés individuelles, alors même qu'il s'agit d'une obligation légale souvent bénéfiques pour les usagers ?

B. Formulation de la problématique

Plusieurs éléments de réponse peuvent être donnés afin de répondre à la question de départ. La réticence des soignants peut être liée à une résistance au changement et à des habitudes ancrées dans les services depuis de nombreuses années. Les soignants sont habitués à des pratiques spécifiques et ils peuvent éprouver des difficultés à adapter leurs comportements. Cette résistance pourrait aussi découler d'un manque de formation ou de sensibilisation aux avantages des nouvelles pratiques.

Des préoccupations liées à la gestion des risques et à la sécurité des patients et du personnel pourraient également expliquer cette réticence. Les soignants peuvent percevoir les changements comme des menaces potentielles, craignant que l'assouplissement des règles entraîne des abus ou des comportements non contrôlés.

Il est également possible qu'un manque de connaissance ou d'expérience sur les avantages des nouvelles pratiques expliquent cette résistance. Les soignants ne sont peut-être pas toujours informés des données qui démontrent que ces changements contribuent réellement à améliorer la qualité des soins et le bien-être des patients.

Les soignants sont préoccupés par la question de leur sécurité et c'est un facteur central qui influence leur opposition à l'évolution des pratiques. Leurs inquiétudes liées à la gestion des risques jouent un rôle important dans l'opposition aux nouvelles pratiques concernant les libertés individuelles des usagers. Ainsi, la problématique qui émerge est la suivante :

En quoi **le sentiment d'insécurité des soignants** influe-t-il sur **l'intégration des libertés individuelles dans les pratiques en psychiatrie** ?

Cette question permettra d'explorer comment ces préoccupations façonnent les pratiques et attitudes des soignants, et comment concilier sécurité et respect des droits des patients.

CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL

I. L'intégration des libertés individuelles en psychiatrie

A. De l'histoire aux enjeux actuels des libertés individuelles en psychiatrie

1. Histoire des libertés en psychiatrie : entre luttes et progrès

La liberté est la capacité d'agir selon sa volonté, tout en respectant les limites nécessaires à la vie en société. Elle ne signifie pas l'absence totale de contraintes, mais garantit à chacun d'exercer ses droits sans empiéter sur ceux des autres.

La liberté est le droit de faire ce que les lois permettent¹.

Elle repose sur un double fondement : d'une part, l'autonomie individuelle, qui permet à chacun d'agir selon ses choix, et, d'autre part, le cadre légal, qui assure une coexistence harmonieuse des libertés. Sans ce cadre, la liberté risquerait de se transformer en domination ou en chaos. En psychiatrie, les rapports entre soignants, patients et libertés individuelles reflètent cette tension entre autonomie et cadre. Ces relations, issues d'une histoire complexe, ont évolué au fil des siècles pour aboutir à la discipline moderne.

Dans les sociétés archaïques, les troubles mentaux sont souvent attribués à des forces surnaturelles. Des figures comme les chamans ou les prêtres jouent un rôle central à travers des rites destinés à apaiser ces troubles. Les aztèques utilisent des plantes psychotropes, les Incas pratiquent des trépanations pour "libérer" l'esprit, tandis qu'en Égypte antique, on retrouve des incantations et divers rituels². Durant l'Empire romain, les troubles psychiques sont associés à des causes physiologiques et spirituelles. Héritant des théories d'Hippocrate, les Romains lient la santé mentale à l'équilibre des humeurs : bile noire, bile jaune, sang et flegme. Un déséquilibre pouvait provoquer mélancolie, manie ou agitation. Ces idées influenceront la médecine occidentale pendant des siècles.³

¹ MONTESQUIEU - De l'esprit des lois – Paris : Garnier frères, 1871, p. 141.

² PELICIER (Y.) - Histoire de la psychiatrie – Vendôme : Presses universitaires de France, 1994, p. 6.

³ Ibid., p. 21.

Dès le Moyen Âge, le soin prend une orientation religieuse : la maladie mentale est perçue comme une conséquence morale, accentuant la distance entre soignants et patients. Des saignées sont pratiquées et la « tristesse paresseuse », liée au péché « d'acédie », est combattue par le travail.⁴ À la Renaissance, une vision scientifique émerge, portée par l'humanisme et les avancées médicales. Les soignants, forts de nouvelles connaissances, renforcent leur autorité, mais les rapports asymétriques persistent, le patient restant soumis à une relation de pouvoir. Bien que la médecine s'éloigne des interprétations mystiques, les malades mentaux restent perçus comme incapables de discernement, justifiant un contrôle accru de leur traitement.⁵

Par la suite, aux XVIIe et XVIIIe siècles, l'enfermement devient la norme pour contrôler les comportements déviants. Foucault évoque la notion de « prison de l'ordre moral » pour qualifier ces lieux d'enfermement où les libertés individuelles étaient quasi-inexistantes et où le travail obligatoire servait de réhabilitation⁶. Le discours suivant reflète l'approche morale et sociale dominante :

Si on a pu soumettre au jour des animaux féroces, on ne doit pas désespérer de corriger l'homme qui s'est égaré⁷.

Au XIXe siècle, la psychiatrie devient une discipline médicale avec des figures comme Philippe Pinel, tandis que Freud introduit au XXe siècle une dimension psychologique, diversifiant les approches⁸. Durant l'entre-deux-guerres, les traitements deviennent plus invasifs, avec l'usage d'électrochocs dès 1938 et de lobotomies. La Seconde Guerre mondiale marque un tournant : si les soins aux soldats progressent, les malades mentaux subissent négligences et politiques d'élimination, notamment le programme Aktion T4 en Allemagne nazie. En 1952, l'ère psychopharmacologique débute avec la chlorpromazine, amorçant une réflexion sur les droits des patients et une psychiatrie plus respectueuse des libertés⁹.

Cette évolution historique permet de mieux comprendre les transformations qui ont conduit au cadre législatif actuel, garant des libertés individuelles en psychiatrie.

⁴ PELICIER (Y.) - Histoire de la psychiatrie – Vendôme : Presses universitaires de France, 1994, p. 26.

⁵ Ibid., p. 32-40.

⁶ FOUCAULT (M.) - Histoire de la folie à l'âge classique – Paris : Gallimard, 1972, p. 89.

⁷ HOWARD (J.) - The State of the Prisons in England and Wales – Londres : William Eyres, 1777, p. 17.

⁸ PELISSIER, Op. Cit., p. 77.

⁹ Ibid, p. 117-124.

2. Lois et libertés : le socle juridique de la psychiatrie moderne

À la fin du XX^e siècle, l'évolution des mentalités et la demande de respect des libertés individuelles ont rendu nécessaire d'élaborer un cadre juridique clair pour les soins en santé mentale. Ce cadre vise à concilier protection des patients et respect de leurs droits.

C'est en 1990 que la modernisation de la psychiatrie franchit un cap important avec la loi n°90-527, portée par Claude Evin, qui remplace la loi du 30 juin 1838. Ce texte établit une distinction majeure entre hospitalisation libre et soins sous contrainte, encadrés par des garanties administratives strictes.¹⁰ La même année, une circulaire indique que la psychiatrie doit être évaluée, ce qui permet le développement de la démarche qualité¹¹.

Avec la loi n°2002-303 du 4 mars, dite « loi Kouchner », les libertés individuelles en psychiatrie prennent une nouvelle dimension. En affirmant le principe de consentement libre et éclairé, ce texte établit des bases éthiques essentielles pour la pratique quotidienne, comme l'obligation d'informer les patients sur leurs droits¹².

Depuis sa création en 2004, la Haute Autorité de Santé évalue entre autres le respect de la dignité, de l'intimité et de l'autonomie des patients. Par exemple, les restrictions sur l'accès à certaines zones de l'établissement sont scrutées pour s'assurer qu'elles respectent le cadre légal et éthique¹³. « Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité. » est d'ailleurs un critère impératif à la certification d'un établissement. Cette approche standardisée est toutefois remise en cause, tant par les acteurs de terrain que par les politiques, en raison de son inadaptation aux spécificités des soins psychiatriques¹⁴.

Dans la continuité des avancées législatives, la circulaire n° 2006-90 de 2006 précise les modalités concrètes de respect des droits des patients dans les établissements de santé. Emise par la Direction de l'Hospitalisation et de

¹⁰ Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation – JO du 30 juin 1990.

¹¹ Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de la santé mentale – JO du 3 avril 1990

¹² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – JO du 5 mars 2002.

¹³ Evaluation du respect des droits du patient, Portail National de la HAS, [www.has-sante.fr], consulté le 16 novembre 2024.

¹⁴ Rapport d'information de la commission des affaires sociales sur la prise en charge des urgences psychiatriques, Portail de l'Assemblée nationale, [www.assemblee-nationale.fr], consulté le 20 février 2025.

l'Organisation des Soins (DHOS), elle met à jour la Charte de la personne hospitalisée, rappelant les droits fondamentaux des patients, y compris leur dignité et leur intimité. L'article IX de cette charte souligne particulièrement le droit des patients à la confidentialité de leur courrier et de leurs communications téléphoniques, un point essentiel en psychiatrie où ces libertés peuvent parfois être restreintes.¹⁵

L'année 2007 marque une avancée majeure avec la création du CGLPL, impulsée par Rachida Dati. Cet organe indépendant a pour mission de garantir le respect des droits fondamentaux dans les établissements psychiatriques, notamment en émettant des recommandations pour encadrer des pratiques souvent jugées attentatoires aux libertés.¹⁶ Il critique les usages abusifs de l'isolement et de la contention, mais aussi les restrictions disproportionnées, on retrouve par exemple dans l'un des rapports de visite d'un hôpital psychiatrique :

Recommandation 20 : La liberté d'aller et venir des patients hospitalisés en soins libres doit être pleinement garantie¹⁷.

A ce sujet, lors d'une restitution à la suite du contrôle d'un hôpital psychiatrique en décembre 2024, un représentant du CGLPL précisera d'ailleurs que la liberté d'aller et venir concerne tous les patients et que seule la clinique doit primer et non le statut (soins libres ou sans consentement) du patient¹⁸.

Reconnaître les troubles psychiques comme un handicap fut une avancée majeure de la loi n°2005-102 du 11 février, portée par Philippe Douste-Blazy. Ce texte renforce les droits des personnes concernées, notamment en garantissant une autonomie accrue.¹⁹ En psychiatrie, cette autonomie inclut l'accès aux biens personnels et une prise en charge adaptée, même dans des situations de soins sous contrainte. La non-application de ces principes (par exemple, verrouiller l'accès à la nourriture ou aux chambres) constitue une tension entre la protection des patients et leurs libertés.

Face à la nécessité de mieux encadrer les hospitalisations sans consentement, une avancée législative majeure intervient en 2011 avec la création du contrôle

¹⁵ Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée - BO Santé avril 2006.

¹⁶ Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté – JO du 31 octobre 2007.

¹⁷ Rapport de la troisième visite du centre hospitalier de Mayotte, Portail du CGLPL, [www.cgpl.fr], consultée le 15 février 2025.

¹⁸ Centre hospitalier Restitution de visite par M. X., contrôleur du CGLPL, le 13 décembre 2024.

¹⁹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et liens vers les décrets d'application - JO du 12 février 2005.

judiciaire par le juge de la liberté et de la détention (JLD). Son intervention vise à prévenir les abus, tout en limitant les atteintes injustifiées à la liberté individuelle.²⁰

À ces textes s'ajoutent des engagements internationaux comme la Convention relative aux droits des personnes handicapées de 2006 de l'Organisation des Nations Unies (ONU)²¹ ou la Charte européenne des droits des patients (2002)²². Ces textes rappellent que toute privation ou restriction des libertés individuelles doit être individualisée, proportionnée, temporaire et strictement justifiée. De plus, ces engagements internationaux influencent directement les pratiques nationales en instaurant des standards que les établissements de santé doivent intégrer, notamment en matière de respect des droits fondamentaux et d'autonomie des patients.

Enfin, les droits fondamentaux, inscrits dans le bloc de constitutionnalité, trouvent leur fondement dans la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen (DDHC) de 1789, qui proclame dès son premier article l'égalité et la liberté de tous les individus. En psychiatrie, ces principes s'imposent avec une force particulière, car ils encadrent toute mesure restrictive pouvant affecter les patients. L'article 4 de la DDHC définit la liberté comme le fait de pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui, une définition qui rappelle que même en cas de soins sous contrainte, toute atteinte aux libertés des patients doit être limitée à ce qui est strictement nécessaire²³.

*Nous partons du principe que l'obligation de soins sans consentement n'emporte pas d'autres conséquences que l'obligation de séjourner dans un hôpital.*²⁴

Les mesures restrictives doivent rester exceptionnelles, justifiées par une nécessité médicale ou sécuritaire, et proportionnées. Toute atteinte aux libertés individuelles doit être limitée au strict nécessaire, dans le respect de la dignité humaine. Si le cadre légal garantit ces principes, leur application sur le terrain reste à examiner.

²⁰ Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge – JO du 6 juillet 2011.

²¹ Convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies – Nations Unies, 13 décembre 2006.

²² Charte européenne des droits des patients, Portail active Citizenship Network, [www.activecitizenship.net], consulté le 18 novembre 2024.

²³ Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, adoptée par l'Assemblée nationale constituante le 26 août 1789.

²⁴ Cf. Entretien avec M. Ferragne (A.), Secrétaire général du CGLPL, 4 février 2025, en annexe N°2, p. 144.

3. Respect des droits en psychiatrie : une mise en œuvre inégale

a. Un constat mitigé

Les libertés individuelles des patients constituent un pilier fondamental du cadre légal et éthique en psychiatrie. Cependant, leur application concrète au sein des établissements reste sujette à question. Afin de déterminer si les pratiques dans les différents hôpitaux psychiatriques de France sont conformes aux lois et recommandations, une analyse des 24 rapports publiés en 2023 par le CGLPL²⁵ a été réalisée dans le cadre de ce travail. Cette analyse s'est focalisée sur trois thématiques : l'accès à la nourriture, au téléphone portable et à la liberté d'aller et venir,²⁶ en lien direct avec les situations décrites précédemment.

L'analyse révèle que treize des vingt-quatre établissements interdisent aux patients de conserver des denrées dans leur chambre, dont trois placent cette gestion sous le contrôle total des soignants. Bien que des recommandations soient parfois absentes, le CGLPL insiste sur l'importance de ne pas généraliser l'interdiction.

Concernant les téléphones portables, treize établissements restreignent l'accès, certains les retirant systématiquement ou conditionnant leur usage à une autorisation médicale. Le CGLPL rappelle que ces restrictions ne doivent pas être la norme et doivent être justifiées par l'état clinique du patient.

Enfin, 88% établissements limitent la liberté d'aller et venir, avec dix-sept qui imposent des autorisations pour circuler ou l'accord des soignants. Dans deux cas, les patients ne pouvaient quitter leur chambre la nuit, et dans deux UMD, la liberté était jugée « trop encadrée ». Le CGLPL insiste sur la garantie de cette liberté pour les patients en soins libres.

Ces disparités dans l'application des droits des patients ne relèvent pas d'un simple manque de conformité aux textes, mais trouvent leurs origines dans des dynamiques institutionnelles, culturelles et professionnelles spécifiques à chaque établissement.

²⁵ Rapports année 2023, Portail du CGLPL, [www.cglpl.fr], consulté le 10 décembre 2024.

²⁶ Cf. analyse en annexe N°1, p. 141.

b. Une amorce d'explication

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les différences dans l'application des droits des patients au sein du territoire.

D'une part, les différences entre les pratiques des établissements psychiatriques résultent souvent des choix des équipes médicales et des orientations portées par les psychiatres en poste. Comme le souligne M. Ferragne, secrétaire général du CGLPL, les pratiques cliniques en psychiatrie sont fortement influencées par la conception que chaque psychiatre a du soin et des besoins du patient :

Et puis vous avez maintenant, c'est plus inquiétant, des psychiatres qui intègrent pleinement leur rôle sécuritaire... qui pensent que leur rôle est d'assurer la sécurité de la nation, ce qui n'est pas le cas²⁷...

Certains privilégient une approche protectrice avec des restrictions plus importantes, alors que d'autres ont une vision plus axée sur l'autonomie du patient.

Ces disparités dans l'application des droits des patients ne reflètent pas seulement des différences locales entre établissements. Elles s'inscrivent aussi dans une dynamique où l'influence des autorités administratives, notamment des préfets, joue un rôle important. En effet, on observe un retour marqué de la psychiatrie sécuritaire, souvent sous contrainte, avec des préfets imposant des mesures de précaution aux hôpitaux, renforçant ainsi des logiques de restriction. Ce phénomène interroge la capacité du système psychiatrique à résister à ces pressions, d'autant que les établissements se montrent plus réactifs face aux mesures contraignantes qu'à la garantie des droits fondamentaux²⁸.

Par ailleurs, cette dynamique s'inscrit dans un contexte plus large de dégradation de la qualité des parcours de soins. Le manque de ressources, l'insuffisance de dispositifs alternatifs et la saturation des services entravent l'accès à une prise en charge précoce et adaptée. Cette situation contribue à une augmentation des soins sans consentement et des mesures restrictives, traduisant ainsi une approche de plus en plus contrainte de la psychiatrie²⁹. Ce phénomène interroge d'autant plus la

²⁷ Cf. Entretien avec M. Ferragne (A.), en annexe N°2, p. 147.

²⁸ Ibid.

²⁹ Rapport d'information de la commission des affaires sociales sur la prise en charge des urgences psychiatriques, Portail de l'Assemblée nationale, www.assemblee-nationale.fr, consulté le 20 février 2025.

capacité du système à garantir le respect des libertés individuelles dans un cadre thérapeutique adapté.

Ces disparités dans l'application des droits des patients ne s'expliquent pas uniquement par les orientations médicales ou les pressions administratives, mais également par des différences structurelles entre les établissements. Mme Dubré-Chirat, députée ayant contribué à un rapport parlementaire sur les urgences en psychiatrie sorti en décembre 2024, souligne que la constitution des équipes soignantes joue un rôle déterminant dans l'usage des mesures coercitives. Elle observe que certaines unités, disposant d'effectifs suffisants et d'un personnel formé, ont largement réduit leur recours à l'isolement et à la contention, contrairement à d'autres établissements où ces pratiques demeurent fréquentes :

Là, on a vu quand même un rapport extrêmement différent entre les unités qui pratiquaient absolument, quasiment plus de contention et puis d'autres qui en abusaient. Et en fait, le lien qu'on a pu faire c'est vraiment quand on a une équipe médicale, paramédicale, constituée, formée, en nombre, on opte beaucoup moins pour la contention parce qu'on a une approche du patient beaucoup plus adaptée et immédiate.³⁰

Cette analyse rejoint les constats du CGLPL, qui souligne que le recours excessif aux mesures restrictives est souvent lié à des contraintes organisationnelles plutôt qu'à une nécessité clinique. Ainsi, le non-respect des droits des patients en psychiatrie ne découle pas uniquement d'une volonté sécuritaire, mais s'inscrit également dans une logique institutionnelle où le manque de moyens et d'alternatives thérapeutiques influence directement les pratiques des soignants.

Ainsi, l'analyse montre que les libertés individuelles des patients sont peu respectées, et ce de manière globale en France. Bien que les lois et recommandations visent à renforcer ces droits, elles ne prennent pas toujours en compte les conditions d'évolution sur le terrain ni leurs conséquences sur les pratiques des soignants et la prise en charge des patients. Cela soulève donc la question de l'impact de l'évolution des libertés individuelles sur les pratiques et les patients.

³⁰ Cf. Entretien avec Mme Dubré-Chirat, Députée et rédactrice du rapport d'information sur la prise en charge aux urgences psychiatriques, 22 février 2025, en annexe N°2, p. 162.

4. Quand les libertés évoluent : conséquences pour la psychiatrie

a. Impacts sur les soignants

Les avancées législatives et éthiques dans le domaine de la psychiatrie ont permis de garantir des libertés fondamentales pour les patients. Cependant, ces évolutions influencent profondément les pratiques soignantes et la prise en charge, posant de nouvelles exigences aux professionnels de santé. Si les soignants doivent faire face à des défis organisationnels, les patients, quant à eux, ressentent ces changements à la fois comme des avancées et des contraintes, qu'il est important d'examiner.

L'évolution des libertés individuelles en psychiatrie a engendré divers effets sur les équipes de soin. Comme pour toute transformation, un temps d'adaptation est nécessaire pour intégrer de nouvelles pratiques et répondre aux contraintes légales croissantes. Cette évolution implique notamment des ajustements organisationnels.

La loi du 5 juillet 2011, en renforçant les droits des patients, a alourdi la charge administrative des soignants, notamment avec l'organisation des audiences du JLD. Ces nouvelles missions, perçues comme chronophages et secondaires par rapport aux activités thérapeutiques, ont aussi affecté leur qualité de vie au travail, générant parfois frustration et éloignement des missions initiales centrées sur le soin.³¹

L'ouverture des services de psychiatrie a également apporté des bénéfices pour les professionnels de santé. En étant libérés de tâches répétitives, telles que l'ouverture des serrures à la demande des patients, ils ont pu se concentrer sur des missions plus enrichissantes. Bien que cette évolution ait d'abord suscité des réticences, elle a souvent amélioré le climat des unités. Comme le souligne le Dr. Najman, certaines infirmières, initialement sceptiques, sont devenues de ferventes défenseuses de ce fonctionnement, témoignant de ses effets positifs sur l'ambiance générale et les pratiques professionnelles.³²

L'autorisation de l'usage du téléphone portable en psychiatrie illustre les défis posés par l'évolution des libertés individuelles. Si cette mesure renforce le droit des patients à communiquer avec leurs proches, elle soulève des difficultés pour les soignants : risque de violation de confidentialité, introduction de contenus inappropriés

³¹ BEDOLIS (K.) et al. - Impact de la loi du 5 juillet 2011 réformant les modalités d'admission en soins sans consentement des personnes atteintes de troubles psychiques sur les droits des usagers et les pratiques en psychiatrie - Mémoire en santé publique : EHESP, 2013, p. 18.

³² NAJMAN (T.) - Lieu d'asile – Manifeste pour une autre psychiatrie – Paris : Odile Jacob, 2015, p. 48.

et perturbation du cadre thérapeutique. Ces ajustements, perçus comme une perte de contrôle, témoignent des tensions entre le respect des droits des patients et les contraintes institutionnelles.³³

Le respect de la liberté d'aller et venir constitue un autre défi pour les équipes soignantes en psychiatrie, suscitant de vives inquiétudes parmi les professionnels. Si les avancées législatives et éthiques encouragent à garantir cette liberté, elle est souvent perçue par les soignants comme une source de risques accrus. La crainte principale repose sur l'éventualité de fugues ou d'incidents graves, tels que des suicides, pouvant survenir hors de l'unité et engager leur responsabilité juridique. Ces préoccupations, bien que compréhensibles, sont parfois alimentées par des préjugés ou des scénarios catastrophiques non fondés sur des données rationnelles. De plus, le sentiment de perte de contrôle sur l'environnement des patients, combiné à d'importantes responsabilités, renforce le sentiment d'insécurité au sein des équipes.³⁴

Au-delà des effets individuels sur les soignants, ces évolutions législatives et pratiques impactent également la cohésion et les dynamiques au sein des équipes. Si elles ont parfois généré des tensions, notamment face à des remises en question de pratiques établies, elles ont aussi favorisé l'émergence d'une culture commune centrée sur le respect des libertés individuelles.³⁵ Ces transformations ont incité les professionnels à échanger davantage et à réfléchir collectivement autour des droits des patients, renforçant ainsi les repères partagés au sein des équipes.

En travaillant ensemble pour intégrer ces nouvelles normes, les soignants participent à une construction collective qui aligne les pratiques quotidiennes avec les exigences éthiques et légales. Ce processus contribue à la mise en place d'une identité professionnelle plus unifiée, malgré les résistances initiales. Si ces évolutions ont entraîné des transformations importantes pour les équipes, il est tout aussi crucial d'examiner comment elles ont été perçues et vécues par les patients, tant dans les bénéfices qu'elles apportent que dans les limites qu'elles révèlent.

³³ PECHILLON (E.) et DUJARDIN (V.) - L'usage du téléphone portable en psychiatrie - Santé mentale, aout 2016, p. 45.

³⁴ NAJMAN (T.) - La liberté, une dimension du soin - PRATIQUES en santé mentale, n°3, 2016, p. 12.

³⁵ BEDOLIS (K.) et al. - Impact de la loi du 5 juillet 2011 réformant les modalités d'admission en soins sans consentement des personnes atteintes de troubles psychiques sur les droits des usagers et les pratiques en psychiatrie - Mémoire santé publique : EHESP, 2013, p. 21-22.

b. Impact sur les patients

Ces évolutions législatives ont fait du patient un acteur de son parcours de soin. L'ouverture des services et sa responsabilisation l'ont sorti d'une posture passive où il subissait ses symptômes et les décisions médicales. Il est désormais encouragé à s'engager dans son rétablissement et à élaborer son projet de soins³⁶.

L'assouplissement des restrictions, comme l'accès aux téléphones ou la réduction de l'isolement, favorise l'implication des patients. Des représentantes des usagers interviewées dans le cadre de ce travail de recherche constatent qu'un élargissement progressif des libertés renforce leur adhésion aux soins et leur rétablissement³⁷. Pourtant, certaines structures appliquent encore des règles trop strictes, alimentant un sentiment d'infantilisation comme le souligne une ancienne patiente aujourd'hui bénévole à l'UNAFAM :

*On se sent coupable d'une pathologie, alors qu'on est victime.*³⁸

Cette perception souligne la nécessité de traduire législatives en changements concrets dans les unités.

Les retours de patients montrent que l'augmentation de certaines libertés, comme un accès plus large aux espaces communs et une plus grande autonomie dans la gestion de leur quotidien, peut favoriser une amélioration du climat relationnel avec les soignants. En réduisant les tensions liées aux frustrations, ces évolutions permettent d'instaurer une dynamique plus collaborative et de limiter les confrontations, notamment autour des restrictions imposées auparavant sans réelle justification thérapeutique³⁹. Là où les pratiques ont évolué vers un plus grand respect des libertés, les conflits entre soignants et patients tendent à diminuer. En revanche, les restrictions perçues comme arbitraires continuent d'alimenter un fort ressentiment comme le décrit une représentante des usagers :

*Les patients qui ont vécu la contention sont en colère contre les équipes, ils ne comprennent pas le but*⁴⁰.

³⁶ IHOUT (S.) - Approche comparative des soins psychiatriques et des libertés individuelles des patients en droit français et anglo-américain - Thèse de doctorat en droit : Université Paris 8, 2019, p. 552.

³⁷ Cf. Entretien avec deux représentantes de l'UNAFAM, 24 février 2025, en annexe N°2, p. 175.

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid. p. 176.

Ce témoignage souligne que si la réduction des mesures coercitives permet d'apaiser les tensions, leur maintien sans justification claire peut au contraire détériorer la relation soignant-soigné et freiner l'adhésion aux soins.

Enfin, l'intervention du JLD, bien qu'ayant pour objectif de renforcer les droits des patients, est parfois perçue de manière négative par ces derniers.

Je ne comprends pas à quoi ça sert, c'est à la va-vite, c'est juste une mesure qui est mise en place et qui n'apporte strictement rien.⁴¹

Certains patients, encore vulnérables ou non stabilisés, ne comprennent pas pleinement le rôle de ces audiences et les interprètent comme une forme de sanction, renforçant ainsi leur sentiment de stigmatisation. Cette mesure, bien qu'innovante, révèle les limites d'une approche uniforme face à la diversité des situations cliniques⁴².

L'évolution vers une prise en compte plus individualisée des restrictions et une application plus souple des règles permet également d'adapter les soins en fonction des besoins spécifiques de chaque patient. Ainsi, des dispositifs comme les directives anticipées en psychiatrie ou plan de prévention partagé⁴³, offrent aux patients la possibilité d'exprimer leurs préférences en amont d'une hospitalisation sous contrainte, renforçant ainsi leur participation active aux décisions les concernant. Cette évolution des pratiques vise à prévenir les conflits et à renforcer le dialogue entre soignants et patients, elles sont appréciées des patients et de leur entourage :

Les directives anticipées en psychiatrie peuvent permettre d'éviter l'hospitalisation sous contrainte.⁴⁴

Ainsi, en intégrant davantage les préférences des patients dans les décisions de soins, ces dispositifs participent à un changement profond des relations entre usagers et professionnels de santé, en instaurant une démarche plus concertée et respectueuse.

Cette analyse des impacts invite désormais à approfondir les mécanismes et les enjeux liés à l'intégration des libertés individuelles dans les pratiques psychiatriques, afin de mieux concilier droits des patients et réalités institutionnelles.

⁴¹ Cf. Entretien avec deux représentantes de l'UNAFAM, en annexe N°2, p. 175.

⁴² VACHERON (M.-N.) et LAQUEILLE (X.) - L'admission en soins psychiatriques sous contrainte : apports et limites de la loi du 5 juillet 2011 - *Laennec*, vol. 60, n°1, 2012, p. 20.

⁴³ Plan de prévention partagé, *Portail de la HAS*, [www.has-sante.fr], consulté le 20 mars 2025.

⁴⁴ Op. Cit. Entretien UNAFAM p. 178.

B. Intégrer les libertés individuelles : une approche conceptuelle et pratique

1. Les fondements conceptuels de l'intégration des libertés individuelles

Afin de comprendre les enjeux liés à l'intégration des libertés individuelles il convient dans un premier temps de définir le terme d'intégration. Etymologiquement, le mot provient du latin *integrare* qui veut dire renouveler, rendre entier⁴⁵, on peut donc y retrouver deux notions importantes dont il sera question par la suite : le changement et la complétude, c'est-à-dire le processus par lequel une unité ou un système devient entier et cohérent en intégrant des éléments nouveaux.

Cette idée d'intégration se décline différemment selon les disciplines, chacune y apportant une nuance spécifique. En sociologie, Durkheim utilisait ce terme afin de décrire « les interactions entre individus, leur conformation à un modèle uniformisé de passions et l'adoption d'idéaux semblables et de représentations communes »⁴⁶, on y retrouve donc la notion **de mise en commun**. L'intégration en économie sert à qualifier le processus d'**unification** des marchés entre plusieurs pays⁴⁷ tandis qu'en physique, cela définit l'**assemblage** de plusieurs variables, par exemple, il est possible d'intégrer une vitesse à d'autres données pour déterminer une distance parcourue.

Au sens large, l'intégration peut être définie comme « une opération par laquelle on rend interdépendants différents éléments qui étaient dissociés au départ en vue de les faire fonctionner d'une manière articulée dans un but donné ».⁴⁸ Cette définition est cependant abstraite. Elle ne précise pas les contextes spécifiques dans lesquels l'intégration s'opère. Dans le cadre de ce travail de recherche, la définition qui paraît la plus pertinente est certainement celle utilisée en sciences de l'éducation :

*L'intégration des savoirs désigne ici le processus par lequel un élève greffe un nouveau savoir à ses savoirs antérieurs, restructure en conséquence son univers intérieur et applique à de nouvelles situations concrètes les savoirs acquis.*⁴⁹

⁴⁵ DAUZAT (A.), DUBOIS (J.) et MITTERRAND (H.) - Dictionnaire étymologique Larousse – Evreux : Hérissé, 1982, p. 393.

⁴⁶ Cité par LALLEMENT (M.) - Le travail : une sociologie contemporaine – Paris : Gallimard, 2007, p. 30.

⁴⁷ Intégration, Portail Glossaire international, [www.glossaire-international.com], consulté le 18 novembre 2024.

⁴⁸ ROEGIERS (X.) - La pédagogie de l'intégration - Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2010, p. 22.

⁴⁹ BORDAGE (J.) et PROULX (J.) - L'intégration des savoirs au secondaire : au cœur de la réussite éducative - Sainte-Foy : Direction des communications du Conseil supérieur de l'éducation, 1990, p. 5.

Cette définition, centrée sur le processus d'apprentissage, reflète parfaitement les enjeux de ce travail, où l'intégration est envisagée comme un vecteur de transformation et d'évolution des savoirs et des pratiques. En effet, l'intégration des savoirs constitue un enjeu éducatif majeur, reposant sur un processus en trois étapes successives qui permettent à l'apprenant non seulement d'acquérir de nouvelles connaissances, mais aussi de les rendre fonctionnelles et transférables à d'autres contextes.⁵⁰

L'ajout d'un nouveau savoir correspond à l'acquisition brute d'une information ou d'un concept. L'apprenant entre en contact avec un contenu inédit qui vient enrichir son répertoire cognitif. À ce stade, l'information est souvent mémorisée sans être immédiatement reliée aux connaissances antérieures

La réorganisation des connaissances est l'étape durant laquelle le savoir acquis commence à s'intégrer dans la structure cognitive de l'apprenant. Ce dernier établit des liens entre l'information nouvelle et ses connaissances antérieures, réorganisant ainsi sa compréhension du sujet. Cette phase implique une réflexion active, où l'apprenant questionne, compare et assimile.

Enfin, le transfert marque l'aboutissement du processus d'intégration : l'apprenant est capable d'appliquer le savoir acquis dans des contextes variés, parfois très différents de celui dans lequel il a initialement appris. Ce transfert prouve que l'apprenant a intégré non seulement l'information, mais aussi les mécanismes qui lui permettent de l'utiliser de manière autonome.

L'intégration des libertés individuelles en psychiatrie, tout comme l'intégration des savoirs, est un processus progressif et dynamique. Elle repose sur l'acquisition de connaissances juridiques, éthiques et pratiques par les soignants, mais aussi sur leur capacité à les assimiler et à les adapter aux spécificités des patients. Ce processus dépasse toutefois le cadre individuel pour s'inscrire dans une dynamique collective au sein des équipes pluridisciplinaires. C'est en mobilisant leurs ressources personnelles et en s'appuyant sur des mécanismes clés que les professionnels peuvent répondre aux enjeux liés à ces libertés.

⁵⁰ CONSEIL SUPERIEUR DE L'EDUCATION - L'intégration des savoirs : un enjeu éducatif fondamental - Pédagogie collégiale, volume 5, septembre 1991, p. 1-2.

2. Dynamique et processus d'intégration des libertés individuelles

Dans le cadre de l'intégration des libertés individuelles en milieu psychiatrique, la mobilisation des ressources par les soignants repose, en premier lieu, sur la réception et la maîtrise des savoirs nécessaires. Ce socle essentiel détermine leur capacité à agir efficacement et à répondre aux exigences des situations complexes. Trois facteurs interconnectés interviennent de manière décisive dans les processus de mise en pratique : les représentations des situations ou des problèmes à traiter, l'image de soi du professionnel, et les schèmes mobilisés pour orienter l'action.

Les représentations influencent profondément la manière dont les soignants perçoivent et intègrent les libertés individuelles en psychiatrie. Ces représentations collectives traduisent des croyances, des valeurs et des normes partagées qui structurent la réalité professionnelle et orientent les pratiques quotidiennes.

Si l'on peut dire, à certains égards, que les représentations collectives sont extérieures aux consciences individuelles, c'est qu'elles ne dérivent pas des individus pris isolément, mais de leur concours ; ce qui est bien différent.⁵¹

En psychiatrie, les représentations des libertés individuelles sont façonnées par les normes de l'équipe et les expériences partagées. Elles évoluent avec le temps et les contextes institutionnels. Une vision perçue comme menaçante peut freiner l'ouverture aux libertés, mais des réflexions collectives et des échanges permettent de déconstruire ces croyances et de les adapter aux réalités actuelles.

La vie collective est un moteur de transformation : les discussions et les ajustements entre les membres d'un groupe permettent de dépasser les résistances initiales.⁵² C'est ainsi que les représentations peuvent devenir des leviers pour intégrer les libertés individuelles dans les soins, tout en répondant aux exigences éthiques et institutionnelles.

L'image de soi des soignants joue un rôle clef dans l'intégration des libertés individuelles en psychiatrie. Le sentiment d'efficacité personnelle, défini comme la croyance en sa capacité à organiser et exécuter des actions face à des situations complexes, influence directement les comportements.⁵³ Une perception positive

⁵¹ DURKHEIM, (É.) - Représentations individuelles et représentations collectives - Revue de Métaphysique et de Morale, Tome 6 n° 3, 1898, p. 295.

⁵² Ibid., p. 300.

⁵³ BANDURA, (A.) - Self-Efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change - Psychological Review, volume 84, numéro 2, 1977, p. 193.

renforce l'adoption de nouvelles pratiques, tandis qu'un manque de confiance peut engendrer des comportements d'évitement ou un recours excessif à des mesures restrictives⁵⁴.

Le sentiment d'efficacité personnelle peut être influencé par divers facteurs, tels que les expériences passées ou les perceptions individuelles.⁵⁵ Lorsqu'il est renforcé, il permet aux soignants d'arbitrer plus sereinement entre sécurité et respect des libertés, favorisant des pratiques adaptées et respectueuses.

Les schèmes, concept introduit par Jean Piaget, désignent des structures mentales qui organisent les connaissances et orientent les actions en s'appuyant sur des routines cognitives stabilisées.⁵⁶ En psychiatrie, ces schèmes se forment à partir des expériences accumulées et des normes institutionnelles, offrant aux soignants des repères pour gérer les situations récurrentes de leur pratique.

Toutefois, ces schèmes, adaptés à certains contextes, peuvent devenir un frein lorsqu'ils sont ancrés dans des environnements marqués par des restrictions importantes, comme le verrouillage systématique des portes ou la limitation des libertés des patients. Ils influencent alors la manière dont les soignants perçoivent et réagissent aux évolutions légales ou éthiques, risquant de maintenir des pratiques déconnectées des attentes actuelles en matière de respect des libertés individuelles.

Bien que profondément enracinés, ces schèmes ne sont pas immuables et évoluent avec les situations rencontrées, mettant en lumière leur rôle clé dans la capacité des soignants à s'adapter aux transformations du cadre institutionnel et social.

Ces trois mécanismes forment un socle essentiel pour l'intégration des libertés individuelles. Cependant, cette dynamique demeure fragile, car elle s'inscrit dans un environnement où des obstacles, tant structurels que culturels, peuvent entraver ou ralentir ce processus. Une analyse des limites à cette intégration permettra ainsi de mieux comprendre les tensions et les freins auxquels les soignants sont confrontés.

⁵⁴ BANDURA, (A.) - Self-Efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change - Psychological Review, Volume 84, N° 2, 1977, p. 194.

⁵⁵ Ibid., p. 195-197.

⁵⁶ PIAGET, (J.) - La naissance de l'intelligence chez l'enfant – Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1936 p. 11-13.

3. Les freins à l'intégration de libertés individuelles

Trois grandes catégories d'obstacles peuvent freiner l'intégration des libertés individuelles en psychiatrie, à savoir structurels, culturels et individuels. Chacun exercerait une influence sur les pratiques soignantes.

Parmi les limites structurelles, le manque de ressources peut constituer un frein majeur. Les établissements psychiatriques souffrent souvent de sous-effectifs et d'infrastructures inadaptées, ce qui peut conduire les soignants à ne pas prioriser les libertés des patients⁵⁷. Les normes institutionnelles rigides, axées sur la gestion des risques, limitent souvent la flexibilité nécessaire pour répondre aux besoins spécifiques des patients⁵⁸. La répartition parfois floue des rôles au sein des équipes pluridisciplinaires rend difficile l'application de pratiques cohérentes et respectueuses des libertés individuelles. Cette fragmentation des responsabilités peut même entraîner des incohérences dans la prise en charge des patients si les avis sont trop divergents au sein d'une même équipe⁵⁹.

Sur le plan culturel, les résistances au changement représentent un autre obstacle. Elle peut être définie comme la capacité des individus à s'opposer à des projets de réforme au sein des organisations, par des comportements variés tels que le déni, l'indifférence ou encore l'opposition active.⁶⁰ Les habitudes ancrées, parfois justifiées par des décennies de pratiques, rendent difficile l'adoption de nouvelles approches, perçues comme une menace pour la sécurité ou l'autorité des professionnels.

Si les soignants et les directeurs d'hôpitaux décident de fermer les portes des services hospitaliers et d'entraver la liberté d'aller et venir des patients, cela relève de plusieurs motifs. Chacun de ces motifs est sous-tendu par des préjugés non fondés rationnellement.⁶¹

Ces résistances sont souvent nourries par des représentations collectives négatives. Par ailleurs, des clivages générationnels peuvent exacerber les tensions : les jeunes professionnels, formés dans un cadre valorisant les droits des patients, se

⁵⁷ Rapport annuel 2022, Portail du CGLPL, [www.cglpl.fr], consulté le 13 janvier 2025.

⁵⁸ SEBAI (J.), YATIM (F.) - Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe - Santé publique, Volume 30, N°4, 2018, p. 521.

⁵⁹ CONSTANTINO (C.) - Les enjeux de la pluridisciplinarité - Cliniques Paroles de praticiens en institution, N°3, 2012, p. 14.

⁶⁰ SOPARNOT (R.) - Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus - Revue Recherches en Sciences de Gestion, n°97, 2012, p. 26.

⁶¹ NAJMAN (T.) - La liberté, une dimension du soin - Pratiques en santé mentale, volume 62, N°3, 2016, p. 12.

heurtent parfois à des collègues plus expérimentés, attachés à des approches traditionnelles.

Enfin, les limites individuelles jouent un rôle significatif. Le manque de compétences ou de formation sur les aspects juridiques, éthiques ou pratiques des libertés individuelles peut engendrer un inconfort, voire un évitement, chez certains soignants face à des situations complexes. Par ailleurs, la charge émotionnelle liée à la prise en charge de patients en détresse peut influencer les pratiques, conduisant parfois à des choix moins adaptés :

Cette charge émotionnelle est donc en partie attribuable à la nature même du travail, un travail du prendre soin (care), mais elle peut être exacerbée par des conditions de travail qui l'amplifient (ex. : l'incapacité de répondre aux exigences éthiques de la profession), le soignant n'arrivant plus à réaliser adéquatement le travail qu'il devrait d'emblée effectuer (le travail prescrit) et encore moins de le faire à la hauteur de ses propres attentes.⁶²

De plus, la perception du rôle professionnel, parfois teintée d'autoritarisme ou de paternalisme⁶³, peut éloigner certains soignants des pratiques favorisant le respect des libertés individuelles.

Ainsi, ces obstacles, qu'ils soient structurels, culturels ou individuels, soulignent la complexité de l'intégration des libertés individuelles en psychiatrie. Il peut toutefois être limitant de tenter d'expliquer ou de justifier des pratiques qui n'ont plus lieu d'être, car, comme l'explique André Ferragne, secrétaire général du CGLPL, interrogé dans le cadre de ce travail de recherche, le respect des droits des patients ne dépend pas du contexte ou des contraintes organisationnelles, mais d'une volonté institutionnelle d'évolution. Si certains établissements parviennent à limiter voire supprimer certaines restrictions, d'autres continuent à les justifier par des arguments sécuritaires ou administratifs qui ne reposent sur aucun fondement démontré⁶⁴.

Ainsi, au lieu de chercher des explications à ces pratiques, il semble plus pertinent de s'interroger sur les leviers concrets permettant leur disparition effective.

⁶² FEILLOU (I.) et JAUVIN (N.) - La charge émotionnelle des soignants - CHU de Québec, avril 2023, [www.chudequebec.ca] (page consultée le 12 janvier 2025).

⁶³ DELASSUS (É.) - L'éthique de la vulnérabilité et l'autonomie des patients : un modèle à adopter - ManagerSanté.com, n°40, décembre 2020, [www.managersante.com] (page consultée le 13 janvier 2025).

⁶⁴ Cf. Entretien avec M. Ferragne (A.), en annexe N°2, p. 153.

4. Accompagner le changement : le rôle des cadres de santé

L'intégration des libertés individuelles en psychiatrie repose avant tout sur une évolution des pratiques au sein des équipes soignantes. Si les réformes législatives et institutionnelles fixent un cadre, leur application effective dépend largement de l'adhésion des professionnels sur le terrain.

Les changements imposés par le haut en psychiatrie ça ne marche pas. Ça doit venir des équipes soignantes... quand les équipes réfléchissent, se réunissent, réfléchissent. Ils se posent des questions et collectivement, et collectivement ces équipes en arrivent à décider qu'elles font autrement. Elles vont changer leurs pratiques.⁶⁵

Ce constat souligne que l'adhésion des équipes est un facteur déterminant pour toute évolution des pratiques. Dans ce contexte, le cadre de santé joue un rôle pivot⁶⁶ dans l'intégration des libertés individuelles en psychiatrie, en tant qu'intermédiaire entre les orientations institutionnelles et la mise en œuvre concrète par les équipes soignantes. Sa mission commence par la sensibilisation des soignants à la législation en vigueur et aux principes éthiques qui sous-tendent ces libertés. Il propose des formations, peut organiser des échanges interdisciplinaires et même offrir des ressources pédagogiques. Il permet ainsi aux professionnels de mieux comprendre les enjeux liés à l'autonomie et aux droits des patients.

En parallèle, le cadre de santé soutient les équipes dans l'adaptation de leurs pratiques. Face aux résistances au changement, il joue un rôle de médiateur, écoutant les craintes exprimées et facilitant les ajustements nécessaires. Il veille également à la mise en place d'outils concrets pour garantir le respect des libertés individuelles, tels que des protocoles encadrant l'accès aux espaces personnels des patients ou la limitation des mesures coercitives.

En tant que manager, le cadre de santé incarne les valeurs qu'il promeut. Il instaure un climat de respect mutuel qui favorise une approche centrée sur le patient grâce à son exemplarité, comme le souligne cette réflexion :

*L'exemplarité n'est pas une façon d'influencer les autres. C'est la seule.*⁶⁷

⁶⁵ Cf. Entretien avec M. Ferragne (A.), en annexe N°2, p. 155.

⁶⁶ FRANCHISTEGUY-COULOUME (I.) - Au cœur de la complexité des organisations de santé : le cadre de santé pivot de l'organisation - *Projectique* n°13, p. 43.

⁶⁷ SCHWEITZER (A.), Cette citation est largement attribuée à Albert Schweitzer, prix Nobel de la paix 1952.

Son propre positionnement managérial fait donc partie intégrante de la transformation des pratiques. Il coordonne les efforts des équipes pour intégrer ces valeurs dans le quotidien du soin, que ce soit en ajustant l'organisation du travail, en structurant des temps de réflexion collective ou en soutenant les initiatives innovantes en lien avec les libertés individuelles.

Le cadre de santé est également acteur de sa propre réflexivité. Il interroge ses choix managériaux, ses priorités et ses arbitrages, afin de garantir que ses décisions contribuent bien à renforcer la place du patient au sein des dispositifs de soins. Ce regard critique porté sur sa propre pratique renforce sa légitimité auprès des équipes et alimente une culture institutionnelle orientée vers la qualité éthique.

Enfin, il s'implique dans l'évaluation continue des pratiques. Il encourage les équipes à participer à des audits, des retours d'expérience ou des analyses de pratique, afin d'identifier les points à améliorer et de valoriser les réussites. Il s'inscrit ainsi dans une temporalité longue : l'évolution des pratiques en psychiatrie, ne se décrète pas, mais se construit pas à pas, dans un processus de maturation collective. Par cette démarche, il contribue à inscrire l'intégration des libertés individuelles dans une dynamique d'amélioration continue, essentielle à la qualité des soins en psychiatrie.

Synthèse : L'intégration des libertés individuelles en psychiatrie

L'étude menée jusqu'ici a permis d'examiner l'évolution des libertés individuelles en psychiatrie, depuis les conceptions historiques jusqu'à leur encadrement juridique actuel. Longtemps marquée par des logiques d'enfermement et de contrainte, la psychiatrie a progressivement intégré des principes visant à garantir les droits des patients. Des réformes majeures, notamment celles de 1990, 2002 et 2011, ont encadré les soins sous contrainte, renforcé le consentement éclairé et instauré un contrôle judiciaire pour prévenir les abus.

Malgré ce cadre légal structurant, l'application effective des droits des patients varie d'un établissement à l'autre. L'analyse des rapports du CGLPL a mis en évidence des disparités significatives, notamment en matière d'accès aux biens personnels, aux moyens de communication et à la liberté d'aller et venir. Ces différences résultent de multiples facteurs : organisation interne, culture institutionnelle et conceptions divergentes du soin psychiatrique.

L'évolution des libertés individuelles en psychiatrie a également transformé les pratiques soignantes. Si elle a permis de renforcer les droits des patients, elle a aussi entraîné des ajustements pour les professionnels, modifiant leur rapport au soin et leur quotidien. L'ouverture des services, la limitation des mesures restrictives et l'introduction de nouvelles contraintes administratives ont eu un impact direct sur les équipes soignantes, suscitant parfois des résistances ou des interrogations.

Au-delà de ces évolutions, un autre facteur essentiel façonne le quotidien des soignants : le sentiment d'insécurité des soignants en psychiatrie. C'est sur cette dimension que portera la suite de ce travail.

II. Le sentiment d'insécurité des soignants

A. Définition et enjeux du sentiment d'insécurité

1. Le "sentiment d'insécurité" des soignants dans le contexte des soins psychiatriques

Le terme « insécurité » trouve son origine du terme latin *securitas*, qui signifie « quiétude » ou « sécurité »⁶⁸. L'ajout du préfixe *in-* exprime un manque de cette sécurité. Il s'agit donc d'une situation dans laquelle une personne se sent exposée à un danger ou une menace, qu'ils soient réels ou perçus⁶⁹. Il est ici question du sentiment d'insécurité, c'est-à-dire une perception subjective où les émotions, les expériences passées et l'interprétation personnelle des situations jouent un rôle central, souvent indépendamment de la réalité des faits. En effet, le concept d'insécurité peut être divisé en deux dimensions complémentaires.

L'insécurité objective repose sur des éléments concrets et mesurables, tels que des menaces tangibles ou des comportements dangereux. En revanche, l'insécurité subjective relève d'un ressenti individuel, façonné par les émotions, le vécu personnel et l'interprétation des situations, indépendamment de la réalité des faits.⁷⁰

*Un sentiment est toujours justifié, fondé. Il est par contre très fréquent que les images qu'on lui associe ou que les motifs qu'on lui donne ne l'expliquent qu'en partie ou indirectement.*⁷¹

Cette réflexion met en lumière l'interaction entre ces deux dimensions. L'insécurité subjective ou le sentiment d'insécurité influencent souvent la manière dont une personne interprète les éléments objectifs, particulièrement dans des contextes professionnels où la charge émotionnelle est élevée, comme en psychiatrie.

Le sentiment d'insécurité ne se limite donc pas à la perception d'un danger immédiat. Il s'agit d'une expérience profondément personnelle, où se croisent les émotions individuelles et les contraintes du contexte professionnel. En psychiatrie, cette subjectivité est exacerbée par la nature des soins, qui impliquent une forte intensité relationnelle entre soignants et patients. Ce lien thérapeutique, essentiel à la

⁶⁸ *Securitas*, Portail DicoLatin, [www.dicolatin.com], consulté le 20/01/2025.

⁶⁹ Sécurité, Portail du centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, [www.cnrtl.fr], consulté le 20/01/2025.

⁷⁰ GAROSCIO (A.) - *Représentations sociales de l'insécurité en milieu urbain* - Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 2006, N°69, p. 33-46.

⁷¹ ROBIN (D.) - *Violence de l'insécurité* – Paris, Presses Universitaires de France, 2011, p. 12-13.

prise en charge, repose sur une confiance mutuelle souvent mise à l'épreuve par les troubles psychiques des patients.

Les émotions jouent un rôle central dans la perception de l'insécurité, bien qu'il soit souvent difficile d'en cerner les mécanismes précis. Ces dernières ne sont pas uniquement des réactions passagères, mais constituent un filtre par lequel la réalité est interprétée. Les soignants peuvent être confrontés régulièrement à des situations de tension ou d'imprévisibilité et développent une sensibilité accrue face à des signaux de menace. Cette sensibilité peut engendrer un état d'hypervigilance, dans lequel chaque interaction est perçue comme une source potentielle de danger.⁷²

La capacité du cerveau à lier des émotions intenses à des événements marquants repose sur l'interconnexion entre l'amygdale, impliquée dans le traitement émotionnel, et des structures telles que l'hippocampe et le cortex préfrontal. Ces mécanismes permettent aux expériences fortement émotionnelles d'être profondément ancrées en mémoire et de raviver des souvenirs associés à des situations perçues comme similaires, qu'elles soient réellement dangereuses ou simplement interprétées comme telles⁷³. Ce phénomène, mis en évidence par les recherches sur l'effet de l'émotion sur la mémoire, influence significativement la perception et les réactions des soignants dans les contextes actuels. Il complique l'évaluation objective des situations et amplifie parfois leurs réponses émotionnelles, rendant leur gestion plus complexe.

En ce qui concerne le sentiment d'insécurité en psychiatrie, cette perception est intimement liée à la vulnérabilité des patients et à la complexité des interactions. Les comportements imprévisibles ou les réactions émotionnelles intenses nécessitent des ajustements constants de la part des soignants, qui doivent conjuguer empathie et contrôle pour maintenir un cadre thérapeutique sécurisant. Cette exigence peut nourrir un sentiment d'insécurité, même en l'absence de danger concret.

En somme, le sentiment d'insécurité en psychiatrie est une émotion complexe, mêlant des perceptions personnelles aux interactions relationnelles. Cette réalité exige une exploration détaillée des mécanismes et des contextes qui l'alimentent.

⁷² Hypervigilance, Portail Help4trauma, [www.help4trauma.org], archive de 1998 consultée le 20/01/2025.

⁷³ DESGRANGES (B.), FARAUT (E.), MONDOU (A.), EUSTACHE (F.), & LAISNEY (M.) - La MEMO : évaluation de l'impact de l'émotion sur la mémorisation d'informations verbales en mémoire épisodique - Revue de neuropsychologie, n°10(3), 2018, p. 257-258.

2. Identification des facteurs contribuant à ce sentiment

Le sentiment d'insécurité repose sur plusieurs dimensions, dont la probabilité d'être exposé à un risque, la perception de ce risque, la gravité du dommage potentiel et le degré de contrôle perçu⁷⁴. Une étude en 2015 montre que 67 % des soignants perçoivent une insécurité dans leur environnement de travail, et plus de la moitié considèrent qu'elle est plus importante en psychiatrie que dans d'autres services⁷⁵.

L'exposition aux risques, la gestion des tensions et les conditions de travail façonnent cette insécurité perçue, dont l'analyse passe par plusieurs facteurs.

a. Facteurs organisationnels

La charge de travail et les effectifs insuffisants sont des problématiques majeures dans les structures psychiatriques. Les ratios soignants/patients, décrit parfois comme trop bas⁷⁶, limitent la capacité des équipes à répondre aux besoins des patients.

*On peut donc déplorer que la psychiatrie, contrairement aux autres spécialités médicales, ne connaisse pas de ratio type de soignants par catégorie d'unité.*⁷⁷

Ce ratio n'est à ce jour pas défini formellement, ce qui crée des disparités entre les différents centres hospitaliers mais en janvier 2025, la HAS a été chargée de définir ces ratios qui ne sont encore à ce jour pas connus.

*Le ratio... pris après avis de la Haute Autorité de santé...tient compte de la charge des soins liée à l'activité et peut distinguer les besoins spécifiques à la spécialisation et à la taille de l'établissement*⁷⁸.

Cette loi a pour but de garantir la qualité et la sécurité des soins et elle s'applique à toutes les spécialités dont la psychiatrie. Il est encore impossible à ce jour d'en prévoir les effets et sa mise en œuvre pourrait s'avérer complexe car elle pourrait conduire à la fermeture de lits en cas de manque de personnel⁷⁹.

⁷⁴ ROCHE (S.) - Expliquer le sentiment d'insécurité : pression, exposition, vulnérabilité et acceptabilité – Revue française de science politique, 1998, p. 297.

⁷⁵ AGNERAY (F.), LOGET (M.) et DRAPERI (C.) - Sentiment d'insécurité à l'hôpital psychiatrique : enjeux cliniques et thérapeutiques - Ethique et santé, n°12, 2015, p. 190.

⁷⁶ Rapport sur le personnel des lieux de privation de liberté, Portail du CGLPL, [www.cglpl.fr], consulté le 13 janvier 2025.

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ Loi n°2025-74 du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé – JO du 30 janvier 2025.

⁷⁹ Cf. Entretien avec Mme Dubré-Chirat (N.), en annexe N°2, p. 169.

La charge de travail engendre une fatigue physique et mentale chez les soignants et réduit leur aptitude à gérer les situations critiques.⁸⁰ Ce sentiment de surcharge et de manque de contrôle renforce l'insécurité perçue, les professionnels ayant la sensation de ne pas être en mesure d'assurer pleinement leur mission de soin.

Les conditions matérielles de travail aggravent ce sentiment d'insécurité. Dans plusieurs hôpitaux publics, les infrastructures vétustes⁸¹ et l'absence de dispositifs de sécurité adaptés, comme systèmes d'alerte efficaces, compromettent la gestion des crises. Ces insuffisances, dues à des sous-investissements prolongés, créent un environnement perçu comme peu protecteur pour les soignants et les patients.

Le manque de formation spécifique complique la gestion des situations complexes. Certains soignants ne sont pas préparés à la désescalade, à la gestion de la violence ou à la communication adaptée, que ce soit en formation initiale ou continue⁸², comme le souligne un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) :

La formation initiale des infirmiers à la prise en charge des malades mentaux est mise en cause, car elle ne prévoit pas de module spécifique à la prévention et à la gestion des situations d'agressivité en psychiatrie.⁸³

Cette absence de formation adéquate renforce le sentiment d'impuissance et peut même conduire à des interventions inadaptées, accentuant ainsi les tensions⁸⁴. Une réforme de l'enseignement en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) est toutefois envisagée pour l'année 2026 et une volonté politique de créer une spécialisation en psychiatrie à l'IFSI émerge :

Il y a urgence à mettre en place un module supplémentaire de formation pour que les gens soient à l'aise dans l'approche de la psychiatrie⁸⁵.

En somme, les facteurs organisationnels, jouent un rôle central dans l'apparition et l'intensification du sentiment d'insécurité des soignants. Ils révèlent la nécessité d'une approche systémique pour aborder ces problématiques de manière globale.

⁸⁰ Rapport de visite Hôpitaux Saint Maurice, Portail du CGLPL, [www.cglpl.fr], consulté le 26 janvier 2025.

⁸¹ Rapport sur la situation financière des hôpitaux, Portail de la Cour des comptes, [www.ccomptes.fr], consulté le 22 janvier 2025.

⁸² Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter, Portail de l'IGAS, [www.igas.gouv.fr], consulté le 20 janvier 2025.

⁸³ Ibid., p. 9.

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Cf. Entretien avec Mme Dubré-Chirat (N.), en annexe N°2, p. 161.

b. Facteurs liés aux patients

Les interactions avec les patients en psychiatrie constituent une source majeure de sentiment d'insécurité. Les pathologies psychiatriques, parfois associées à des comportements imprévisibles, exposent les soignants à des situations de tension⁸⁶, en particulier lorsque des attitudes agressives ou violentes se manifestent. Cette imprévisibilité impose une vigilance constante, qui peut être épuisante et renforcer le sentiment de vulnérabilité des équipes⁸⁷.

La relation soignant-soigné en psychiatrie demande un équilibre entre empathie et gestion des risques. Les soignants doivent préserver la relation tout en assurant leur sécurité, ce qui peut les rendre vulnérables, surtout si les dispositifs de sécurité semblent insuffisants.

Les soins contraints, tels que l'isolement ou la contention, accentuent également ce sentiment d'insécurité. Ces pratiques sont souvent nécessaires pour garantir la sécurité du patient et de son entourage mais elles peuvent générer des tensions supplémentaires⁸⁸. Ces interventions, souvent perçues comme intrusives ou coercitives par les patients, peuvent déclencher des réactions hostiles ou violentes ce qui renforce le climat d'insécurité ressenti par les soignants.⁸⁹

Un manque d'anticipation ou de compréhension des besoins des patients peut engendrer un sentiment d'agression perçue ou réelle. Cette incompréhension, vécue comme une absence de reconnaissance, alimente souvent des comportements violents, augmentant les tensions et le stress des équipes. Ces situations nécessitent une attention accrue pour être désamorçées efficacement.⁹⁰

En conclusion, les interactions avec les patients en psychiatrie sont un défi constant. Leur imprévisibilité et les tensions inhérentes aux pathologies exigent des compétences et un soutien adapté pour limiter leurs impacts négatifs.

⁸⁶ Insécurité des soignants face à la violence des patients : état des lieux et facteurs prédisposants ; résultats d'une enquête transversale, multicentrique menée en unité psychiatrique fermée et aux urgences, Portail Cambridge University Press, [www.cambridge.org], consulté le 26 janvier 2025.

⁸⁷ PERRON (A.), JACOB (J.D.), BEAUVAIS (L.), CORBEIL (D.), BERUBE (D.) - Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité - Recherche en soins infirmiers, n°120, 2015, p. 52.

⁸⁸ PORTEAU (S.) - Contention physique : Etude qualitative régionale sur le vécu des soignants en Psychiatrie adulte - Thèse de médecine : Université Toulouse III, 2017, p. 121.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 119.

⁹⁰ Recommandations sur la dangerosité psychiatrique, Portail de la HAS, [www.has-sante.fr], consulté le 10 janvier 2025.

c. Facteurs institutionnels et environnementaux

Le climat institutionnel influence le sentiment d'insécurité des soignants. Dans certains établissements, l'organisation axée sur des objectifs normatifs et opérationnels relègue au second plan les dimensions humaines et sociales essentielles à la sécurité⁹¹. Le manque de soutien ou de solidarité accentue ce ressenti et renforce un sentiment d'isolement et d'insécurité face aux défis du terrain.

L'influence des médias et des représentations sociales amplifie également ce sentiment :

*La question du rôle des médias dans la perception sociale de l'insécurité, pour être fondamentale, n'est pas nouvelle.*⁹²

La médiatisation d'incidents violents en psychiatrie alimente une perception d'un environnement de travail dangereux. Le drame de Pau, marqué par l'assassinat de deux soignantes en 2004, a particulièrement renforcé ce phénomène. Ce tragique événement a mis en lumière les vulnérabilités du personnel soignant face aux actes de violence en psychiatrie, intensifiant les inquiétudes sur la sécurité des équipes. Sa couverture médiatique, largement relayée, a contribué à ancrer une image d'un secteur à risque, alimentant la stigmatisation des patients psychiatriques et exacerbant un climat de crainte et d'incertitude parmi les soignants⁹³.

Cet effet de stigmatisation n'est pas propre à un fait divers isolé. Récemment, le 22 février 2025, lors de l'attaque à Mulhouse, le ministre de l'Intérieur Bruno Retailleau a plusieurs fois insisté au journal de 20h de TF1, sur les antécédents psychiatriques du présumé meurtrier⁹⁴. Ce type de communication qui met systématiquement l'accent sur la psychiatrie dans les affaires criminelles, renforce l'amalgame entre troubles psychiatriques et dangerosité et alimente la perception du public.

Ces discours publics amplifient l'anxiété des soignants en ancrant l'idée d'une menace constante, qu'elle soit réelle ou perçue. Ils influencent ainsi directement leur quotidien et renforcent un climat d'insécurité aux multiples conséquences.

⁹¹ FUCKS (I.) - L'énigme de la culture de sécurité dans les organisations à risques : une approche anthropologique - *Le Travail Humain*, vol. 75, n° 4, 2012, p. 403.

⁹² CARIO (R.) - Médias et insécurité : entre droit d'informer et illusions sécuritaires – *Eguzkilore*, n°17, 2003, p. 188.

⁹³ SENON (J.L.), MANZARENA (C.), HUMEAU (M) et GOTZAMANIS (L.) - États dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociétales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux – *Info Psy*, 2007, volume 83, p. 656.

⁹⁴ Bruno Retailleau invité du 20h sur Tf1, *Portail Youtube*, [www.youtube.com], consulté le 23 février 2025.

B. Les impacts du sentiment d'insécurité sur les soignants

1. L'impact général du sentiment d'insécurité

Le sentiment d'insécurité, qu'il soit fondé sur des menaces objectives ou subjectives, exerce une influence profonde et multidimensionnelle sur les individus, les groupes et les organisations. Sa complexité réside dans le fait qu'il touche à des aspects émotionnels, relationnels et structurels, impactant à la fois les comportements, les dynamiques collectives et les processus institutionnels.

a. Les impacts individuels

À l'échelle individuelle, le sentiment d'insécurité agit comme un déclencheur de mécanismes de défense, souvent inconscients, visant à préserver l'intégrité physique ou psychologique. Parmi ces réactions, on peut observer des comportements d'évitement⁹⁵, d'hypervigilance ou de contrôle exacerbé des situations⁹⁶. Ces attitudes traduisent une tentative d'adaptation face à une perception de menace imminente, qu'elle soit réelle ou supposée, qu'il s'agisse d'insécurité objective ou subjective.

L'anxiété a une valeur adaptative évidente, autant au plan individuel qu'au plan de l'évolution. Par exemple, une tendance à l'hypervigilance anxieuse a pu être associée à des capacités de survie plus importantes de nos ancêtres lorsqu'ils devaient échapper à des dangers imprévisibles.⁹⁷

Cependant, lorsque l'insécurité perdure, les individus peuvent développer des troubles anxieux, de l'épuisement émotionnel ou encore un état de fatigue important. Ces manifestations affectent non seulement leur qualité de vie, mais aussi leur capacité à interagir efficacement avec leur environnement⁹⁸.

Par ailleurs, l'insécurité ressentie influence la perception de soi et des autres. L'individu peut développer une méfiance accrue envers son entourage ou envers les structures censées assurer sa protection⁹⁹. Cette baisse de confiance institutionnelle peut accentuer encore plus l'isolement et les comportements défensifs.

⁹⁵ ROCHE (S.) - Expliquer le sentiment d'insécurité : pression, exposition, vulnérabilité et acceptabilité – Revue française de science politique, 1998, p. 288.

⁹⁶ LEBEAU (G.) - Psychiatrie de liaison - Paris : Médecine Sciences Publications, 2018, p. 185.

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Symptômes et diagnostic des troubles anxieux, Portail Ameli, [www.ameli.fr], consulté le 15 février 2025.

⁹⁹ Special Report on Human Security, Portail de Human développement report, [www.undp.org], consulté le 15 février 2025.

b. Les impacts sur les groupes et les collectifs

Le sentiment d'insécurité au travail s'inscrit pleinement dans les risques psychosociaux (RPS), qui regroupent l'ensemble des situations de travail générant du stress, des tensions relationnelles ou un mal-être chez les salariés. L'Institut National de Recherche et de Sécurité définit les RPS comme résultant d'une combinaison entre les conditions de travail, l'organisation du travail et les relations interpersonnelles, pouvant altérer la santé mentale et physique des employés¹⁰⁰.

Tout d'abord, les risques psychosociaux désorganisent les équipes en affectant le climat social. Ils entraînent une détérioration de l'ambiance de travail, une augmentation de l'absentéisme et des difficultés de recrutement. Un environnement marqué par des tensions chroniques réduit l'attractivité d'une organisation, rendant le remplacement du personnel plus difficile et favorisant le turnover¹⁰¹. Ensuite, les RPS fragilisent la coopération et la cohésion des équipes. L'exposition prolongée au stress peut entraîner une baisse de la motivation et de la créativité. La perte d'engagement limite la circulation de l'information et entrave le travail collaboratif¹⁰².

Par ailleurs, les RPS peuvent générer un climat de défiance et d'isolement. Les situations de stress favorisent l'apparition de tensions internes, qui peuvent évoluer en conflits ouverts. Ces tensions détériorent le climat social et réduisent la capacité des équipes à fonctionner de manière harmonieuse. La méfiance qui s'installe compromet les relations de travail et rend la gestion des projets collectifs plus difficile¹⁰³. Enfin, les effets des RPS augmentent les risques d'accidents du travail et d'erreurs professionnelles. Une charge mentale excessive ou un stress prolongé peuvent réduire la vigilance des salariés, augmentant ainsi la probabilité d'incidents. En entreprise, cette baisse de la qualité du travail entraîne une multiplication des rebuts ou des malfaçons, impactant la productivité de l'ensemble du collectif¹⁰⁴.

Ainsi, le mal-être au travail ne se limite pas aux individus. Il déstabilise les collectifs, entrave la coopération et nuit à la performance globale des organisations.

¹⁰⁰ Risques psychosociaux, ce qu'il faut retenir, Portail de l'INRS, [www.inrs.fr], consulté le 15 février 2025.

¹⁰¹ Risques psychosociaux, conséquences pour le salarié et l'entreprise, Portail de l'INRS, [www.inrs.fr], consulté le 15 février 2025.

¹⁰² La prévention des risques psychosociaux, Portail du ministère du travail, de la santé des solidarités et des familles, [www.travail-emploi.gouv.fr], consulté le 15 février 2025.

¹⁰³ Op. Cit. Risques psychosociaux, conséquences pour le salarié et l'entreprise.

¹⁰⁴ Ibid.

c. Les enjeux sociétaux et éthiques

Le sentiment d'insécurité ressenti par les soignants en psychiatrie ne se limite pas à une problématique interne aux établissements de santé. Il s'inscrit dans des dynamiques sociétales et politiques plus larges, influençant non seulement la qualité de vie au travail (QVT), c'est-à-dire les conditions d'exercice, l'ambiance professionnelle et la reconnaissance du travail accompli¹⁰⁵, mais aussi l'avenir même de la profession. Dans ce contexte, deux enjeux majeurs se dégagent : la crise d'attractivité des métiers de la psychiatrie et le manque de reconnaissance institutionnelle de ces risques.

Le sentiment d'insécurité des soignants a un impact direct sur l'attractivité de la psychiatrie. La perception d'un environnement de travail difficile, marqué par une exposition régulière à des comportements violents ou imprévisibles, est un frein au recrutement de nouveaux professionnels et l'augmentation des violences contribue à une détérioration des conditions de travail, impactant directement l'attractivité du métier. Comme le souligne un rapport du ministère de la Santé :

*Lutter efficacement contre ces agressions revêt donc un enjeu crucial, à la fois pour la santé des professionnels de santé mais aussi pour l'attractivité des métiers.' Sans mesures concrètes pour améliorer la protection des soignants, la difficulté de recrutement risque de s'accroître, aggravant encore la charge de travail et les tensions au sein des équipes.*¹⁰⁶

Cette crise d'attractivité se traduit par des difficultés croissantes de recrutement et de fidélisation des soignants, ce qui contribue à renforcer le cercle vicieux du sous-effectif et de la surcharge de travail. Faute de personnel en nombre suffisant, les équipes sont souvent amenées à travailler dans des conditions où la gestion des crises devient plus complexe, augmentant ainsi leur propre insécurité.

Face à ce constat, la nécessité d'une action politique se fait pressante. Comme le souligne la députée Mme Dubré-Chirat :

*...on souhaite voir tout ce qui relève du législatif avancer, ce qui relève des primes, par exemple, ce qui relève de la permanence des soins... il faut qu'on axe sur la formation, sur l'attractivité.*¹⁰⁷

¹⁰⁵ Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 relatif à une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle - BO 2013-41.

¹⁰⁶ Rapport sur les violences à l'encontre des professionnels de santé, Portail du ministère de la santé, [www.sante.gouv.fr], consulté le 23 février 2025.

¹⁰⁷ Cf. Entretien avec Mme Dubré-Chirat (N.), en annexe N°2, p. 171.

Cet engagement politique met en lumière l'urgence de revaloriser la psychiatrie, non seulement pour garantir des conditions de travail plus sécurisantes aux soignants en poste, mais aussi pour attirer une nouvelle génération de professionnels motivés et formés à la prise en charge des patients dans un cadre plus stable et adapté.

Si la santé mentale a été déclarée grande cause nationale en 2025¹⁰⁸, cette initiative marque une reconnaissance institutionnelle du sujet, mais son impact sur les conditions de travail en psychiatrie reste encore à mesurer. Bien que l'insécurité des soignants en psychiatrie soit une réalité documentée, elle demeure largement sous-estimée dans les politiques publiques de santé. Contrairement à d'autres professions exposées à des risques, comme les forces de l'ordre ou les pompiers, les soignants psychiatriques bénéficient de peu de dispositifs institutionnels visant à prévenir et à gérer leur exposition aux situations dangereuses. Seules des primes accordées aux soignants exerçant en UMD ou accueillant des patients détenus¹⁰⁹, viennent compenser ces conditions de travail.

La psychiatrie a pendant longtemps été mise au second plan¹¹⁰, cette situation peut renforcer le sentiment d'isolement des soignants, qui se retrouvent confrontés à ces enjeux sans stratégie de soutien clairement définie par les pouvoirs publics. C'est d'ailleurs dans ce contexte que doit être organisé un audit en 2025 sur les conditions de travail des soignants en psychiatrie¹¹¹.

Ainsi, si le sentiment d'insécurité en psychiatrie est désormais reconnu, son traitement en tant que priorité effective des politiques publiques reste à consolider. La mise en place de mesures structurées sur la formation, les effectifs et l'amélioration des conditions de travail pourrait permettre une réponse plus adaptée à cette problématique.

Cependant, cette insécurité ne se limite pas à une question institutionnelle, elle entraîne aussi des répercussions directes sur les soignants qu'il convient d'analyser.

¹⁰⁸ La santé mentale grande cause nationale en 2025, Portail du gouvernement, [www.info.gouv.fr], consulté le 23 février 2025.

¹⁰⁹ Arrêté fixant le montant mensuel de l'indemnité forfaitaire de risque allouée à certains fonctionnaires hospitaliers - JO du 30 juin 2019.

¹¹⁰ Innover pour offrir des traitements de pointe en santé mentale, Portail du centre de recherche Douglas, [www.douglas.research.mcgill.ca], consulté le 23 février 2025.

¹¹¹ Rapport d'information de la commission des affaires sociales sur la prise en charge des urgences psychiatriques, Portail de l'Assemblée nationale, [www.assemblee-nationale.fr], consulté le 20 février 2025.

2. Impact sur les soignants

a. Impact sur la qualité de vie au travail

Le sentiment d'insécurité ressenti par les soignants en psychiatrie impacte directement leur engagement professionnel ainsi que leur bien-être au travail, qui correspond à un sentiment général de satisfaction et d'épanouissement dans et par le travail, allant au-delà de la simple absence d'atteinte à la santé¹¹².

*Ce sentiment d'insécurité... s'ajoute à une charge de travail importante, aux exigences émotionnelles ou encore à la charge mentale...*¹¹³

L'exposition répétée aux comportements agressifs, qu'ils soient verbaux ou physiques¹¹⁴, entraîne une hypervigilance permanente et une charge émotionnelle accrue. Cette pression psychologique est renforcée par le manque de personnel, identifié comme la première cause d'insécurité par 24 % des soignants interrogés lors d'une étude en 2015¹¹⁵. De plus, ce climat peut être source du syndrome d'épuisement professionnel des soignants et engendrer des troubles du sommeil, un épuisement émotionnel et des douleurs chroniques chez les agents concernés¹¹⁶.

Face à cette insécurité, certains soignants adoptent des stratégies de retrait, réduisant leurs interactions avec les patients à risque. Cette dynamique affecte la cohésion d'équipe : les tensions internes augmentent, surtout en cas de désaccord sur la gestion des crises. De plus, une méfiance envers l'institution peut apparaître si les soignants jugent insuffisantes les mesures de protection mises en place¹¹⁷.

Ainsi, l'insécurité professionnelle ne se limite pas à une souffrance individuelle. Elle entraîne des répercussions sur le climat collectif et la qualité de vie au travail des soignants. Cette réalité influence également leurs pratiques professionnelles, modifiant leur manière d'interagir avec les patients et d'exercer leur mission de soin.

¹¹² Risques psychosociaux, ce qu'il faut retenir, Portail de l'INRS, [www.inrs.fr], consulté le 20 février 2025.

¹¹³ Rapport d'information de la commission des affaires sociales sur la prise en charge des urgences psychiatriques, Portail de l'Assemblée nationale, [www.assemblee-nationale.fr], consulté le 20 février 2025.

¹¹⁴ Synthèse du rapport de l'observatoire national des violences en milieu de santé, Portail de l'ONVS, [www.sante.gouv.fr], consulté le 16 février 2025.

¹¹⁵ AGNERAY (F.), LOGET (M.) et DRAPERI (C.) - Sentiment d'insécurité à l'hôpital psychiatrique : enjeux cliniques et thérapeutiques - Ethique et santé, n°12, 2015, p. 190.

¹¹⁶ Syndrome d'épuisement professionnel des soignants, Portail du ministère de la santé, [www.sante.gouv.fr], consulté le 16 février 2025.

¹¹⁷ Op. Cit. AGNERAY (F.), LOGET (M.) et DRAPERI (C.), p. 196.

b. Impact sur les pratiques

Le sentiment d'insécurité influence directement les pratiques professionnelles et les modes d'intervention des soignants.

D'une part, il affecte la relation thérapeutique en instaurant une dynamique de méfiance et de repli. Face à cette insécurité, les soignants adoptent des stratégies pour se protéger, mais ces mesures peuvent renforcer leur propre sentiment d'insécurité. Après un événement violent, l'installation de caméras, de portes à code ou la fermeture de services vise à protéger, mais instaure un climat de surveillance et de suspicion. Cette ambiance pseudo-carcérale rigidifie les échanges et pousse les soignants à prendre de la distance, ce qui fragilise le lien thérapeutique¹¹⁸.

D'autre part, le sentiment d'insécurité pousse certains psychiatres à adopter un rôle sécuritaire au détriment du soin. Par crainte de leur responsabilité en cas d'incident, ils privilégient des mesures restrictives plutôt que des approches thérapeutiques. Cette logique, renforcée par des pressions administratives, conduit à des pratiques défensives et à l'acceptation de restrictions sans justification médicale¹¹⁹.

Cependant, dans certains cas, le sentiment d'insécurité peut également amener les équipes à privilégier le dialogue comme principale stratégie face aux comportements agressifs des patients. Plutôt que d'opter immédiatement pour des mesures coercitives, les soignants cherchent à désamorcer les tensions par une communication renforcée, visant à apaiser les situations conflictuelles tout en maintenant une relation thérapeutique de qualité. Cette approche permet de prévenir l'escalade de la violence¹²⁰.

Ainsi, au-delà de son impact sur le bien-être des soignants, l'insécurité transforme la manière dont ils interagissent avec les patients et structurent leurs prises en charge. Cette évolution souligne la nécessité de renforcer la formation et de développer des stratégies alternatives aux pratiques coercitives.

¹¹⁸ AGNERAY (F.), LOGET (M.) et DRAPERI (C.) - Sentiment d'insécurité à l'hôpital psychiatrique : enjeux cliniques et thérapeutiques - Ethique et santé, n°12, 2015, p. 191.

¹¹⁹ Entretien avec M. Ferragne (A.), en annexe N°2, p. 147.

¹²⁰ PERRON (A.), JACOB (J.D.), BEAUVAIS (L.), CORBEIL (D.) et BERUBE (D.) - Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité - Recherche en soins infirmiers, n°120, 2015, p. 57.

3. Impact sur les patients

L'insécurité objective, liée à un risque réel, et l'insécurité subjective, issue d'une perception de menace, entraînent des répercussions directes sur les patients hospitalisés en psychiatrie.

Un climat marqué par la peur et la sidération génère une atmosphère anxiogène qui peut renforcer l'agitation et la détresse des patients¹²¹. Lorsqu'ils perçoivent la tension et la méfiance des soignants, ils peuvent se sentir eux-mêmes en insécurité¹²², ce qui accentue leur stress et aggrave leurs symptômes psychiatriques. Cette dynamique peut également provoquer des réactions d'opposition ou de repli, compromettant leur engagement dans les soins.

L'instauration de mesures sécuritaires destinées à protéger les soignants entraîne une réduction de l'autonomie des patients¹²³. La limitation des déplacements, l'augmentation des restrictions et la mise en place de protocoles plus rigides peuvent être perçues comme des sanctions injustes, alimentant un sentiment de frustration et d'impuissance. Cette perte de liberté entrave leur capacité à développer des stratégies d'adaptation et à progresser vers une réhabilitation.

Enfin, la perception du patient comme un potentiel danger favorise sa stigmatisation et son exclusion au sein même de l'institution censée le soigner¹²⁴. Le renforcement des mesures de contrôle et la distance instaurée par les soignants peuvent lui donner le sentiment d'être perçu avant tout comme une menace, plutôt que comme une personne en souffrance. Ce rejet implicite risque d'altérer son estime de soi et d'accroître son isolement, compromettant son processus de rétablissement et sa réinsertion sociale.

Ces répercussions justifient la mise en place de stratégies ciblées pour mieux gérer le sentiment d'insécurité des soignants.

¹²¹ COMBIER VEUILLET (C.) - La violence dans l'institution psychiatrique - Le journal des psychologues, n°241, 2006, p. 45-46.

¹²² AGNERAY (F.), LOGET (M.) et DRAPERI (C.) - Sentiment d'insécurité à l'hôpital psychiatrique : enjeux cliniques et thérapeutiques - Éthique et santé, n°12, 2015, p. 190-191.

¹²³ Op. Cit. COMBIER VEUILLET (C.) p. 47.

¹²⁴ Ibid.

C. Stratégies de gestion du sentiment d'insécurité

1. Les approches institutionnelles pour atténuer ce sentiment

a. Les politiques et cadres réglementaires

L'employeur a l'obligation légale de garantir la sécurité de ses salariés, y compris dans le secteur de la santé¹²⁵. Cette responsabilité, inscrite dans le Code du travail, impose aux établissements de mettre en place des mesures préventives adaptées pour limiter les risques et atténuer le sentiment d'insécurité des soignants.

L'évolution des réglementations et recommandations en matière de sécurité a conduit à l'élaboration de protocoles spécifiques pour la prévention des violences en milieu de soins. Ces directives, émanant d'instances comme la HAS ont structuré la gestion des risques en proposant des procédures adaptées. Des plans de prévention des violences¹²⁶ et des chartes de bientraitance¹²⁷¹²⁸ ont été développés afin d'accompagner les professionnels dans la gestion des tensions et des agressions.

Le rôle des institutions nationales et territoriales est également central dans la sécurisation des pratiques. Les Agences Régionales de Santé (ARS) pilotent la mise en œuvre de dispositifs locaux en favorisant des démarches d'amélioration continue¹²⁹ et peuvent allouer des ressources spécifiques aux établissements confrontés à des difficultés. Enfin, l'obligation de déclarer les événements indésirables¹³⁰ permet une identification des situations à risque et favorise l'élaboration de réponses adaptées.

Ainsi, en définissant des cadres réglementaires précis et en renforçant les obligations des établissements, ces politiques institutionnelles constituent un levier essentiel pour atténuer le sentiment d'insécurité des soignants et garantir un environnement de travail plus serein.

¹²⁵ Article L4121-2 du code du travail du 8 août 2016 relatif aux obligations de l'employeur en matière de santé et de sécurité au travail - JO du 9 août 2016.

¹²⁶ Organiser et promouvoir la prévention de la violence au niveau de l'établissement, Portail de la HAS [www.has-sante.fr], consulté le 15/02/2025.

¹²⁷ Le déploiement de la bientraitance, Portail de la HAS, [www.has-sante.fr], consulté le 15 février.

¹²⁸ Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, Portail de la HAS, [www.has-sante.fr], consulté le 15 février 2025.

¹²⁹ Démarche qualité et gestion des risques dans les établissements de santé, Portail ARS Nouvelle Aquitaine, [www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr], consulté le 15 février 2025.

¹³⁰ Article R1413-68 du code de santé publique relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins – JO du 10 mai 2017.

b. La formation et la sensibilisation des professionnels

La formation et la sensibilisation des soignants sont des leviers essentiels comme l'explique Mme Dubré-Chirat en réponse à l'insécurité subjective :

*Je pense qu'elle est levée à chaque fois qu'on fait des formations continues.*¹³¹

Ces dispositifs permettent d'acquérir des compétences spécifiques pour anticiper les conflits, gérer le stress et réagir de manière adaptée face à des comportements agressifs¹³². Les formations dotent les soignants d'outils pour prévenir et désamorcer les tensions. Organisées avec des experts en gestion de crise, elles intègrent l'analyse des signaux précurseurs de violence et la régulation émotionnelle. De plus certaines structures hospitalières proposent également des mises en situation sous forme de simulation inspirées de cas réels afin d'ancrer ces apprentissages dans la pratique¹³³.

La formation aux techniques de désescalade et de communication joue aussi un rôle clé dans la prévention des tensions. Elle permet d'adopter des stratégies favorisant l'apaisement des patients en détresse, en s'appuyant sur la communication verbale et non verbale. La maîtrise du ton, du choix des mots et de l'attitude corporelle est essentielle pour limiter l'escalade des conflits et rétablir un climat de confiance¹³⁴.

Enfin, la promotion d'une culture du signalement et de l'analyse des incidents, promue par la HAS¹³⁵, contribue à améliorer la sécurité des soignants. Déclarer systématiquement les agressions permet d'identifier les situations récurrentes et d'adapter les dispositifs institutionnels. Des analyses post-événements et des retours d'expérience peuvent être mis en place pour ajuster les pratiques professionnelles.

Ainsi, la formation et la sensibilisation renforcent la capacité des soignants à faire face aux situations anxiogènes et constituent un pilier fondamental de la prévention du sentiment d'insécurité en milieu de soins.

¹³¹ Cf. Entretien avec Mme Dubré-Chirat (N.), en annexe N°2, p. 167.

¹³² Formation OMEGA, Portail IRAP Santé, [www.irapsante.com], consulté le 15 février 2025.

¹³³ Le centre de formation par simulation, Portail du CH des Pyrénées, [www.ch-pyrenees.fr], consulté le 15 février 2025.

¹³⁴ Op. Cit., Formation OMEGA.

¹³⁵ Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, Portail de la HAS, [www.has-sante.fr], consulté le 15 février 2025.

c. Les dispositifs organisationnels et structurels

La sécurisation des soignants en psychiatrie repose sur l'aménagement des infrastructures et l'organisation du travail. La mise en place de dispositifs d'alerte, la gestion adaptée des effectifs et la présence d'équipes de vigilance permettent de limiter les risques et de renforcer la confiance des professionnels.

L'adaptation des infrastructures contribue directement à la sécurisation des soignants. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) préconise la mise en place de dispositifs d'alerte (boutons d'appel, interphones, vidéosurveillance) dans les unités à risque, ce qui facilite la prévention et la gestion des incidents¹³⁶. En complément, l'utilisation de dispositifs d'alarme pour travailleur isolé (DATI) et de systèmes de protection du travailleur isolé (PTI) permet aux professionnels d'alerter rapidement en cas d'agression ou de danger imminent, ce qui peut être une source de réassurance¹³⁷. Certains établissements comme le centre hospitalier Sainte Marie de Rodez ont également modifié leurs locaux et le mobilier afin de prévenir les risques de fugue ou la dissimulation d'objets jugés dangereux¹³⁸.

L'organisation des effectifs influence également le sentiment de sécurité. Le travail en binôme dans les situations à risque¹³⁹ sécurise les soignants et réduit l'exposition à des situations violentes. De plus, plusieurs hôpitaux psychiatriques dont celui dont sont issues les situations présentées dans le cadre de ce travail ont mis en place des équipes de sécurité ou de vigilance afin de pouvoir intervenir en cas de danger dans le but de sécuriser et de rassurer les équipes.

Si ces mesures réduisent l'exposition aux violences, elles ne suffisent pas à elles seules à atténuer les effets du sentiment d'insécurité. Un accompagnement et un soutien adaptés des soignants sont également nécessaires pour leur permettre d'exercer sereinement.

¹³⁶ Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement, Portail du ministère de la santé, [www.sante.gouv.fr], consulté le 18 février 2025.

¹³⁷ Cf. Entretien avec Mme Dubré-Chirat (N.), en annexe N°2, p. 167.

¹³⁸ L'aménagement des lieux de soin au cœur de l'accueil, Portail de Santé Mentale, [www.santementale.fr], consulté le 18 février 2025.

¹³⁹ Un manuel pour la protection des personnels de santé et des équipes d'intervention d'urgence, Portail International Labour Organization, [www.ilo.org], consulté le 18 février 2025.

d. Les actions de soutien et d'accompagnement des soignants

Au-delà des mesures réglementaires et organisationnelles, le soutien des soignants est essentiel pour atténuer leur sentiment d'insécurité. L'exposition à la violence et aux tensions génère un stress important, impactant leur bien-être et leur capacité à exercer sereinement.

Les dispositifs de soutien psychologique permettent aux soignants de bénéficier d'un accompagnement adapté face aux situations difficiles. Un numéro vert national a été mis en place¹⁴⁰, permettant aux professionnels de santé en souffrance d'accéder à une écoute immédiate et anonyme ainsi qu'à une orientation vers des psychologues spécialisés. Des établissements ont mis en place des cellules d'écoute et des consultations avec des psychologues spécialisés¹⁴¹. Certaines structures proposent également des groupes de parole où les soignants partagent leurs expériences, comme lors de séances de régulation, qui permettent d'analyser collectivement des situations cliniques et de limiter le sentiment d'être démunis des soignants¹⁴².

L'accompagnement post-événement¹⁴³ est un autre levier important pour limiter l'impact des situations traumatisantes. Après un incident violent, des débriefings collectifs sont souvent organisés afin de revenir sur les faits, analyser les réponses apportées et identifier des axes d'amélioration. Ces échanges permettent de renforcer la cohésion des équipes et de valoriser les bonnes pratiques.

Enfin, la mise en place d'initiatives favorisant le bien-être, comme des aménagements d'horaires, des espaces de repos adaptés ou des formations en gestion du stress¹⁴⁴, participent à cette dynamique. Ainsi, le soutien et l'accompagnement des soignants constituent un pilier essentiel pour prévenir les effets délétères du sentiment d'insécurité et garantir des conditions d'exercice plus sereines. C'est dans ce contexte là que le cadre de santé a un rôle décisif à jouer.

¹⁴⁰ Un numéro vert pour les soignants en situation de souffrance psychologique, [Portail Actusoins](https://www.actusoins.com), [www.actusoins.com], consulté le 13 mars 2025.

¹⁴¹ Mise en place d'une cellule d'écoute et de soutien psychologique pour les soignants, [Portail de la ville de Belfort](https://www.belfort.fr), [www.belfort.fr], consulté le 13 mars 2025.

¹⁴² GRANET (F.) et SCARONE (E.) - Une régulation clinique en psychiatrie pour adolescents. Une expérience en hôpital de jour – *Empan*, n°134, 2024, p. 73.

¹⁴³ Mieux accompagner les soignants face aux traumatismes, [Portail de la MNH](https://www.mnh.fr), [www.mnh.fr], consulté le 20 mars 2025.

¹⁴⁴ Formation gestion du stress, [Portail Lonasanté](https://www.lonasante.com), [www.lonasante.com], consulté le 20 mars 2025.

2. Rôle des cadres de santé

Le cadre de santé joue un rôle essentiel dans la gestion du sentiment d'insécurité des équipes soignantes. Il doit assurer un équilibre entre soutien, régulation et adaptation des pratiques, afin de maintenir un climat de travail serein et une prise en charge sécurisée des patients. Les rôles managériaux définis par Henry Mintzberg¹⁴⁵ permettent d'analyser ses différentes responsabilités à travers trois axes : interpersonnel, informationnel et décisionnel.

Dans son rôle interpersonnel, il agit comme un leader en accompagnant ses équipes face aux situations stressantes, notamment les conflits, les agressions verbales ou physiques et la charge émotionnelle liée aux soins psychiatriques. Il doit être à l'écoute des préoccupations des soignants et les aider à prendre du recul sur les événements vécus. Son rôle d'agent de liaison est tout aussi essentiel puisqu'il assure la communication entre les équipes, la direction et les cellules de soutien psychologique. Il facilite l'accès aux dispositifs d'accompagnement post-événement, comme les débriefings après une situation de crise, et veille à ce que les professionnels bénéficient d'un cadre favorisant leur bien-être. En tant que figure de proue, il incarne les valeurs institutionnelles et donne l'exemple en matière de gestion des tensions et des conflits. Son positionnement influence directement la perception de la sécurité par les équipes.

Le cadre de santé joue également un rôle informationnel en observant attentivement les signaux d'alerte liés au sentiment d'insécurité des équipes. Il repère les soignants en souffrance, identifie les dynamiques d'équipe pouvant générer du stress et alerte les instances compétentes si nécessaire. Il assure la diffusion des informations essentielles en sensibilisant son équipe aux protocoles de sécurité, aux bonnes pratiques de gestion des conflits et aux ressources disponibles, comme les cellules de soutien psychologique ou les formations en gestion du stress. Il garantit une transmission claire des consignes afin d'éviter l'incertitude et renforcer la confiance des soignants face aux risques du métier. Son rôle de porte-parole est également crucial puisqu'il relaie auprès de la direction les préoccupations de son équipe et plaide pour l'amélioration des conditions de travail, en mettant en avant les risques psychosociaux liés à l'insécurité perçue.

¹⁴⁵ MINTZBERG (H.), Le manager au quotidien, Paris, Edition d'Organisation, 1973, 6^{ème} édition p. 104.

Dans la dimension décisionnelle, le cadre de santé agit pour adapter et sécuriser l'environnement de travail. Il adopte une posture d'entrepreneur en mettant en place des initiatives favorisant un environnement plus sécurisant, comme l'ajustement des effectifs en fonction des besoins, la création d'espaces d'échange pour exprimer les difficultés ou encore l'intégration de formations en désescalade et gestion des conflits. La formation joue un rôle clé dans cette dynamique en permettant aux soignants d'acquérir des outils concrets pour mieux gérer des situations à risque et appréhender les tensions avec plus de sérénité. Il joue aussi un rôle de régulateur en intervenant immédiatement lors de tensions au sein de l'équipe ou avec les patients et en favorisant une culture de gestion proactive des risques. Il encourage le signalement des événements indésirables et met en œuvre des stratégies de prévention adaptées. Il assure aussi la répartition des ressources en garantissant que les moyens humains et matériels sont suffisants pour limiter la surcharge de travail, facteur aggravant du sentiment d'insécurité. Il ajuste l'organisation en fonction des retours d'expérience et des besoins du terrain.

L'action du cadre de santé repose ainsi sur une approche globale et transversale qui combine écoute, régulation et adaptation des pratiques. À travers ces rôles, il se positionne comme un repère essentiel pour son équipe. Il réduit les incertitudes en assurant une communication fluide et en mettant en œuvre des solutions concrètes pour améliorer le bien-être des soignants.

Synthèse : Le sentiment d'insécurité des soignants

L'analyse du sentiment d'insécurité des soignants a permis d'identifier les facteurs qui l'alimentent et ses conséquences sur les pratiques professionnelles. La distinction entre insécurité objective, liée à des risques réels, et insécurité subjective, influencée par les perceptions individuelles, met en évidence la complexité de ce phénomène. En psychiatrie, cette insécurité découle de l'exposition aux comportements imprévisibles des patients, des conditions de travail difficiles et du manque de ressources adaptées pour assurer un cadre sécurisé aux soignants.

Les répercussions de ce sentiment sont multiples. Il affecte directement la qualité de vie au travail, en générant du stress, de l'hypervigilance et parfois un désengagement des professionnels. Il influence également la relation thérapeutique, en modifiant la posture des soignants, qui peuvent adopter des stratégies d'évitement ou, au contraire, renforcer les mesures de contrôle. À l'échelle collective, il impacte la dynamique des équipes et peut nourrir une approche défensive de la psychiatrie, où la sécurité prime sur d'autres dimensions du soin.

Face à ce constat, plusieurs stratégies ont été mises en place pour atténuer cette insécurité, allant du renforcement des dispositifs institutionnels à la formation des soignants sur la gestion des situations à risque. Le cadre de santé joue un rôle essentiel dans cet accompagnement, en assurant un équilibre entre prévention des risques et maintien d'un environnement de travail propice à la prise en charge des patients.

Si ces mesures visent à sécuriser les soignants, elles ont aussi des conséquences sur les pratiques institutionnelles et l'organisation des soins. Il convient désormais d'examiner dans quelle mesure ce sentiment d'insécurité influence l'application des libertés individuelles et le respect des droits des patients en psychiatrie.

III. Influence du sentiment d'insécurité sur l'intégration des libertés individuelles

A. Une vision faussée du lien entre insécurité et libertés

1. Des restrictions contre-productives

Dans les établissements psychiatriques, les restrictions des libertés individuelles sont fréquemment présentées comme des garanties de sécurité. Pourtant, ces mesures peuvent produire des effets contraires à ceux recherchés. L'instauration de règles strictes, de contrôles accrus ou de limitations d'accès à certains espaces répond souvent à un sentiment d'insécurité, sans que leur efficacité soit toujours démontrée. Une analyse publiée dans la revue *Éthique et Santé* précise même que :

*Si ces dispositifs ne permettent pas toujours de soulager un sentiment d'insécurité, il arrive parfois qu'ils contribuent même à le favoriser*¹⁴⁶.

Parmi les justifications invoquées, le risque de fugue est souvent avancé¹⁴⁷. Pourtant, les études montrent que l'ouverture des unités n'entraîne pas nécessairement plus de sorties non autorisées, ce qui interroge la pertinence de ces fermetures. Ces pratiques peuvent donc générer des effets contre-productifs. En réduisant l'autonomie des patients, elles alimentent le sentiment de défiance à l'égard des soignants¹⁴⁸.

Ainsi, ce qui est pensé comme une protection peut devenir un facteur de désorganisation, d'aggravation des troubles, voire de rupture du lien thérapeutique. Dans cette perspective, Thierry Najman souligne d'ailleurs que :

*Dans un service hospitalier de psychiatrie, la plupart du temps, la préservation des libertés des patients diminue le niveau de tension du service et améliore notablement la sécurité pour les patients comme pour les professionnels.*¹⁴⁹

Loin d'apaiser les tensions, certaines pratiques restrictives contribuent donc à entretenir un climat d'insécurité, à la fois pour les patients et pour les soignants. Ce constat conduit à considérer d'autres approches, fondées sur des logiques différentes, susceptibles de concilier respect des libertés individuelles et sécurité des soins.

¹⁴⁶ AGNERAY, (F.) - Penser le sentiment d'insécurité dans le soin : éclairage psychopathologique et clinique - *Ethique & Santé*, volume 10, p.137-p.143.

¹⁴⁷ NAJMAN (T.) - La liberté, une dimension du soin - *PRATIQUES en santé mentale*, n°3, 2016, p. 13.

¹⁴⁸ Cf. Entretien avec M. Ferragne (A.), en annexe N°2, p. 153.

¹⁴⁹ Op. Cit. La liberté, une dimension du soin.

2. Des alternatives sécurisantes et respectueuses des droits

Face aux limites des logiques restrictives, certains établissements explorent des approches alternatives visant à concilier sécurité et respect des droits fondamentaux. Ces modèles s'appuient sur une conception différente du soin, dans laquelle le patient n'est plus perçu comme une source potentielle de danger à contenir, mais comme un acteur à part entière du dispositif de soins.

Dans cette perspective, la centralité du patient devient un levier essentiel de sécurisation. Le recours aux Plans de Prévention Partagés¹⁵⁰, par exemple, s'inscrit dans une démarche anticipatrice et collaborative. Élaborés en amont avec le patient, ces plans tiennent compte de son vécu, de ses ressources et de ses facteurs de vulnérabilité. Il ne s'agit plus d'imposer des restrictions pour prévenir un risque, mais de construire avec la personne les réponses les plus ajustées aux situations de crise, en prenant appui sur ses besoins et ses stratégies d'apaisement. Ce type d'approche, lorsqu'il est intégré aux pratiques, peut permettre de réduire le recours aux mesures coercitives tout en maintenant un niveau de sécurité adapté. Cette approche est également valorisée par les trois acteurs rencontrés dans le cadre de ce travail de recherche¹⁵¹.

D'autres établissements ont fait le choix d'ouvrir leurs unités tout en mettant en place un projet thérapeutique individualisé¹⁵², élaboré en concertation avec le patient. Celui-ci formalise les engagements réciproques et renforce la responsabilisation, dans une perspective de confiance et de partenariat thérapeutique.

Ces modèles, s'ils ne peuvent être transposés uniformément, offrent des pistes concrètes pour penser autrement la sécurité en psychiatrie, au-delà du prisme de la restriction. Dans le cadre de ce travail de recherche, il apparaît ainsi que l'appréhension des soignants est avant tout liée à l'insécurité qu'ils ressentent — une insécurité subjective. Bien qu'aucun lien de causalité objectivable ne démontre l'impact des privations de liberté sur la sécurité des professionnels, ces derniers peuvent néanmoins l'imaginer. Il convient dès lors de s'interroger sur les raisons de cette perception et sur les moyens dont dispose l'institution hospitalière pour y répondre.

¹⁵⁰ Plan de prévention partagé : une démarche travaillée avec le patient, Portail de la HAS, [www.has-sante.fr], consulté le 24 avril 2025.

¹⁵¹ Cf. Entretiens UNAFAM, Ferragne (A.) et Dubré Chirat (N.), en annexe N°2, p. 144, 168 et 178.

¹⁵² Projet thérapeutique individualisé, Portail de la HAS, [www.has-sante.fr], consulté le 24 avril 2025.

B. Les causes profondes de la logique sécuritaire

1. Une approche sécuritaire façonnée par le contexte institutionnel

Dans le contexte hospitalier, les pratiques sécuritaires sont fréquemment adoptées comme des réponses immédiates face à l'insécurité perçue. Cette tendance est souvent justifiée par un besoin de sécurité, invoqué de manière intuitive par les professionnels de santé. Comme le souligne Ferragne :

*Cette espèce de sentiment diffus... qu'il en va de la sécurité... des soignants.*¹⁵³

Ce réflexe sécuritaire peut être exacerbé par des facteurs structurels tels que le manque de moyens humains et matériels. Un rapport parlementaire déplore que le mode dégradé devienne parfois la norme¹⁵⁴, citant notamment le recours à la contention en raison d'un personnel insuffisamment nombreux ou formé.

Ces pratiques, bien que compréhensibles dans un contexte de pression et de ressources limitées, ne reposent pas toujours sur une analyse approfondie ou des données probantes. Elles peuvent ainsi conduire à des mesures restrictives qui, loin de garantir la sécurité, peuvent s'avérer contre-productives.

L'absence de formation spécifique sur les libertés individuelles et les approches non coercitives conduit parfois les soignants à recourir, de façon intuitive, à des mesures coercitives perçues comme des outils ordinaires de régulation, sans en évaluer pleinement les implications juridiques et éthiques.

Dès lors, le recours à l'isolement ou à la contention peut devenir une réponse banalisée, intégrée aux routines professionnelles, malgré ses implications en termes de droits fondamentaux.

Ainsi, l'approche sécuritaire n'est pas toujours le fruit d'une réflexion approfondie basée sur des preuves. Elle résulte souvent d'une combinaison de facteurs, incluant le manque de moyens ou l'absence de formation adéquate.

2. Le manque de réflexivité dans les pratiques quotidiennes

Si l'insécurité objective n'est pas directement corrélée à l'ouverture des droits des patients, le sentiment d'insécurité, lui, reste bien réel et influence fortement les

¹⁵³ Cf. Entretien avec M. Ferragne (A.), en annexe N°2, p. 155.

¹⁵⁴ Rapport d'information de la commission des affaires sociales sur la prise en charge des urgences psychiatriques, Portail de l'Assemblée nationale, [www.assemblee-nationale.fr], consulté le 20 février 2025.

pratiques. Ce ressenti, profondément ancré dans les représentations collectives des soignants, peut conduire à des décisions défensives, souvent prises sans mise à distance critique. Le manque de réflexivité dans les équipes apparaît alors comme un facteur central dans la pérennisation de pratiques restrictives.

La réflexivité constitue un levier déterminant pour interroger les automatismes professionnels, elle peut être définie comme :

*Une activité intellectuelle et affective dans laquelle l'individu s'engage à explorer ses expériences dans le but de mieux les comprendre, réaliser des apprentissages afin de les transférer dans de nouvelles situations.*¹⁵⁵

Son absence peut également affecter le climat d'équipe. Dans une vidéo produite par la revue Santé Mentale, plusieurs infirmiers évoquent leur départ de la psychiatrie, déplorant un espace de réflexion insuffisant autour des pratiques de soin. L'un d'eux affirme :

*On a glissé petit à petit vers une logique d'enfermement, sans même s'en rendre compte.*¹⁵⁶

Ces témoignages soulignent combien l'absence de débat et d'analyse partagée fragilise le sens du travail et entretient des postures rigides.

Ainsi, l'insuffisance de réflexivité dans les équipes soignantes contribue à une approche sécuritaire automatique, rarement réinterrogée, et peu propice à l'évolution des pratiques en faveur des libertés individuelles. Le manque de réflexivité renforce ainsi la mise en œuvre de pratiques sécuritaires, souvent en décalage avec les principes éthiques du soin. Pourtant, certains professionnels et institutions commencent à interroger ces pratiques, révélant les tensions persistantes entre le sentiment d'insécurité et la dynamique d'ouverture des droits.

¹⁵⁵ DONNAINT (E.), MARCHAND (C.), GAGNAYRE (R.) - Formalisation d'une technique pédagogique favorisant le développement de la pratique réflexive et des compétences émotionnelles chez des étudiants en soins infirmiers – Recherche en soins infirmiers, n°123, 2015, p. 66.

¹⁵⁶ Étude du processus réflexif lors du passage de la formation à l'emploi des infirmiers, Youtube, [www.youtube.com], consulté le 24 avril 2025.

C. Vers un changement de paradigme possible

1. Le dilemme entre insécurité subjective et droits des patients

Malgré l'évolution des cadres législatifs et réglementaires en faveur du respect des libertés individuelles en psychiatrie, les pratiques sur le terrain restent souvent marquées par une logique sécuritaire¹⁵⁷. Cette observation, ne s'explique pas uniquement par un manque de volonté, mais s'inscrit dans une dynamique plus complexe, où le sentiment d'insécurité joue un rôle central. Lorsqu'il n'est pas interrogé, ce ressenti peut neutraliser toute tentative de changement, en alimentant des représentations selon lesquelles l'ouverture des droits constituerait un facteur de mise en danger.

André Ferragne critique d'ailleurs la vision d'une forme de balance entre sécurité et respect des droits, décrite par les professionnels. Selon eux, au plus les droits des patients sont respectés, au plus les soignants sont en danger¹⁵⁸. Dans certaines représentations professionnelles, toute ouverture des droits est perçue comme une prise de risque, même si les effets réels ont été décrits précédemment.

De plus, les politiques visant à renforcer les droits des patients, en particulier celles limitant le recours à l'isolement et à la contention, suscitent parfois chez les soignants un sentiment de malaise et de remise en question de leur rôle¹⁵⁹. Certains en viennent à se demander si les patients ne disposent pas de plus de droits qu'eux-mêmes. Cette perception, bien qu'ambivalente, reflète une tension réelle entre les normes juridiques protectrices des droits et le vécu professionnel au quotidien. Elle révèle une souffrance éthique, qu'il faut reconnaître pour mieux en comprendre les effets.

C'est précisément dans cette reconnaissance que peuvent s'ancrer les leviers d'une évolution des pratiques. Encore faut-il que cette prise de conscience ne soit pas éludée, et qu'elle ouvre un espace de réflexion sur la manière dont les professionnels peuvent s'adapter à ces transformations sans s'y sentir menacés.

¹⁵⁷ Cf. analyse en annexe N°1, p. 141.

¹⁵⁸ Cf. Entretien avec M. Ferragne (A.), en annexe N°2, p. 153.

¹⁵⁹ KEATING (B.) - Les droits des patients : une menace pour les soignants ? – Santé mentale au Québec, Volume 34, 2009, p.41-43.

2. Des leviers pour repenser les pratiques en psychiatrie

Un nombre croissant de professionnels et d'institutions interroge les pratiques sécuritaires, révélant les tensions entre sentiment d'insécurité et ouverture des droits. Le développement de la réflexivité professionnelle constitue un levier central que le cadre de santé peut mobiliser pour aider les soignants à prendre du recul, sortir des automatismes et ajuster leurs interventions aux besoins réels des patients¹⁶⁰.

Thierry Najman souligne à ce titre :

*Il est possible de déconstruire l'ensemble de ces idées reçues. Aucune d'entre elles ne résiste à une analyse rigoureuse.*¹⁶¹

Cette affirmation rappelle que le changement est possible, à condition qu'il s'accompagne d'un travail réflexif collectif et structuré.

L'intégration des libertés individuelles ne peut se décréter : elle implique une transformation progressive des représentations et des habitudes professionnelles. La culture réflexive partagée constitue un socle que le cadre de santé doit encourager et structurer. Des dispositifs comme l'Analyse des Pratiques Professionnelles ou les Comités de Retour d'Expérience offrent des espaces pour revisiter les situations complexes et dégager des marges de manœuvre conciliant sécurité et droits. Lorsqu'ils sont soutenus par l'encadrement, ces temps collectifs favorisent l'émergence d'une pensée critique, indispensable à toute évolution.

Des outils concrets peuvent accompagner cette transformation. Les Plans de Prévention Partagés, élaborés en amont avec les patients, offrent une réponse co-construite favorisant la responsabilisation mutuelle et limitant le recours aux mesures coercitives. Le cadre de santé peut en faciliter l'appropriation par les équipes.

D'autres démarches, comme les entretiens de post-crise ou les groupes de réflexion éthique, complètent cette dynamique. L'enjeu n'est pas de nier les contraintes des soins psychiatriques, mais de créer un équilibre plus juste entre sécurité et liberté¹⁶². Le binôme médecin-cadre peut jouer ici un rôle moteur en impulsant une culture commune du soin fondée sur le respect des droits et la réflexion.

¹⁶⁰ DONNAINT (E.), MARCHAND (C.), GAGNAYRE (R.) - Formalisation d'une technique pédagogique favorisant le développement de la pratique réflexive et des compétences émotionnelles chez des étudiants en soins infirmiers – *Recherche en soins infirmiers*, n°123, 2015, p. 69.

¹⁶¹ NAJMAN (T.) - La liberté, une dimension du soin - *PRATIQUES en santé mentale*, n°3, 2016, p. 13.

¹⁶² Cf. Entretien avec Mme Dubré-Chirat (N.), en annexe N°2, p. 168.

Synthèse : Influence du sentiment d'insécurité sur l'intégration des libertés individuelles

L'analyse de cette troisième partie met en lumière les freins que constitue le sentiment d'insécurité dans l'évolution des pratiques en psychiatrie vers un respect accru des libertés individuelles. Derrière les justifications sécuritaires souvent avancées, se dessine une logique défensive, parfois contre-productive, qui tend à rigidifier les pratiques au détriment de la relation de soin. Cette insécurité, bien que fréquemment subjective, structure des représentations professionnelles où l'ouverture des droits est perçue comme une source de mise en danger.

Ce ressenti, nourri par un contexte institutionnel sous tension, un déficit de formation et un manque d'espaces de réflexion, contribue à figer les habitudes et à renforcer les résistances au changement. L'approche sécuritaire, loin d'être toujours fondée sur des données objectives, se maintient alors comme une réponse réflexe, peu interrogée collectivement. La reconnaissance de cette souffrance éthique vécue par les professionnels apparaît dès lors comme un préalable essentiel à toute transformation des pratiques.

Face à cette réalité, des leviers existent. Le développement de la réflexivité, soutenu par des dispositifs collectifs tels que les APP ou les CREX, peut permettre aux équipes de revisiter leur posture et d'ouvrir des marges de manœuvre favorables à la conciliation entre sécurité et respect des droits. Le cadre de santé, dans ce processus, joue un rôle central de facilitateur et de garant. Par ailleurs, des outils opérationnels comme les Plans de Prévention Partagés ou les groupes de réflexion éthique illustrent la possibilité d'une sécurité construite avec le patient, et non contre lui. Ces pratiques, lorsqu'elles sont soutenues par le binôme médecin-cadre, esquissent les contours d'un modèle de soins plus équilibré, fondé sur la confiance, la responsabilisation et la reconnaissance réciproque.

IV. De la problématique à la l'hypothèse de recherche

J'ai choisi comme base de travail trois situations qui m'ont surpris, dues à une résistance marquée de certains soignants face à des évolutions visant à renforcer les libertés individuelles des patients. Ces situations ont révélé des tensions entre les exigences réglementaires et leur application concrète dans les services. De ce constat, il a été possible de formuler la question de départ suivante :

Pourquoi certains soignants **sont réticents à l'évolution des pratiques en matière de libertés individuelles**, alors même qu'il s'agit d'une obligation légale souvent bénéfiques pour les usagers ?

Plusieurs hypothèses de réponses ont émergé, notamment des explications organisationnelles, culturelles et liées aux contraintes du terrain. Cependant, c'est la notion de **sentiment d'insécurité** qui est apparue comme un facteur central influençant ces résistances. Ainsi, la problématique posée a été la suivante :

En quoi **le sentiment d'insécurité des soignants** influe-t-il sur **l'intégration des libertés individuelles dans les pratiques en psychiatrie** ?

Un travail de recherche a permis d'identifier certaines notions essentielles qui ont contribué à préciser cette problématique. Il en est ressorti que **l'insécurité subjective** des soignants joue un rôle majeur dans les résistances aux évolutions réglementaires. La question de recherche a donc évolué pour devenir :

En quoi **l'insécurité subjective des soignants en psychiatrie** influe sur **l'intégration des libertés individuelles dans les pratiques professionnelles** ?

Le cadre conceptuel a mis en évidence une **problématique de réflexivité des équipes**, suggérant que l'absence de remise en question des pratiques pourrait être un élément clé. L'hypothèse de recherche formulée est donc la suivante :

L'insécurité subjective des soignants en psychiatrie influe sur **l'intégration des libertés individuelles dans les pratiques professionnelles** parce que **les soignants manquent de réflexivité**.

PARTIE 2 : VERIFICATION DE L'HYPOTHESE DE RECHERCHE SUR LE TERRAIN

I. Présentation de la méthodologie de l'enquête

A. La préparation de l'enquête

1. La construction du modèle d'analyse

Le modèle d'analyse¹⁶³ facilite la traduction des concepts et constitue un support méthodologique pour l'analyse de l'enquête. Il s'élabore à partir de l'hypothèse de recherche, qui se décompose en deux volets, chacun correspondant à un objet de recherche distinct.

Le premier volet repose sur la problématique étudiée, tandis que le second propose une réponse en considérant que cette dernière influence directement la problématique initiale. Chaque objet de recherche est ensuite décliné en plusieurs dimensions, en lien avec les concepts explorés dans le cadre conceptuel.

Enfin, ces dimensions sont traduites en indicateurs, définis comme les manifestations concrètes et objectivement observables des concepts étudiés.

Pour rappel, mon hypothèse de recherche est la suivante :

L'insécurité subjective des soignants en psychiatrie influe sur **l'intégration des libertés individuelles dans les pratiques professionnelles** parce que **les soignants manquent de réflexivité.**

Le premier objet de recherche est « L'intégration des libertés individuelles dans les pratiques professionnelles » qui regroupe trois dimensions que sont « l'intégration », « les libertés individuelles » et « les pratiques professionnelles ».

Le second objet de recherche est « L'insécurité subjective des soignants en psychiatrie » qui regroupe deux dimensions que sont « l'insécurité subjective » et « les soignants en psychiatrie ».

¹⁶³ Cf. Modèle d'analyse, en annexe N°3, p. 186.

2. Les outils de l'enquête

Dans le cadre de cette recherche, j'ai opté pour des entretiens semi-directifs. Ce choix s'explique par la nécessité de recueillir des données riches et nuancées tout en garantissant une certaine comparabilité entre les réponses. Les entretiens semi-directifs permettent d'orienter l'échange autour de thématiques définies tout en laissant aux participants la possibilité d'exprimer librement leurs perceptions et expériences. Cette approche est particulièrement adaptée à l'exploration du sentiment d'insécurité des soignants et de son influence sur l'évolution des pratiques en termes de libertés individuelles.

Afin d'assurer une structuration cohérente de ces entretiens, j'ai élaboré trois grilles d'entretien¹⁶⁴ distinctes à partir de mon modèle d'analyse¹⁶⁵.

Dans un souci de fidélité et d'exactitude dans l'analyse des propos recueillis, j'ai obtenu l'accord des professionnels interrogés pour enregistrer les entretiens. Cette retranscription intégrale permet d'éviter toute perte d'information, de garantir une analyse rigoureuse des discours et de préserver la richesse des échanges. L'enregistrement facilite également la comparaison des entretiens en assurant une plus grande objectivité dans l'interprétation des données.

3. Le choix du lieu de l'enquête

Pour mener cette recherche, j'ai choisi de réaliser mon enquête dans deux hôpitaux psychiatriques distincts. Cette sélection répond à la volonté d'obtenir une vision contrastée des pratiques et des dynamiques institutionnelles en matière de libertés individuelles en psychiatrie.

L'un de ces établissements (CH1) est particulièrement reconnu pour son engagement ces dernières années en faveur du respect des droits des patients. Son approche constitue un point de comparaison intéressant pour évaluer les effets des évolutions réglementaires et institutionnelles sur les pratiques soignantes.

Le second hôpital (CH2), bien que ne présentant pas de spécificité particulière sur ce plan, offre néanmoins un cadre complémentaire permettant d'observer les

¹⁶⁴ Cf. Outil d'entretien, en annexe N°4, p. 191-198.

¹⁶⁵ Cf. Modèle d'analyse, en annexe N°3, p. 186.

différences potentielles dans l'application des principes encadrant les libertés individuelles.

Ce choix de deux établissements distincts me permet ainsi d'enrichir l'analyse en confrontant des réalités institutionnelles variées et d'explorer l'influence du contexte local sur le sentiment d'insécurité des soignants et l'évolution des pratiques.

4. Le choix de la population enquêtée

Afin d'obtenir une analyse complète et représentative des perceptions et des enjeux liés à l'évolution des libertés individuelles en psychiatrie, j'ai choisi d'interroger différents acteurs impliqués à divers niveaux dans l'organisation des soins et la prise de décision. Ce choix permet d'articuler les perspectives des soignants de terrain avec celles des cadres et des décideurs institutionnels, afin de mieux comprendre comment se construisent les pratiques et les arbitrages en matière de libertés individuelles.

Ainsi, trois catégories de professionnels ont été ciblées :

Les infirmiers diplômés d'État et les aides-soignants : Ces professionnels étant en contact direct et quotidien avec les patients, il est essentiel d'analyser leur perception des restrictions appliquées aux libertés individuelles et leur ressenti face aux situations de tension que ces restrictions peuvent engendrer. L'enquête explore également leur positionnement vis-à-vis des évolutions des pratiques et les éventuelles difficultés qu'ils rencontrent dans la mise en application des nouvelles directives.

Les cadres de santé : Occupant une position intermédiaire entre les équipes soignantes et l'administration hospitalière, les cadres de santé jouent un rôle clé dans l'encadrement des pratiques et l'application des recommandations institutionnelles. L'enquête s'intéresse à leur perception du cadre réglementaire en matière de libertés individuelles, aux difficultés qu'ils rencontrent dans la mise en œuvre des évolutions, ainsi qu'à leur manière de gérer les tensions pouvant émerger au sein des équipes face à ces changements.

Les acteurs institutionnels (médecin chef de pôle et de service, cadre supérieur de santé, ingénieur qualité, directeur des soins et directeur référent des usagers) : Cette catégorie regroupe les professionnels impliqués dans la définition des politiques hospitalières et des orientations stratégiques en matière de soins psychiatriques.

L'enquête vise à comprendre leur approche des libertés individuelles dans un cadre institutionnel, les enjeux stratégiques qu'ils perçoivent et les contraintes organisationnelles qui influencent les décisions prises à ce sujet.

Le choix de cette diversité d'interlocuteurs permet ainsi de croiser les regards et de confronter les discours entre les différents niveaux de responsabilité, afin de mieux cerner les dynamiques à l'œuvre dans l'évolution des pratiques en psychiatrie.

J'ai ainsi réalisé au total 20 entretiens, soit 10 dans chaque centre hospitalier.

5. Les autorisations d'enquête

Avant de débuter la collecte des données, j'ai sollicité les autorisations nécessaires auprès des directions des établissements concernés. Pour cela, j'ai adressé un mail au directeur des ressources humaines de chaque hôpital psychiatrique sélectionné.

Dans ce courrier, j'ai pris soin de préciser plusieurs éléments afin de formaliser ma demande et de garantir la transparence de ma démarche. J'ai tout d'abord présenté mon parcours en expliquant mon statut actuel ainsi que le cadre dans lequel s'inscrit ce travail de recherche. J'ai ensuite exposé la thématique de mon étude. J'ai détaillé la population interviewée en précisant les catégories de professionnels concernés par l'enquête. J'ai enfin mentionné le nombre de participants prévus afin de donner une visibilité sur l'ampleur de l'enquête au sein de chaque établissement.

Cette démarche avait pour objectif d'obtenir l'accord institutionnel nécessaire à la réalisation des entretiens tout en garantissant une approche respectueuse du cadre réglementaire et éthique.

B. Le déroulement de l'enquête

1. La planification des entretiens

L'ensemble des entretiens a été réalisé durant la semaine dédiée par l'IFCS aux enquêtes de terrain, entre le 31 mars et le 4 avril 2025.

Pour le CH1, éloigné géographiquement de mon domicile et de mon lieu de formation, les entretiens ont été planifiés entre le 31 mars et le 2 avril 2025. C'est le directeur des soins qui, sur la base de la liste des professionnels que je souhaitais interroger, s'est chargé d'organiser l'ensemble des rendez-vous ainsi qu'une visite guidée de l'établissement.

Pour le CH2, les entretiens ont eu lieu les 3 et 4 avril 2025. J'ai pris en charge moi-même leur planification, en contactant directement les professionnels. Une exception a été faite pour les soignants, pour lesquels j'ai sollicité l'appui des cadres de santé afin de faciliter les prises de contact.

Cette organisation différenciée a permis d'adapter la démarche à chaque contexte institutionnel, tout en garantissant une continuité dans le déroulement de l'enquête.

2. Les conditions de réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés durant la semaine dédiée par l'IFCS, sur le temps de travail des professionnels, en veillant à ne pas perturber l'organisation des services. Afin de m'adapter aux contraintes de chacun, j'ai proposé aux participants de choisir les créneaux les plus adaptés à leur emploi du temps.

Les entretiens se sont déroulés dans des espaces propices à la confidentialité : bureaux administratifs pour les cadres, les directions ou les fonctions supports, et bureaux disponibles au sein des unités pour les professionnels de terrain. Dans chaque cas, j'ai veillé à garantir des conditions d'écoute respectueuses et un environnement calme.

Avant chaque échange, je me suis brièvement présenté, sans détailler les objectifs du mémoire ni formuler mon hypothèse de recherche, afin de ne pas orienter les propos. J'ai rappelé que l'entretien s'inscrivait dans un cadre confidentiel et anonyme.

J'ai également demandé l'accord explicite de chaque participant pour enregistrer la conversation, en précisant que ces enregistrements ne seraient utilisés qu'à des fins d'analyse, et ne seraient transmis à aucun tiers.

L'ensemble de ces précautions visait à instaurer un climat de confiance, propice à l'expression libre et authentique des professionnels. Cette posture d'écoute m'a permis de recueillir des éléments riches, parfois inattendus, et de documenter à la fois mon hypothèse de recherche et des dimensions complémentaires du sujet étudié.

Les entretiens ont duré entre 18 et 55 minutes, avec une durée moyenne d'environ 35 minutes.

3. Les limites de l'enquête

Plusieurs limites doivent être soulignées concernant le déroulement de l'enquête et les conditions de recueil des données.

En premier lieu, bien que je n'aie pas présenté mon hypothèse de recherche lors des entretiens afin d'éviter d'orienter les réponses, j'ai dû, lors de mes prises de contact initiales pour obtenir les autorisations, préciser la thématique générale de mon mémoire. Cette contrainte administrative a eu pour effet que certains participants, en particulier ceux occupant des fonctions stratégiques, étaient informés en amont des enjeux abordés. Il est donc possible que certains discours aient été en partie influencés par cette connaissance préalable du sujet.

Par ailleurs, deux entretiens importants n'ont pas pu être réalisés : celui de la directrice des relations avec les usagers du CH1, et celui du médecin chef de pôle du CH2. L'absence de ces points de vue constitue une perte, notamment pour croiser les représentations institutionnelles sur les droits des patients et la sécurité ressentie par les équipes.

Une autre limite tient au choix volontairement orienté des deux établissements enquêtés. Mon objectif était de confronter deux institutions aux pratiques distinctes concernant les libertés individuelles. Ce parti pris, pleinement assumé dans le cadre de ce travail, introduit néanmoins un biais comparatif, dans la mesure où les écarts

observés entre les établissements sont susceptibles d'être amplifiés par cette sélection initiale.

Enfin, j'ai constaté a posteriori que mes grilles d'entretien destinées aux ingénieurs qualité et à la directrice des relations avec les usagers ne permettaient pas d'explorer en profondeur certains aspects spécifiques à leurs fonctions. J'ai dû, durant l'entretien, m'adapter de manière spontanée pour compléter les angles d'analyse insuffisamment couverts, ce qui peut avoir entraîné un manque d'homogénéité dans le traitement des données pour ces profils.

4. Méthodologie d'exploitation des résultats

Les entretiens ont été enregistrés afin de garantir une écoute attentive et de ne pas interrompre la dynamique des échanges par la prise de notes. Cette modalité m'a permis d'être pleinement disponible au cours des discussions.

L'ensemble des enregistrements a ensuite été retranscrit de manière intégrale, afin de disposer d'un matériau brut fidèle aux propos tenus. Cette retranscription a constitué la base de l'analyse.

Les contenus ont été classés selon la structure analytique définie en amont : les données ont été réparties par objets de recherche, puis selon les différentes dimensions et indicateurs construits dans le cadre de l'élaboration méthodologique.

Chaque propos a été analysé comme unité de sens, en tenant compte à la fois de sa fréquence et de sa portée qualitative. L'analyse s'est attachée à repérer les éléments récurrents, les nuances d'expression, les contrastes entre les établissements, et les spécificités selon les niveaux de fonction (cadres, soignants, direction).

Cette méthode a permis une lecture structurée des résultats, articulant quantitatif (par le repérage des occurrences) et qualitatif (par l'interprétation du sens donné par les professionnels à leurs expériences), dans une logique de mise en lien avec l'hypothèse de recherche.

II. Présentation des résultats de l'enquête

A. Contexte de l'enquête

1. Présentation des lieux d'enquête

a. CH1

Le premier terrain d'enquête est un pôle de santé mentale rattaché à un centre hospitalier général. Il couvre deux secteurs géographiques et se compose de plusieurs structures en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie. J'ai pour ma part fait le choix d'interviewer le personnel des unités d'hospitalisation à temps complet.

Ce centre de santé mentale se distingue par un contexte institutionnel particulier : il a fait l'objet de deux visites successives par le Contrôle Général des Lieux de Privation de Liberté. La première inspection a mis en lumière de graves manquements au respect des droits des patients, largement relayés dans la presse. Cette médiatisation a entraîné une forte mobilisation institutionnelle. Depuis, d'importants travaux d'adaptation ont été menés en interne, avec une réorganisation des pratiques, visant à renforcer le respect des libertés individuelles.

Cette transformation a été plusieurs fois citée comme exemplaire : d'une part lors d'un premier échange informel avec des contrôleurs du CGLPL en décembre 2024, puis à nouveau par André Ferragne, lors de l'entretien réalisé pour ce mémoire :

Il y a deux exemples très connus. Il y en a un qui est très récent, c'est le CH1... Ce sont des sites sur lesquels nous avons fait des recommandations en urgence parce que la situation était particulièrement choquante. Et ces deux établissements ont pris l'affaire très, très au sérieux... ils ont fait un plan de transformation de leur établissement très ambitieux, et ce sont deux établissements que l'on peut considérer aujourd'hui comme fonctionnant de manière pas parfaite mais plus que normale, de manière plutôt satisfaisante. ¹⁶⁶

Ce témoignage confirme la perception partagée d'un virage institutionnel réussi vers une prise en compte renforcée des droits fondamentaux en psychiatrie.

¹⁶⁶ Cf. Entretien avec M. Ferragne (A.), en annexe N°2, p. 150.

b. CH2

Le second terrain d'enquête est un établissement public spécialisé en psychiatrie, structuré autour de plusieurs unités d'hospitalisation et de dispositifs de soins variés. Il regroupe un grand nombre de professionnels et constitue un acteur majeur de la prise en charge psychiatrique sur son territoire.

Les entretiens se sont déroulés au sein de deux unités : une unité fermée de psychiatrie générale et une Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP). Ces services accueillent des patients présentant des troubles psychiatriques sévères, souvent en situation de crise, dans des cadres contraints. Ils représentent des contextes particulièrement propices à l'exploration du lien entre sécurité, réflexivité et respect des droits des patients.

Le choix de ce second établissement permettait de confronter les résultats à ceux obtenus dans un contexte institutionnel différent de celui du premier terrain. Les pratiques observées, les représentations des professionnels et les logiques organisationnelles offrent ainsi un point de comparaison pertinent pour affiner l'analyse des facteurs influençant l'intégration des libertés individuelles dans les soins psychiatriques.

2. Présentation des professionnels interviewés

Les tableaux suivants listent les professionnels que j'ai pu interviewer au sein des deux établissements. Afin de garantir l'anonymat, j'ai attribué un nom à chacun ainsi qu'une couleur qui permettra de les identifier lors de l'analyse des résultats de l'enquête.

J'ai également précisé pour chacun sa fonction, son âge, son ancienneté sur l'établissement ainsi que son ancienneté dans la fonction.

Tableau n°1 : Présentation de la population enquêtée sur le CH1

CH1				
Fonction	Dénomination	Age	Ancienneté sur l'établissement	Ancienneté dans la fonction
Directeur des soins	1DS	69 ans	6 ans	30 ans
Cheffe de pôle	1CDP	46 ans	14 ans	7 ans
Cadre supérieur de santé	1CSS	55 ans	23 ans	14 ans
Chef de service	1MC	60 ans	23 ans	30 ans
Ingénieur qualité	1IQ	42 ans	9 ans	20 ans
Cadre de santé	1CDS-A	56 ans	9 ans	11 ans
Cadre de santé	1CDS-B	52 ans	10 ans	9 ans
Infirmier D.E.	1IDE-A	28 ans	4 ans	4 ans
Infirmier D.E.	1IDE-B	42 ans	12 ans	14 ans
Aide-soignant	1AS	47 ans	5 ans	19 ans
Moyennes		50 ans	11 ans	16 ans

Tableau n°2 : Présentation de la population enquêtée sur le CH2

CH2				
Fonction	Dénomination	Age	Ancienneté sur l'établissement	Ancienneté dans la fonction
Directeur juridique	2DJ	?	12 ans	18 ans
Directeur des soins	2DS	53 ans	22 ans	6 ans
Cadre supérieur de santé	2CSS	60 ans	37 ans	5 ans
Chef de service	2MC	33 ans	1 an	6 ans
Ingénieur qualité	2IQ	50 ans	26 ans	26 ans
Cadre de santé	2CDS-A	45 ans	14 ans	1 an
Cadre de santé	2CDS-B	47 ans	4 ans	13 ans
Infirmier D.E.	2IDE-A	38 ans	12 ans	17 ans
Infirmier D.E.	2IDE-B	35 ans	12 ans	12 ans
Aide-soignant	2AS	50 ans	4 ans	25 ans
Moyennes		46 ans	14 ans	13 ans

B. Présentation et analyse des résultats

1. Objet de recherche n°1 : L'intégration des libertés individuelles dans les pratiques professionnelles

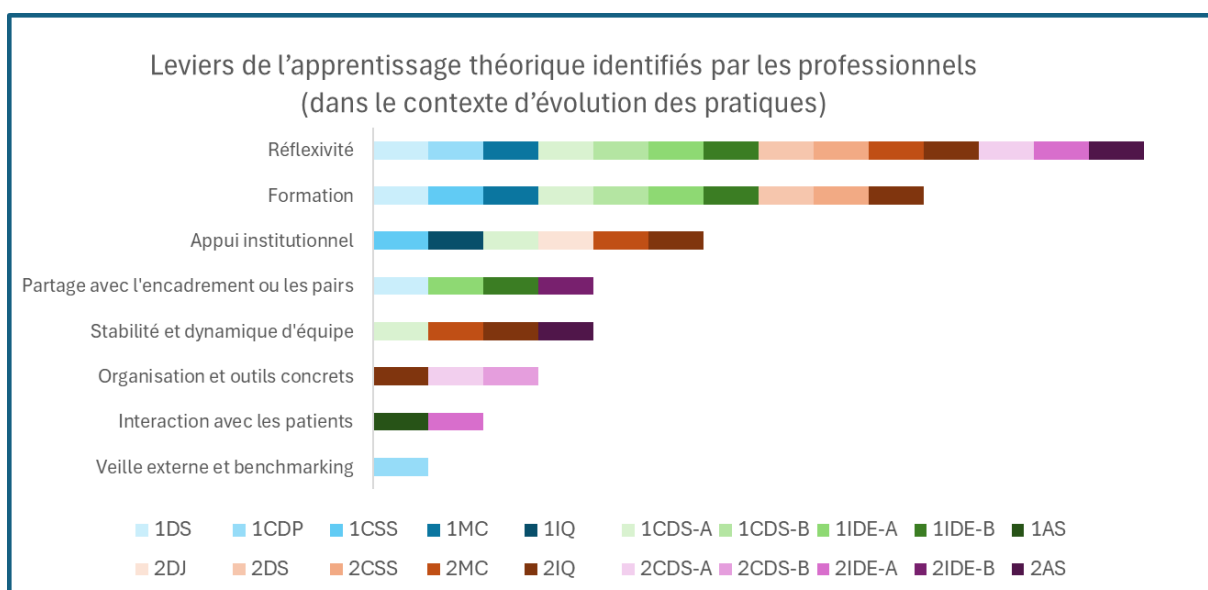
Ce premier objet de recherche a été divisé en trois dimensions : L'intégration, les libertés individuelles et les pratiques professionnelles.

a. Dimension n°1 : L'intégration

➤ Premier indicateur : L'apprentissage théorique

Les professionnels ont été interrogés, en fonction de leur rôle, sur les conditions qui favorisent l'apprentissage théorique dans leur service. Les soignants ont évoqué ce qui les aide à apprendre, les cadres ont précisé leur contribution au développement des savoirs, et les professionnels qui occupent des fonctions stratégiques ont décrit les leviers dont ils disposent pour soutenir cet apprentissage. L'histogramme ci-dessous en propose une synthèse.

Histogramme n°1 : Les leviers de l'apprentissage théorique



La réflexivité apparaît très nettement comme le levier principal, elle est évoquée par 70% des interviewés et elle est citée par une large diversité de professionnels, soignants, cadres et médecins, et ce, dans les deux établissements (CH1 et CH2). Cette transversalité suggère qu'au-delà de l'accès à des savoirs théoriques, c'est la capacité à interroger ses pratiques, à prendre du recul et à s'inscrire dans un questionnement continu qui est perçue comme essentielle. La réflexivité semble

constituer un socle commun aux dynamiques d'évolution professionnelle, quel que soit le métier ou la structure.

Le recours à la formation constitue également un levier important. Il est cependant davantage mobilisé dans les entretiens réalisés au CH1, ce qui peut témoigner soit d'une culture locale plus tournée vers l'apprentissage formel, soit d'une meilleure accessibilité aux dispositifs de formation continue dans cet établissement. À l'inverse, au CH2, c'est davantage l'appui institutionnel qui est évoqué, notamment par les cadres et les directions, laissant entendre une attente plus forte envers le soutien de la hiérarchie dans l'accompagnement au changement.

D'autres leviers sont également présents, comme le partage avec l'encadrement ou les pairs, qui est davantage cité par les soignants que par l'encadrement, ou encore la stabilité et la dynamique d'équipe, mentionnée surtout au CH2. Ces éléments soulignent l'importance de la dimension relationnelle dans l'apprentissage, notamment dans les environnements professionnels en mutation.

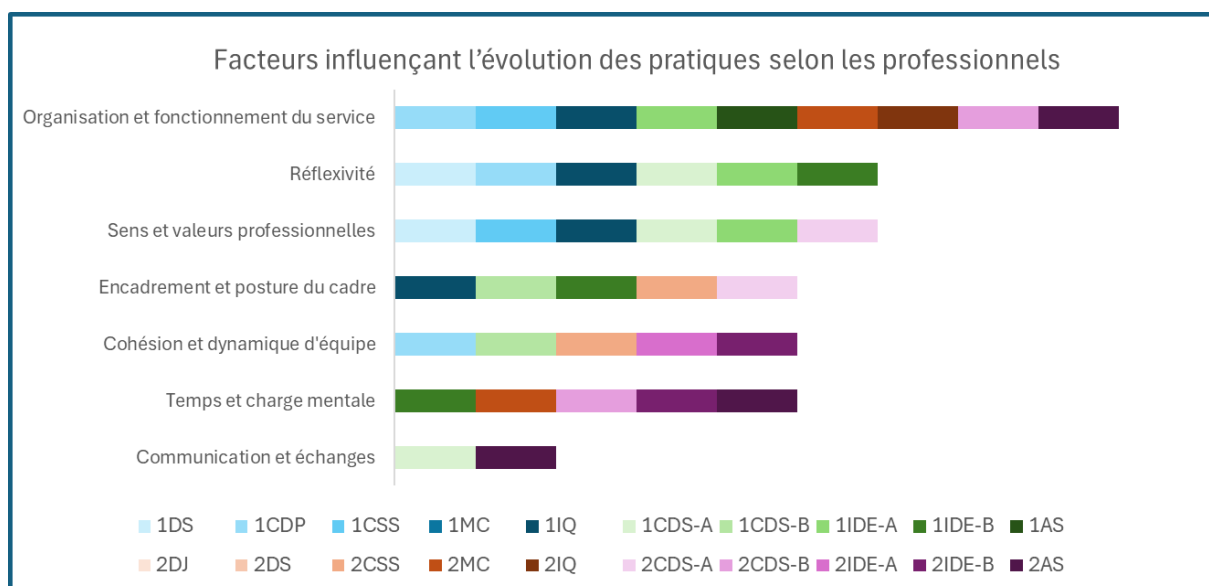
D'autres items plus ponctuels tels que l'organisation du service, l'interaction avec les patients, ou la veille externe, apparaissent de manière isolée, mais pourraient constituer des pistes de développement. À noter que le benchmarking a été décrit comme la ressource principale au développement des savoirs par la médecin-chef de pôle à l'origine de la mutation du CH1, ce qui souligne son intérêt possible en amont des transformations, même s'il n'a pas été cité par les autres professionnels.

Ce premier graphique met en avant une pluralité de leviers, mais aussi des différences structurelles et professionnelles dans leur mobilisation. Il traduit le fait que l'apprentissage théorique en contexte de transformation ne relève pas uniquement de la formation formelle, mais s'ancre dans une culture réflexive, un soutien institutionnel adapté et des dynamiques collectives solides.

➤ Deuxième indicateur : La mise en pratique

Les professionnels ont été interrogés, selon leur fonction, sur les éléments qui favorisent l'évolution des pratiques en psychiatrie. Les réponses mettent en évidence les facteurs perçus comme facilitant la mise en pratique des savoirs acquis. L'histogramme ci-dessous en propose une synthèse.

Histogramme n°2 : Les facteurs qui influencent l'évolution des pratiques



L'histogramme fait apparaître plusieurs leviers perçus par les professionnels comme facilitant la mise en œuvre concrète des savoirs acquis. Le facteur le plus souvent cité est l'organisation du service, évoquée dans les deux établissements (CH1 et CH2), et par une pluralité de fonctions. Cette récurrence souligne l'importance des repères structurels, du cadre de fonctionnement, de la lisibilité des rôles et de la stabilité des environnements pour permettre l'évolution des pratiques.

En seconde position, la réflexivité se distingue nettement, mais avec une répartition très marquée : 100 % des citations proviennent du CH1. Cela confirme une dynamique collective forte au sein de cet établissement, dans lequel les professionnels, qu'ils soient soignants, cadres ou médecins, valorisent l'analyse des pratiques, les temps de questionnement et la capacité à prendre du recul. À l'inverse, la réflexivité n'est pas évoquée au CH2, où les leviers sont davantage centrés sur les dynamiques de terrain.

Le sens professionnel et les valeurs du soin sont aussi des leviers importants, mais ils sont principalement cités par des professionnels du CH1.

Cela peut s'expliquer par le fait que ces éléments participent à la remise en question ou à l'évolution des schèmes professionnels, comme évoqué dans le cadre conceptuel, ce qui favorise la mise en pratique des savoirs acquis.

L'encadrement et la posture du cadre de santé sont mentionnés à cinq reprises, tous établissements confondus. Le temps disponible et la charge mentale sont également cités cinq fois, dont quatre fois au CH2, traduisant une préoccupation plus marquée sur ces dimensions dans cette structure. Le travail en équipe apparaît également dans plusieurs discours, principalement au CH2, souvent en lien avec la cohésion et l'entraide. Enfin, la communication, bien que plus rarement évoquée, complète ces leviers moins fréquemment cités.

Ce contraste dans la nature des leviers mobilisés traduit des fonctionnements institutionnels différenciés. Le CH1 s'appuie sur une logique réflexive et structurée, ancrée dans une culture partagée de l'évolution. À l'inverse, le CH2 évoque des leviers plus contextuels, relationnels et organisationnels, souvent centrés sur les ressources internes et les réalités de terrain, moins formalisées.

Cette diversité d'approches rejoint l'idée que l'évolution des pratiques ne peut se décréter de manière descendante, mais doit s'appuyer sur la dynamique des équipes elles-mêmes. Comme l'expliquait André Ferragne :

*Les changements imposés par le haut en psychiatrie, ça ne marche pas. Ça doit venir des équipes soignantes.*¹⁶⁷

Cette perspective est également soutenue dans l'un des entretiens menés sur le CH1, où l'ingénieur qualité explique que les démarches d'amélioration sont construites à partir du terrain, et non imposées :

*On essaie de prendre le problème par l'autre bout, par le terrain, et de faire émerger les mesures d'amélioration par les agents plutôt que d'imposer. Pour aller chercher ceux que l'on appelle les réfractaires, ceux qui ne comprennent pas, qui agissent par dépit et parfois viennent polluer le reste du groupe.*¹⁶⁸

Ces éléments convergent vers une même idée : l'évolution des pratiques repose moins sur des prescriptions descendantes que sur la capacité des équipes à s'approprier collectivement les enjeux du changement.

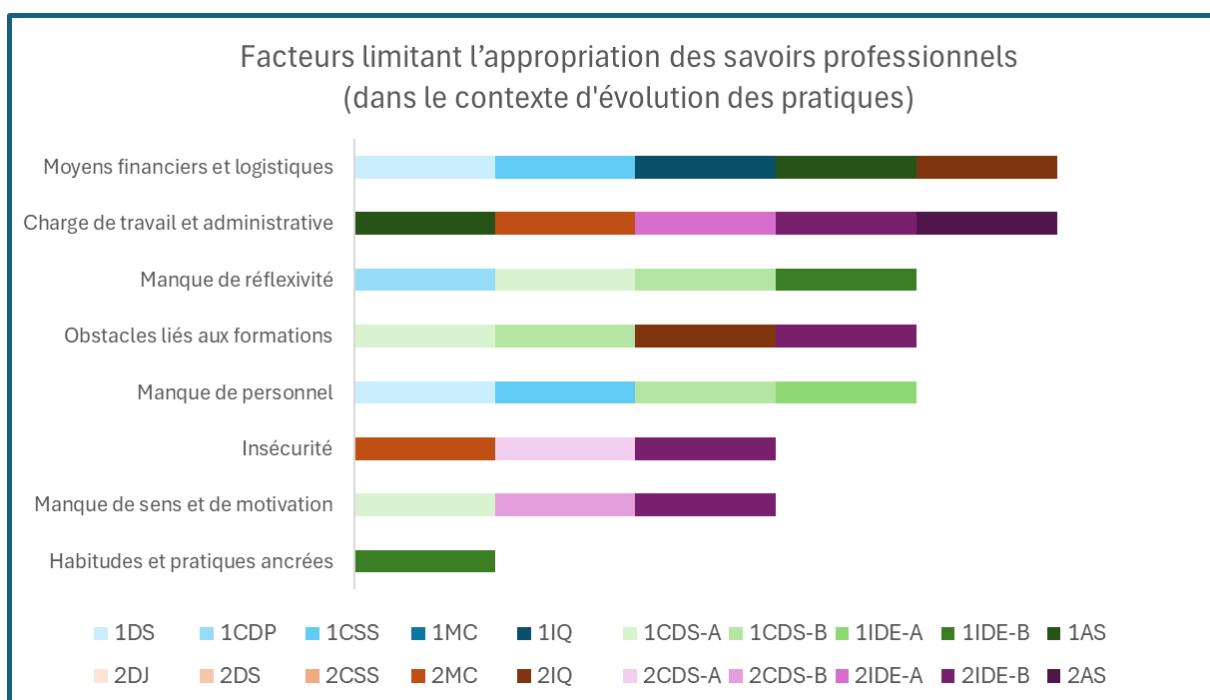
¹⁶⁷ Cf. Entretien avec M. Ferragne (A.), en annexe N°2, p. 155.

¹⁶⁸ Interview 11Q

➤ Troisième indicateur : Limites à l'apprentissage

Les professionnels ont été invités à identifier, selon leur fonction, les freins à l'apprentissage ou les limites rencontrées dans le développement des savoirs professionnels. Les soignants ont été questionnés sur les obstacles à leur propre apprentissage, les cadres de proximité sur les difficultés rencontrées pour faire évoluer les pratiques de leurs équipes, et les acteurs occupant des fonctions plus stratégiques sur les freins perçus à l'échelle de l'institution. L'histogramme ci-dessous propose une synthèse des facteurs perçus comme limitant l'appropriation des savoirs dans un contexte de transformation des pratiques.

Histogramme n°3 : Les facteurs qui limitent l'apprentissage



L'analyse de cet histogramme fait ressortir plusieurs freins partagés par les professionnels, quel que soit leur niveau hiérarchique. Deux facteurs dominent avec cinq réponses chacun. Le premier concerne les moyens financiers et logistiques, évoqués dans les deux établissements. Il recouvre les contraintes budgétaires, le manque de matériel ou d'infrastructures, ainsi que les difficultés d'accès aux ressources nécessaires pour apprendre.

Le second frein est la charge de travail, clinique ou administrative, particulièrement soulignée au CH2. Elle crée une tension entre les impératifs quotidiens et le temps nécessaire à l'apprentissage. Plusieurs professionnels évoquent une surcharge,

parfois liée à des tâches éloignées du soin, limitant leur disponibilité pour s'engager dans des démarches de développement des savoirs.

La réflexivité, levier central dans les deux premiers indicateurs, apparaît ici comme un frein lorsqu'elle est absente. Ce point est uniquement rapporté au CH1. Le fait qu'il émerge dans l'établissement où les pratiques autour des libertés individuelles sont les plus avancées vient en partie confirmer l'hypothèse de ce travail : une posture réflexive ancrée permettrait de mieux identifier et interroger les obstacles à l'évolution des savoirs.

Les obstacles liés aux formations sont évoqués dans des proportions équivalentes. Ils concernent l'inadéquation des contenus avec le terrain, la difficulté d'accès, ou des formats qui limitent un réel apprentissage. Ces éléments interrogent la pertinence de certains dispositifs, notamment lorsqu'ils ne sont pas articulés aux besoins concrets des équipes ou non investis par les professionnels, ce qui est fréquent comme le souligne un cadre de santé du CH1 :

*Il y en a qui viennent en formation et qui disent que ça ne servait à rien.*¹⁶⁹

Le manque de personnel bien que présent dans les deux hôpitaux où ces entretiens ont été menés, est cité uniquement par des professionnels du CH1. Il est perçu comme un frein, limitant la possibilité de se former ou d'échanger.

D'autres freins sont également présents : le sentiment d'insécurité, exclusivement mentionné au CH2, s'inscrit en cohérence avec la problématique du mémoire, comme un obstacle à l'apprentissage dans un contexte de respect plus faible des libertés individuelles. Le manque de sens, de motivation ou les pratiques routinières traduisent aussi un désengagement possible.

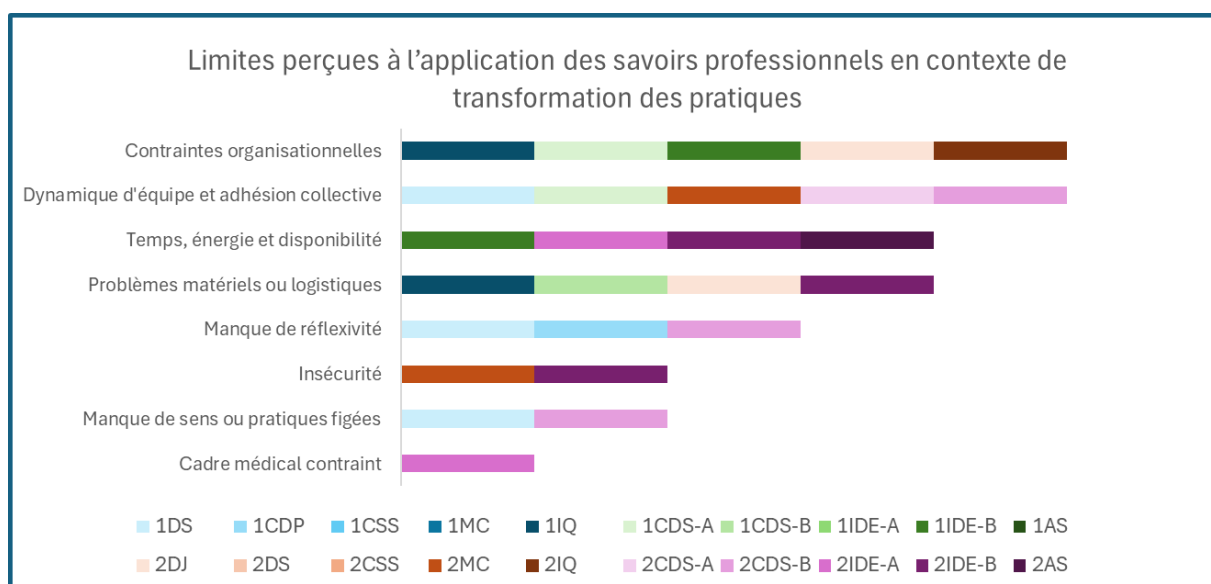
Ces constats font écho au cadre conceptuel de ce travail, selon lequel l'acquisition de savoirs professionnels ne relève pas d'un simple processus individuel. Elle repose sur un environnement soutenant, la mobilisation de ressources internes, et une dynamique institutionnelle favorable à la réorganisation et au transfert des connaissances.

¹⁶⁹ Interview 1CDS-A

➤ Quatrième indicateur : Limites à la mise en pratique

Les professionnels interrogés ont ensuite été invités à identifier, selon leur fonction, les freins ou les limites rencontrés dans la mise en pratique concrète des savoirs acquis. Les soignants ont décrit les obstacles qu'ils rencontrent dans leur quotidien pour appliquer de nouvelles pratiques, les cadres ont évoqué les contraintes freinant la mise en œuvre au sein de leurs équipes, et les acteurs occupant des fonctions stratégiques ont partagé leur regard sur les blocages systémiques ou institutionnels. L'histogramme ci-dessous propose une synthèse des facteurs perçus comme entravant l'intégration effective des savoirs dans les pratiques professionnelles.

Histogramme n°4 : Les facteurs qui limitent l'application des savoirs professionnels



L'analyse de l'histogramme fait apparaître deux freins principaux, chacun cité à cinq reprises : les contraintes organisationnelles d'une part, et la dynamique d'équipe et l'adhésion collective d'autre part. Le premier concerne les dysfonctionnements structurels ou l'absence de cadre clair pour accompagner les évolutions. Il est évoqué par une diversité de fonctions dans les deux établissements. Le second renvoie à l'adhésion des équipes aux changements, la capacité à se coordonner et à construire des dynamiques collectives de mise en œuvre.

Juste derrière, avec quatre citations, le facteur temps, énergie et disponibilité constitue un frein important. Il est principalement évoqué au CH2, notamment par des professionnels de terrain. Il recouvre la fatigue liée aux rythmes de travail, mais aussi la difficulté à dégager du temps mental ou pratique pour s'approprier de nouvelles postures. Ce constat fait écho au cadre conceptuel de ce mémoire, selon lequel la

mobilisation de schèmes nouveaux suppose non seulement des ressources cognitives mais aussi un espace de disponibilité psychique.

Les problèmes matériels ou logistiques apparaissent également à quatre reprises. Ils englobent le manque d'équipements, d'aménagements adaptés, ou de supports facilitant le changement. Ils sont répartis entre les deux établissements, sans différence notable de structure ou de fonction.

Le manque de réflexivité, cité trois fois, réapparaît ici comme une limite indirecte à la mise en œuvre. Lorsque les pratiques ne sont pas interrogées, il devient difficile de transformer durablement les habitudes professionnelles. Ce frein est mentionné dans les deux établissements, par des professionnels occupant des fonctions différentes.

Le sentiment d'insécurité est évoqué à deux reprises, exclusivement au CH2, par un médecin chef de service et un infirmier. Il vient en appui à la problématique de ce mémoire, dans la mesure où il apparaît dans un contexte où le respect des libertés individuelles est moins mis en avant. Il illustre la difficulté à faire évoluer ses pratiques dans un environnement perçu comme incertain, voire menaçant. Comme le confie un infirmier :

*Après, c'est spécifique à ce service où les patients peuvent être très tendus. Après, j'ai essayé d'être soignant, mais des fois, c'est un peu compliqué.*¹⁷⁰

D'autres freins, moins fréquemment cités, complètent cet indicateur : le manque de sens, les pratiques figées ou encore le cadre médical contraint, perçu comme peu soutenant ou résistant aux évolutions. Leur occurrence limitée ne les rend pas anecdotiques, car ils traduisent des obstacles profonds, parfois symboliques, à l'appropriation du changement.

Ces résultats montrent que la mise en œuvre de nouveaux savoirs ne repose pas seulement sur les compétences individuelles, mais sur un équilibre entre dynamiques collectives, organisationnelles et institutionnelles. Lorsque cet équilibre est fragilisé, en particulier en psychiatrie, il entrave l'application des transformations engagées.

¹⁷⁰ Interview 2IDE-B

Synthèse de la dimension n°1 :

L'intégration

Cette première dimension explore les conditions d'intégration des savoirs professionnels, en croisant les leviers et les freins perçus par les professionnels. L'analyse révèle un processus complexe, influencé par des facteurs individuels, collectifs et structurels.

La réflexivité s'impose comme l'élément le plus déterminant. Citée comme levier dans les deux premiers indicateurs, elle apparaît aussi comme un frein lorsqu'elle est absente. Ce double statut renforce son rôle central dans l'appropriation des savoirs. Le fait qu'elle soit surtout évoquée au CH1, structure marquée par une dynamique plus structurée et partagée, suggère une corrélation entre culture réflexive, évolution des postures professionnelles et capacité à intégrer durablement de nouveaux savoirs.

Les dimensions organisationnelles et collectives jouent également un rôle clé. Lorsque l'organisation du service est claire et lisible, l'intégration est facilitée. À l'inverse, surcharge, manque de temps ou désorganisation freinent l'appropriation. Ce paradoxe illustre la tension décrite dans le cadre conceptuel entre injonction à se former et absence d'espace disponible pour le faire.

Le sens professionnel, l'engagement de l'encadrement et les dynamiques collectives complètent ce tableau. Un collectif soutenant, des cadres engagés, et des valeurs partagées favorisent l'intégration. À l'inverse, la fragmentation, le manque de soutien ou la routine entravent l'évolution. Le sentiment d'insécurité, évoqué principalement au CH2, agit comme un frein défensif à l'adaptation des pratiques.

Enfin, les freins exprimés ne relèvent pas d'un manque de volonté mais d'un écart entre exigences et conditions de travail. Certains obstacles ponctuels, comme le manque de sens ou la résistance médicale, bien que minoritaires, rappellent que l'intégration suppose un climat propice.

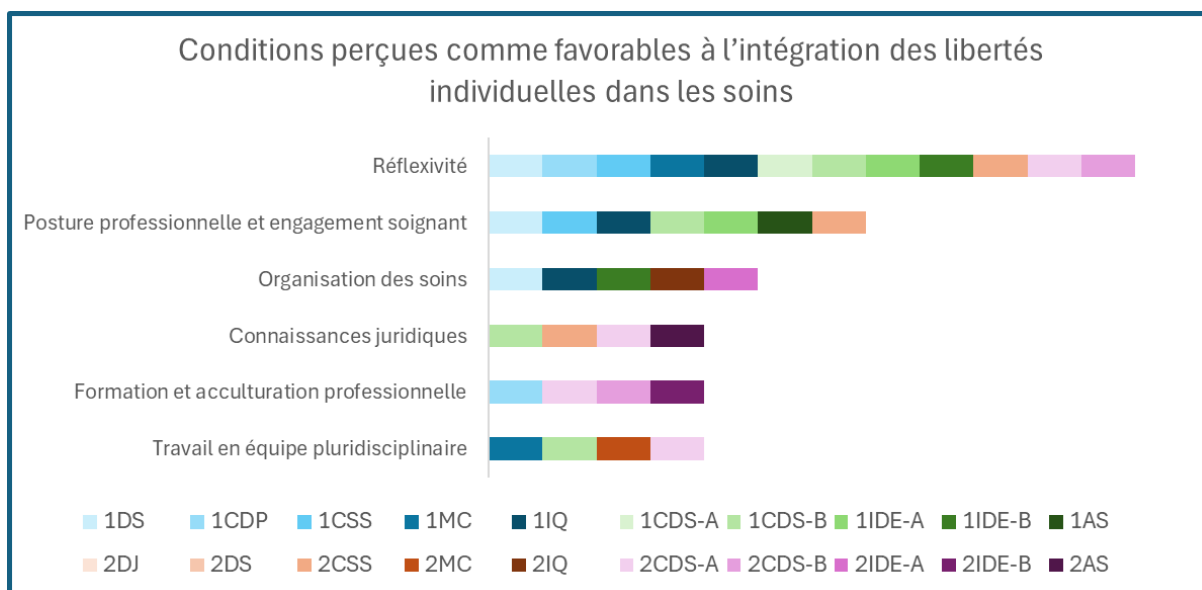
En résumé, l'intégration des savoirs ne se décrète ni ne s'individualise. Elle repose sur un environnement soutenant, une posture réflexive, des ressources disponibles, et une dynamique collective active. La comparaison entre CH1 et CH2 illustre deux fonctionnements distincts, l'un structuré et réflexif, l'autre plus contraint et centré sur les adaptations locales.

b. Dimension n°2 : Les libertés individuelles

➤ Premier indicateur : Facteurs favorisant l'intégration des libertés individuelles

Les professionnels ont été invités à identifier les facteurs qui, selon eux, facilitent l'intégration concrète des libertés individuelles dans les pratiques de soin. Les réponses, variées, permettent de mettre en lumière les conditions perçues comme les plus propices à une évolution respectueuse des droits des patients en psychiatrie. L'histogramme ci-dessous en présente une synthèse.

Histogramme n°5 : Les facteurs qui favorisent l'intégration des libertés individuelles



L'histogramme met en évidence plusieurs leviers perçus comme favorables à l'intégration des libertés individuelles dans les soins. Le plus fréquemment cité est la réflexivité, mentionnée à douze reprises, dont neuf fois au CH1. Elle traverse l'ensemble des catégories professionnelles, mais reste très majoritairement portée par les équipes du CH1. À l'exception d'une aide-soignante, tous les professionnels interrogés dans cet établissement y ont fait référence, qu'ils soient soignants, cadres ou médecins. Au CH2, seuls deux cadres et un cadre supérieur de santé l'évoquent, ce qui renforce l'idée d'une appropriation moins collective et moins diffuse de ce levier. Ce déséquilibre suggère qu'au CH1, l'analyse des pratiques, le questionnement éthique et la capacité à prendre du recul constituent des ressources clés pour faire évoluer les postures professionnelles dans une logique de respect des droits. Cette dynamique rejoint les propos du secrétaire général des lieux de privation de liberté :

*Et puis quand les équipes réfléchissent, se réunissent, réfléchissent. Ils se posent des questions et collectivement, et collectivement ces équipes en arrivent à décider qu'elles font autrement. Elles vont changer leurs pratiques.*¹⁷¹

Vient ensuite la posture professionnelle et l'engagement soignant, évoquée sept fois au total, dont six fois au CH1. Elle renvoie à la manière d'entrer en relation avec les patients, à la reconnaissance de leur autonomie et à l'implication individuelle dans une dynamique bientraitante. Ce levier, comme la réflexivité, relève d'une logique incarnée par les équipes elles-mêmes, davantage que d'un apport institutionnel.

À l'inverse, les connaissances juridiques et la formation ou l'acculturation professionnelle sont des leviers plus fréquemment évoqués au CH2. Ils renvoient à un ancrage plus formel : la transmission de normes, de repères extérieurs, de cadres juridiques, censés guider les pratiques vers un plus grand respect des libertés. Cette approche, davantage descendante, laisse supposer que le changement y repose moins sur une dynamique réflexive interne que sur un cadrage institutionnel.

Enfin, l'organisation des soins et le travail en équipe pluriprofessionnelle sont des leviers transversaux, cités dans les deux établissements. Ils rappellent que l'intégration des libertés individuelles dépend aussi des conditions de fonctionnement : lisibilité des rôles, coordination et cohérence collective.

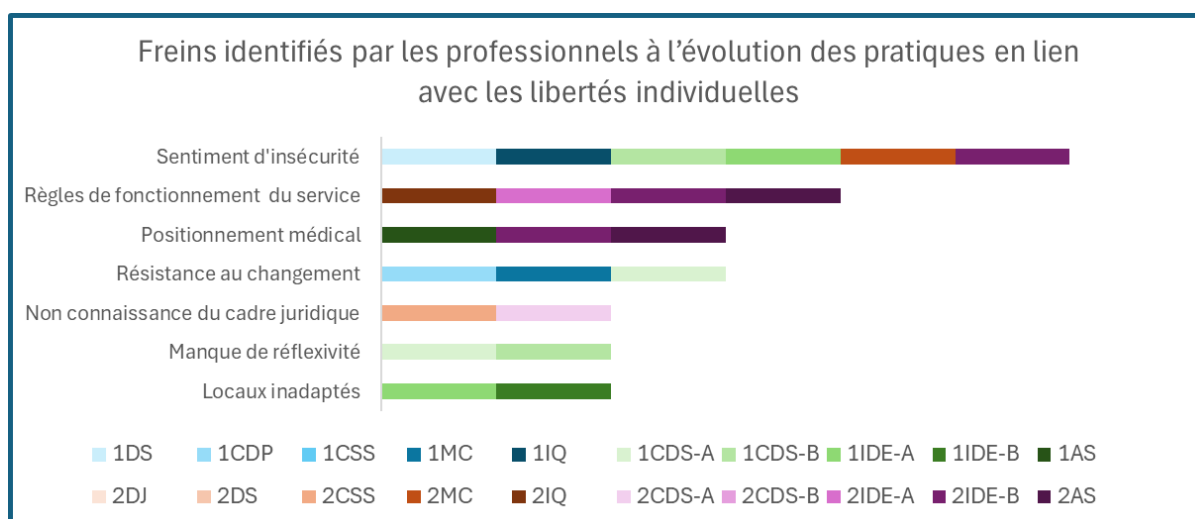
En résumé, le CH1 mobilise majoritairement des leviers internes, centrés sur la posture, l'engagement et la réflexivité des professionnels. Le CH2 évoque plus volontiers des leviers externes ou formels, comme la formation ou les repères juridiques. Ce contraste ne reflète pas uniquement deux conceptions complémentaires de l'intégration des libertés individuelles ; il entre en résonance avec le cadre conceptuel de ce mémoire, selon lequel l'intégration effective des droits repose sur la transformation des représentations, le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle et l'évolution des schèmes professionnels. Le CH1, dont les pratiques en la matière sont les plus développées, apparaît ainsi comme un exemple de réussite, où la culture réflexive semble avoir permis une reconfiguration progressive des repères collectifs et une appropriation durable des libertés individuelles dans les soins.

¹⁷¹ Cf. Entretien avec M. Ferragne (A.), en annexe N°2, p. 156.

➤ Deuxième indicateur : Facteurs limitants l'intégration des libertés individuelles

Pour mieux comprendre les obstacles rencontrés par les professionnels dans la mise en œuvre de pratiques respectueuses des libertés individuelles, les participants ont été invités à identifier les freins qu'ils perçoivent comme limitant ou ralentissant l'évolution dans ce domaine. L'objectif de cet indicateur est de repérer les blocages individuels, collectifs ou institutionnels qui empêchent les équipes de faire évoluer leurs postures, leurs routines ou leurs cadres de référence. L'histogramme suivant présente la répartition des réponses selon les types de freins évoqués.

Histogramme n°6 : Les freins à l'intégration des libertés individuelles



L'analyse de ce graphique fait apparaître le sentiment d'insécurité comme le frein le plus fréquemment cité, avec six réponses. Il traverse les deux établissements et les différentes fonctions. Cette donnée rappelle la problématique de ce mémoire, puisque ce sentiment constitue un obstacle à l'évolution des pratiques.

Juste après, les règles de fonctionnement du service sont évoquées à quatre reprises, par deux infirmiers, une aide-soignante et un ingénieur qualité du CH2. Ce facteur désigne des procédures rigides, qui ne sont plus en adéquation avec les exigences actuelles en matière de respect des libertés individuelles. Il s'accompagne souvent d'un positionnement médical fort, lui aussi cité quatre fois sur le CH2. Ces deux freins vont de pair : un fonctionnement vertical et une organisation figée viennent renforcer les difficultés d'adaptation du cadre de soin aux besoins spécifiques des patients.

Comme le souligne une aide-soignante du CH2, confrontée à une mesure de restriction :

...je pense que mon collègue... doit appliquer peut-être un règlement ou quelque chose qui a été écrit ou qui a été prescrit par un médecin. Moi, je ne peux pas aller à l'encontre et j'arrive dans le même sens que mon collègue.¹⁷²

Ce témoignage montre que l'adhésion à une norme collective peut primer sur le jugement éthique individuel, contribuant ainsi à la pérennisation de pratiques non respectueuses des libertés individuelles.

La résistance au changement est également mentionnée à trois reprises, traduisant l'inertie de certaines pratiques ou une forme de résignation institutionnelle face aux nécessaires évolutions. Elle apparaît essentiellement au CH1, mais son faible nombre n'en réduit pas la portée. Elle souligne que l'évolution ne dépend pas uniquement de la volonté des professionnels, mais aussi du climat collectif.

Le manque de connaissances juridiques est cité deux fois. Il renvoie à une méconnaissance des droits des patients, pouvant conduire à des postures de précaution ou de surprotection, qui limitent les possibilités d'évolution.

Enfin, le manque de réflexivité est, une nouvelle fois, exclusivement rapporté au CH1. Ce constat, déjà identifié dans les indicateurs précédents, confirme que cette ressource, lorsqu'elle fait défaut, peut constituer un frein à la transformation des pratiques. L'inadéquation des locaux, également citée deux fois, souligne que les obstacles à l'évolution ne sont pas uniquement liés aux postures, mais aussi aux conditions concrètes dans lesquelles elles s'exercent.

Ces freins, bien qu'hétérogènes, renvoient tous à une même réalité : les conditions de transformation des pratiques sont tributaires d'un environnement institutionnel, culturel et organisationnel favorable. Leur répartition montre que les obstacles identifiés ne relèvent pas uniquement des individus, mais traduisent aussi des normes collectives, des héritages structurels ou des repères professionnels partagés. Ils rappellent que l'évolution vers une meilleure prise en compte des libertés individuelles suppose un travail de fond sur les représentations, les cadres d'action et les marges de manœuvre accordées aux équipes.

¹⁷² Interview 2AS

Synthèse de la dimension n°2 :

Les libertés individuelles

L'analyse des leviers et des freins à l'intégration des libertés individuelles révèle un ensemble de dynamiques imbriquées, où les pratiques professionnelles sont façonnées par des éléments individuels, collectifs et organisationnels. Elle montre que cette intégration ne découle pas uniquement d'un savoir formel ou d'une volonté ponctuelle, mais s'inscrit dans une culture professionnelle capable de questionner ses repères et d'évoluer dans un environnement institutionnel soutenant.

Parmi les ressources identifiées, la réflexivité apparaît comme un levier essentiel. Elle traduit la capacité à interroger les pratiques, à penser les effets des actions sur les patients et à s'ajuster en fonction des exigences éthiques. L'engagement professionnel, la posture bientraitante, la cohérence d'équipe et l'organisation des soins sont autant de facteurs complémentaires qui participent à cette dynamique.

En miroir, les freins identifiés viennent renforcer cette opposition. Le CH2 concentre des obstacles structurels tels que les règles de fonctionnement rigides, un positionnement médical dominant, ou encore le sentiment d'insécurité, qui ressort comme le frein le plus cité. À l'inverse, au CH1, les freins évoqués renvoient moins à des blocages structurels qu'aux résistances rencontrées en cours de route. Ils traduisent les tensions inhérentes à toute démarche de transformation, dans un établissement confronté à la nécessité de faire évoluer ses pratiques.

Ces contrastes renforcent l'hypothèse de ce mémoire : le blocage réflexif semble jouer un rôle indirect dans l'apparition d'un sentiment d'insécurité, freinant l'évolution vers des pratiques plus respectueuses des libertés. Le CH1 est présenté par le CGLPL comme un exemple de réussite en matière de respect des droits, et se distingue ici par une réflexivité plus marquée. À l'inverse, au CH2, les freins évoqués relèvent plus souvent de facteurs interindividuels, dans un cadre perçu comme moins structurant.

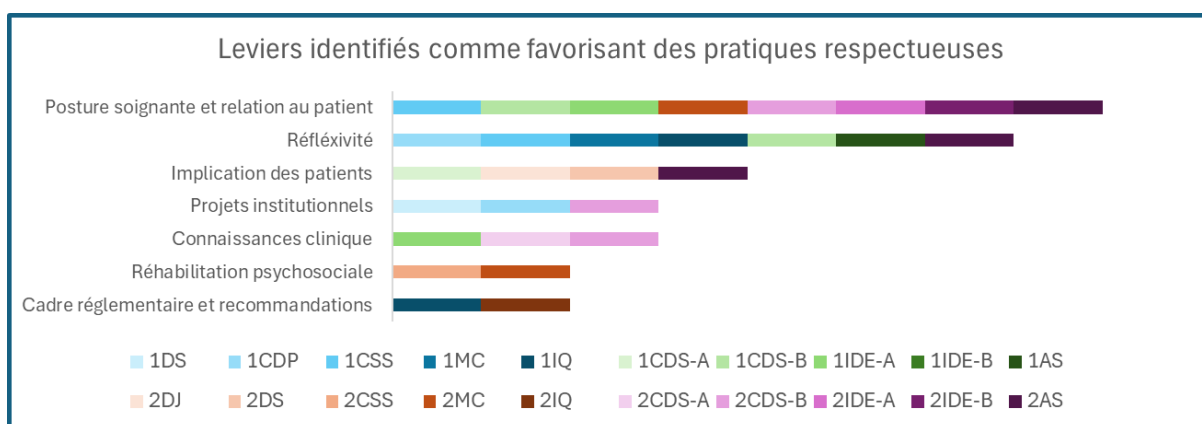
Ces observations confortent le cadre conceptuel de ce travail, selon lequel l'intégration des libertés individuelles s'opère à travers la transformation des représentations, le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle et l'évolution des schèmes professionnels. Elle suppose un travail collectif de mise en sens et une remise en question partagée des cadres de référence.

c. Dimension n°3 : Les pratiques professionnelles

➤ Premier indicateur : Pratiques respectueuses

Afin d'explorer ce qui, dans les représentations professionnelles, permet de soutenir une pratique soignante respectueuse, les professionnels interrogés ont été invités à identifier les leviers qu'ils considèrent comme déterminants dans la qualité de leur accompagnement. L'objectif de cet indicateur est de mettre en lumière les ressources, attitudes, connaissances ou dynamiques collectives qui participent à instaurer un climat de soin attentif aux besoins et à la dignité des patients. L'histogramme ci-dessous présente une synthèse des réponses formulées par les participants.

Histogramme n°7 : Les leviers favorisant les pratiques respectueuses



L'analyse de l'histogramme met en évidence plusieurs leviers favorisant des pratiques respectueuses. Le plus fréquemment cité est la posture soignante et la relation au patient, mentionnée à huit reprises. Elle inclut l'écoute, l'adaptation aux besoins spécifiques, ainsi que la qualité de la relation instaurée avec les patients. Cette dimension relationnelle est citée dans les deux établissements, ce qui témoigne d'un consensus professionnel sur sa centralité dans les pratiques respectueuses.

La réflexivité arrive juste après, avec sept citations, dont six au CH1. Elle est présentée comme un levier permettant aux professionnels d'interroger leurs pratiques, de s'ajuster, et de garantir une cohérence éthique dans leurs choix quotidiens. Sa forte présence au CH1 fait écho à ce qui a été observé dans les indicateurs précédents, où elle apparaissait déjà comme un pilier de l'évolution des pratiques.

Les connaissances cliniques, également citées à trois reprises, sont perçues comme une condition nécessaire à une prise en charge adaptée et respectueuse. La

compréhension fine des pathologies et des parcours permet d'ajuster les pratiques au plus près des besoins, tout en évitant les approches stéréotypées ou réductrices.

La réhabilitation psychosociale, mentionnée à deux reprises, est évoquée par un cadre supérieur de santé et un médecin chef de service du CH2. Cette thématique s'inscrit dans une dynamique institutionnelle propre à cet établissement, qui développe actuellement un important travail autour de cette approche. Une représentante de l'UNAFAM interviewée avait souligné :

Il y a un projet de réhabilitation psychosociale sur l'hôpital. C'est en construction, le but c'est qu'au bout de sept jours en pavillon ouvert, de proposer un projet de soin, parler de réhabilitation, de sortie, pour essayer de mettre en place des choses adaptées.¹⁷³

Le regard positif porté par les représentants des usagers sur cette initiative vient conforter son inscription parmi les pratiques perçues comme respectueuses.

Le cadre réglementaire et les recommandations professionnelles, également cités deux fois, sont évoqués exclusivement par les ingénieurs qualité des deux établissements. Ils sont perçus comme des repères sécurisants, permettant de baliser les pratiques et de garantir leur conformité avec les droits des patients. Toutefois, l'absence de référence à ce levier par les professionnels de terrain peut soulever des questions : elle pourrait refléter un manque d'appropriation de ces outils ou une distance entre les normes institutionnelles et la réalité vécue sur le terrain.

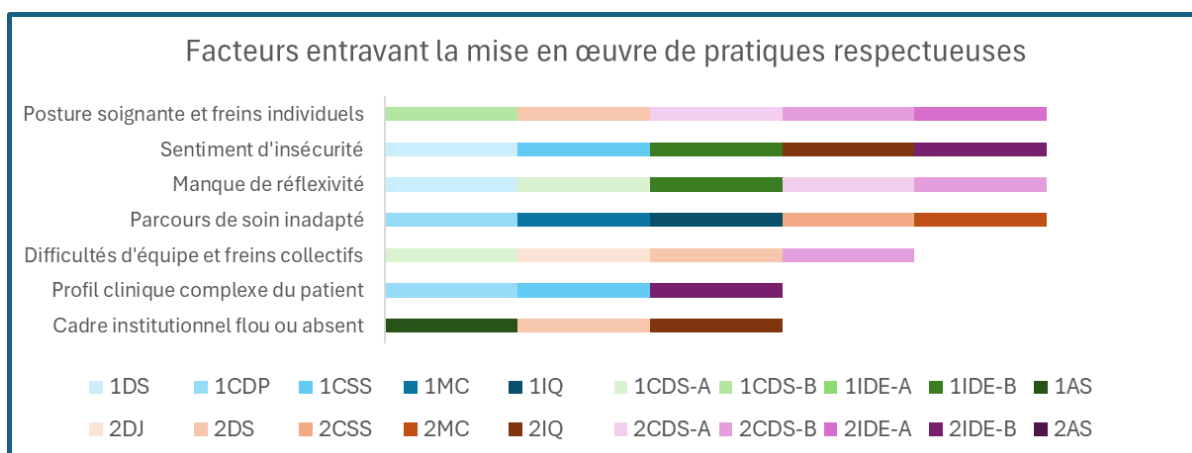
Ces résultats montrent que les pratiques respectueuses reposent sur une combinaison de leviers relevant à la fois de l'engagement individuel (posture soignante, réflexivité), de l'expertise professionnelle (connaissances cliniques) et de l'environnement institutionnel (cadre réglementaire, dispositifs de réhabilitation). L'articulation de ces dimensions apparaît essentielle pour instaurer un accompagnement de qualité, adapté aux besoins des patients. Le fait que certaines de ces dynamiques soient également reconnues et valorisées par les représentants des usagers conforte leur portée et leur pertinence dans les pratiques quotidiennes. Cela souligne également leur rôle dans l'émergence progressive d'une culture soignante plus attentive à la qualité de la relation et à l'adaptation aux besoins des patients.

¹⁷³ Cf. Entretien avec deux représentantes de l'UNAFAM, en annexe N°2, p. 183.

➤ Deuxième indicateur : Pratiques non respectueuses

Après avoir identifié les leviers perçus comme favorisant des pratiques respectueuses, il s'agit ici d'explorer les freins évoqués par les professionnels. Cet indicateur vise à repérer les obstacles, individuels, collectifs ou institutionnels, qui peuvent entraver la mise en œuvre concrète d'un accompagnement respectueux. L'histogramme ci-dessous présente une synthèse des réponses recueillies.

Histogramme n°8 : Les facteurs qui entravent la mise en œuvre de pratiques respectueuses



L'analyse de l'histogramme fait apparaître quatre freins principaux, chacun cité à cinq reprises par les professionnels interrogés. Le premier concerne la posture soignante et les freins individuels, dont quatre des cinq occurrences proviennent du CH2. Ce levier renvoie à des attitudes ou à des habitudes professionnelles susceptibles de limiter la qualité de la relation au patient : positionnements rigides, manque d'écoute, difficulté à adopter une posture réflexive. La forte représentation de cet item au CH2 suggère une tendance à expliquer les freins en les rapportant aux individus, plutôt qu'à des logiques organisationnelles plus larges.

Le sentiment d'insécurité, cité cinq fois, est perçu comme un frein direct à la mise en œuvre de pratiques respectueuses. Il renvoie à une forme de vulnérabilité ressentie face aux situations jugées imprévisibles ou potentiellement dangereuses. Ce climat peut générer des réactions défensives ou une mise à distance du patient, rendant plus difficile une posture soignante ouverte et ajustée. Ce constat s'inscrit pleinement dans la problématique de ce mémoire, selon laquelle le sentiment d'insécurité influence directement l'évolution des pratiques, en limitant l'engagement dans des postures respectueuses et en renforçant des logiques de protection ou de contrôle.

Le manque de réflexivité, aussi mentionné cinq fois, est présenté comme une limite à l'évolution des pratiques. Il désigne l'insuffisance d'espaces ou de temps permettant aux professionnels de prendre du recul, de remettre en question certaines routines ou de confronter leurs représentations. Ce frein peut également révéler un défaut d'accompagnement institutionnel dans le développement d'une posture réflexive.

Le parcours de soin inadapté, quatrième frein cité cinq fois, renvoie à des ruptures dans la continuité de la prise en charge, un défaut de coordination ou l'absence de projet individualisé. Ces éléments sont perçus comme des entraves à la qualité de l'accompagnement et à la reconnaissance des besoins spécifiques de chaque patient. Ce facteur a également été relevé dans le rapport parlementaire sur les urgences psychiatriques comme l'a exprimé la députée Dubré-Chirat lors de son interview :

*Tout ça faute de lit d'aval, à cause du manque de psychiatres donc on prolonge même si c'est bien décrit, c'est des traumatismes pour les patients, pour les familles...*¹⁷⁴

Ce type de contrainte organisationnelle alimente un climat d'incertitude, peu favorable à des pratiques respectueuses.

Le fonctionnement d'équipe et les freins collectifs, mentionnés à quatre reprises, sont majoritairement cités par des professionnels du CH2 (3 sur 4). Il s'agit ici de difficultés internes aux équipes : tensions, désaccords sur les pratiques, ou absence de cohésion. Là encore, la forte représentation de ces propos au CH2 semble indiquer une tendance à situer les freins à un niveau interindividuel, qu'il soit individuel ou collectif, en écartant d'autres niveaux explicatifs comme le cadre institutionnel.

Ces résultats mettent en évidence une diversité de freins perçus, répartis entre dimensions individuelles, collectives et institutionnelles. Leur répartition révèle des différences de focalisation selon les établissements. Au CH2, les obstacles sont fréquemment rapportés à des causes individuelles ou d'équipe, traduisant une tendance à expliquer les difficultés à un niveau local. À l'inverse, les professionnels du CH1 mobilisent moins ce type de registre, laissant entrevoir une autre manière d'appréhender les freins, plus distanciée. Cette posture coïncide avec des pratiques perçues comme plus respectueuses, ce qui en fait un facteur d'explication possible, à mettre en regard d'autres éléments du contexte.

¹⁷⁴ Cf. Entretien avec Mme Dubré-Chirat (N.), en annexe N°2, p. 162.

Synthèse de la dimension n°3 :

Les pratiques professionnelles

L'analyse des pratiques professionnelles révèle une tension constante entre des dynamiques porteuses de respect et des facteurs susceptibles de les freiner. Les pratiques respectueuses ne relèvent pas uniquement de la bonne volonté individuelle ou de l'application de principes, mais d'un équilibre complexe entre posture soignante, culture institutionnelle, organisation du travail et capacités réflexives.

Les entretiens montrent que lorsque les professionnels identifient comme leviers des éléments tels que l'écoute, l'adaptation, la qualité de la relation ou la réflexivité, ils inscrivent leurs pratiques dans une dynamique de questionnement et d'ajustement constant. Cette posture semble favorisée dans les environnements où un cadre soutenant et structurant est présent, comme au CH1, où l'on observe un ancrage plus fort de la réflexivité dans les discours. À l'inverse, dans les contextes où les freins évoqués renvoient principalement à des causes individuelles (usure, rigidité) ou d'équipe (tensions, manque de régulation), comme au CH2, les pratiques apparaissent davantage exposées à des logiques de repli ou de protection.

La manière dont les professionnels expliquent les freins n'est pas neutre : elle éclaire leurs représentations du soin et conditionne leur capacité à faire évoluer leurs pratiques. Ainsi, l'absence de mise en cause du cadre institutionnel dans certains entretiens peut indiquer une faible marge d'action perçue, mais aussi un défaut de projection collective. À l'inverse, la mobilisation de ressources comme la réhabilitation psychosociale ou la référence aux recommandations institutionnelles bien que minoritaires, laisse entrevoir des dynamiques d'évolution possibles dès lors qu'elles sont portées conjointement par les équipes et les structures.

En somme, cette dimension met en évidence que les pratiques respectueuses ne peuvent émerger que là où les conditions individuelles, collectives et organisationnelles convergent vers un même objectif : celui d'un soin ajusté, éthique et réfléchi. Le contraste observé entre les deux établissements ne renvoie pas tant à une question de moyens qu'à une culture professionnelle : là où la réflexivité et la remise en question sont intégrées, les pratiques semblent évoluer plus facilement. Là où les difficultés sont rapportées principalement à des causes interindividuelles, cette évolution paraît plus fragile, voire freinée.

Synthèse de l'objet de recherche n°1 :

L'intégration des libertés individuelles dans les pratiques professionnelles

Cette synthèse s'appuie sur l'analyse croisée de trois dimensions : l'intégration, les libertés individuelles et les pratiques professionnelles telles qu'elles sont décrites et observées sur le terrain.

Les résultats mettent en lumière un décalage entre les principes portés par les textes et les pratiques effectivement mises en œuvre. Si les professionnels reconnaissent largement les effets positifs des évolutions récentes en matière de libertés individuelles, leur intégration dans les soins reste incomplète et inégalement répartie selon les établissements. Elle dépend en grande partie du contexte local, des dynamiques collectives et de la manière dont les équipes s'approprient ou non ces évolutions. Cette intégration semble favorisée là où les professionnels disposent d'un cadre structurant, d'un fonctionnement d'équipe soutenant et d'une culture de la réflexivité. À l'inverse, elle apparaît plus fragile dans les contextes où les freins sont rapportés à des causes individuelles ou interindividuelles, et où les pratiques sont davantage marquées par des logiques de protection ou de repli.

Ces constats font écho à l'hypothèse de ce mémoire, selon laquelle certaines postures professionnelles peuvent freiner l'intégration des libertés, notamment lorsque les pratiques ne sont pas interrogées de manière réflexive. La manière dont les soignants expliquent les obstacles à cette évolution, et les leviers qu'ils mobilisent ou non pour y répondre, apparaissent comme des indicateurs indirects du degré d'appropriation de ces transformations. Cette appropriation semble d'autant plus fragile qu'elle repose souvent sur des initiatives locales ou individuelles, sans nécessairement s'inscrire dans une dynamique institutionnelle portée collectivement.

En somme, cette première partie confirme que l'intégration des libertés individuelles ne dépend pas uniquement de la connaissance des textes ou des cadres réglementaires, mais repose sur une articulation fine entre engagement professionnel, dynamique d'équipe, et capacité à questionner collectivement les pratiques. C'est dans cette articulation que se joue la possibilité d'un soin réellement ajusté aux besoins des patients et respectueux de leurs droits et libertés individuelles.

2. Objet de recherche n°2 : l'insécurité subjective des soignants en psychiatrie

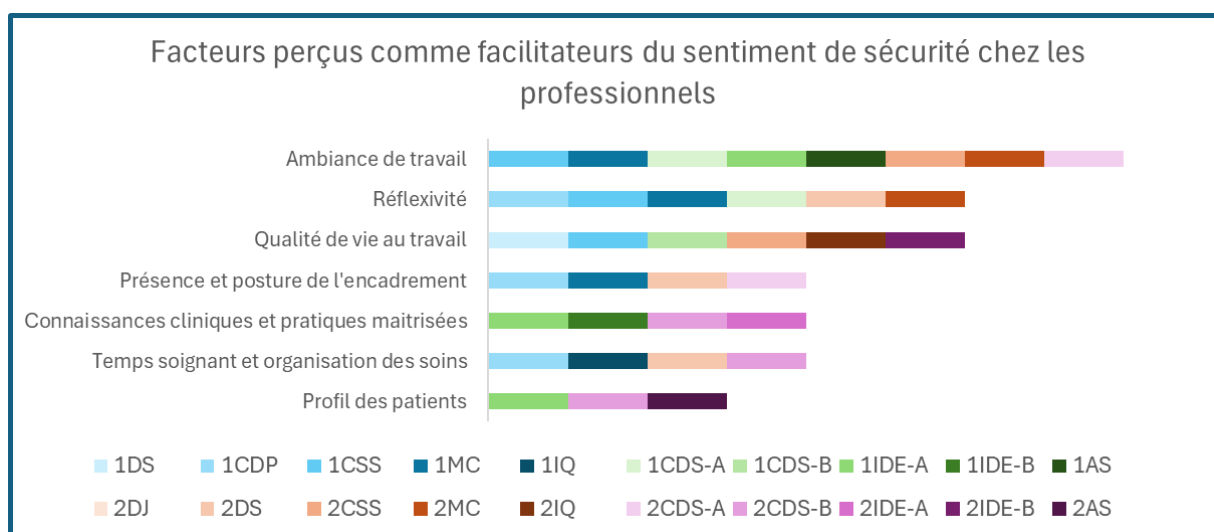
Ce deuxième objet de recherche a été divisé en deux dimensions : L'insécurité subjective et les soignants en psychiatrie.

a. Dimension n°5 : L'insécurité subjective

➤ Premier indicateur : Facteurs favorisant le sentiment de sécurité

Pour comprendre ce qui permet aux professionnels de se sentir en sécurité, les participants ont identifié les facteurs perçus comme protecteurs. L'histogramme suivant présente la répartition des réponses selon les facteurs évoqués.

Histogramme n°9 : Les facteurs qui participent au sentiment de sécurité



L'ambiance de travail est le facteur le plus fréquemment cité, avec huit occurrences. Elle renvoie à la qualité des relations entre collègues, à la solidarité, et à la gestion collective des situations. Présente dans les deux établissements, elle souligne le rôle central du collectif dans le sentiment de sécurité. Ce constat rejoint le cadre conceptuel, où le groupe est vu comme une ressource stabilisante face aux tensions.

La réflexivité, évoquée six fois dont quatre au CH1, est perçue comme un soutien face aux tensions, permettant le recul et l'ajustement des postures. Sa prévalence au CH1 confirme l'ancrage plus fort de cette ressource dans cet établissement.

La qualité de vie au travail, citée à six reprises, est perçue comme un levier du sentiment de sécurité. Les professionnels associent de bonnes conditions d'exercice, la reconnaissance et l'équilibre de vie à un climat plus serein. Ces propos confirment les apports du cadre conceptuel, où la QVT est désignée comme un facteur protecteur.

La posture de l'encadrement est citée quatre fois, mais exclusivement par des cadres. Ce décalage interroge sur la perception de leur rôle par les soignants, qui ne mentionnent pas spontanément cette ressource comme facteur sécurisant.

Les connaissances cliniques, elles aussi citées quatre fois, sont associées à une meilleure capacité d'analyse, d'anticipation et d'ajustement. La compétence professionnelle apparaît ici comme un appui à la confiance en soi dans les situations complexes. Lors de son interview, Nicole Dubré-Chirat l'évoquait déjà :

Je pense qu'elle [l'insécurité subjective] est levée à chaque fois qu'on fait des formations continues.¹⁷⁵

Le temps disponible, également mentionné quatre fois, est perçu comme une condition pour prendre soin, prévenir les tensions et exercer dans un cadre stable. Il souligne l'impact de l'organisation du travail sur le sentiment de sécurité. Le profil des patients est évoqué trois fois. Il reflète la difficulté de certaines prises en charge et la manière dont la variabilité des situations influe sur le vécu des professionnels.

Fait intéressant, certains propos laissent entrevoir une autre dynamique : la sécurité ressentie est parfois associée à un contrôle renforcé sur les libertés des patients. Comme l'illustre ce témoignage d'un infirmier du CH2 :

J'ai travaillé dans un service où les patients peuvent circuler et ils peuvent faire rentrer ceux qu'ils veulent, et j'ai vu tout dans les chambres, donc tu peux te sentir en sécurité quand tu sais que les patients ne peuvent pas faire rentrer n'importe quoi.¹⁷⁶

Ce type de discours montre que l'insécurité ressentie peut conduire à percevoir la restriction des libertés comme un levier de protection, renforçant ainsi des logiques défensives au détriment de pratiques respectueuses. Il rejoint l'hypothèse de ce mémoire, selon laquelle le manque de réflexivité pousse certains professionnels à privilégier des mesures de contrôle qu'ils estiment sécurisantes.

Ces résultats montrent que le sentiment de sécurité repose sur des leviers multiples, à la fois humains, organisationnels et institutionnels. Leur diversité souligne la nécessité d'une approche globale, combinant soutien individuel, dynamique d'équipe et cadre organisationnel stable, pour favoriser un climat professionnel apaisé.

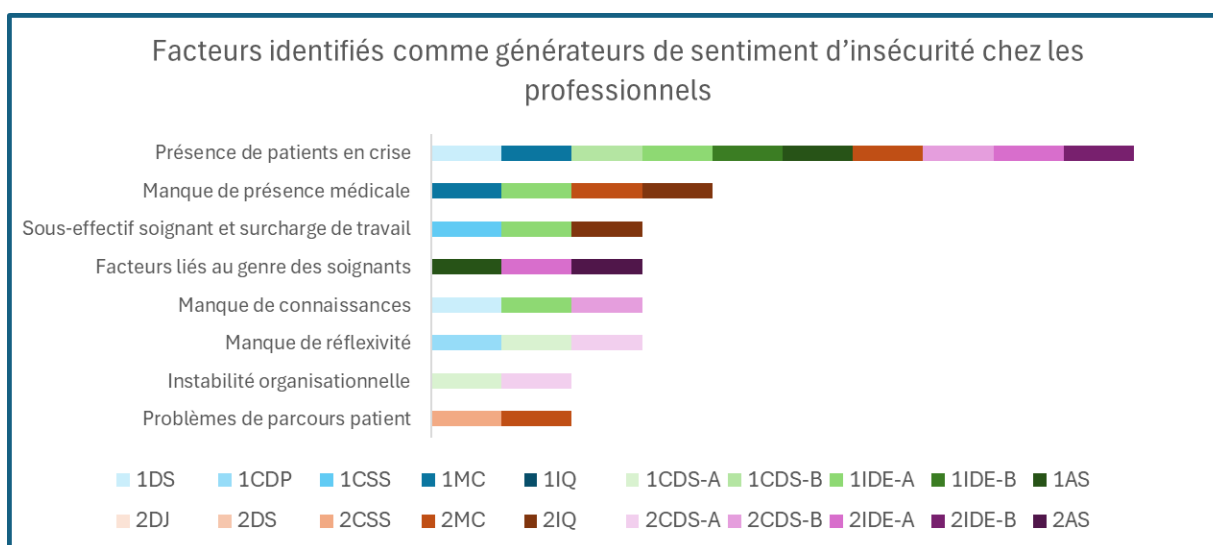
¹⁷⁵ Cf. Entretien avec Mme Dubré-Chirat (N.), en annexe N°2, p. 167.

¹⁷⁶ Interview 2IDE-B

➤ Deuxième indicateur : Facteurs favorisant le sentiment d'insécurité

Pour mieux comprendre les situations dans lesquelles les professionnels se sentent en insécurité, les participants ont été invités à identifier les facteurs qu'ils perçoivent comme générateurs de tension ou de malaise dans leur quotidien. L'objectif de cet indicateur est de repérer les éléments qui fragilisent le climat de travail et alimentent un sentiment d'insécurité. L'histogramme suivant présente la répartition des réponses en fonction des types de facteurs évoqués.

Histogramme n°10 : Les causes du sentiment d'insécurité



La présence de patients en crise est le facteur le plus fréquemment cité, avec dix occurrences. Les professionnels décrivent ces situations comme imprévisibles, parfois violentes, et génératrices de fortes tensions. Elles sont perçues comme déstabilisantes, notamment en raison de la difficulté à anticiper les réactions. Ce facteur illustre, comme le souligne le cadre conceptuel, que l'insécurité subjective naît souvent d'une exposition à des situations perçues comme incontrôlables.

Le manque de présence médicale, cité à quatre reprises, est vécu comme une fragilisation du cadre de soin, surtout en situation aiguë. Certains professionnels expriment un sentiment d'abandon ou de responsabilité excessive. Comme le souligne une infirmière :

Quand il y a des situations d'agressivité, le fait d'être moins en nombre, qu'il n'y ait pas de médecin sur place, ça peut poser souci.¹⁷⁷

¹⁷⁷ Interview 2IDE-B

Le sous-effectif et la surcharge de travail, cités trois fois, limitent la capacité à anticiper et à maintenir une posture rassurante. Cette pression constante est vécue comme un climat d'urgence, fragilisant les repères de sécurité.

Le genre des soignants, mentionné trois fois, apparaît comme un facteur d'insécurité pour deux aides-soignantes et un infirmier. Être une femme, ou évoluer dans une équipe majoritairement féminine, est perçu comme augmentant le risque d'exposition à certaines violences. Ce facteur, absent du cadre conceptuel, révèle une perception du risque influencée par le genre des professionnels en poste.

Le manque de connaissances, également cité trois fois, renvoie à un sentiment de vulnérabilité face à des situations complexes. Les difficultés à comprendre ou interpréter certaines pathologies renforcent le sentiment d'insécurité dans l'action.

Le manque de réflexivité est mentionné à trois reprises. Il est associé à l'absence d'espaces de discussion ou de mise en question des pratiques, ce qui est perçu comme une source de tension. Les professionnels évoquent un fonctionnement basé sur l'automatisme ou la routine, qui rend plus difficile la prise de recul face aux situations complexes. Ce facteur est rapporté comme contribuant à un sentiment d'insécurité dans la conduite quotidienne du soin.

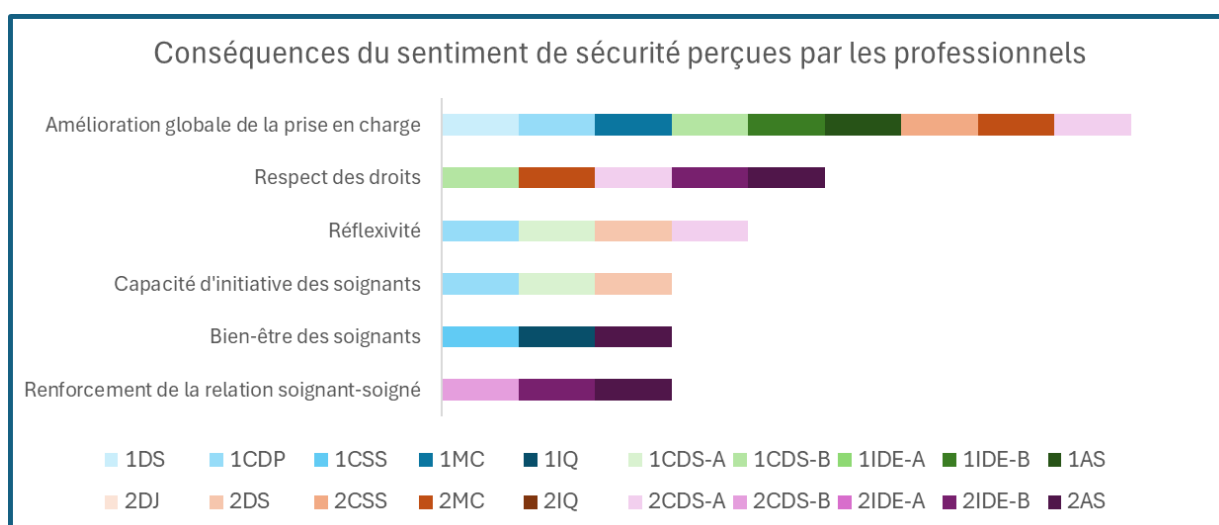
L'instabilité organisationnelle et les problèmes de parcours patient sont chacun évoqués à deux reprises. Le premier renvoie à des modifications fréquentes des consignes, des plannings ou des repères institutionnels, perçues comme déstabilisantes. Le second fait référence à des ruptures dans la continuité des soins ou à des prises en charge mal coordonnées, qui exposent les soignants à une insécurité accrue dans le suivi des situations.

Ces résultats montrent que le sentiment d'insécurité découle de facteurs situés à différents niveaux : clinique, organisationnel, relationnel et institutionnel. Certains relèvent de l'environnement immédiat, d'autres de logiques plus structurelles. L'émergence de dimensions comme le genre montre l'importance d'intégrer les expériences subjectives dans leur diversité. L'ensemble souligne la nécessité d'actions coordonnées, à plusieurs niveaux, pour sécuriser les conditions d'exercice.

➤ Troisième indicateur : Conséquences du sentiment de sécurité

Afin de mieux comprendre les effets concrets du sentiment de sécurité ressenti par les professionnels, les participants ont été invités à décrire les impacts qu'ils associent à un climat de travail sécurisant. L'objectif est d'identifier en quoi ce sentiment modifie les postures, les dynamiques d'équipe ou la qualité des soins. L'histogramme suivant synthétise les réponses exprimées par les professionnels.

Histogramme n°11 : Les conséquences du sentiment de sécurité



L'amélioration globale de la prise en charge est la conséquence la plus fréquemment citée, avec neuf occurrences. Les professionnels associent un climat sécurisant à une meilleure disponibilité, une écoute accrue, et une capacité renforcée à proposer des soins ajustés. Ce lien entre sécurité ressentie et qualité du soin confirme que le bien-être des soignants a des effets directs sur la pertinence de leurs pratiques.

Le respect des droits, cité cinq fois, est perçu comme plus accessible lorsque les professionnels se sentent sereins dans leur exercice. Ce climat favorable semble faciliter l'ouverture aux demandes des patients, la prise en compte de leur subjectivité, et l'adhésion aux principes éthiques. Cette articulation entre climat sécurisant et respect des droits s'inscrit pleinement dans les principes explorés dans le cadre conceptuel, où les pratiques respectueuses sont vues comme dépendantes du sentiment de sécurité des soignants.

La réflexivité, évoquée à quatre reprises, apparaît comme une ressource facilitée par un cadre de travail apaisé. Lorsque les tensions sont moindres, les professionnels

disent pouvoir davantage interroger leurs pratiques et ajuster leurs postures. Ce constat introduit une tension intéressante avec l'hypothèse de ce mémoire, qui suggère qu'en l'absence de réflexivité, les professionnels peuvent se replier sur des pratiques restrictives qu'ils estiment protectrices. Ainsi, la réflexivité semble à la fois favorisée par un climat sécurisant, et nécessaire pour éviter les dérives défensives fondées sur un faux sentiment de protection.

La capacité d'initiative des soignants, mentionnée à trois reprises, est décrite comme favorisée par un climat rassurant. Lorsque les professionnels se sentent en sécurité, ils se montrent plus enclins à proposer des actions, à innover dans leur accompagnement ou à s'investir dans des projets de service. Cette liberté d'agir repose sur un environnement perçu comme soutenant et non jugeant.

Le bien-être des soignants, également cité trois fois, est présenté comme une conséquence directe de la sécurité subjective. Il se manifeste par une réduction du stress, une meilleure régulation émotionnelle et un sentiment de stabilité dans l'exercice professionnel. Ce bien-être renforce la disponibilité mentale des soignants et leur engagement dans la relation de soin.

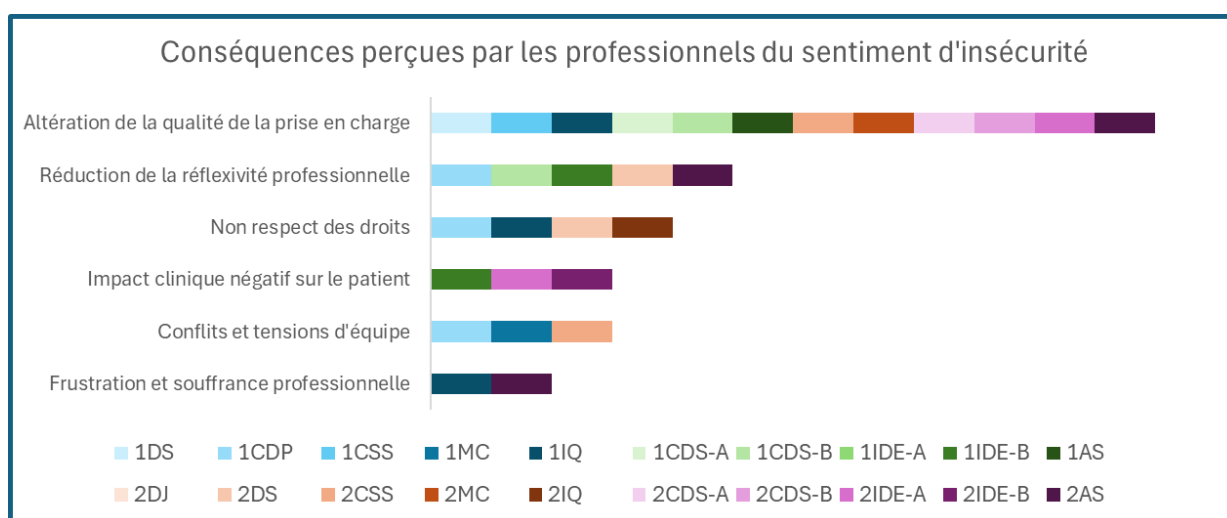
Le renforcement de la relation soignant-soigné, cité à trois reprises également, apparaît comme une conséquence relationnelle du climat sécurisant. Les professionnels décrivent une plus grande disponibilité affective et une posture plus ouverte lorsqu'ils se sentent eux-mêmes protégés. Fait notable, cette conséquence est uniquement évoquée par des professionnels du CH2, ce qui peut refléter une sensibilité particulière, dans cet établissement, à la qualité du lien thérapeutique.

Ces résultats mettent en évidence que le sentiment de sécurité des professionnels ne se limite pas à une expérience individuelle améliorant la QVT : il constitue un levier actif dans l'amélioration des pratiques. Il favorise à la fois la qualité de la prise en charge, le respect des droits des patients, et l'engagement réflexif des équipes. Les effets identifiés touchent également la dynamique collective et la relation de soin, montrant que la sécurité ressentie agit en profondeur sur les conditions d'exercice. Ces éléments confortent l'idée que soutenir la sécurité subjective des soignants participe directement à la qualité et à l'éthique des soins en psychiatrie.

➤ Quatrième indicateur : Conséquences du sentiment d'insécurité

Pour compléter l'analyse, les professionnels ont été invités à décrire les effets que produit chez eux un sentiment d'insécurité dans leur pratique quotidienne. L'objectif de cet indicateur est d'identifier les impacts concrets de cette insécurité sur les postures professionnelles, les dynamiques relationnelles et la qualité du soin. L'histogramme suivant présente les principales conséquences évoquées par les participants.

Histogramme n°12 : Les conséquences du sentiment d'insécurité



Le repli relationnel est la conséquence la plus fréquemment évoquée, avec douze occurrences. Les professionnels décrivent une mise à distance des patients, un désengagement émotionnel ou une réduction de la disponibilité dans la relation. Cette posture, souvent défensive, est présentée comme un moyen de se protéger face à l'imprévisibilité ou aux tensions, mais elle altère la qualité de la relation de soin.

La réduction de la réflexivité, citée à cinq reprises, est décrite comme une conséquence directe du sentiment d'insécurité. Les professionnels évoquent une difficulté à prendre du recul, à interroger leurs pratiques ou à s'adapter face à la complexité. Ce constat fait écho à l'analyse précédente, où un cadre serein apparaissait comme un facilitateur de la réflexivité. Ici, l'analyse précise et élargit cette dynamique : l'insécurité semble non seulement entraver la réflexion, mais elle pourrait aussi nourrir une boucle de rétroaction, où l'absence de mise à distance entretient, voire aggrave, le sentiment d'insécurité. Ce mécanisme éclaire plus finement les liens envisagés dans l'hypothèse de ce mémoire.

Le non-respect des droits est évoqué à quatre reprises. Les professionnels expriment que, dans un climat d'insécurité, certaines règles ou principes éthiques

peuvent être relégués au second plan. Ils rapportent des situations où les droits des patients, tels que la liberté de circulation ou l'accès à certains espaces, sont restreints par précaution ou par crainte d'incidents. Ces pratiques, bien qu'ancrées dans une logique de protection, traduisent une difficulté à concilier sécurité et respect des libertés. Ce type de perception rejoint l'analogie déjà évoquée par André Ferragne, selon laquelle certains professionnels peuvent imaginer une « balance des droits », dans laquelle chaque avancée pour les patients serait vécue comme une perte pour les soignants¹⁷⁸.

L'impact clinique négatif sur le patient est mentionné à trois reprises également. Les professionnels décrivent une dégradation de l'état psychique des patients liée à l'insécurité ressentie par les équipes. Cette tension peut allonger les durées d'hospitalisation, freiner les processus de rétablissement ou provoquer des décompensations comme l'exprime un infirmier du CH2 :

*Si on n'est pas à l'aise avec ce qu'on dit, avec ce qu'on fait... ça va peut-être créer une décompensation chez le patient.*¹⁷⁹

Les conflits et tensions d'équipe, évoqués à trois reprises, reflètent une dégradation des relations professionnelles dans les contextes marqués par l'insécurité. Manque de soutien, reproches mutuels ou isolement sont autant de manifestations de cette dynamique. Le climat collectif s'en trouve fragilisé, ce qui renforce la vulnérabilité individuelle.

La frustration et la souffrance professionnelle, citées deux fois, traduisent un mal-être lié au sentiment d'impuissance ou à des situations perçues comme injustes ou mal encadrées. Les professionnels rapportent une perte de sens ou un désengagement progressif face à l'impossibilité d'agir sereinement.

Ces résultats montrent que l'insécurité affecte les postures professionnelles, les relations et la qualité des soins. Certains mécanismes défensifs émergent, au risque d'impacter la prise en charge des patients. Si l'hypothèse de ce mémoire se vérifie, la diminution de la réflexivité pourrait non seulement être une conséquence de l'insécurité, mais aussi en renforcer durablement les effets, en alimentant une dynamique circulaire.

¹⁷⁸ Cf. Entretien avec M. Ferragne (A.), en annexe N°2, p. 153.

¹⁷⁹ Interview 2IDE-A

Synthèse de la dimension n°5 :

L'insécurité subjective

Cette dimension interroge les conditions dans lesquelles les professionnels se sentent en sécurité dans leur exercice, ainsi que les effets concrets que peut produire, à l'inverse, un sentiment d'insécurité. Les données recueillies montrent que la sécurité ressentie repose sur une combinaison de facteurs humains, organisationnels et institutionnels. Parmi les éléments les plus fréquemment évoqués figurent la qualité des relations entre collègues, l'ambiance d'équipe, la reconnaissance institutionnelle, la disponibilité temporelle ou encore les compétences cliniques. Ces leviers sont perçus comme favorisant une posture propice à la relation de soin et à la réflexivité.

Les professionnels associent cette sécurité subjective à un ensemble d'impacts positifs : meilleure qualité des soins, plus grande ouverture aux droits des patients, capacité renforcée à réfléchir et à ajuster leurs pratiques, investissement accru dans la dynamique d'équipe. Ces éléments convergent vers une représentation du climat sécurisant comme condition facilitatrice, voire préalable, à des pratiques éthiques et respectueuses.

À l'inverse, l'insécurité ressentie est décrite comme une expérience diffuse mais structurante, nourrie par des facteurs multiples : présence de patients en crise, manque de soutien médical, surcharge de travail, instabilité organisationnelle, difficultés de coordination. Elle engendre des effets en cascade : mise à distance des patients, réduction de la réflexivité, repli dans des pratiques routinières, voire restrictives, tensions d'équipe ou encore sentiment de frustration et de perte de sens. Certains témoignages laissent entrevoir une tendance à percevoir les libertés des patients comme un risque, accentuant une logique de protection au détriment des droits.

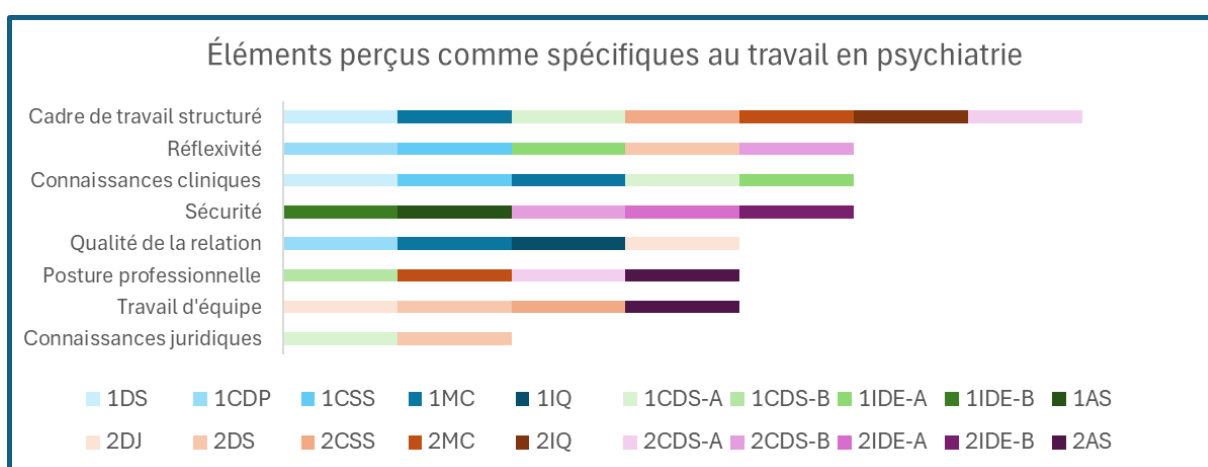
Ces constats confirment que le sentiment de sécurité n'est pas une donnée secondaire : il constitue un repère structurant pour les professionnels, influençant leur manière d'agir, de coopérer et de se positionner dans la relation de soin. Son absence fragilise les pratiques, leur évolution, ainsi que la cohérence collective. Intégrer cette dimension dans l'analyse des dynamiques institutionnelles apparaît donc essentiel pour comprendre les leviers ou les freins à l'ajustement des postures dans un cadre éthique et évolutif.

b. Dimension n°6 : Les soignants en psychiatrie

➤ Premier indicateur : Spécificités du travail en psychiatrie

Pour mieux cerner les représentations que les professionnels ont de leur fonction spécifique en psychiatrie, les participants ont été invités à identifier ce qui, selon eux, distingue ce champ de pratique des autres secteurs de soin. L'objectif de cet indicateur est de mettre en lumière les compétences, postures ou conditions perçues comme propres à l'exercice psychiatrique. L'histogramme suivant présente la répartition des réponses en fonction des éléments évoqués.

Histogramme n°13 : Les éléments spécifiques au travail en psychiatrie



Le cadre de travail structuré est le plus fréquemment cité, avec sept occurrences. Il renvoie à la nécessité de repères clairs, de règles partagées et d'une organisation contenante pour maintenir un environnement stable. Les professionnels décrivent ce cadre comme une condition essentielle pour sécuriser les soins, tant pour les patients que pour les équipes, face à des situations souvent imprévisibles ou complexes.

La réflexivité, citée cinq fois, est présentée à nouveau comme une compétence centrale pour ajuster les pratiques, prendre du recul et faire face à la complexité clinique. Les professionnels soulignent que le travail en psychiatrie exige une remise en question constante, une vigilance sur ses propres affects et une capacité à réinterroger ses postures dans la durée. Elle est perçue non seulement comme un outil d'adaptation, mais comme un marqueur identitaire du métier.

Les connaissances cliniques, mentionnées à quatre reprises, uniquement par des professionnels du CH1, sont mises en avant comme une compétence essentielle. Elles permettent d'interpréter les comportements, d'anticiper les évolutions cliniques et

d'adapter les prises en charge. Cette concentration au CH1 peut suggérer un ancrage plus fort de la dimension clinique dans les représentations locales, ou bien refléter une culture professionnelle davantage centrée sur l'analyse fine des situations. À l'inverse, leur absence au CH2 interroge sur la place accordée à ce savoir dans les discours professionnels.

La sécurité, également citée quatre fois, est décrite comme une préoccupation constante. Elle ne se limite pas à la gestion des risques, mais inclut la capacité à instaurer un climat de confiance, à prévenir les situations de crise et à protéger les patients comme les soignants. Cette exigence particulière au champ psychiatrique est souvent évoquée comme une tension entre liberté et protection.

La qualité de la relation, citée quatre fois, est perçue comme une dimension spécifique du soin en psychiatrie. Les professionnels insistent sur l'importance de l'écoute, de la présence, de la disponibilité émotionnelle, et de la construction progressive d'un lien thérapeutique. Cette relation est présentée comme un outil de soin en soi, nécessitant du temps, de la patience et une posture bienveillante.

La posture professionnelle, également mentionnée à quatre reprises, renvoie à la capacité à adopter une attitude juste, ni trop distante ni trop intrusive. Elle implique une maîtrise de soi, une attention constante à l'autre et une cohérence entre les actes et les intentions. Cette posture est perçue comme un équilibre délicat à maintenir, dans un contexte où les situations sont parfois déstabilisantes.

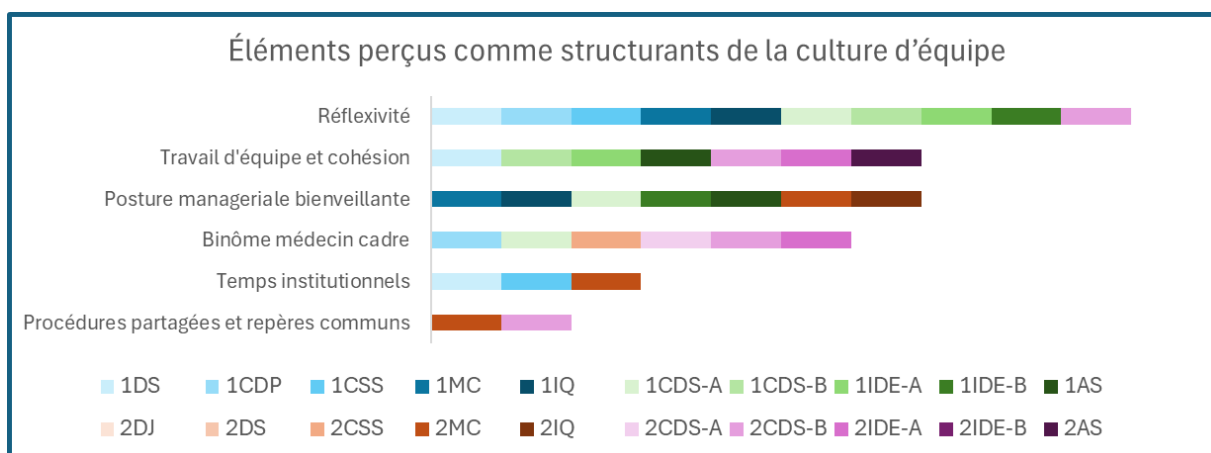
Le travail d'équipe, cité trois fois, exclusivement par des professionnels du CH2, est présenté comme une ressource indispensable pour penser et réguler les prises en charge. Les répondants insistent sur l'importance de la coordination, de la confiance mutuelle et du partage d'observation. Cette focalisation au CH2 peut refléter une culture du collectif plus marquée dans cet établissement.

Enfin, les connaissances juridiques, évoquées à deux reprises seulement, sont perçues comme une spécificité incontournable du soin en psychiatrie, en raison de la fréquence des soins sans consentement, des mesures de restriction de liberté, et des implications éthiques qui en découlent. Leur faible présence dans les discours interroge, compte tenu de leur importance dans l'encadrement quotidien des pratiques.

➤ Deuxième indicateur : La culture d'équipe

Les participants ont été invités à décrire ce qui, selon eux, structure la culture d'équipe dans leur service. L'objectif de cet indicateur est d'identifier les éléments perçus comme fondamentaux dans le fonctionnement collectif, la cohésion professionnelle et la stabilité des repères partagés. L'histogramme suivant présente les réponses formulées par les professionnels autour de cette thématique.

Histogramme n°14 : Les éléments structurants la culture d'équipe



La réflexivité est l'élément le plus fréquemment cité, avec dix occurrences, dont neuf au CH1. Elle est perçue comme un socle de la culture d'équipe, favorisant la prise de recul, l'ajustement des pratiques et la régulation collective des tensions. Sa forte présence au CH1 souligne de nouveau l'ancrage de cette dynamique dans les habitudes professionnelles de l'établissement, et conforte l'idée que la réflexivité ne relève pas uniquement d'un travail individuel, mais d'une disposition collective à penser ensemble l'action.

Le travail d'équipe et la cohésion, évoqués à sept reprises, sont associés à une entraide concrète, une communication fluide et une solidarité dans les situations difficiles. Ces éléments sont décrits comme des garants de stabilité émotionnelle et de continuité dans la prise en charge. Ils apparaissent comme une condition essentielle pour faire face à la complexité des soins psychiatriques, où la charge émotionnelle peut être importante. Ce constat s'inscrit dans les éléments développés dans le cadre conceptuel, où la dynamique d'équipe est décrite comme une ressource centrale, capable de contenir les tensions et de soutenir les professionnels dans les situations complexes.

La posture managériale bienveillante est également citée sept fois. Elle est perçue comme un repère structurant, créant un climat de confiance et de reconnaissance. Cette posture, lorsqu'elle est incarnée de manière cohérente, favorise l'expression des difficultés, la co-construction des solutions et l'adhésion à un projet d'équipe. Elle illustre le rôle central des cadres dans l'entretien d'une culture d'équipe constructive et protectrice. Cette importance accordée à la posture managériale bienveillante dans la culture d'équipe fait écho au cadre conceptuel, où le rôle du cadre est présenté comme un levier central de sécurisation de l'environnement de travail. Par son positionnement, sa capacité à instaurer un climat de confiance et son exemplarité, il structure les dynamiques collectives et soutient l'adaptation des pratiques dans un cadre éthique.

Le binôme médecin-cadre, mentionné à six reprises, est présenté comme un facteur de cohérence institutionnelle. Les professionnels valorisent une alliance équilibrée entre décision médicale et pilotage organisationnel, qui permet une meilleure coordination et une légitimité renforcée des décisions auprès de l'équipe.

Les temps institutionnels, cités trois fois, sont perçus comme des moments d'échange essentiels pour faire lien, partager les vécus et réajuster les fonctionnements. Leur régularité et leur qualité conditionnent en partie la vitalité de la culture d'équipe.

Enfin, les procédures partagées et les repères communs, mentionnés à deux reprises exclusivement au CH2, sont vus comme des appuis importants pour structurer le travail collectif. Lorsqu'ils sont absents ou non actualisés, cela peut fragiliser la cohérence des pratiques et créer de l'incertitude sur les règles à suivre. Cela souligne la nécessité de les maintenir à jour.

Ces résultats montrent que la culture d'équipe repose sur des dimensions à la fois relationnelles, réflexives et structurelles. La réflexivité, la cohésion, et la posture managériale apparaissent comme des piliers largement partagés, tandis que d'autres éléments plus institutionnels (temps de régulation, procédures partagées) sont moins évoqués, voire absents dans certains contextes. Cela souligne l'importance d'un cadre de travail soutenant, cohérent et partagé pour consolider les pratiques collectives et sécuriser les soignants au quotidien.

Synthèse de la dimension n°6 :

Les soignants en psychiatrie

Cette dimension vise à explorer la manière dont les professionnels perçoivent leur fonction spécifique en psychiatrie, ainsi que les repères collectifs qui structurent leur environnement de travail. Les résultats recueillis mettent en lumière une conception exigeante du soin, où les soignants doivent faire preuve à la fois de technicité, de stabilité émotionnelle et d'engagement relationnel. La spécificité du travail en psychiatrie tient autant à la nature des situations rencontrées qu'à la posture professionnelle qu'elles requièrent. Le cadre de travail, la sécurité, la qualité du lien, ou encore les connaissances cliniques et juridiques apparaissent comme des appuis essentiels pour exercer avec justesse dans un contexte souvent marqué par l'imprévisibilité et la charge émotionnelle.

L'analyse révèle également l'importance déterminante de la culture d'équipe dans la stabilité des pratiques. Les professionnels évoquent des repères collectifs qui soutiennent leur engagement : cohésion, entraide, communication fluide, mais aussi qualité du pilotage managérial et coordination entre les fonctions médicale et soignante. Ces éléments sont perçus comme structurants, permettant à chacun de trouver sa place dans une dynamique cohérente et sécurisante.

La réflexivité occupe une place centrale dans cette culture. Elle est à la fois décrite comme une compétence individuelle et comme une disposition collective, favorisant la prise de recul, l'analyse partagée des pratiques et la régulation des tensions. Cette dynamique est particulièrement visible au CH1, où la réflexivité est systématiquement valorisée comme fondement du fonctionnement d'équipe. Ce contraste inter-établissement souligne l'effet structurant de certaines habitudes professionnelles et la manière dont elles peuvent s'ancrer durablement dans les pratiques.

Ainsi, les deux indicateurs convergent vers une représentation du soin psychiatrique comme un exercice collectif, clinique et éthique, nécessitant des ressources individuelles solides mais aussi un cadre partagé, cohérent et soutenant. Consolider cette identité professionnelle implique de reconnaître ces spécificités et de créer les conditions favorables à leur expression. Cela suppose une attention portée à l'organisation, au soutien institutionnel et au maintien de repères collectifs clairs, pour sécuriser durablement les pratiques.

Synthèse de l'objet de recherche n°2 :

L'intégration des libertés individuelles dans les pratiques professionnelles

Cette synthèse s'appuie sur l'analyse croisée de trois dimensions : l'intégration, les libertés individuelles et les pratiques professionnelles telles qu'elles sont décrites et observées sur le terrain.

Les résultats mettent en lumière un décalage entre les principes portés par les textes et les pratiques effectivement mises en œuvre. Si les professionnels reconnaissent largement les effets positifs des évolutions récentes en matière de libertés individuelles, leur intégration dans les soins reste incomplète et inégalement répartie selon les établissements. Elle dépend en grande partie du contexte local, des dynamiques collectives et de la manière dont les équipes s'approprient ou non ces évolutions. Cette intégration semble favorisée là où les professionnels disposent d'un cadre structurant, d'un fonctionnement d'équipe soutenant et d'une culture de la réflexivité. À l'inverse, elle apparaît plus fragile dans les contextes où les freins sont rapportés à des causes individuelles ou interindividuelles, et où les pratiques sont davantage marquées par des logiques de protection ou de repli.

Ces constats font écho à l'hypothèse de ce mémoire, selon laquelle certaines postures professionnelles peuvent freiner l'intégration des libertés, notamment lorsque les pratiques ne sont pas interrogées de manière réflexive. La manière dont les soignants expliquent les obstacles à cette évolution, et les leviers qu'ils mobilisent ou non pour y répondre, apparaissent comme des indicateurs indirects du degré d'appropriation de ces transformations. Cette appropriation semble d'autant plus fragile qu'elle repose souvent sur des initiatives locales ou individuelles, sans nécessairement s'inscrire dans une dynamique institutionnelle portée collectivement.

En somme, cette première partie confirme que l'intégration des libertés individuelles ne dépend pas uniquement de la connaissance des textes ou des cadres réglementaires, mais repose sur une articulation fine entre engagement professionnel, dynamique d'équipe, et capacité à questionner collectivement les pratiques. C'est dans cette articulation que se joue la possibilité d'un soin réellement ajusté aux besoins des patients et respectueux de leurs droits et libertés individuelles.

C. Synthèse globale de l'enquête

1. Une hypothèse de recherche en grande partie confirmée

L'hypothèse de ce mémoire postulait que **l'insécurité subjective des soignants en psychiatrie** influe sur **l'intégration des libertés individuelles dans les pratiques professionnelles**, en raison **d'un déficit de réflexivité**. L'analyse des entretiens permet de confirmer cette hypothèse dans une large mesure. Les professionnels qui expriment un sentiment d'insécurité rapportent plus fréquemment des pratiques de repli : réduction de la réflexivité, désengagement relationnel, recours préventif aux restrictions ou encore effacement des droits des patients dans les situations perçues comme à risque. Ces réponses ne relèvent pas d'un manque de volonté éthique, mais traduisent une forme de protection face à un environnement jugé menaçant ou mal encadré. Le lien entre sentiment d'insécurité, réduction de la mise à distance réflexive, et pratiques restrictives est ainsi clairement établi.

Mais cette dynamique ne peut être comprise isolément. L'analyse a également mis en évidence d'autres facteurs contribuant à l'insécurité : surcharge de travail, défaut de présence médicale, instabilité des organisations, ruptures de parcours ou flou des procédures. Ces éléments influencent directement le climat de travail et peuvent freiner l'évolution des pratiques, même en présence d'un certain niveau de réflexivité. Ainsi, l'hypothèse est confirmée comme facteur central, mais elle s'inscrit dans une combinaison de déterminants plus larges.

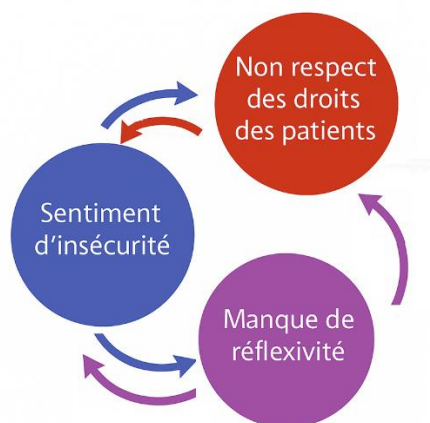
Enfin, au-delà des discours recueillis lors des entretiens eux-mêmes, plusieurs éléments contextuels, évoqués en dehors des temps d'enregistrement, permettent d'éclairer les dynamiques institutionnelles à l'œuvre. Au CH1, l'ensemble des professionnels rencontrés a spontanément évoqué, en dehors des entretiens formels, l'impact d'un rapport particulièrement critique du CGLPL et de sa médiatisation. Ce moment a été décrit comme un véritable électrochoc, suscitant une prise de conscience collective quant aux atteintes aux libertés individuelles au sein du service. Cette crise a déclenché une remise en question globale et favorisant l'émergence d'une dynamique réflexive plus structurée. Elle a également contribué à repositionner les cadres dans un rôle moteur, impulsant une transformation des pratiques à la lumière des principes éthiques et législatifs.

2. L'identification d'un mécanisme de rétroaction

Au fil des entretiens, une dynamique circulaire s'est dessinée : le sentiment d'insécurité semble altérer la capacité des professionnels à réfléchir à leurs pratiques, à prendre du recul ou à accueillir la complexité clinique. Cette réduction de la réflexivité, déjà identifiée dans ce mémoire comme un facteur explicatif de certaines postures défensives, apparaît aussi comme une conséquence directe du climat dans lequel s'exerce le soin. Autrement dit, l'insécurité freine la réflexion, mais cette absence de mise à distance critique contribue en retour à entretenir, voire à aggraver, le sentiment d'insécurité.

Ce mécanisme de rétroaction donne à l'hypothèse de ce travail une résonance particulière : il ne s'agit pas seulement de poser un lien unidirectionnel entre insécurité et déficit de réflexivité, mais de souligner l'existence d'un cycle d'influence mutuelle, susceptible de piéger les équipes dans des logiques peu évolutives. Lorsqu'il perdure, ce cercle peut engendrer une forme d'épuisement professionnel, une perte de sens et une rigidification des pratiques, nuisant à la qualité de la relation de soin et à l'ouverture aux libertés des patients. Ce fonctionnement circulaire peut donc s'illustrer ainsi :

Schéma n°1 : Effet rétroactif du sentiment d'insécurité



Dans le cas du CH1, c'est précisément l'onde de choc provoquée par un rapport du CGLPL très critique sur le respect des libertés qui a permis de rompre ce cercle. Ce moment de crise institutionnelle a provoqué une prise de conscience collective et impulsé une dynamique de transformation. Cela suggère que dans d'autres contextes, des évaluations externes ou des audits ciblés pourraient jouer un rôle similaire, en générant un effet miroir propice à la réflexivité et au changement.

3. Un contraste institutionnel significatif entre les deux établissements

L'analyse croisée des résultats révèle un contraste net entre le CH1 et le CH2. Si les deux établissements partagent des préoccupations communes autour de la sécurité et de la qualité des soins, leurs façons d'y répondre diffèrent sensiblement.

Le CH1 se distingue par une forte valorisation de la réflexivité, perçue comme une ressource collective ancrée dans la culture d'équipe. Les professionnels y décrivent des habitudes de régulation, des co-analyses de situations complexes, et un soutien mutuel entre pairs. Cette dynamique semble favorisée par un encadrement structurant et un contexte institutionnel engagé dans une démarche de transformation. Tous les professionnels rencontrés ont d'ailleurs évoqué, en dehors des entretiens, l'impact d'un rapport très critique du CGLPL sur les libertés individuelles. Ce choc a servi de déclencheur collectif, générant une prise de conscience et impulsant une volonté partagée d'évolution.

Dans ce cadre, le benchmarking a joué un rôle facilitateur. L'ouverture à d'autres établissements a permis au CH1 d'intégrer des pratiques innovantes sans devoir tout expérimenter en interne. Ce processus a soutenu la construction d'un cadre éthique plus réflexif et plus ajusté aux enjeux du soin en psychiatrie.

À l'inverse, le CH2 valorise davantage la cohésion d'équipe, la solidarité entre collègues et la posture bienveillante de l'encadrement. Ces éléments créent un climat humainement soutenant, mais la réflexivité y est moins présente. Elle est évoquée de manière plus ponctuelle et semble moins intégrée aux pratiques quotidiennes. Les ajustements sont moins ritualisés, et parfois perçus comme imposés plutôt que construits collectivement.

Ce contraste ne hiérarchise pas les deux établissements, mais montre que les contextes institutionnels façonnent les pratiques professionnelles. Il souligne l'importance de créer un environnement qui soutienne non seulement la cohésion et la sécurité, mais aussi l'élaboration collective, indispensable à une évolution éthique et partagée des pratiques.

PARTIE 3 : DE L'ENQUETE DE TERRAIN AUX AXES D'AMELIORATION

I. Présentation des axes d'amélioration

L'analyse des résultats de l'enquête met en évidence plusieurs freins à l'évolution des pratiques en lien avec les libertés individuelles. Ces freins s'articulent autour de trois axes d'amélioration, hiérarchisés selon leur impact et leur complémentarité.

Premier axe – Favoriser la réflexivité dans les pratiques soignantes

Le principal frein relevé est le manque de réflexivité. Ce blocage limite la remise en question des pratiques, freine l'intégration des évolutions législatives et éthiques, et alimente le sentiment d'insécurité. Celui-ci renforce à son tour des postures rigides, parfois en contradiction avec les droits des patients. Ce premier axe est prioritaire, car la réflexivité constitue le socle de toute dynamique de changement durable. Sans elle, l'évolution des pratiques reste superficielle et peu pérenne.

Deuxième axe – Améliorer la qualité de vie au travail

La charge de travail, la fatigue, les tensions d'équipe et le manque de reconnaissance impactent fortement la disponibilité des soignants à s'investir dans une démarche réflexive. Améliorer la QVT, c'est redonner aux professionnels les ressources nécessaires – physiques, mentales et relationnelles – pour qu'ils puissent s'engager dans des dynamiques collectives et évolutives. Cet axe, bien que secondaire, soutient et conditionne l'efficacité du premier.

Troisième axe – Réviser les règles de fonctionnement avec les équipes

Plusieurs règles internes apparaissent comme rigides ou inadaptées. Leur remise en question ne peut être envisagée que si les professionnels ont pu engager une réflexion partagée sur le sens des pratiques et s'ils disposent d'un environnement de travail plus favorable. Cet axe est donc l'aboutissement logique des deux précédents, il permet de traduire concrètement, dans l'organisation, les évolutions engagées sur le plan individuel et collectif.

Ainsi, ces trois axes s'inscrivent dans une logique de progression. Le développement de la réflexivité constitue le point de départ incontournable, soutenu par une amélioration des conditions de travail, et débouchant sur une révision concertée des règles institutionnelles. C'est dans ce cadre que le premier axe sera retenu et développé dans la suite du mémoire.

II. Favoriser la réflexivité dans les pratiques soignantes

A. Développement de l'axe d'amélioration

D'après les résultats de l'enquête, favoriser la réflexivité apparaît comme un levier essentiel pour faire évoluer les pratiques soignantes en lien avec les libertés individuelles. Il ne s'agit pas simplement d'ajouter un dispositif, mais bien d'ancrer une culture professionnelle fondée sur la remise en question, l'analyse collective et l'éthique du soin. Cette dynamique permettrait aux professionnels de dépasser les réactions de repli, de mieux comprendre les enjeux liés aux droits des patients, et d'adapter leurs pratiques en conséquence.

Le cadre de santé a un rôle central dans cette transformation, en tant que garant du sens, de la cohérence et de la dynamique d'équipe. Il lui revient de créer les conditions propices à l'émergence de cette réflexivité, de l'accompagner dans la durée, et d'en faire un vecteur de professionnalisation et de qualité des soins.

Objectif général :

Développer une culture réflexive partagée au sein de l'équipe soignante afin de soutenir l'évolution des pratiques professionnelles vers un meilleur respect des libertés individuelles.

Dans cette perspective, quatre objectifs intermédiaires ont été définis. Il s'agira tout d'abord de **sensibiliser les professionnels aux enjeux liés aux libertés individuelles**, puis de **créer des espaces propices à la remise en question des pratiques**. Il conviendra ensuite de **favoriser l'inscription de la réflexivité dans le fonctionnement quotidien de l'unité**, avant de **mobiliser des expériences extérieures**.

Chacun de ces objectifs fera l'objet d'un développement spécifique dans les parties suivantes.

1. Sensibiliser les professionnels aux enjeux liés aux libertés individuelles

Sensibiliser les professionnels aux enjeux éthiques, juridiques et relationnels liés aux libertés individuelles constitue une étape clé dans la conduite du changement. Le cadre de santé, garant de la qualité des soins et de la cohérence des pratiques, impulse cette dynamique en mobilisant les ressources internes et externes. Il choisit des leviers adaptés aux représentations de l'équipe et favorise l'émergence d'une réflexion collective structurée. Quatre objectifs opérationnels sont définis pour organiser cette phase de sensibilisation.

a. Organiser une journée de travail autour des libertés individuelles

Dans le cadre de l'objectif visant à sensibiliser les professionnels aux enjeux liés aux libertés individuelles, l'organisation d'une journée de travail constitue une action structurante. Le cadre de santé coordonne cette initiative pour transmettre des repères juridiques, éthiques et institutionnels, et faire émerger une compréhension partagée. Il sélectionne des intervenants extérieurs pertinents, comme un juriste ou un représentant des usagers, afin d'apporter un éclairage légitime.

En lien avec le médecin, le cadre élabore le programme, identifie les thèmes prioritaires, et mobilise les soignants en amont pour recueillir leurs attentes. La participation de l'équipe est encouragée via des formats interactifs (exposés, échanges, études de cas). Pour libérer les professionnels sans compromettre la continuité de service, il anticipe la mobilisation de renforts institutionnels. Un support de synthèse est diffusé à l'issue de la journée pour en assurer la trace et alimenter les étapes suivantes. Cette action s'inscrit dans les objectifs institutionnels de qualité et de promotion des droits des patients.

b. Constituer un groupe d'EPP centré sur les libertés individuelles

La constitution d'un groupe d'Évaluation des Pratiques Professionnelles centré sur les libertés individuelles permet de structurer une réflexion approfondie à partir de situations cliniques concrètes. Le cadre de santé mobilise ici la méthode Staff EPP, reconnue pour sa capacité à favoriser l'analyse pluridisciplinaire, dans un cadre rigoureux et sans visée culpabilisante.

La mise en place de ce groupe repose sur le volontariat et l'implication de plusieurs professionnels afin de croiser les regards sur des situations cliniques ciblées. Le cadre de santé encadre la démarche, garantit le cadre éthique, et oriente la réflexion vers des pistes d'amélioration concrètes. Les résultats de ce travail pourront être partagés avec l'unité, voire au niveau du pôle ou de l'institution, dans une logique de valorisation et de diffusion d'une culture réflexive.

c. Mettre en place des temps d'échanges encadrés entre soignants et patients

Pour sensibiliser les professionnels aux enjeux des libertés individuelles, il est essentiel d'intégrer la parole des usagers. La mise en place de temps d'échanges encadrés entre soignants et patients permet de confronter les représentations, d'aborder le vécu des restrictions, et de renforcer la dimension éthique de la relation de soin. Le cadre de santé organise ces rencontres de manière régulière, en lien avec un représentant des usagers, afin de garantir un cadre sécurisant et équilibré.

Les échanges sont régulés pour permettre une expression respectueuse et constructive. Le cadre assure un suivi de cette démarche, en identifiant les points de réflexion utiles à réintroduire dans les réunions d'équipe ou les actions collectives. Cette initiative permet aux professionnels de mieux comprendre les répercussions de leurs pratiques et de nourrir leur posture soignante.

d. Proposer une action de formation ciblée

Afin de renforcer la sensibilisation des professionnels, une action de formation ciblée constitue un complément aux démarches engagées. Le cadre de santé identifie un organisme ou un intervenant qualifié pour proposer une session centrée sur les aspects juridiques, éthiques et pratiques liés aux restrictions de droits en psychiatrie.

Cette formation est intégrée au plan de développement des compétences du service, en lien avec la direction des soins et la cellule formation continue. Elle peut concerner l'ensemble de l'équipe ou cibler des professionnels relais. Le cadre veille à l'adaptation des contenus aux réalités du terrain, et encourage une participation active, notamment en valorisant la formation dans le parcours professionnel. Les apports peuvent être partagés lors de temps d'équipe, et l'intégration d'un module spécifique dans le référentiel d'accueil des nouveaux arrivants permettrait d'en assurer la continuité et la diffusion à long terme.

2. Créer des espaces propices à la remise en question des pratiques

Créer des espaces favorables à l'expression et à l'analyse des pratiques est indispensable pour faire évoluer les représentations et installer une culture réflexive partagée. Le cadre de santé joue un rôle clé dans la mise en place de ces dispositifs : il identifie les freins, sécurise les conditions d'échange, et adapte les formats aux réalités du terrain. En tenant compte des dynamiques hiérarchiques et pluridisciplinaires, il favorise un climat de confiance propice à l'élaboration collective. Quatre objectifs opérationnels structurent cette démarche.

a. Mettre en place des Ateliers d'Analyse de Pratiques

Les Ateliers d'Analyse de Pratiques offrent un cadre sécurisé permettant aux professionnels de questionner collectivement leurs postures, leurs décisions et les logiques de soin à l'œuvre dans le quotidien. Pour garantir une parole libre et sincère, le cadre de santé fait le choix d'une animation par un psychologue extérieur à l'unité, sans présence hiérarchique ni médicale.

Dans une posture de pilotage, le cadre identifie un intervenant formé à la conduite de groupes de parole, sollicite les financements nécessaires auprès du service formation ou de la direction des soins, et fixe une fréquence adaptée aux contraintes du service. Il formalise les règles de fonctionnement (confidentialité, bienveillance, absence de jugement) et prend soin de présenter la démarche à l'équipe pour en expliciter les objectifs et lever les appréhensions. L'adhésion des professionnels est soutenue par une communication claire, un cadrage rassurant, et un lien permanent avec le projet de service.

Des points réguliers avec l'intervenant permettent d'ajuster la méthode si nécessaire. En tant que cadre, il veille à ce que les thématiques abordées puissent être mises en lien avec les enjeux institutionnels, sans instrumentaliser les échanges. Ces ateliers constituent un levier puissant de professionnalisation et de développement d'une culture réflexive ancrée dans le temps.

b. Mettre en place une “boîte à situations” dans l’unité

La mise en place d’une “boîte à situations” vise à recueillir de manière anonyme des situations cliniques ou organisationnelles vécues comme problématiques par les professionnels. Elle permet de faire remonter des questionnements éthiques ou des doutes du quotidien, souvent tus en réunion formelle.

Le cadre de santé installe ce dispositif dans un espace accessible de l’unité, en précise les règles d’utilisation (anonymat, respect des personnes, orientation vers les pratiques et non vers les individus), et définit avec l’équipe un rythme de traitement régulier. Les situations déposées sont analysées collectivement lors de réunions dédiées, en l’absence de hiérarchie directe si nécessaire.

Ce dispositif, simple et peu coûteux, favorise la libre expression, tout en structurant la parole dans un cadre professionnel. Le cadre de santé veille à sa régulation, à la valorisation des propositions qui en émergent, et à son articulation avec d’autres espaces d’analyse existants (réunions cliniques, CREX, groupe EPP).

c. Favoriser l’investissement des professionnels dans les groupes de réflexion institutionnels

Encourager les professionnels à s’investir dans les espaces institutionnels de réflexion tels que le comité d’éthique ou les CREX permet d’élargir les cadres de discussion et de renforcer leur participation à la vie institutionnelle. Ces instances sont un lieu structuré où les pratiques peuvent être analysées collectivement, en s’appuyant sur les valeurs professionnelles, les référentiels qualité et les enjeux éthiques du soin.

Le cadre de santé identifie les professionnels volontaires ou sensibles à certaines thématiques, notamment à l’occasion des entretiens annuels d’évaluation, afin d’articuler cette participation à leur projet professionnel. Il facilite l’accès à ces instances (plannings, relais d’information), valorise l’engagement dans les temps d’équipe, et peut organiser des restitutions ciblées au sein de l’unité pour élargir les bénéfices au collectif.

Ce positionnement renforce la légitimité des espaces de réflexion, favorise l’émergence de postures professionnelles plus construites, et inscrit la dynamique du service dans une cohérence institutionnelle continue.

3. Favoriser l'inscription de la réflexivité dans le fonctionnement de l'unité

Inscrire la réflexivité dans le fonctionnement régulier de l'unité permet de dépasser les actions ponctuelles pour en faire une composante durable du travail collectif. Le cadre de santé veille à intégrer cette dynamique dans les outils existants (réunions, projet de service, tableaux de suivi), tout en soutenant l'engagement des professionnels via des rôles délégués. Cette démarche s'inscrit dans une logique d'amélioration continue et de cohérence avec les orientations institutionnelles. Quatre objectifs opérationnels structurent cette inscription dans la durée.

a. Inscrire un temps réflexif dans les réunions d'équipe hebdomadaires

Intégrer un temps dédié à la réflexivité en fin de réunion clinique permet d'ouvrir un espace d'analyse collective autour des pratiques en lien avec les libertés individuelles. Ce moment ritualisé, placé à un temps où l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire est présente, favorise une appropriation commune des enjeux.

Le cadre de santé propose que ce temps s'appuie sur une situation apportée par un professionnel volontaire. Il veille à sécuriser les échanges et à en rappeler les objectifs : interroger collectivement les pratiques, sans jugement, dans une logique d'amélioration continue. Ce dispositif ne demande pas de temps supplémentaire, s'intègre dans le rythme existant et participe à structurer la culture réflexive de l'unité. En tant que garant de la cohérence d'équipe, le cadre soutient sa régularité, veille à la qualité du climat d'échange, et en assure l'inscription dans le projet de service.

b. Désigner un ou deux "référents libertés" au sein de l'équipe

La désignation de référents "libertés" vise à soutenir la dynamique engagée en impliquant directement des professionnels dans le suivi des pratiques liées aux droits des patients. Ces référents deviennent des relais internes pour identifier les situations sensibles, partager des informations, et accompagner leurs collègues dans la réflexion.

Le cadre de santé présente cette mission comme une reconnaissance d'engagement et la valorise dans le cadre des entretiens annuels d'évaluation. Il veille à ce que ces professionnels soient formés, accompagnés et reconnus dans leur rôle. Leur position n'est pas hiérarchique, mais fonctionnelle : ils participent à ancrer la culture réflexive au plus près du terrain.

Le binôme cadre-médecin soutient cette démarche participative, qui permet de renforcer la circulation de l'information, d'encourager la vigilance partagée, et d'assurer un suivi transversal cohérent avec les orientations institutionnelles.

c. Intégrer la question des libertés individuelles dans le projet de service

Développer les enjeux liés aux libertés individuelles dans le projet de service permet de donner une assise institutionnelle à la démarche engagée. Cela affirme son importance stratégique et facilite sa prise en compte dans les orientations du service, les temps de formation, et les évaluations internes.

Le cadre de santé initie cette intégration en s'appuyant sur les travaux menés avec l'équipe, les retours de terrain, et les recommandations. Il veille à l'articulation avec le projet médical et à la validation dans les instances de pôle. Cette inscription favorise la continuité de la démarche, au-delà des changements de personnel ou de cadre.

Ce travail d'écriture collective valorise l'engagement de l'équipe et inscrit durablement la réflexion éthique au cœur du fonctionnement du service.

d. Mettre en place un tableau de suivi qualitatif des évolutions de pratiques

Pour rendre visibles les effets des actions menées, le cadre de santé propose la mise en place d'un tableau de suivi. Ce support permet de repérer, valoriser et capitaliser les évolutions observées sur le terrain : amélioration de la liberté d'aller et venir, réduction des contentions, amélioration de la satisfaction patient.

Construit avec l'équipe, ce tableau s'alimente par des observations cliniques, des retours en réunion, ou des situations remontées via la "boîte à situations". Le cadre peut également s'appuyer ponctuellement sur des audits ciblés pour objectiver certaines pratiques sensibles. Il en assure la régulation, l'analyse, et sa présentation régulière lors des temps collectifs.

Ce dispositif contribue à renforcer le sens de l'action engagée, à maintenir une dynamique d'amélioration continue, et à ancrer les évolutions dans une logique de reconnaissance professionnelle.

4. Mobiliser des expériences extérieures

Mobiliser des expériences extérieures permet de nourrir la réflexion locale, de stimuler la dynamique de changement, et de montrer que l'évolution des pratiques est possible et réaliste. Dans sa fonction d'animation, le cadre de santé identifie des démarches inspirantes, facilite les échanges inter-établissements et valorise les retours d'expérience internes. En créant des passerelles entre les pratiques quotidiennes et les références externes, il légitime le changement, renforce l'ouverture de l'unité et soutient l'appropriation collective. Quatre objectifs opérationnels structurent cette démarche.

a. Recenser les expériences innovantes menées dans d'autres établissements

Le repérage d'initiatives menées dans d'autres établissements constitue un levier pour enrichir la réflexion locale et nourrir l'engagement des équipes. Le cadre de santé organise une veille ciblée à partir de publications professionnelles, de réseaux institutionnels ou de groupes d'échange inter-établissements. Il sélectionne des démarches en lien avec les libertés individuelles, qu'elles portent sur l'aménagement des unités, les protocoles, ou les modalités de concertation avec les usagers. Ces expériences sont synthétisées sous forme de fiches courtes ou présentées en réunion d'équipe, afin d'en faciliter l'appropriation.

Le cadre veille à adapter les exemples retenus aux réalités du service, pour éviter tout décalage contre-productif. Ce travail de veille contribue à ouvrir le champ des possibles, à légitimer les changements envisagés, et à donner des repères concrets aux professionnels engagés dans la transformation.

b. Organiser un échange inter-établissement

L'organisation d'un échange avec une unité ayant engagé une évolution de ses pratiques permet de confronter les représentations, d'inspirer l'équipe et de montrer que le changement est possible. Le cadre de santé identifie, en lien avec l'équipe, un service pertinent ayant mis en œuvre des actions reconnues, notamment à la suite d'un rapport du CGLPL. Pour favoriser l'adhésion, il peut aussi proposer à l'équipe de choisir l'établissement à contacter, en fonction de ses centres d'intérêt ou de ses besoins. L'échange prend la forme d'une visio-conférence ou d'une visite sur site,

selon les possibilités logistiques. Il est préparé en amont, avec des objectifs définis, et suivi d'une restitution collective.

Cette ouverture favorise la projection, nourrit la dynamique de changement et ancre la démarche dans une réalité concrète et transposable.

c. Valoriser en interne les retours d'expérience des professionnels

Les professionnels ayant exercé dans d'autres établissements ou services psychiatriques détiennent souvent une richesse d'expériences peu exploitée. Le cadre de santé repère ces ressources internes et organise des temps de partage ciblés pour en faire bénéficier l'ensemble de l'équipe. Ces retours peuvent être intégrés à une réunion clinique, à un temps d'échange dédié, ou synthétisés sous forme de fiches thématiques. Ils permettent de montrer, à partir de parcours concrets, que des pratiques différentes sont possibles et parfois déjà éprouvées ailleurs.

En valorisant ces expériences, le cadre soutient la reconnaissance des compétences, stimule l'intérêt pour l'évolution des pratiques, et inscrit cette démarche dans une dynamique collective. Ce levier simple et peu coûteux contribue à renforcer la culture réflexive de l'unité tout en mobilisant des ressources déjà présentes et légitimes aux yeux de l'équipe.

d. Créer un partenariat avec une association d'usagers

Associer une association d'usagers ou un représentant de la CDU à certaines réflexions de l'unité permet de croiser les regards et de renforcer la légitimité des démarches engagées. Le cadre de santé identifie un partenaire local et définit avec lui les modalités d'une intervention ponctuelle ou récurrente (participation à un groupe de travail, relecture d'un support d'information...).

Cette démarche s'inscrit dans une logique d'ouverture, de respect des droits et d'amélioration continue. Elle suppose un cadre clair, défini en amont avec l'équipe, pour garantir une posture constructive et sécurisante.

Ce partenariat renforce la place du patient dans les évolutions du service, valorise l'écoute de ses attentes, et alimente les pratiques professionnelles d'un regard extérieur souvent porteur de sens.

Synthèse des propositions d'amélioration :

Les actions proposées s'inscrivent dans une logique de progression visant à favoriser un changement durable des pratiques en lien avec les libertés individuelles. Elles s'articulent autour de quatre grandes étapes : sensibiliser les professionnels, structurer des espaces d'expression et de remise en question, intégrer la réflexivité dans le fonctionnement régulier du service, et enfin nourrir cette dynamique par l'ouverture à des expériences extérieures. Cette gradation progressive permet de créer un climat favorable au changement, d'impliquer les professionnels à chaque étape, et de construire un cadre de référence partagé.

Le cadre de santé joue un rôle central dans cette démarche. Il assure la coordination des actions, sécurise les échanges, et adapte les dispositifs aux réalités du terrain. Sa posture managériale repose à la fois sur une capacité à impulser une dynamique collective et sur une vigilance constante à l'égard des résistances au changement. Pour cela, il mobilise les outils acquis en formation, notamment en conduite de projet, en animation d'équipe et en évaluation des pratiques. Il agit également en interface avec les instances institutionnelles, en veillant à inscrire les actions menées dans une cohérence globale (projet de service, démarche qualité, projet d'établissement).

Le cadre veille à l'implication de l'équipe dès la conception des actions, afin de renforcer l'adhésion et d'éviter les sentiments d'injonction ou de mise à l'écart. Il s'appuie sur le binôme qu'il forme avec le médecin pour légitimer la démarche et garantir sa pertinence clinique. Enfin, il anticipe la pérennisation des évolutions en structurant leur évaluation, leur valorisation, et leur inscription dans les documents de référence du service.

Ce positionnement permet de faire émerger une culture partagée de la réflexivité, en lien avec les valeurs soignantes et les exigences actuelles du cadre réglementaire et éthique.

B. Evaluation des actions entreprises

1. Finalité et logique d'évaluation

L'évaluation des actions mises en place relève du pilotage managérial et répond aux exigences institutionnelles en matière de qualité des soins. Elle vise à mesurer l'impact des actions sur l'évolution des pratiques liées aux libertés individuelles, tout en soutenant la dynamique collective. Il s'agit d'analyser les effets produits, l'appropriation par les professionnels, ainsi que les leviers et obstacles rencontrés.

Cette démarche permet d'ajuster les actions, de valoriser les réussites et de renforcer la pérennité des évolutions. Outil de professionnalisation et de reconnaissance, l'évaluation aide l'équipe à percevoir les effets concrets de son engagement et à s'inscrire dans une logique d'amélioration continue alignée sur les orientations du service.

2. Méthodes et outils de recueil

Plusieurs modalités de recueil sont envisagées, combinant observations qualitatives, données issues du terrain, et retours formalisés. Le tableau de suivi qualitatif constitue un outil central : alimenté régulièrement par les observations des soignants, les situations remontées via la boîte à situations, les synthèses d'analyses de pratiques ou les temps d'échange avec les usagers, il permet de rendre visibles les évolutions dans le quotidien des soins.

Des outils complémentaires sont mobilisés selon les actions : une évaluation immédiate (orale ou écrite) à l'issue de la journée de sensibilisation permet de recueillir les ressentis et suggestions. Des fiches de restitution peuvent être utilisées à la suite des échanges inter-établissements ou des formations suivies. L'analyse des CREX ou des comités d'éthique pourra également faire ressortir l'intégration progressive des enjeux liés aux libertés individuelles.

Enfin, un questionnaire anonyme pourra être proposé aux professionnels après six mois, pour évaluer leur perception de l'évolution des pratiques, leur degré d'implication, et identifier les leviers à renforcer.

3. Critères d'évaluation et temporalité

L'évaluation repose sur des critères définis en lien avec les objectifs intermédiaires : taux de participation aux actions proposées, fréquence des temps réflexifs intégrés aux réunions, appropriation des outils (tableaux, boîte à situations), nombre d'interventions réalisées par les référents "libertés", ou encore diversité des expériences partagées en équipe.

Des critères plus qualitatifs complètent ce suivi : évolution du climat d'équipe, émergence de propositions d'amélioration, capacité à discuter collectivement de situations complexes, diminution de pratiques routinières peu justifiées, ou encore retours positifs d'utilisateurs sur les conditions de prise en charge.

La temporalité est pensée en trois temps : un point d'étape à trois mois (retour d'équipe, ajustements), une analyse plus structurée à six mois (questionnaire, tableau de suivi, retour en CREX), puis un bilan partagé au bout d'un an. Ce dernier permettra d'ancrer les évolutions dans les documents de référence du service (projet de service, plan de formation, etc.).

L'ensemble des actions proposées répond à un objectif clair : développer une culture réflexive partagée au sein de l'équipe afin de soutenir l'évolution des pratiques professionnelles vers un meilleur respect des libertés individuelles. Cette finalité s'inscrit dans une dynamique plus large d'humanisation des soins, de professionnalisation des équipes, et d'alignement avec les recommandations institutionnelles.

En tant que futur cadre de santé, j'ai choisi de structurer ce projet autour d'une logique de changement progressif, réaliste et cohérente avec les contraintes du terrain. Ce positionnement repose sur une conviction : le respect des libertés ne peut reposer sur des injonctions, mais doit être porté collectivement par une équipe engagée, soutenue et outillée.

C'est pourquoi j'ai fait le choix de dispositifs participatifs, d'un accompagnement structuré, et d'un pilotage ancré dans les réalités organisationnelles. Ce projet incarne ainsi ma vision du management en santé : exigeant, engagé, et profondément éthique.

CONCLUSION

En choisissant d'interroger le lien entre sentiment d'insécurité et intégration des libertés individuelles, ce travail m'a conduit à explorer les tensions qui traversent les pratiques en psychiatrie. Repartir du constat initial, celui d'un écart persistant entre les textes et les pratiques, m'a permis de mieux comprendre les mécanismes institutionnels, professionnels et émotionnels qui freinent certaines évolutions pourtant inscrites dans la loi.

Sur le plan méthodologique, cette recherche m'a permis d'expérimenter une posture rigoureuse, mêlant analyse de terrain, appui sur des sources fiables et structuration conceptuelle. Elle m'a également appris à mettre en cohérence un vécu professionnel, une hypothèse de recherche et une dynamique d'enquête au service d'une réflexion approfondie. J'ai mesuré combien la réflexivité, la prise de recul et la triangulation des sources sont essentielles pour produire une analyse pertinente.

Sur le fond, ce travail m'a offert un enrichissement réel. Il a affiné ma compréhension des leviers du changement, renforcé ma conviction que les cadres ont un rôle clef dans l'évolution des pratiques et m'a permis de mieux cerner les effets du climat d'insécurité sur la capacité d'agir des équipes. Il m'a également donné les outils pour penser l'accompagnement au changement de manière réaliste, ancrée dans le quotidien des professionnels.

En tant que futur cadre de santé, je retiens surtout qu'une pratique managériale respectueuse des droits passe par l'exemplarité, le dialogue et la capacité à transformer les résistances en opportunités de réflexion collective. C'est par un leadership éthique, ancré dans les réalités du terrain, que le cadre peut impulser une dynamique vertueuse.

À l'heure où la psychiatrie traverse une crise profonde, il devient urgent de réaffirmer l'humain comme cœur du soin, et le droit comme boussole. Ce travail m'a renforcé dans l'idée que chaque évolution, même modeste, participe à construire une psychiatrie plus juste, plus digne et plus humaine.

BIBLIOGRAPHIE

A. Livres

- BORDAGE (J.) et PROULX (J.) - L'intégration des savoirs au secondaire : au cœur de la réussite éducative - Sainte-Foy : Direction des communications du Conseil supérieur de l'éducation, 1990, 57 p.
- DAUZAT (A.), DUBOIS (J.) et MITTERRAND (H.) - Dictionnaire étymologique Larousse – Evreux : Hérissé, 1982, 805 p.
- FOUCAULT (M.) - Histoire de la folie à l'âge classique - Paris : Gallimard, 1972, 583 p.
- HOWARD (J.) - The State of the Prisons in England and Wales – Londres : William Eyres, 1777, 489 p.
- LALLEMENT (M.) - Le travail : une sociologie contemporaine – Paris : Gallimard, 2007, 676 p.
- LEBEAU (G.) - Psychiatrie de liaison - Paris : Médecine Sciences Publications, 2018, 730 p.
- MINTZBERG (H.), Le manager au quotidien, Paris, Edition d'Organisation, 1973, 6^{ème} édition 284 p.
- MONTESQUIEU - De l'esprit des lois – Paris : Garnier frères, 1871, 680 p.
- NAJMAN (T.) - Lieu d'asile – Manifeste pour une autre psychiatrie – Paris : Odile Jacob, 2015, 308 p.
- PELICIER (Y.) - Histoire de la psychiatrie – Vendôme : Presses universitaires de France, 1994, 128 p.
- PIAGET, (J.) - La naissance de l'intelligence chez l'enfant - Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1936, 419 p.
- ROBIN (D.) - Violence de l'insécurité - Paris : Presses Universitaires de France, 2011, 192 p.
- ROEGIERS (X.) - La pédagogie de l'intégration - Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2010, 306 p.

B. Périodiques

- AGNERAY (F.), LOGET (M.) et DRAPERI (C.) - Sentiment d'insécurité à l'hôpital psychiatrique : enjeux cliniques et thérapeutiques - Ethique et santé, n°12, 2015, p. 190-197.
- AGNERAY, (F.) - Penser le sentiment d'insécurité dans le soin : éclairage psychopathologique et clinique - Ethique & Santé, volume 10, p.137-p.143.
- BANDURA, (A.) - Self-Efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change - Psychological Review, volume 84, n°2, 1977, p. 191-215.
- COMBIER VEUILLET (C.) - La violence dans l'institution psychiatrique - Le journal des psychologues, n°241, 2006, p. 44-48.
- CARIO (R.) - Médias et insécurité : entre droit d'informer et illusions sécuritaires – Eguzkilore, n°17, 2003, p. 187-199.
- CONSEIL SUPERIEUR DE L'EDUCATION - L'intégration des savoirs : un enjeu éducatif fondamental - Pédagogie collégiale, volume 5, septembre 1991, p.43-44.
- CONSTANTINO (C.) - Les enjeux de la pluridisciplinarité – Cliniques Paroles de praticiens en institution, N°3, 2012, p. 6-207.
- DELASSUS (É.) - L'éthique de la vulnérabilité et l'autonomie des patients : un modèle à adopter - ManagerSanté.com, n°40, décembre 2020, [<https://managersante.com/2020/12/18/32145/>] (page consultée le 13 janvier 2025).
- DESGRANGES (B.), FARAUT (E.), MONDOU (A.), EUSTACHE (F.), LAISNEY (M.) - La MEMO : évaluation de l'impact de l'émotion sur la mémorisation d'informations verbales en mémoire épisodique - Revue de neuropsychologie, n°10(3), 2018, p. 257-263.
- DONNAINT (E.), MARCHAND (C.), GAGNAYRE (R.) - Formalisation d'une technique pédagogique favorisant le développement de la pratique réflexive et des compétences émotionnelles chez des étudiants en soins infirmiers – Recherche en soins infirmiers, n°123, 2015, p. 66-76.
- DURKHEIM, (É.) - Représentations individuelles et représentations collectives - Revue de Métaphysique et de Morale, Tome 6 n° 3 Mai 1898, p. 273-302.
- FEILLOU (I.) et JAUVIN (N.) – La charge émotionnelle des soignants - CHU de Québec, avril 2023, [<https://www.chudequebec.ca/a-propos-de-nous/publications/revues-en-ligne/spiritualite-sante/dossiers/la-souffrance-des->

[soignants-sources-et-pistes-de-s/la-charge-emotionnelle-des-soignants.aspx\]](#)

(page consultée le 12 janvier 2025).

- FRANCHISTEGUY-COULOUME (I.) - Au cœur de la complexité des organisations de santé : le cadre de santé pivot de l'organisation - Projectique n°13, p. 37-50.
- FUCKS (I.) - L'énigme de la culture de sécurité dans les organisations à risques : une approche anthropologique - Le Travail Humain, vol. 75, n° 4, 2012, p. 399-420.
- GAROSCIO (A.) - Représentations sociales de l'insécurité en milieu urbain - Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, N°69, 2006, p. 33-46.
- GRANET (F.) et SCARONE (E.) - Une régulation clinique en psychiatrie pour adolescents. Une expérience en hôpital de jour – Empan, n°134, 2024, p. 68-73.
- KEATING (B.) - Les droits des patients : une menace pour les soignants ? – Santé mentale au Québec, Volume 34, 2009, p.39-49.
- NAJMAN (T.) - La liberté, une dimension du soin - Pratiques en santé mentale, volume 62, N°3, 2016, p. 11-16.
- PECHILLON (E.) et DUJARDIN (V.) - L'usage du téléphone portable en psychiatrie - Santé mentale, aout 2016, p.44-45.
- PERRON (A.), JACOB (J.D.), BEAUVAIS (L.), CORBEIL (D.), BERUBE (D.) - Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité - Recherche en soins infirmiers, n°120, mars 2015, p. 47-60.
- ROCHE (S.) - Expliquer le sentiment d'insécurité : pression, exposition, vulnérabilité et acceptabilité – Revue française de science politique, 1998, p. 274-305.
- SEBAI (J.) et YATIM (F.) - Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe - Santé publique, Volume 30, n°4, 2018, p. 517-526.
- SENON (J.L.), MANZARENA (C.), HUMEAU (M) et GOTZAMANIS (L.) - États dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociétales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux – Info Psy, 2007, volume 83, p. 655-662.
- SOPARNOT (R.) - Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus - Revue Recherches en Sciences de Gestion, n°97, 2012, p. 23-43.

- VACHERON (M.-N.) et LAQUEILLE (X.) - L'admission en soins psychiatriques sous contrainte : apports et limites de la loi du 5 juillet 2011 - Laennec, vol. 60, n°1, 2012, p. 10-23.

C. Textes réglementaires

- Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 relatif à une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle - BO 2013-41.
- Arrêté fixant le montant mensuel de l'indemnité forfaitaire de risque allouée à certains fonctionnaires hospitaliers - JO du 30 juin 2019.
- Article L4121-2 du code du travail du 8 août 2016 relatif aux obligations de l'employeur en matière de santé et de sécurité au travail - JO du 9 août 2016.
- Article R1413-68 du code de santé publique relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins – JO du 10 mai 2017.
- Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, adoptée par l'Assemblée nationale constituante – France, 26 août 1789.
- Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de la santé mentale – JO du 3 avril 1990
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée - BO Santé avril 2006.
- Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté – JO du 31 octobre 2007.
- Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge – JO du 6 juillet 2011.
- Convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies – Nations Unies, 13 décembre 2006.
- Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation – JO du 30 juin 1990.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – JO du 5 mars 2002.

- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et liens vers les décrets d'application – JO du 12 février 2005.
- Loi n°2025-74 du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé – JO du 30 janvier 2025.

D. Documents non publiés

- BEDOLIS (K.) - Impact de la loi du 5 juillet 2011 réformant les modalités d'admission en soins sans consentement des personnes atteintes de troubles psychiques sur les droits des usagers et les pratiques en psychiatrie - Mémoire en santé publique : Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), 2013, 40 p.
- IHOUT (S.) - Approche comparative des soins psychiatriques et des libertés individuelles des patients en droit français et anglo-américain - Thèse de doctorat en droit : Université Paris 8, 2019, 831 p.
- PORTEAU (S.) - Contention physique : Etude qualitative régionale sur le vécu des soignants en Psychiatrie adulte - Thèse de médecine : Université Toulouse III, 2017, 221 p.

E. Sites web

- Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter, Portail de l'IGAS, [https://www.igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/rm2011-071p_analyse_d_accidents_en_psychiatrie_et_propositions_pour_les_eviter_-_rapport_tome_1.pdf], consulté le 20/01/2025.
- Bruno Retailleau invité du 20h sur Tf1, Youtube, [https://www.youtube.com/watch?v=iSXY22JSS3M&ab_channel=TF1INFO], consulté le 23 février 2025.
- Charte européenne des droits des patients, Portail Active Citizenship Network, [www.activecitizenship.net/multimedia/files/charter-of-rights/the-charter-in-several-languages/full-text/France.pdf], consulté le 18 novembre 2024.
- Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, Portail de la HAS, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/manuel_2024.pdf], consulté le 15 février 2025.

- Démarche qualité et gestion des risques dans les établissements de santé, Portail ARS Nouvelle Aquitaine, [<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/demarche-qualite-et-gestion-des-risques-dans-les-etablissements-de-sante>], consulté le 15 février 2025.
- Étude du processus réflexif lors du passage de la formation à l'emploi des infirmiers, Youtube, [https://www.youtube.com/watch?v=R5eblcdtZKQ&ab_channel=Sant%C3%A9%E2%80%9CSanteMentale%E2%80%9DMentale], consulté le 24 avril 2025.
- Evaluation du respect des droits des patients, Portail de la HAS, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_droit_patient_certification.pdf], consulté le 16 novembre 2024.
- Formation gestion du stress, Portail Lonasanté, [www.lonasante.com], consulté le 20 mars 2025.
- Formation OMEGA, Portail IRAP Santé, [https://irapsante.com/SiteIRAP_html/FR/Formations-Omega.html], consulté le 15 février 2025.
- Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement, Portail du ministère de la santé, [www.sante.gouv.fr], consulté le 18 février 2025.
- Innover pour offrir des traitements de pointe en santé mentale, Portail du centre de recherche Douglas, [https://douglas.research.mcgill.ca/fr/media_link/gustavo-turecki-in-pursuit-of-innovative-mental-health-treatment/%20], consulté le 23 février 2025.
- Insécurité des soignants face à la violence des patients : état des lieux et facteurs prédisposants ; résultats d'une enquête transversale, multicentrique menée en unité psychiatrique fermée et aux urgences, Portail Cambridge University Press, [www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/insecurite-des-soignants-face-a-la-violence-des-patients-etat-des-lieux-et-facteurs-predisposants-resultats-dune-enquete-transversale-multicentrique-menee-en-unite-psychiatrique-fermee-et-aux-urgences/7BC7D76AD66CF94FE222AA117FB63E3C], consulté le 26 janvier 2025.

- Intégration, Portail du glossaire international, [www.glossaire-international.com/pages/tous-les-termes/integration-economique.html], consulté le 18 novembre 2024.
- La prévention des risques psychosociaux, Portail du ministère du travail, de la santé des solidarités et des familles, [<https://travail-emploi.gouv.fr/la-prevention-des-risques-psychosociaux-rps>], consulté le 15 février 2025.
- L'aménagement des lieux de soin au cœur de l'accueil, Portail de Santé Mentale, [<https://www.santementale.fr/2023/09/quand-lespace-contribue-a-laccueil-et-aux-soins-en-psychiatrie/>], consulté le 18 février 2025.
- La santé mentale grande cause nationale en 2025, Portail du gouvernement, [www.info.gouv.fr], consulté le 23 février 2025.
- Le centre de formation par simulation, Portail du CH des Pyrénées, [<https://www.ch-pyrenees.fr/le-c-h-des-pyrenees-forme/le-centre-de-formation-et-de-simulation/le-centre-de-formation-par-simulation-censim64/>], consulté le 15 février 2025.
- Le déploiement de la bientraitance, Portail de la HAS, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_rapport.pdf], consulté le 15 février.
- Le personnel des lieux de privation de liberté, Portail du CGLPL, [https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/07/Rapport-th%C3%A9matique-personnel_web.pdf], consulté le 13 janvier 2025.
- Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, Portail de la HAS, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_charte_guide.pdf], consulté le 15 février 2025.
- Mieux accompagner les soignants face aux traumatismes, Portail de la MNH, [www.mnh.fr], consulté le 20 mars 2025.
- Mise en place d'une cellule d'écoute et de soutien psychologique pour les soignants, Portail de la ville de Belfort, [www.belfort.fr], consulté le 13 mars 2025.
- Organiser et promouvoir la prévention de la violence au niveau de l'établissement, Portail de la HAS, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_13_organiser_promouvoir.pdf], consulté le 15/02/2025.

- Plan de prévention partagé, Portail de la HAS, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_03_plan_prevention.pdf], consulté le 20 mars 2025.
- Projet thérapeutique individualisé, Portail de la HAS, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_01_projet_therapeutique_individualise.pdf], consulté le 24 avril 2025.
- Rapport annuel 2022, Portail du CGLPL, [https://www.cglpl.fr/app/uploads/2023/05/CGLPL_Rapport-annuel-2022_web.pdf], consulté le 13 janvier 2025.
- Rapport de la troisième visite du centre hospitalier de Mayotte, Portail du CGLPL, [<https://www.cglpl.fr/app/uploads/2024/12/rapport-de-la-troisieme-visite-du-pole-de-psychiatrie-du-centre-hospitalier-de-mayotte-a-mamoudzou-mayotte.pdf>], consultée le 15 février 2025.
- Rapport de visite Hôpitaux Saint Maurice, Portail du CGLPL, [<https://www.cglpl.fr/app/uploads/2022/12/Rapport-de-la-deuxi%C3%A8me-visite-des-h%C3%B4pitaux-de-Saint-Maurice-Val-de-Marne.pdf>], consulté le 26 janvier 2025.
- Rapport d'information de la commission des affaires sociales sur la prise en charge des urgences psychiatriques, Portail de l'Assemblée nationale, [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cion-soc/l17b0714_rapport-information.pdf], consulté le 20 février 2025.
- Rapport sur la situation financière des hôpitaux, Portail de la cour des comptes, [<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20231012-situation-financiere-des-hopitaux.pdf>], consulté le 22 janvier 2025.
- Rapport sur les violences à l'encontre des professionnels de santé, Portail du ministère de la santé, [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_securite_des_professionnels_de_sante.pdf], consulté le 23 février 2025.
- Rapports 2023, Portail du CGLPL, [<https://www.cglpl.fr/publications?search=&type%5B%5D=125&published-years%5B%5D=2023&sort=DESC>], consulté le 10 décembre 2024.
- Recommandations sur la dangerosité psychiatrique, Portail de la HAS, [<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011->

07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf], consulté le 10 janvier 2025.

- Risques psychosociaux, ce qu'il faut retenir, Portail de l'INRS, [<https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>], consulté le 15 février 2025.
- Risques psychosociaux, conséquences pour le salarié et l'entreprise, Portail de l'INRS, [<https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/consequences-salaries.html>], consulté le 15 février 2025.
- Securitas, Portail DicoLatin, [<https://www.dicolatin.com/Latin/Lemme/0/securitas>], consulté le 20/01/2025.
- Sécurité, Portail du centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, [<https://www.cnrtl.fr/definition/academie8/s%C3%A9curit%C3%A9>], consulté le 20/01/2025.
- Special Report on Human Security, Portail de Human développement report, [<https://hs.hdr.undp.org/pdf/srhs2022.pdf>], consulté le 15 février 2025.
- Symptômes et diagnostic des troubles anxieux, Portail Ameli, [<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/troubles-anxieux-anxiete/symptomes-diagnostic>], consulté le 15 février 2025.
- Syndrome d'épuisement professionnel des soignants, Portail du ministère de la santé, [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/qvt_rir_seps_121214.pdf], consulté le 16 février 2025.
- Synthèse du rapport de l'observatoire national des violences en milieu de santé, Portail de l'ONVS, [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2022_donnees_2020-2021_.pdf], consulté le 16 février 2025.
- Un manuel pour la protection des personnels de santé et des équipes d'intervention d'urgence, Portail International Labour Organization, [https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40protrav/%40safework/documents/publication/wcms_747127.pdf], consulté le 18 février 2025.
- Un numéro vert pour les soignants en situation de souffrance psychologique, Portail Actusoins, [www.actusoins.com], consulté le 13 mars 2025.

ANNEXES

Annexe 1 : Analyse des rapports du CGLPL pour l'année 2023

Annexe 2 : Interviews d'acteurs institutionnels

Annexe 3 : Modèle d'analyse

Annexe 4 : Outils d'entretien

Annexe 1 :

Analyse des rapports du CGLPL pour l'année
2023

Annexe 1 : Analyse des rapports du CGLPL pour l'année 2023

Restrictions liées à l'usage du téléphone portable :

Rapport	Date	Liberté concernée	Problématique identifiée	Recommandations
Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé mentale de La-Roche-sur-Foron (Haute-Savoie)	06-mars-23	Téléphone portable	A l'USIP, le téléphone est systématiquement retiré	Pas de principe général
Rapport de visite – Hospitalisation des personnes privées de liberté au centre hospitalier Jacques Monod du Havre (Seine-Maritime)	12-janv-23	Téléphone portable	CONCERNE DETENUS	CONCERNE DETENUS
Rapport de la deuxième visite des chambres sécurisées du centre hospitalier intercommunal de Poissy – Saint-Germain-en-Laye (Yvelines)	13-sept-23	Téléphone portable	CONCERNE DETENUS	CONCERNE DETENUS
Rapport de la deuxième visite des chambres sécurisées du centre hospitalier de Meaux (Seine-et-Marne)	08-déc-23	Téléphone portable	CONCERNE DETENUS	CONCERNE DETENUS
Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé mentale de Sarthe à Alençon (Sarthe)	04-déc-23	Téléphone portable	Interdit parfois de manière systématique	NON PRECISÉ
Rapport de la deuxième visite de l'unité pour malades difficiles de Soiteville-lès-Rouen (Seine-Maritime)	02-mai-23	Téléphone portable	Interdit parfois de manière systématique	Pas de principe général
Rapport de la deuxième visite de l'hôpital Pierre Janet – Pôle de psychiatrie du centre hospitalier du Havre (Seine-Maritime)	03-juil-23	Téléphone portable	Interdit parfois de manière systématique	Pas de principe général
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier spécialisé d'Evreux (Eure)	06-févr-23	Téléphone portable	Interdit parfois de manière systématique	Pas de principe général
Rapport de visite du centre hospitalier Henri Guérin à Pierrefeu-du-Var (Var)	05-juin-23	Téléphone portable	Interdit parfois de manière systématique	Pas de principe général
Rapport de la troisième visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Mayotte à Mamoudzou (Mayotte)	02-oct-23	Téléphone portable	Interdit systématiquement	NON PRECISÉ
Rapport de la troisième visite de l'unité pour malades difficiles de Cadillac (Gironde)	07-août-23	Téléphone portable	Interdit systématiquement	Pas de principe général
Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Verdun Saint-Mihiel (Meuse)	09-janv-23	Téléphone portable	Le téléphone portable est autorisé de façon trop restreinte.	Pas de principe général
Rapport de la visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier régional de Metz-Thionville – site d'Havange (Moselle)	11-sept-23	Téléphone portable	Pas de problématique	Autorisé depuis peu
Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé de Ville-Evrard – site de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis)	09-janv-23	Téléphone portable	Pas de problématique	RAS
Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé de Ville-Evrard – site de Bondy (Seine-Saint-Denis)	16-janv-23	Téléphone portable	Pas de problématique	RAS
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier Camille Claudel à La Couronne (Charente)	06-mars-23	Téléphone portable	Pas de problématique	RAS
Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier François Quesnay à Mantes-la-Jolie (Yvelines)	03-avr-23	Téléphone portable	Pas de problématique	RAS
Rapport de la deuxième visite de la maison de santé d'Épinay-sur-Seine (Seine-Saint-Denis)	05-juin-23	Téléphone portable	Pas de problématique	RAS
Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier d'Antibes-Juan-les-Pins (Alpes-Maritimes)	12-juin-23	Téléphone portable	Pas de problématique	RAS
Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé mentale des Flandres (Nord)	03-juil-23	Téléphone portable	Pas de problématique	RAS
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier spécialisé de Cadillac (Gironde)	31-juil-23	Téléphone portable	Pas de problématique	RAS
Rapport de visite du centre Henri Ey – pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Péronne (Somme)	09-oct-23	Téléphone portable	Pas de problématique	RAS
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier spécialisé La Chartreuse à Dijon (Côte-d'Or)	06-nov-23	Téléphone portable	Pas de problématique	RAS
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier spécialisé de Jury-lès-Metz (Moselle)	06-févr-23	Téléphone portable	Privation pour les ados et jeunes adultes	Pas de recommandations
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye (Yvelines)	02-oct-23	Téléphone portable	Soumis à autorisation médicale	Pas de principe général
Rapport de la troisième visite de l'unité pour malades difficiles de Sarrequevins (Moselle)	09-mai-23	Téléphone portable	UMD: Ils doivent pouvoir avoir leur téléphone	Pas de principe général
Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier Simone Veil de Cannes (Alpes-Maritimes)	02-mai-23	Téléphone portable	Unité intersectorielle, téléphone rendu le soir	Pas de recommandations

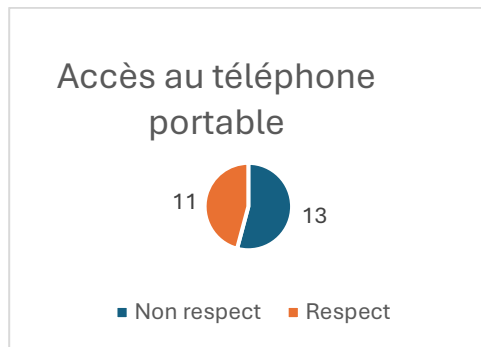
Restrictions liées aux denrées alimentaires :

Rapport	Date	Liberté concernée	Problématique identifiée	Recommandations
Rapport de visite – Hospitalisation des personnes privées de liberté au centre hospitalier Jacques Monod du Havre (Seine-Maritime)	12-janv-23	Nourriture	CONCERNE DETENUS	CONCERNE DETENUS
Rapport de la deuxième visite des chambres sécurisées du centre hospitalier intercommunal de Poissy – Saint-Germain-en-Laye (Yvelines)	13-sept-23	Nourriture	CONCERNE DETENUS	CONCERNE DETENUS
Rapport de la deuxième visite des chambres sécurisées du centre hospitalier de Meaux (Seine-et-Marne)	08-déc-23	Nourriture	CONCERNE DETENUS	CONCERNE DETENUS
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier spécialisé d'Evreux (Eure)	06-févr-23	Nourriture	NON PRECISÉ	NON PRECISÉ
Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé mentale de La Roche-sur-Foron (Haute-Savoie)	06-mars-23	Nourriture	NON PRECISÉ	NON PRECISÉ
Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier François Quesnay à Mantes-la-Jolie (Yvelines)	03-avr-23	Nourriture	NON PRECISÉ	NON PRECISÉ
Rapport de la visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier régional de Metz-Thionville – site d'Hayange (Moselle)	11-sept-23	Nourriture	NON PRECISÉ	NON PRECISÉ
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye (Yvelines)	02-oct-23	Nourriture	NON PRECISÉ	NON PRECISÉ
Rapport de la troisième visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Mayotte à Mamoudzou (Mayotte)	02-oct-23	Nourriture	NON PRECISÉ	NON PRECISÉ
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier spécialisé La Chartreuse à Dijon (Côte-d'Or)	06-nov-23	Nourriture	NON PRECISÉ	NON PRECISÉ
Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier d'Antibes-Juan-les-Pins (Alpes-Maritimes)	12-juin-23	Nourriture	Nourriture encadrée par soignants	Doit être à disposition des patients
Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Verdun Saint-Mihiel (Meuse)	09-janv-23	Nourriture	Nourriture encadrée par soignants	Pas de recommandations
Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier Simone Veil de Cannes (Alpes-Maritimes)	02-mai-23	Nourriture	Nourriture encadrée par soignants	Pas de recommandations
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier spécialisé de Juvy-lès-Metz (Moselle)	06-févr-23	Nourriture	Pas autorisée en chambre	Les patients doivent pouvoir conserver leur nourriture en chambre
Rapport de la deuxième visite de l'unité pour malades difficiles de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime)	02-mai-23	Nourriture	Pas autorisée en chambre	NON PRECISÉ
Rapport de la troisième visite de l'unité pour malades difficiles de Sarreguemines (Moselle)	09-mai-23	Nourriture	Pas autorisée en chambre	NON PRECISÉ
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier spécialisé de Cadillac (Gironde)	31-juil-23	Nourriture	Pas autorisée en chambre	NON PRECISÉ
Rapport de la troisième visite de l'unité pour malades difficiles de Cadillac (Gironde)	07-août-23	Nourriture	Pas autorisée en chambre	NON PRECISÉ
Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé mentale de Sarthe à Alençon (Sarthe)	04-déc-23	Nourriture	Pas autorisée en chambre	NON PRECISÉ
Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé de Ville-Evrard – site de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis)	09-janv-23	Nourriture	Pas autorisée en chambre	Pas de principe général
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier Camille Claudel à La Couronne (Charente)	06-mars-23	Nourriture	Pas autorisée en chambre	Pas de principe général
Rapport de visite du centre hospitalier Henri Guérin à Pierrefeu-du-Var (Var)	05-juin-23	Nourriture	Pas autorisée en chambre	Pas de principe général
Rapport de la deuxième visite de l'hôpital Pierre Janet – Pôle de psychiatrie du centre hospitalier du Havre (Seine-Maritime)	03-juil-23	Nourriture	Pas autorisée en chambre	Pas de principe général
Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé de Ville-Evrard – site de Bondy (Seine-Saint-Denis)	16-janv-23	Nourriture	Pas de problématique	RAS
Rapport de la deuxième visite de la maison de santé d'Épinay-sur-Seine (Seine-Saint-Denis)	05-juin-23	Nourriture	Pas de problématique	RAS
Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé mentale des Flandres (Nord)	03-juil-23	Nourriture	Pas de problématique	RAS
Rapport de visite du centre Henri Ey – pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Péronne (Somme)	09-oct-23	Nourriture	Pas de problématique	RAS

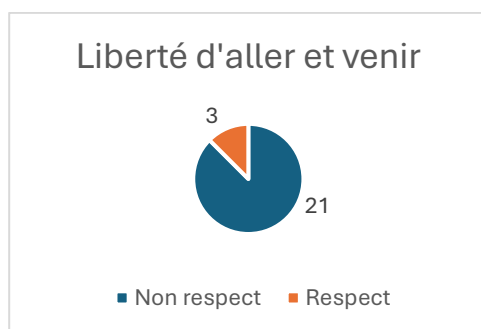
Restrictions liées à la liberté d'aller et venir :

Rapport	Date	Liberté concernée	Problématique identifiée	Recommandations
Rapport de visite – Hospitalisation des personnes privées de liberté au centre hospitalier Jacques Monod du Havre (Seine-Maritime)	12-janv-23	Aller et venir	Concerner uniquement les détenus	Concerner uniquement les détenus
Rapport de la deuxième visite des chambres sécurisées du centre hospitalier intercommunal de Poissy – Saint-Germain-en-Laye (Yvelines)	13-sept-23	Aller et venir	Concerner uniquement les détenus	Concerner uniquement les détenus
Rapport de la deuxième visite des chambres sécurisées du centre hospitalier de Meaux (Seine-et-Marne)	08-déc-23	Aller et venir	Concerner uniquement les détenus	Concerner uniquement les détenus
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier spécialisé La Chartreuse à Dijon (Côte-d'Or)	06-nov-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	Pas de principe général
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier spécialisé de Jury-lès-Metz (Moselle)	06-févr-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	La liberté doit être pleinement garantie.
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier Camille Claudel à La Couronne (Charente)	06-mars-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	La liberté doit être pleinement garantie.
Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier François Quesnay à Mantes-la-Jolie (Yvelines)	03-avr-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	La liberté doit être pleinement garantie.
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier spécialisé de Cadillac (Gironde)	31-juil-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	La liberté doit être pleinement garantie.
Rapport de la visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier régional de Metz-Thionville – site d'Havange (Moselle)	11-sept-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	La liberté doit être pleinement garantie.
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye (Yvelines)	02-oct-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	La liberté doit être pleinement garantie.
Rapport de la troisième visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Mayotte à Mamoudzou (Mayotte)	02-oct-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	La liberté doit être pleinement garantie.
Rapport de visite du centre Henri Ev – pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Péronne (Somme)	09-oct-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	La liberté doit être pleinement garantie.
Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé de Ville-Evrard – site de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis)	09-janv-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	Les patients en SL sont libres. Pas de punitions.
Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé mentale des Flandres (Nord)	03-juil-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	Les SL ne doivent pas avoir à demander
Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé mentale de La Roche-sur-Foron (Haute-Savoie)	06-mars-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	Les SL ne doivent pas avoir à demander pour sortir et contraintes justifiées.
Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier Simone Veil de Cannes (Alpes-Maritimes)	02-mai-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	Les SL ne doivent pas avoir à demander pour sortir et contraintes justifiées.
Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé de Ville-Evrard – site de Bondy (Seine-Saint-Denis)	16-janv-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	Les SL ne doivent pas avoir à demander pour sortir.
Rapport de la deuxième visite du centre hospitalier spécialisé d'Evreux (Eure)	06-févr-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	Les SL ne doivent pas avoir à demander pour sortir.
Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Verdun Saint-Mihiel (Meuse)	09-janv-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	Pas de principe général
Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé mentale de Sarthe à Allennes (Sarthe)	04-déc-23	Aller et venir	Les patients en SL ne peuvent pas toujours se déplacer librement	Pas de principe général
Rapport de la deuxième visite de l'unité pour malades difficiles de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime)	02-mai-23	Aller et venir	Pas de problématique	RAS
Rapport de visite du centre hospitalier Henri Guérin à Pierrefeu-du-Var (Var)	05-juin-23	Aller et venir	Pas de problématique	RAS
Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier d'Antibes-Juan-les-Pins (Alpes-Maritimes)	12-juin-23	Aller et venir	Pas de problématique	RAS
Rapport de la deuxième visite de l'hôpital Pierre Janet – Pôle de psychiatrie du centre hospitalier du Havre (Seine-Maritime)	03-juil-23	Aller et venir	Sorties de la chambre interdites la nuit	Doit être une mesure d'isolement
Rapport de la deuxième visite de la maison de santé d'Épinay-sur-Seine (Seine-Saint-Denis)	05-juin-23	Aller et venir	Sorties de la chambre interdites la nuit	Les patients doivent pouvoir accéder à la salle commune ou au fumoir.
Rapport de la troisième visite de l'unité pour malades difficiles de Sarreguemines (Moselle)	09-mai-23	Aller et venir	UMD: Trop encadrée	La cour doit être en libre accès
Rapport de la troisième visite de l'unité pour malades difficiles de Cadillac (Gironde)	07-août-23	Aller et venir	UMD: Trop encadrée	Le patient doit pouvoir sortir de sa chambre quand il le souhaite

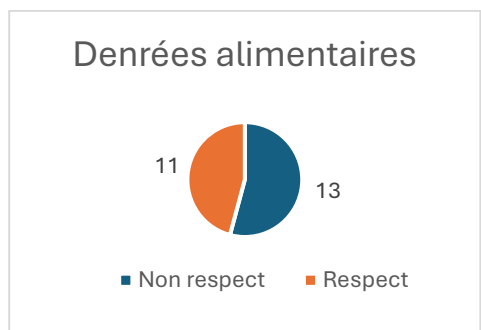
Analyse :



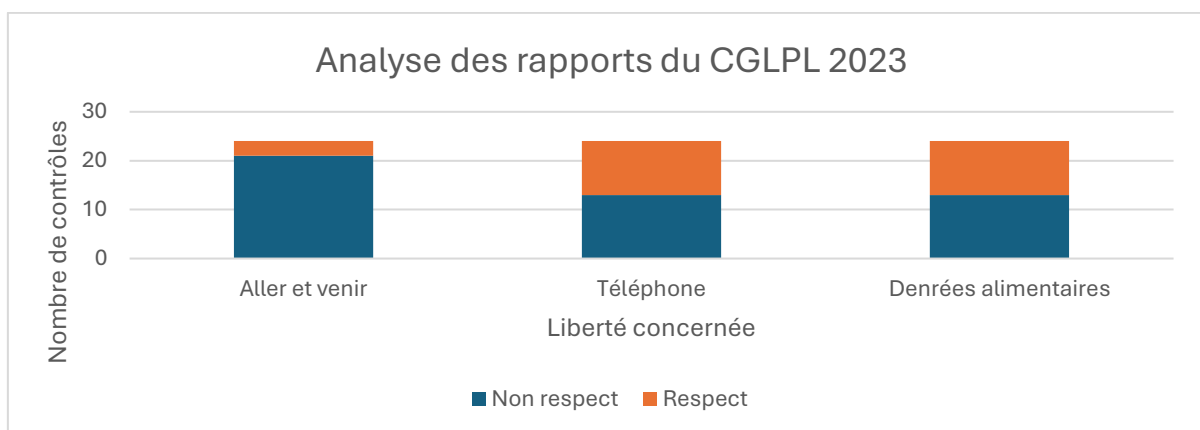
En 2023, 13 rapports sur 24 mettent en avant un non-respect des libertés individuelles concernant l'accès au téléphone portable. Parmi eux, 9 précisent que l'interdiction ne doit pas être un principe général.



En 2023, 21 rapports sur 24 mettent en avant un non-respect de la liberté d'aller et venir. Dans 17 rapports, les patients doivent avoir une autorisation afin de circuler librement.



En 2023, 13 rapports sur 24 mettent en avant un non-respect des libertés individuelles concernant le droit à disposer de ses biens et en particulier de denrées alimentaires. Parmi eux, 3 établissements donnaient le contrôle total de la gestion de l'alimentation aux soignants.



La liberté d'aller et venir est à ce jour la moins respectée dans les établissements psychiatriques.

Annexe 2 :
Interviews d'acteurs institutionnels

Annexe 2 : Interviews d'acteurs institutionnels

M. André Ferragne, secrétaire général du CGLPL

Le 4 février 2025 de 18h à 19h.

Question 1 : *Est-ce-que vous pouvez me présenter s'il vous plait brièvement le rôle et les missions du CGLPL en matière de contrôle des établissements psychiatriques ?*

Les missions du CGLPL dans les établissements psychiatriques sont les mêmes que partout ailleurs puisqu'il s'agit de contrôler le respect des droits des personnes privées de liberté. La privation de liberté ça s'entend au sens du protocole des nations unies sur la prévention de la torture c'est-à-dire tous les lieux dans lesquels des personnes se trouvent ou pourraient se trouver enfermées sur la base d'une autorité administrative, étant entendu qu'on entend comme décision d'une autorité administrative toute mesure qui est prise par une autorité ou qui est tolérée par elle, même de manière tacite. Donc ça donne un champ très large de compétences à notre institution. Dans le cadre de nos visites courantes, comme on n'est pas très informés sur les endroits où pourraient se trouver des personnes privées de liberté, on se contente de visites des établissements de santé habilités aux soins sans consentement mais on ne s'interdit pas, soit sur signalement, soit tout simplement quand on est sur place, quand on est sur place et qu'on trouve un service avec des patients enfermés à côté, on ne s'interdit pas d'y aller sans qu'il y ait d'habilitation aux soins sans consentement s'il le faut.

Question 2 : *Quels sont les principaux constats que vous avez pu faire ces dernières années sur les respects des droits fondamentaux en psychiatrie ?*

Ce sont toujours les mêmes constats vous savez, d'abord des défauts d'information de toute nature, c'est-à-dire l'information sur la mesure, l'information sur les droits de recours face à la mesure, l'information sur les modalités de vie dans le lieu d'accueil et puis surtout avec cette difficulté que les soignants ne comprennent pas très bien toujours pourquoi ils devraient donner à un patient les moyens de recourir contre eux ? C'est une vraie difficulté pour les soignants de comprendre que finalement la vision qu'ils ont personnellement du bien d'un patient peut ne pas être partagée par tout le monde, et notamment pas par le patient lui-même. Ça c'est une difficulté tout à fait

récurrente. Au fur et à mesure que le CGLPL est devenu connu, c'est une difficulté qu'on rencontre de moins en moins, mais quand même. C'est une difficulté grave.

Ensuite il y a des difficultés qui sont plus dépendantes des lieux, leur configuration, leur ancienneté et de leur âge, de leur organisation, des difficultés de prise en charge matérielle, alors il y a l'état de l'immobilier et les capacités d'hébergement, la saturation, donc, ça c'est assez classique. Ensuite, il y a tout ce qui tourne autour de la liberté d'aller et venir. Là aussi avec des sujets assez classiques : l'enfermement des patients en soins libres, l'enfermement systématique des patients en soins sans consentement, alors que la loi n'oblige pas à les enfermer. Les restrictions diverses, là aussi, au fur et à mesure que le CGLPL passe et s'est fait connaître l'inventivité des services de psychiatrie est de plus en plus limitée sur les choses que l'on peut interdire, mais malgré tout, il en reste quand même beaucoup, il en reste beaucoup de toute nature. On se demande comment ça peut traverser l'esprit. Donc des interdictions en tous genres.

Ensuite il y a une question qui fait l'objet de beaucoup d'incompréhensions, de la part de tout le monde, c'est la question du consentement aux soins. Nous, nous partons du principe qu'une décision de soins sans consentement n'a pas pour conséquence de permettre d'administrer n'importe quoi, n'importe quand et sans condition à un patient. Nous partons du principe que l'obligation de soins sans consentement n'emporte pas d'autres conséquences que l'obligation de séjourner dans un hôpital. Et en tout cas ne dispense en aucune manière le médecin de solliciter et de respecter et de solliciter le principe du consentement aux soins.

Alors sur ce point, nous préconisons trois catégories de mesures qui permettent d'aider le patient à exprimer ou l'équipe à recueillir le consentement. Que sont les médiateurs de santé pairs, les directives anticipées indicatives en psychiatrie et, évidemment, le recours aux personnes de confiance.

Trois systèmes qui marchent assez mal. La personne de confiance c'est quelque chose qui est clair, mais en réalité pas très bien compris par beaucoup de gens parce que d'abord, on la confond souvent avec la personne à prévenir en cas d'incident. On ne prend pas la peine de l'informer de la décision du patient. Et du coup, comme c'est une responsabilité lourde, c'est une responsabilité qui pour être valide doit être

acceptée, cette responsabilité n'est pas acceptée elle n'est donc pas valablement contractée.

Donc il y a des difficultés sur ces trois points, et puis, après, le point majeur, c'est la question de l'isolement et de la contention ou nous avons des visions très limitées des situations dans lesquelles on peut recourir à l'isolement et la contention. Pendant très longtemps nous avons vérifié si les mesures d'isolement et de contention étaient correctement appliquées au regard de l'article l32-22-5 du code de la santé publique et maintenant la question qui se pose n'est plus tellement celle-là. C'est celle de la réalité des politiques de réduction puisque cet article prévoit, même si ça vient à la fin du texte, prévoit surtout, que l'on ait des politiques de réduction. C'est un article qui a maintenant huit ans. Et donc, qu'en est-il de ces politiques de réduction ? Qu'en est-il du principe de dernier recours ?

Voilà donc ça, c'est ça fait partie des préoccupations importantes. Après, évidemment, subsidiairement je dirais, ce que nous attendons, d'abord sur l'isolement et la contention, ce qu'il y ai des vraies politiques de réduction, mais, subsidiairement, reste ouverte la question des modalités d'exécution puisque même avec les décrets de septembre 2022 qui prévoit des conditions techniques de fonctionnement de la psychiatrie, les services ne se sont pas mis en situation de respecter cette norme, mais ne se sont pas mis en conformité donc ça, ça reste des préoccupations importantes, d'autant plus importante peut-être... évidemment au fil des missions nous constatons aussi qu'on peut prendre en charge des patients sans les attacher, sans les enfermer, et que donc, si y arrivent, on a un peu de mal à comprendre pourquoi les autres n'y arrivent pas ?

Voilà à peu près le tour de nos préoccupations sur la psychiatrie.

Question 3 : *Est-ce que vous avez observé les évolutions positives, ou également peut-être des retours en arrière ?*

Sur les avancées on dirait bien qu'il y a une avancée de principe extrêmement importante. C'est que des soignants, en particulier les médecins mais de manière générale tous les soignants, prennent désormais de CGLPL au sérieux. A une époque où on nous demandait quelle était notre légitimité, ce qu'on venait faire là, qu'est-ce-

que c'était tout ? On nous disait que « la psychiatrie n'est pas une prison, on ne voit pas pourquoi vous êtes compétent » et puis maintenant on est pris au sérieux. On est pris au sérieux, ça veut dire quoi ? Ça veut dire que, globalement, la communauté psychiatrique considère avec sérieux la question des droits des patients.

Puisque nous sommes l'institution qui représente le contrôle des droits des patients, donc cette question est prise au sérieux, ça c'est une première chose. La deuxième chose qui est prise au sérieux et qui est pour moi un indicateur plutôt positif, c'est que globalement, les mesures coercitives sont des mesures dont ceux qui les mettent en œuvre s'excusent un peu, alors qu'autrefois on était plutôt dans une logique qui était : « voyez comme notre établissement est bien sécurisé ». Aujourd'hui, c'est : « bah oui, mais on sait bien, ce n'est pas terrible, mais ce n'est pas bien, mais on est obligé ». On a remplacé une espèce de fierté par une espèce de mauvaise conscience, c'est le début du progrès. Donc tout ça, ce sont les éléments positifs.

Sur les éléments négatifs, il y a quelque chose qui m'inquiète beaucoup c'est la dérive du langage et notamment l'utilisation de périphrases ou d'euphémismes qui permettent aux soignants de se voiler la face. Parmi ces euphémismes il y a terme de prescription qu'on utilise pour prescrire un isolement, pour prescrire une contention. Il y a la notion idiote de soins intensifs. Avec derrière la chambre de soins intensifs, qui n'est pas une chambre de soin et encore moins intensif, c'est juste un cachot. La chambre sécurisée aussi, qui est un euphémisme du langage qui est emprunté à une discipline étrangère puisque la psychiatrie n'est pas une discipline sécuritaire. On utilise le vocabulaire d'une autre profession ce qui revient à en accepter les codes, en accepter les objectifs, et donc non, il n'y a pas de chambres sécurisées en psychiatrie. Il y a juste des chambres d'isolement. C'est comme ça que ça s'appelle, et toute autre appellation d'une chambre d'isolement consiste à se voiler la face. Tout ça c'est assez inquiétant.

Alors, après, y a un grand retour de la psychiatrie sécuritaire, parfois sous la contrainte, et notamment on sent bien que l'autorité administrative en la personne des préfets, tends un peu à imposer des mesures sécuritaires à certains hôpitaux ou imposer des mesures de précaution. Mais il y a aussi deux autres phénomènes qui sont plus inquiétants. Le premier, c'est celui d'une internalisation de la contrainte préfectorale. Vous avez des hôpitaux dans lesquels on vous dit : « oui, mais le préfet

impose de ». On vous dit : « Le préfet ceci, le préfet cela », et puis, quand vous voulez savoir ce que le préfet a vraiment écrit et bien personne n'est capable de vous trouver la note. Et donc, en réalité, le préfet, ce n'est qu'une tradition orale locale.

Et puis vous avez maintenant, c'est plus inquiétant, des psychiatres qui intègrent pleinement leur rôle sécuritaire. Alors, soit ils l'intègrent par plaisir ceux qui pensent que leur rôle est d'assurer la sécurité de la nation, ce qui n'est pas le cas. Leur rôle, c'est de soigner les patients. Ou alors ils l'acceptent indirectement en mettant en avant une question de responsabilité et en disant : « Oui, mais s'il se passe quelque chose, nous sommes responsables ». Cette responsabilité a été mise en œuvre en tout et pour tout une fois dans l'histoire et elle a été assez légère. Voilà donc la question de savoir pourquoi faudrait que beaucoup de monde pâtissee des précautions que l'on prend pour un très petit nombre de gens reste ouverte. C'est une question générale de la fonction de défenseur de sécurité. Ce que, je le répète, n'est pas la psychiatrie. La psychiatrie est une discipline médicale, ce n'est pas une fonction de sécurité.

Voilà donc ça, ce sont plutôt les évolutions négatives, mais ce qui m'inquiète plus, ce sont surtout les capacités du système hospitalier, du système psychiatrique à résister au mouvement. Et notamment je reviens sur la loi de 2016 et les mesures d'isolement et de contention ou, manifestement, on voit bien que les hôpitaux éprouvent une grande difficulté à se mettre dans une logique d'application de cette loi, n'ont pas d'application matérielle, d'application je dirais un peu, un peu parcimonieuse ou un peu sourcilieuses de prescriptions législatives de détails tels que : il faut avoir un registre, il faut voir le patient toutes les heures, toutes les deux heures, toutes les six heures etc. Mais simplement ils résistent à l'esprit de la loi, l'esprit de la loi qui est de faire des politiques de réduction et ça c'est ce qui en vrai manque.

Voilà, ça, c'est assez inquiétant, d'autant plus inquiétant que, par ailleurs, dans l'autre sens, à l'inverse, les hôpitaux se saisissent très bien des nouveautés, quand ce sont des nouveautés contraignantes puisque les procédures allégées de soins sans consentement, les procédures de SDT et de SPPI se sont développées de manière considérable. A tel point d'ailleurs que la croissance du nombre de des soins sans consentement est exclusivement dû à ces deux procédures. Voilà donc, si vous voulez malgré tout, je sens que la psychiatrie d'aujourd'hui intègre bien des objectifs de contraintes qui, à la base, ne sont pas les siens, mais qui lui viennent de l'extérieur, et

ça, c'est assez inquiétant parce que ça finit par s'institutionnaliser avec un machin absolument non identifié, qu'on appelle des suicides. Indépendamment du fait qu'on en est encore à utiliser la notion de soins intensifs en psychiatrie, qui n'est destinée qu'à dire qu'on enferme les gens. Mais aussi et surtout parce que ces USIP ce sont des endroits où l'on théorise la contrainte et dans lesquels on s'arroge le droit d'appliquer une contrainte qui n'est ni fondée par la loi, ni homogène.

Quand on regarde les rapports du CGLPL vous avez autant catégorie du site qu'il y a d'USIP, il y en a qui sont faites pour accueillir les entrants, d'autres sont faites pour accueillir les SDRE. Parfois une sorte de sas d'entrée, une autre sorte, c'est pour des espèces de malades difficiles qu'on ne veut pas mettre en UMD. Et tout ça sans qu'il y ait de procédure, sans qu'il y ait le protocole de prise en charge et sans qu'il y ait de contrôle du placement en USIP. On est donc dans un système d'arbitraire total de flou juridique absolu et qui se développe malgré l'absence de protection et l'absence de contrôle.

On m'a même dit un jour dans un colloque que les USIP permettaient de respecter les prescriptions du CGLPL, parce que ça permet de maîtriser les patients qu'on est obligé d'enfermer et ça permet d'ouvrir les autres services, ce qui est un peu une manière assez curieuse de nous renvoyer dans nos vingt-deux mais c'est complètement idiot. Nous on dit qu'il faut ouvrir les services, on n'a jamais dit qu'il était en contrepartie nécessaire d'en claquemurer un. Et même si on a un service fermé dans un hôpital, on n'est pas obligé d'en faire non plus une forteresse.

Question 4 : *Vous faites le choix dans vos rapports de vous concentrer sur le respect ou non des droits et à la différence de la HAS, vous tenez moins compte du contexte, pour quelles raisons et avez-vous pu identifier les raisons pouvant conduire à restreindre les libertés ?*

Pour une raison très directe, très simple, c'est que nous n'avons pas le même rôle que la HAS. La HAS est chargée d'examiner le fonctionnement des établissements. Ce n'est pas notre cas. Nous ne nous intéressons pas au fonctionnement des établissements et quand on s'y intéresse on a tort. Non, notre affaire, c'est de voir si les droits des patients sont respectés, et les droits des patients ne sont pas dépendants

du contexte. Les droits des patients ce sont les droits des patients. Et les patients ont le droit d'être soignés, en droit d'être libre de manger. Donc si leurs droits sont respectés ou pas. Ce n'est pas une question de contexte si le contexte c'est qu'on a plus de sous et qu'on fait crever les patients de faim comme ça a été le cas pendant l'occupation ce n'est pas le contexte qui va les faire manger. Donc nous n'avons pas à tenir compte du contexte.

Nous ne portons pas d'appréciation, contrairement à ce que d'aucuns pensent, nous ne portons pas d'appréciation sur le fonctionnement des établissements nous portons une appréciation sur le respect des droits des patients. Les droits des patients, on les examine du point de vue du patient, pas du point de vue du directeur. Et du point de vue du patient, le patient qui a faim, soit a mangé, soit il n'a pas mangé et quelles que soient les explications vous lui donnerez, ça ne fera pas manger.

Donc le contexte, c'est très bien mais ce n'est pas notre affaire. Le contexte est l'affaire du directeur d'hôpital. Nous on n'est pas directeur, on regarde juste si les patients ont leurs droits ou pas. Ce n'est pas notre rôle de savoir quelle est la raison pour laquelle les patients n'ont pas à manger.

Relance : *J'ai pu constater sur le rapport du centre hospitalier de Pau que vous évoquiez le drame ayant eu lieu des années auparavant pour expliquer les restrictions en vigueur.*

Après ce que je vous dis c'est comme un monde idéal car comme nous avons beaucoup de professionnels des lieux de privation de liberté dans notre équipe, la tentation permanente de tenir compte du contexte existe et donc c'est fait. Et faire abstraction du contexte si vous voulez, pour l'équipe dirigeante du CGLPL c'est une bataille permanente. A tout instant nous rappelons à nos collègues que ce n'est pas notre affaire de donner des explications. Notre affaire, c'est de dresser des constats et de recommander des résultats. Le CGLPL n'est pas le contrôleur des explications, ce n'est pas le contrôleur du fonctionnement, c'est le contrôleur de la réalité d'une situation et de la réalité des droits. Voilà donc, ça peut être intéressant du point de vue livresque, du point de vue encyclopédique de dire pourquoi il n'y a pas à manger, mais

le résultat, c'est que l'on peut donner toutes les explications qu'on voudra, ça ne va pas faire à manger.

Question 5 : *Est-ce-que vous avez observé des établissements qui ont pu mettre des pratiques en place à la suite de votre visite, pour concilier le soin et le respect des libertés individuelles ?*

Il y a deux exemples très connus. Il y en a un qui est très récent, c'est le **CH1** et puis y en a un autre, c'est le centre psychothérapique de l'Ain, ces sites sur lesquels nous avons fait des recommandations en urgence parce que la situation était particulièrement choquante et ces deux établissements ont pris l'affaire très, très au sérieux. Dans les deux cas, ont fait un plan transformation de leur établissement très ambitieux et ce sont deux établissements que l'on peut considérer aujourd'hui comme fonctionnant de manière pas parfaite mais plus que normale, de manière plutôt satisfaisante.

Question 6 : *Vous n'avez pas vraiment pouvoir contraignant, quelles sont, selon vous, les limites de votre action ?*

Les limites de notre action c'est l'état général de la psychiatrie mais il y a deux limites à notre action en fait. Quand on va vite avec une analyse un peu succincte, on va vous dire que l'on manque de psychiatres partout, et de soignants partout, et de fric partout. Moi je ne suis pas un grand fan de ce genre d'argumentation. Parce que, en vérité je ne sais même pas si c'est vrai.

Pour vous donner un exemple il y a quelques années... Nous avons deux exemples.

Nous avons contrôlé l'établissement de Sotteville-Lès-Rouen, l'hôpital du Rouvray, c'est un hôpital très, très grand hôpital psychiatrique et c'est un hôpital qui fonctionnait très, très mal, vraiment très, très mal. Et l'argument qui était mis en avant c'était le manque de moyens. Notamment le manque de moyens humains et quand on est arrivé sur place, on s'est rendu compte que des moyens il en avait plus que des hôpitaux qui fonctionnent bien donc, l'hôpital ne fonctionnait pas mal par manque de moyens il fonctionnait mal par mauvais fonctionnement. Alors il y avait tout un tas de raisons

locales à ça, peu importe, mais en tout cas, ce n'était pas le manque de moyens qui était la cause principale du problème.

Et puis, par ailleurs, nous avons visité un petit service de psychiatrie, qui est celui de Mantes-la-Jolie. Vous connaissez peut-être le médecin c'est Marie-José Cortès, la présidente du syndicat des psychiatres des hôpitaux. C'est une femme inventive, débrouillarde, proche de ses patients. Elle est toute seule, elle n'a personne d'autre dans un contexte à Mantes-la-Jolie, ou autour, il n'y a personne non plus. Il n'y a pas de psychiatrie libérale, pas de psychiatrie ambulatoire, il n'y a rien, il y a Marie-Josée Cortès toute seule, et pourtant ça marche. Les patients sont plutôt bien pris en charge, sont correctement traités, ça marche. Avec un service d'un premier abord comme ça, qu'on considérerait comme absolument sinistré. Donc vous voyez, cette question des moyens on la met souvent en avant. Je ne sais pas s'il est complètement vrai.

L'autre sujet c'est que, globalement on reste attachés et le discours sur les moyens est très délétère à cet égard, on reste attachés à une espèce de modèle de psychiatrie rêvé qui est un modèle de l'époque où il y avait beaucoup plus de moyens qu'aujourd'hui. Je ne sais pas qui rêve de ça, en tout cas pas moi. C'est un modèle des gros hôpitaux C'est un peu la France coloniale. L'empire : « on avait une grande psychiatrie, de grands hôpitaux ». Ce qu'il se passait dedans on ne savait pas trop, on n'en parle pas, mais en tout cas on a une espèce de vieux rêve, comme ça, passé d'opulence... Je ne sais pas si ce rêve n'est pas en réalité une manière de se plomber la capacité à avancer, la capacité à progresser. Parce que, en réalité, je crois que cette psychiatrie de rêve n'est pas la psychiatrie de demain. Ce n'est pas vers ça qu'il faut aller. Et ce vers quoi il faut aller, c'est le modèle préconisé par l'OMS, le modèle d'une psychiatrie ouverte qui, pour l'instant, en France, reste très expérimental pour ne pas dire marginal, c'est-à-dire ne touche que de très, très, très, très petits effectifs et des services toujours un peu considéré comme sympathique, Donc, on pense à la fois que c'est quand même beaucoup de moyens pour prendre en charge très peu de gens d'une part et que, d'autre part en réalité à l'avenir jamais ça ne s'appliquera à une psychiatrie de masse. Et surtout pas à la psychiatrie de masse dont on parle aujourd'hui, c'est-à-dire une psychiatrie un peu à la limite de la délinquance, avec des patients de plus en plus violents, et ça, finalement, on préfère encore faire des USIP pour les accueillir.

Donc, ça, c'est un vrai écueil, cette espèce de rêve de l'empire oublié de la psychiatrie qui empêche de regarder vers l'avenir et, surtout, de concevoir un nouveau modèle. C'est vrai que la psychiatrie va mal mais l'idée de revenir à la psychiatrie d'autrefois n'est pas de nature à la faire aller mieux, mais à la détruire encore plus.

Relance : *Thierry Najman parle d'ouvrir les unités mais j'ai pu constater qu'il y a encore des résistances. Il démontre dans son livre qu'ouvrir les portes des unités n'augmente pas le risque de fugue.*

Qu'est-ce qu'il se passe quand un patient fugue ? Premièrement, on attend qu'il revienne. Deuxièmement, on va le chercher. Et ce n'est pas un drame.

Ce que vous dites c'est vrai pour toutes les contraintes, j'ai discuté un jour avec un directeur d'hôpital qui avait passé des années à faire la chasse aux téléphones portables et puis qui un jour en a eu marre de faire la chasse aux téléphones portables et qui a décidé que les téléphones portables étaient autorisés. Ça n'a posé aucun problème. Juste libérer les soignants de perdre leur temps à emmerder le monde. C'est comme cette histoire de mettre les patients en pyjama.

Question 7 : *Que pensez-vous du lien entre sécurité et privations de libertés ?*

La sécurité de qui ?

Relance : *Du soignant*

D'abord quand y a un problème de sécurité autour d'un malade mental, dans quatre-vingt-quinze cas sur cent le malade mental est la victime. Les hôpitaux psychiatriques sont des lieux d'insécurité réelle dans lesquels les victimes sont les patients. Les patients sont victimes de racket, son équipe vol sont victimes de violence, sont parfois amenés à se prostituer, sont parfois victimes de trafic. Leur faiblesse est parfois abusée. Donc, c'est, si vous voulez, quand on parle de sécurité dans un hôpital psychiatrique le sujet, c'est la sécurité des patients. Ce sont les patients qui sont victimes de tout un tas d'actes non médiatisés. Ce sont les patients qu'on ne croit pas, quand ils sont exigeants. Je vais vous raconter une histoire qui s'est passée dans un hôpital public à Toulouse.

Un jour une patiente m'aborde comme ça dans un couloir. Manifestement, elle avait bien identifié qui était le CGLPL et en me disant. « J'ai été violée. Je ne sais pas ce qu'il faut faire. » Je lui réponds que « déjà il faut en parler au médecin, il faut en parler au chef de pôle et puis en parler aux soignants, en parler à tout le monde et puis ils vous conseilleront, et vous aideront ». Et elle m'a répondu : « oui, mais ils ne croient pas parce que je couche avec tout le monde. » Ce qui était la vérité, je crois. Elle couche avec tout le monde, sauf que parmi les gens il y en avait un avec qui manifestement elle ne voulait pas et qui a forcé et du coup elle a vraiment été violée et personne ne la croit. Parce que c'est un peu un détail, parce que voilà. Donc, il faut, si vous voulez, sur la question de la sécurité dans les hôpitaux, remettre l'église au milieu du village, remettre les choses en ordre.

Après, est-ce que les soignants sont plus en sécurité quand ils infligent des privations de liberté les unes par-dessus les autres ? Franchement, je ne crois pas parce que les privations de liberté et les restrictions diverses n'ont pas d'effet thérapeutique. Ça ne soigne pas, ça énerve les patients, ça les agace. Ça les met hors d'eux parfois. Ils ont parfois l'impression que c'est une injustice, quelquefois, c'est vrai. Et je vais reprendre des arguments de Thierry Najman, il n'y a pas plus de sécurité en passant son temps à imposer des restrictions et en perdant du temps à vérifier des conneries qu'il y en aurait à prendre en charge un patient, à discuter avec lui, à le calmer. Voilà donc le fait que la sécurité passe par la perte de liberté est quelque chose qui n'est pas, à ma connaissance, démontré.

Je sais bien que les patients ne sont pas des enfants. Enfin, c'est comme à la maison, si vous croyez que vous allez élever vos enfants et les faire obéir à coups de baffes. D'abord ils n'obéiront pas et ensuite ça ne les éduquera pas. Voilà donc, je pense, qu'une action plus médicale, plus thérapeutique et pas sécuritaire, est de nature à améliorer la situation.

Alors après il y a un argument qui, lui, relève de la psychologie, peut-être même de la psychanalyse. On le trouve en psychiatrie comme ailleurs, mais quand même assez rarement en psychiatrie, qu'il y aurait une espèce de balance des droits entre les droits du personnel et des droits des personnes surveillées. Ça c'est un argument qui est très présent, moins maintenant, mais qui a longtemps été très présent dans discours syndicaliste pénitentiaire. En d'autres termes, les pénitentiaires pensent,

pensaient que chaque fois qu'on accorde un droit aux détenus, on le retire à un surveillant. Ce qui est une connerie. Je prends un exemple simple. Si vous voulez avoir la paix absolue dans une prison, il y a une recette que tout le monde connaît. Je ne sais pas pourquoi on ne le fait pas. C'est de donner aux détenus des tablettes avec des jeux vidéo. Vous leur donnez quelque chose qui n'est pas pris au surveillant et qui contribue très, très directement.

De la même manière, si vous voulez contribuer positivement au confort de travail des surveillants dans une prison, et un autre truc qu'on peut faire, c'est mettre des douches en cellule. Ça évite au surveillant d'être pris à longueur de temps, d'être emmerdé par des détenus qui n'ont pas d'autre envie que d'aller prendre une douche. De compter des tours de douche, de faire des mouvements, des ouvertures de cellules, des fermetures de cellule des accompagnements en cellule pour une douche, alors que les détenus ont une douche en cellule ils se mettent dessous tant qu'ils veulent et quand ils en ont plus envie en sortent, et ils n'emmerdent personne. Mais tout ça pour vous dire que l'idée que tout droit accordé à un détenu serait forcément retiré un surveillant est une idée idiote.

Relance : *On a pu voir ce même type d'idées en psychiatrie quand les patients ont eu accès au téléphone portable, certains ont eu peur des fugues organisées, d'entrée de drogue ou autre.*

Il faut analyser les choses réellement et si vous analysez les choses concrètement vous rendez compte que c'est un risque qui, concrètement, est assez faible. Vous connaissez une étude qui est faite par un groupe de Saint-Etienne qui s'appelle, Plaid Care ? C'est vraiment très important.

C'est une étude qui a pour objet d'analyser les raisons pour lesquelles les méthodes employées et les raisons pour lesquelles on pratique des prises en charge bienveillante.

On analyse beaucoup pourquoi on isole, pourquoi-ci, pourquoi-ça, pourquoi on restreint et Plaid Care fait le contraire, c'est-à-dire qu'il analyse les raisons, comment fonctionnent les services qui ont peu de restrictions ? Ils prennent en exemple des exemples, comme notamment l'hôpital psychiatrique des Hautes Alpes à Laragne-

Montéglin qui n'a pas de chambre d'isolement. Ils analysent tous ses services, comme Landerneau ou ils n'ont pas de son isolement non plus. Les alternatives à l'isolement. C'est un peu une drôle de question. L'idée, c'est quand même de partir du principe qui est dans la loi, je rappelle que l'isolement étant une pratique de dernier recours, il y a quelque chose d'exceptionnel et que ce n'est pas là pour compenser.

D'ailleurs il y a un truc... De temps en temps je pense que les médecins et les soignants ont un vocabulaire un peu différent du mien, on n'utilise pas les mêmes mots pour dire la même chose parce que moi, si vous me dites que quelque chose est une pratique de dernier recours, je comprends immédiatement que celui qui a recours à cette pratique est en mesure de prouver tout ce qu'il a fait pour éviter d'en arriver là. En d'autres termes, si on met un patient à l'isolement je considère qu'il doit exister dans une unité enregistre disant : « on a fait ça, ça n'a pas marché, et puis ça, ça n'a pas marché, puis ça, ça n'a pas marché, puis ça, ça n'a pas marché », et donc on n'a rien d'autre à faire, on n'a plus rien, on ne peut plus rien faire d'autre donc on isole.

Question 8 : *Comment est-ce que vous expliquez la réticence qu'il peut exister à ces évolutions de pratiques, à une réduction de ces mesures ?*

Je crois qu'il y a deux raisons. La première, c'est cette espèce de sentiment diffus que c'est la référence, qu'on ne peut pas faire autrement et qu'il en va de la sécurité, au moins du confort des soignants. La deuxième c'est que tout groupe humain a des difficultés importantes quand il s'agit de changer de pratique. C'est de la résistance au changement, quand le changement consiste à changer ce que l'on fait soi-même, c'est très difficile.

Question 9 : *Comment est-ce que vous voyez un rôle des institutions et du cadre de santé là-dedans ? Quels conseils donneriez-vous à un cadre, à un directeur, pour faire évoluer ces pratiques ?*

Je pense que dans la psychiatrie les changements doivent venir des équipes soignantes. Les changements imposés par le haut en psychiatrie ça ne marche pas. Ça doit venir des équipes soignantes. Et venir des équipes soignantes, ça veut dire que dans un hôpital, dans un endroit, il y a un cadre où un médecin ou quelqu'un, ou

une raison ou le CGLPL qui provoque une prise de conscience. Et puis quand les équipes réfléchissent, se réunissent, réfléchissent. Ils se pose des questions et collectivement, et collectivement ces équipes en arrivent à décider qu'elles font autrement. Elles vont changer leurs pratiques.

Un jour, en discutant avec les membres de la commission médicale des présidents de la conférence nationale des présidents de CME, j'ai pris conscience d'une difficulté dont j'ignorais tout. Qui est qu'un psychiatre qui vient dans une équipe qui a mis un patient sous contention, qui n'est pas son équipe et qu'il ne va pas rester, ne peut pas lever la contention. Il ne peut pas le faire parce qu'on ne peut pas imposer cela à une équipe et donc il est obligé de valider la mesure, même si ça ne lui plaît pas, même s'il estime qu'elle n'est pas vraiment justifiée, parce que on ne peut pas imposer à une équipe de prendre un patient en charge d'une manière qui n'est pas la manière que cette équipe a choisi. Donc, je crois que pour les changements, c'est pareil.

Question 10 : *Est-ce-que vous êtes optimiste pour la suite de votre travail ?*

Ça dépend des jours, mais quand même globalement, je dirais plutôt que oui. Ça prendra du temps mais je pense que ça change. Le discours du CGLPL est de plus en plus entendu, pas par tous, pas de manière entière, pas de manière systématique, mais de plus en plus.

Le 22 février 2025 de 10h à 11h.

Question 1 : *Est-ce que vous pouvez me présenter votre travail en tant que député et votre engagement sur la question de la santé mentale et de la psychiatrie ?*

Donc moi je suis effectivement une infirmière diplômée d'état. J'ai fait du public, du privé, du libéral, de l'intérim et puis je suis revenue au secteur public. J'ai fait une formation cadre qui m'a amené à travailler en service de réanimation polyvalente.

Ensuite j'ai passé le concours pour devenir cadre supérieur et j'ai travaillé quinze ans en secteur d'urgence, SAMU, bloc opératoire, et puis au secteur de coordination des blocs opératoires. Ensuite j'ai remplacé pendant un an et demi un directeur des soins qui partait se former. J'avais en charge la gestion des personnels soignants, la mise en place des trente-cinq heures à l'époque.

Et puis, j'ai fait de la formation entre les services de soins et l'IFSI pour la mise en place de la dernière réforme de la formation. Ensuite j'ai fait de la formation à l'extérieur une fois que j'ai eu fini ma carrière hospitalière.

J'ai fait des consultations de prévention. Et puis, comme j'avais du temps, j'ai travaillé sur des comités départementaux sur le programme d'Emmanuel Macron à l'époque sur la santé, le travail et l'Europe. En 2014, on m'avait demandé de participer à une campagne municipale, sur une liste. J'y suis allé, c'était un tout petit parti avec à peu près les mêmes valeurs que ce que faisait Emmanuel macron à l'époque, donc c'est comme ça que je suis rentrée en politique, ce qui n'était pas forcément un objectif dans ma carrière.

Après ça s'est fait assez vite, élue en 2017, puis réélue en 2022, et puis réélue en 2024. Durant le premier mandat j'étais à la commission des lois pendant cinq ans, et depuis 2022, je suis aux affaires sociales, qui correspond effectivement plus à ce que j'avais fait au travail sur le travail, la retraite et le social. Mes points d'accroche sont la santé évidemment, la fin de vie. Et puis j'avais travaillé sur le cannabis thérapeutique aussi au précédent mandat. En plus, je suis à la délégation des droits de l'enfant comme vice-présidente.

Donc, c'est vrai que depuis 2022, on a quand même un certain nombre de choses qui impactent la santé. Le budget en premier, aussi les problèmes d'accès aux soins et puis particulièrement la santé mentale, gérer la psychiatrie.

En fait, c'est Sandrine Rousseau, au départ, qui a été alertée par un centre d'accueil psychiatrique parisien sur leurs difficultés. Elle a demandé une mission, elle est à la commission des affaires sociales avec moi. Et donc ça a été accepté.

Quand on fait une mission, on est toujours deux députés de deux groupes différents, donc il y a eu un appel à candidature et moi le sujet m'intéressait donc j'ai candidaté. Avec une inquiétude sur la façon dont ça allait se passer. Elle c'est une personnalité connue avec des propos de temps en temps assez excessifs on va dire, et puis en fait ça s'est très bien passé. Donc, on a eu notre accord de mission en décembre 2023.

On a commencé en janvier 2024, c'est une mission de six mois, on avait presque fini en juin et en fait y a eu la dissolution donc normalement ça aurait dû dégringoler complètement, mais comme elle a été réélue et moi aussi, on a redemandé immédiatement de finir nos auditions, ce qui nous a été accordée. On a fini deux trois auditions. Après il fallait caller ça entre les périodes de budget donc on l'a présenté en commission des affaires sociales fin décembre. On voulait être pragmatique aussi sur les recommandations qui correspondent aux besoins et de donner à suivi, ne pas faire un énième rapport rangé au placard.

La semaine dernière, on a fait un colloque de restitution à l'assemblée, avec les gens qui avaient été auditionnés et ceux qui nous avait accueillis, et ensuite on a fait des restitutions au centre parisien qui avait lancé une alerte. Donc, on décline comme ça aussi les restitutions à la demande de ceux qui ont des secteurs en difficulté. Voilà comment ça s'est fait. L'idée, c'était d'accrocher par le biais des urgences psychiatriques puisqu'on voyait bien qu'il y avait une difficulté sur le parcours, mais du coup, ça nous a amené à traiter les choses de façon beaucoup plus large sur l'ensemble du parcours, l'amont, l'aval. Pour essayer de voir comment ça fonctionnait, qu'est ce qui se passait à tous les niveaux. On a fait énormément de déplacements, on a dû faire Paris, Lille, Roubaix, Lyon, Marseille, Nantes, Angers, Le Mans, Toulouse on l'a fait en visio et après beaucoup soit en physique, soit en visio.

Relance : *Votre rapport a globalement eu de très bons retours lors de la présentation en commission.*

La qualité du rapport a été soulignée par différentes instances. Ça allait du ministre jusqu'à tous les gens qui nous ont reçue et qui se sont retrouvés dans ce que l'on a décrit aussi et qui sont en attente de propositions. Parce que ça tombe ainsi bien parce que Michel Barnier, à l'époque, avait déclaré 2025 comme grande cause nationale pour la mentale. Quelqu'un m'a dit que Vautrin avait dû mettre un bémol dans une interview donc, on attend de la voir parce qu'avec les changements de ministres on n'a pas fait de restitution officielle aux ministres mais ils ont eu aussi le rapport et la restitution sous d'autres formes.

Question 2 : *Dans le rapport, vous recommandiez que le PLFSS alloue plus de moyens pour la psychiatrie, ce qui n'a pas été le cas. Qu'en pensez-vous et de quels leviers disposez-vous aujourd'hui ?*

Notre but c'était de finir effectivement avant l'été normalement pour pouvoir passer des éléments si on avait besoin dans le PLFSS qui est toujours discuté en fin d'année. Compte tenu des événements, ça n'a pas été possible. Dans le PLFSS sorti il n'y a pas grand-chose. Par contre, ce qu'on est en train d'essayer de faire c'est de voir ce que l'on peut préparer à mettre dans celui de 2026 puisque celui de 2025 ayant pris du retard, on va essayer de mettre, d'inclure des choses dans celui de 2026. Dans les discussions on commence maintenant avec Bercy. En sachant qu'il y a des mesures budgétaires mais y a aussi beaucoup de mesures réglementaires qui ne passent pas forcément dans la loi.

Donc, là aussi, on train de faire le recensement des mesures réglementaires pour les pousser vers le ministère pour qu'il s'engage aussi à avancer dans le cadre de cette année, grande cause nationale, et compte tenu des difficultés du secteur et des attentes. On est en train de faire ça, on voulait faire un projet de loi. C'est très compliqué, c'est très long, on risque de pas avoir le temps de passer avant l'été. Donc là en train de procéder différemment, on s'adapte, de faire une proposition de résolution qui mette en avant l'aspect plus réglementaire des choses impératives à pousser de manière à faire pression sur le ministère.

Et puis après, dans un deuxième temps, à reprendre dans un encadrement de loi, le reste, sachant qu'on essaie aussi de joindre nos collègues transpartisans. Il y avait deux, trois autres collègues, notamment socialistes, qui avaient des goûts de PL, chacun faisant le sien avec son nom. On essaie d'intégrer, plutôt de que de faire chacun avec son morceau si je puis dire, de faire quelque chose de plus porteur et transpartisan parce que c'est quand même un sujet qui traverse les orientations politiques.

Question 3 : *Des associations demandent une réforme des soins sans consentement, est-ce que ça fait partie du type de réforme qui pourrait être envisagée ?*

Alors oui, c'est toujours en discussion ça, parce que c'est vrai que les soins sans consentement c'est vraiment problématique en termes de charge de travail, en termes de manière, de méthodes d'approche. Et on voit bien aussi que c'est assez différent selon les secteurs d'accueil.

Des gens qui en font beaucoup moins que d'autres, parce qu'ils ont une approche plus adaptée parce qu'ils ont du personnel mieux formé, plus en nombre. Donc, on voit bien qu'il y a des orientations extrêmement différentes. Mais il y a une charge administrative qui est très importante là-dessus et qui pèse beaucoup sur les équipes.

Il y a une réforme des autorisations de financement, mais la réforme des soins sans consentement elle va sans doute aussi évoluer parce que tout le monde s'en plain.

Question 4 : *Dans le rapport, vous dites que les infirmiers regrettent que la formation initiale soit insuffisante. Qu'est-ce que vous en pensez et quelles évolutions préconisez-vous ?*

Alors moi je fais partie des gens qui ont connu la formation antérieure et en 1992 j'avais un CHU et un gros centre psychiatrique. J'avais mis en place aux urgences une équipe détachée du centre psychiatrique. Aux urgences, justement pour appréhender l'approche de ces patients-là, parce que ça ne marchait pas du tout. Donc on avait eu une expérience de gens qui avaient une formation en psychiatrie, et puis, petit à petit,

on a vu une formation généraliste. C'était le souhait aussi dans les IFSI, c'est que les gens aient une formation, un socle de base car ils ne savent pas forcément où ils vont travailler après, ça fonctionne.

Aujourd'hui ce qui ne fonctionne plus c'est qu'avant les infirmiers psy anciennement formés accompagnaient les plus jeunes. On voit des jeunes qui vont volontairement en psychiatrie ou moins volontairement, qui arrivent dans des secteurs qui sont en difficulté, pour peu que vous n'ayez pas l'encadrement suffisant... En fait, il y a des gens que ça écœure et donc ils s'en vont et ils dénoncent tout le fait qu'ils ne se sentent pas assez préparés à prendre en charge la psychiatrie lourde en hospitalisation ou de la psychiatrie d'urgence ou de la psychiatrie en secteur ambulatoire.

Donc en fait c'est vrai que ça fait très longtemps que j'étais persuadé qu'il faudrait faire quelque chose de plus. Alors pas forcément une spécialité, parce que c'est compliqué. Mais de faire un module de formation supplémentaire validant pour permettre aux gens qui souhaitent aller en psychiatrie d'accéder à ce module pour être plus à l'aise dans la mise en œuvre de leur exercice. Donc c'est ça qu'on va pousser, on est en train de voir comment on le fait, comment on le valide - parce que ce sont deux ministères différents - la formation et la validation, et puis la valorisation aussi de ce type de formation.

Cela pourrait prendre des formes différentes. Mais je ne sais pas si c'est trois mois avec la moitié de stage, la moitié théorique... ça doit s'adapter, mais il y a urgence à mettre en place un module supplémentaire de formation pour que les gens soient à l'aise dans l'approche de la psychiatrie.

Question 5 : *Vous notez également dans le rapport une augmentation du recours aux mesures restrictives et coercitives. Vous la mettez principalement en lien avec une dégradation du parcours de soins. Est-ce que vous pourriez préciser votre analyse sur ce lien et les alternatives que vous préconisez ?*

En fait sur la prise en charge des patients il y a deux choses. L'accueil aux urgences de personnes avec des troubles psychique ou psychiatrique qu'on laisse attendre un bon moment en situation de crise et là c'est le branle-bas de combat. A ce moment-là

on est obligé de passer par une contention physique et chimique, qui doit être quand même recensée, ce qui je pense n'est pas forcément fait dans les services d'urgence, ni codifié, donc on ne sait jamais trop le volume.

Et qui doit être levé très rapidement de manière à pouvoir faire des prises en charges adaptées. Donc ça c'est une première chose, et la deuxième chose, ce sont les habitudes, quelquefois dans certains secteurs, de passer par des contentions et des contentions extrêmement longues on a vu jusqu'à quinze jours sous contention près de chez moi, là au Mans. Là, on a vu quand même un rapport extrêmement différent entre les unités qui pratiquaient absolument, quasiment plus de contention et puis d'autres qui en abusaient.

Et en fait, le lien qu'on a pu faire c'est vraiment quand on a une équipe médicale, paramédicale, constituée, formée, en nombre, on opte beaucoup moins pour la contention parce qu'on a une approche du patient beaucoup plus adaptée et immédiate. On sent que la crise va venir, on prend les moyens et on évite cette contention physique ou chimique.

Alors elle ne peut pas être complètement évitée mais ce n'est vraiment pas admissible d'avoir des personnes sous contention avec des accidents comme à Toulouse par exemple, avec sans doute d'autres problèmes... Mais quand même, de mettre une contention physique à quelqu'un, dans une pièce qui n'est même pas une pièce de soin, un bureau, pendant des heures et des jours, ce n'est pas possible, parce qu'on sait que les gens parallèlement ils sont occupés et qu'ils ne peuvent pas surveiller comme il faut.

Tout ça faute de lit d'aval, à cause du manque de psychiatres donc on prolonge même si c'est bien décrit, ce sont des traumatismes pour les patients, pour les familles qui sont ensuite quelquefois en rupture de soins parce qu'ils ont tellement la crainte de repasser par cette étape là et ils ne veulent plus revenir en hospitalisation sauf s'ils sont pris sur la voie publique ou pour trouble à l'ordre public. Je pense qu'il y a effectivement un temps qui peut être limité à la crise, mais après faut passer à autre chose, on ne peut pas laisser les gens sous contrainte. Et c'est très compliqué à recenser parce que, en fait, contrairement à la psychiatrie, aux services de psychiatrie ou c'est codifié les mises sous contentions, aux urgences, ça ne l'est pas.

Donc à postériori, si on tombe dessus comme au Mans ou on en avait six ou sept entre trois jours et quatorze jours. Eh ben, ce n'est pas forcément connu, parce que c'est codifié comme accueil des urgences.

Question 6 : *Vous mettez en avant que la certification de la HAS n'est pas suffisamment spécifique à la psychiatrie. Quels ajustements est-ce que vous jugez nécessaire pour mieux prendre en compte la spécificité du secteur et également le respect des libertés individuelles des patients ?*

Quand on a auditionné, on a constaté que la certification avait été plus centrée vers les hôpitaux généraux. Il y a peu de critères sur la psychiatrie. Donc effectivement on leur a fait repérer que ce serait bien quand même bien d'en avoir davantage. Parce qu'il y a des points communs, mais il y a des points quand même différents qu'il faut mettre en avant.

Donc le problème de ces certifications à la française je dirais c'est qu'elles sont beaucoup trop lourdes, elles changent d'une fois sur l'autre donc on n'a pas de moyen de comparaison. Pour en avoir fait des audits je trouve que c'est très intéressant d'avoir la photographie de ce que l'on fait, de ce que l'on a fait depuis cinq ans sauf que la fois d'après on n'a pas les mêmes critères et ça prend un temps infini par rapport à des processus comme à l'hôpital américain de Neuilly ou on a un recto-verso tous les ans assujetti à du financement ou c'est beaucoup plus sain et ça permet d'avancer plus vite. Donc, je pense que ça va évoluer parce qu'ils ont bien repéré, qu'il n'y avait effectivement pas assez de points de vérification sur la prise en charge.

Mais je ne sais pas trop comment car ce n'est pas dans notre registre, dans nos attributions, on ne peut donner que des recommandations.

Question 7 : *Vous dites que les soignants demandent des aménagements. Vous parlez d'organisation différenciée, vous parlez du douze heures, éventuellement l'harmonisation des primes et la hausse des salaires, mais également de meilleures perspectives de l'évolution de carrière. Quelle est votre position sur ces revendications et quelles solutions est-ce que vous pourriez envisager pour répondre à ces attentes ?*

Alors, on a plus de problèmes d'effectif sur les infirmières, le problème crucial est sur les psychiatres et les pédopsychiatres c'est encore pire. Chez les infirmières on a un afflux assez important, avec des périodes bien sur différenciées mais comme il y a beaucoup de fermeture de lits pour des raisons de manque de personnel médical, il y a assez d'infirmières.

On a eu des demandes de travail en 12h, qui est une dérogation donc ça passe par la demande volontaires, majoritaire des équipes. On croyait plutôt que ça concernait les grandes villes, parce que on a des problèmes de logement, de mobilité donc les gens viennent moins. On disait que c'était plutôt centré sur les grosses métropoles, pour revenir moins souvent, plus longtemps, et en fait, on le voit se décliner sur le territoire, ailleurs que dans les grandes villes, en province, dans des milieux plus ruraux. En expliquant que quand même il y a un meilleur suivi, c'est-à-dire qu'il n'y a que deux changements d'équipe et on est là sur deux jours ou trois jours en continu, trois jours en week-end. J'étais dans un service de soins palliatifs avant-hier. Il y avait la même demande par rapport à ça.

Ça marche plutôt bien donc on s'est aussi demandé si c'était une question d'âge, c'est-à-dire que ce sont plutôt des jeunes. Et bien non, il n'y a pas que des jeunes non plus. C'est aussi partagé. Parfois quand on a des enfants c'est un peu plus compliqué, ou en fin de carrière. Et puis il y a des services où il y a une espèce de mixage, alors c'est un peu compliqué en termes de gestion de planning, y a des douze heures et dix heures et sept heures trente. Mais à partir du moment où ça répond à la demande et que c'est une volonté, ça marche plutôt pas mal. Donc ça c'est sur les horaires.

Sur les primes, il y a des différenciations sur les primes donc ça il faut que l'on puisse harmoniser. Ce n'est pas une chose extraordinairement compliquée, même si ça a un coût mais ce n'est pas un coût faramineux.

Sur les salaires, le problème c'est que ce sont les grilles de la fonction publique donc ça évolue de la même façon pour tout le monde. En revanche, peut-être qu'on pourra arriver à valoriser si on ajoute un module de formation. Ce levier-là, d'améliorer, sans être dans un cadre d'une infirmière spécialisée, d'avoir quand même un élément qui permette de financer mieux.

Et puis on a la même demande que chez les médecins, c'est-à-dire de faire ce qu'on appelle du temps partagé, c'est-à-dire entre deux sites. En psychiatrie ça peut être de l'hospitalisation et l'extrahospitalier ou de l'urgence, et puis un secteur d'hospitalisation, parce que, en fait, c'est tellement lourd à certains moments. Ça permet aussi d'avoir eu une approche sur une prise en charge un peu plus longue, des temps qui ne sont pas dans la crise permanente.

Ou dans des secteurs qui font des consultations non programmées ou des consultations pour les jeunes à la suite de tentatives de suicide, de faire une consultation systématique avec le même médecin, la même équipe mais à distance, pour enclencher le suivi. Ça, ça fonctionne, après, c'est vrai qu'on voit quand même des équipes qui sont plus fidélisées quand il y a un projet de l'équipe.

Projet sous la forme de mise en place de dispositifs par le biais des appels d'offres, qui ont des certaines limites, mais des projets d'équipe avec des chefs de service qui vont au charbon, qui ont envie de faire avancer les choses. On a un facteur d'entraînement, de fidélisation, parce que ça donne du sens au travail.

Question 8 : *Quelle importance est-ce que vous accordez aux droits des patients et à leurs limites individuelles ?*

Ben, logiquement je dirais prioritaire, c'est-à-dire que le principe des soins c'est d'être volontaire pour se faire soigner et se faire suivre. Parce que sinon, comme dans beaucoup d'autres pathologies, ça ne fonctionne pas. Si on a un déni de la maladie ou si on n'accepte pas la prise en charge dans une sorte de contrat de soin, c'est difficile. Alors, je sais qu'en psychiatrie ce n'est pas facile parce que, effectivement, quand on passe par une approche, justement contention en premier, puis qu'après il faut faire de la prise en charge, en disant : « ben, on va travailler ensemble », c'est compliqué, comme premier abord.

On voit par exemple dans le cas des ados par exemple, parce qu'on a quand même une charge montée en charge importante, le fait de pouvoir avoir un entretien par les sas psychiatriques qui ont été mis en place. Avoir un entretien téléphonique, voir un pédopsychiatre, pouvoir être hospitalisé sur deux, trois jours pour mettre en place le suivi puis vous devez revoir en consultation, en définitive, on a une prise en charge

beaucoup plus adaptée. Soit ça marche, soit on a une difficulté à lui faire accepter et c'est quand il y a des ruptures dans la prise en charge. Donc, c'est vrai qu'il y a une acceptation nécessaire, une volonté de se faire soigner, d'avoir un suivi.

Il y avait un établissement hospitalier que nous avons visité, qui avait fait une espèce de contrat. Les directives anticipées. Ils devaient remplir un contrat expliquant quoi faire en cas d'hospitalisation : « Qu'est-ce que vous acceptez ? Est-ce que vous acceptez ça ? Qu'est-ce que vous ne souhaitez pas ? » de manière qu'ils aient ça avec eux, que ce soit transmis dans l'hôpital ou ils pourraient être admis, ou le patient en a l'habitude, de manière à faire respecter ce contrat. Les cas de psychiatrie lourde les gens en ont ras-le-bol, ils arrêtent leurs traitements, c'est très compliqué.

Le fait de dire que c'est le patient qui est le mieux placé pour savoir ce qu'il veut faire. Après il y a des moments où, effectivement, on peut avoir son consentement ou pas, ça dépend dans quel état il est. Après il y a les mineurs, pour lesquels ce sont les parents qui ont l'autorité donc...

Moi je pense que ça ne marche pas quand on n'a pas l'accord des patients. On le voit sur d'autres pathologies ou si on ne respecte pas à un moment un temps de réflexion pour une prise charge plus longue ou plus difficile pour pouvoir décider de son suivi, on n'est pas obligé de dire « ok, allez-y », il faut avoir le minimum d'informations sur ce que l'on veut faire et ensuite, on a tout bénéfice à faire en accord avec le patient, dans les limites de ce qu'il comprend de ce qu'on veut faire avec lui.

C'est impératif. On le voit également dans le domaine de la cancérologie. Je veux dire quelqu'un à qui l'on dit « c'est chimiothérapie ou rien parce que sinon vous allez mourir », ça ne marche pas. Il y a des patientes qui demandent : « Pour quelles raisons ? Quels sont mes risques ? » Donc c'est une négociation un peu plus longue. Mais je veux dire, on a le droit aussi de ne pas accepter certains choix et de dire que l'on a besoin d'un temps de réflexion ou de plus d'explications, sinon ça ne fonctionne pas.

Question 9 : *Le sentiment d'insécurité des soignants est une problématique grandissante. Quels enjeux vous identifiez et comment, selon vous, est-ce qu'on peut y répondre sans pour autant compromettre la qualité des soins ?*

Alors je pense qu'il y a deux choses, il y a le sentiment et l'insécurité. C'est différent. C'est-à-dire qu'on peut avoir un sentiment d'insécurité sans risque. En fait la peur, le fait de se dire que l'on est dans un milieu violent suffit, tous les aprioris priori éventuellement quand on arrive... L'inquiétude par rapport à la prise en charge, le niveau de violence qu'il y a dans les urgences en psychiatrie. Et puis il y a la réelle violence constatée qu'elle soit verbale ou physique.

Relance : *Pour préciser ma question. Je parle plus d'insécurité subjective, c'est-à-dire ressenti pas nécessairement réelle. Donc je parle de ce sentiment-là de sécurité.*

Je pense qu'elle est levée à chaque fois que l'on fait des formations continues sur l'approche d'un patient agressif, virulent avec des addictions, etc.

Comment on dédramatise ? Et là, du coup, on est plus à l'aise par rapport à ça. Après, il y a quand même l'effet de nombre aussi, c'est-à-dire que le fait de sentir qu'on a quelqu'un, qu'on a un appel possible par un système si ça dégénère. Le fait de sentir que quelqu'un ne va pas très bien, donc aller chercher un autre collègue pour appréhender, peut-être plus costaud que soi quand on n'est pas très grand. Donc, je pense qu'il y a la formation impérativement, à actualiser, et le nombre et les outils pour faire un appel quand on est en difficulté et je pense que ces éléments-là, ça sécurise les personnes par rapport à l'approche des patients virulents, violent, etc.

Question 10 : *Comment est-ce qu'un manager en psychiatrie peut concilier la nécessité de garantir les droits des patients tout en maintenant les préoccupations liées au sentiment d'insécurité des soignants.*

Je pense que toute façon si on prend l'exemple du tabac en psychiatrie, c'est impératif. On ne peut pas supprimer le tabac parce que ça fait partie du mode de vie. Dans certains services j'ai vu des aménagements, par exemple, les patients disposent d'une terrasse en plein paris, des terrasses qui permettait aussi aux patients de fumer.

Donc je pense qu'il y a des aménagements possibles, c'est une espèce d'équilibre tout le temps parce qu'interdire n'est jamais la solution complète. Cependant, je différencierai des sorties, parce que les sorties, c'est vraiment selon la pathologie de la personne ou on a plus ou moins de limitations à la sortie.

Pour le management, je dirais que c'est vraiment un équilibre à trouver entre les besoins de la personne, la nécessité des soins et la protection aussi sa protection à lui et la protection des soignants.

Donc, c'est vrai que dans des unités d'hospitalisation, on a des gens qui ont effectivement des temps où ils sont dans des chambres plutôt fermées, d'autres ont des systèmes plus ouverts, d'accompagnement, de prise en charge, ils ne sont jamais laissés tout seul. Donc la demande, le besoin du patient et l'équilibre en face, des soignants qui ont pu s'adapter sans doute à la période de la journée car ce sera encore différent entre le jour et la nuit car il n'y a pas le même rapport de personne. C'est possible mais c'est un peu un travail d'équilibriste.

Question 11 : *Vous parlez de rapport entre le jour et la nuit. La loi du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé instaurent des ratios qui doivent être définis par la HAS. Quel impact concret de cette mesure sur la qualité de vie au travail des soignants et sur la qualité des soins ?*

Tout le monde s'est accroché sur les ratios parce que c'est une option intéressante en termes d'attractivité des métiers aussi, parce qu'on s'aperçoit que c'est plus confortable pour travailler. J'ai travaillé en service avec des ratios. Les services de réanimation, les services de soins palliatifs qui ont des recommandations qui sont ressemblantes, donc, à un certain nombre de services qui ont des ratios, donc ça permet d'ouvrir des lits en fonction de la présence soignante que l'on a en face. Avec la limite de ça permet aussi de fermer quand on n'a pas le ratio adapté. Donc en fait l'idée, du ratio elle est bonne, toutefois la question de la mise en œuvre est plus compliquée.

Elle, est plus compliquée parce que ça dépend des secteurs de soins, ça dépend de leur architecture, si on a des unités de vingt lits, de dix lits, des étages...Donc c'est compliqué.

Je pense que l'idée c'est de tendre vers des ratios, ce qui est quand même une aide à l'attractivité dans certains secteurs.

J'ai étudié la charge de travail des soignants dans d'autres pays. En France, on a accumulé énormément d'études sur ce sujet, mais elles n'ont jamais été réellement utilisées. Pourquoi ? Parce qu'elles étaient trop complexes ou inadaptées à la réalité du terrain. Il faudrait une approche plus simple, qui prenne en compte la présence réelle du personnel au quotidien, et pas seulement des données théoriques sur la charge de travail.

Donc, les ratios, c'est une bonne idée, il faut y aller progressivement pour ne pas mettre des secteurs en difficulté, puisque sur un secteur où on n'a personne, notamment en psychiatrie on sera en difficulté si on ferme des lits supplémentaires. Donc, ce n'est pas le but. Mais il faut aussi arriver à être souple sur la taille des secteurs, viser sur médecine, chirurgie obstétrique, EHPAD, les crèches aussi.

Mais il faut y aller quand même en douceur. Et la définition ne va être très simple je pense. Pas être présente pour eux, c'est une sacrée tâche. En plus ça risque d'être contesté, puis la HAS elle fait des recommandations donc il faut qu'elle mette des fourchettes un peu larges et souples pour aller vers ça, parce que on voit bien que la situation des EHPAD, par exemple, c'est vrai que ça nécessite des personnes qualifiées et en nombre suffisant pour répondre aux besoins qui ne sont pas les mêmes qu'il y a vingt ans.

Question 11 : *Vous félicitez dans votre rapport le mode de financement de la psychiatrie entrée en vigueur il y a trois ans. Et pourtant, certains estiment aujourd'hui que l'arrivée de la T2A en psychiatrie n'est qu'une question de temps. Quels pourraient être les risques et les bénéfices d'un tel changement.*

Alors, les financements de la psychiatrie en fait on n'avait pas vraiment de visibilité sur l'utilisation des fonds destinés à psychiatrie réels et fidèles. Donc, c'est vrai que ça a été dénoncé.

Aujourd'hui la T2A est remise en cause dans les services de soins généraux. Le mode de calcul également. C'était peut-être adapté à un moment, ça ne l'est plus aujourd'hui. Dans le rapport on dénonce le privé lucratif., il va falloir trouver un

équilibre. Et en fait, c'est vrai que le public a perdu beaucoup de lits et le privé lucratif en a gagné beaucoup, mais la discussion c'est qu'on s'est aperçu quand même que c'était vraiment très lucratif sur la psychiatrie, et effectivement, il n'y a pas d'obligation à prendre le même type de patient. Moi je suis réaliste pour avoir travaillé dans le privé, dans le public. Le public a toujours été l'accueil des patients en précarité ou en extrême problèmes de santé, les deux extrêmes, donc les crises logiques que ça ne passe pas.

Là où il y a un problème, c'est dans le secteur privé, quand on ne prend que des troubles dépressifs ou anxio-dépressifs, qui demandent une prise en charge moins lourde. Et c'est là où il y avait eu une première approche à Toulouse, à la suite du suicide. Le ministre Valletoux y était allé pour essayer de passer une convention entre le public et le privé pour la prise en charge des patients, peut-être pas en période de crise extrême, mais en tous les cas assez vite dans la prise en charge de troubles psychiatriques plus sévères que ce qu'ils font. Et aujourd'hui, c'est ça qu'il faut qu'on essaie d'arriver à négocier sur la prise en charge partagée des patients plus lourds. Même si on ne prend pas les très lourds.

Mais il faut qu'on se méfie parce qu'effectivement on n'a des inégalités territoriales sur la répartition des lits. Par exemple, là, chez moi, on a un secteur où il n'y a aucun lit privé et aucun psychiatre libéral. Donc si on passe des conventions il faut le faire aux bons endroits. A Toulouse, il y a plus de lits privés que publics. Donc, il faut arriver à passer des conventions avec les secteurs dans la réalité territoriale.

Ça, c'est une première chose mais il y a aussi le fait de pousser le temps partagé des médecins ou la participation permanence des soins des psychiatres, parce que, là aussi, les psychiatres en ont ras-le-bol de faire toutes les choses lourdes et d'avoir toutes les contraintes dans le public. Les gardes à n'en plus finir. Nous suggérons que les psychiatres libéraux prennent également des gardes. En fait, on s'est aperçu que l'on a des jeunes psychiatres qui sont formés en milieu hospitalier, qui font l'urgence, qui font la psychiatrie hospitalière, et, au bout d'un moment, ils en ont marre, ils s'installent en libéral et la terminent : plus d'astreinte, plus de rien du tout. Et on estime que si c'est plus partagé, le temps qu'on récupère plus de psychiatres, c'est-à-dire dans huit ou dix ans. Il faut qu'on puisse aussi partager la charge, et y compris pour le secteur privé qui fait de l'astreinte, mais à distance, à domicile et qui ne se déplace pas.

Nous proposons qu'il y ait une participation. Alors légalement, c'était un peu tuchy, mais on a regardé. En fait, c'est possible. Ça se fait pour la médecine, chirurgie obstétrique, on n'a pas besoin d'une loi, on peut le faire. Il faut qu'il y ait la volonté de le faire. Mais je pense que dans les comités territoriaux de santé aussi ça peut se discuter en lien avec ce qui existe comme possibilités sur les secteurs mais il faut qu'il y ait un partage.

Question 12 : *L'année 2025 est dédiée à la santé mentale. Quelles sont vos attentes et quelles actions concrètes vous souhaitez voir émerger ?*

Alors nous on souhaite voir tout ce qui relève du législatif avancer, ce qui relève des primes, par exemple, ce qui relève de la permanence des soins. Ce serait bien que ça avance, parce que c'est quand même un élément porteur si on ne fait rien pendant cette année-là, alors qu'on est sur un secteur en crise c'est très embêtant. Donc, il faut qu'on axe sur la formation, sur l'attractivité. Il y a une chose que je n'ai pas évoqué, qui fonctionne très bien psychiatrique, ce sont les IPA en psychiatrie. Alors ça, franchement, dans les équipes qui ont été bien préparées ou c'est bien réparti, on a vu des choses assez extraordinaires. Donc ça, je pense qu'il faut aussi qu'on pousse à en former davantage parce que ça fonctionne bien. Notamment sur la coordination en extrahospitalier.

Nous n'en avons pas parlé mais je suis très attachée à l'extension d'ouverture des CMP. Parce que on voit aussi qu'on a des limitations aux ouvertures et qu'il y a une multitude de dispositifs qui, s'ils se mutualisaient avec, par exemple, des équipes mobiles, pourraient améliorer l'accueil dans les CMP en termes de compétences et d'horaires d'accueil. On a vu là aussi des expériences assez intéressantes de consultations sans rendez-vous avec une graduation de prise en charge infirmière, le psychologue ou le psychiatre.

Donc, je pense qu'il y a des choses coûteuses et des choses moins coûteuses qu'il faut absolument qu'on pousse dans cette année-là, pour trouver aussi des moyens, dans la période où on a évidemment peu. Evidemment, on ne va pas trouver deux mille psychiatres dans l'année.

En CMP les délais d'attente sont énormes, dix-huit mois. Je veux dire, il faut qu'on trouve une solution graduée ou des psychologues aussi qui rentrent dans le système. Mon soutien psy ça monte en charge avec des évolutions mais il faut qu'il y en ait davantage de façon graduée.

Moi, je suis persuadée que l'on a des possibilités tout au long de la chaîne de ne pas non plus psychiatriser des gens qui n'en ont pas besoin. On a des troubles anxieux dépressifs qui peuvent être repérés et pris en charge par un médecin généraliste si tenté qu'il soit là aussi formé, ce qui est quand même loin d'être le cas.

Ou des psychologues qui peuvent aussi déminer, et ne faire arriver au psychiatre que plus tard. Effectivement. On a besoin d'y aller de façon graduée.

Relance : *Vous avez mentionné dans votre rapport un audit sur les conditions de travail en psychiatrie en janvier-février. Ou est-ce que ça en est ?*

On attend de voir le ministre là, à qui on a demandé un rendez-vous, pour essayer aussi de mettre tout ça en œuvre avec lui, de façon à démarrer un audit, effectivement, puisque on a des secteurs pénuriques et de la violence. Tout ça de manière à avoir des éléments un peu plus objectivés que ce que nous avons eu, même si on a bien compris les difficultés mais de les repérer de façon plus objective, peut-être un peu plus large, sur la base de déplacements de questionnaires. Donc on doit voir le ministre pour s'organiser là-dessus.

Question 13 : *Si vous aviez un message à faire passer aux professionnels de santé qui s'interrogent sur l'avenir de la psychiatrie, quel serait-il ?*

Je pense que c'est un secteur essentiel qui a été très malmené. Dans lesquels on a des équipes qui effectuent un travail dans certains endroits extraordinaire, difficile. Et qu'on a besoin d'accompagner rapidement pour des améliorations significatives.

Sinon on va vraiment perdre encore du monde. Alors que l'on a une inversion des courbes entre l'augmentation de la demande et la perte de professionnels en face. Donc, on a vraiment besoin de relever les manches rapidement, de mettre en place des actions qui peuvent être de portée rapide, pour donner un signe aussi qu'on s'en

occupe et d'avancer sur les éléments qu'on peut mettre en place dans un déficit qu'on maîtrise moins concernant les médecins, parce que faut quand même attendre un peu dans la formation. Mais je pense qu'on peut améliorer ce système tout au long du parcours. On en a besoin.

On a des professionnels compétents et on a besoin encore plus de les aider aussi à développer des compétences supplémentaires.

Conclusion : *Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ?*

Je pense que c'est bien que par tous les moyens possibles on fasse infuser ces messages et ces travaux pour que ça ne reste pas sous le coude et qu'on avance. C'est vrai qu'il y a ce qu'il se passe dans l'hémicycle qui est la partie visible de l'iceberg mais heureusement en commission et dans les missions, on travaille de façon plus transpartisane, on a la capacité de le faire et c'est aussi une richesse, on découvre les gens sous une facette différente, c'est vrai que j'avais un peu d'inquiétudes au départ mais en fait nous avons très bien fonctionné et nous avons envie d'explorer ce secteur là et surtout ne pas en faire qu'un rapport, qu'il y est un suivi, des actions derrière.

UNAFAM, Mme X et Mme Y.

Le 24 février 2025 de 17h à 17h45. Les lieux et les noms ont été anonymisés.

Introduction : *Est-ce-que vous pouvez vous présenter ?*

Mme X : Je suis bénévole chez l'UNAFAM et correspondante pour la ville à l'UNAFAM. Tous les bénévoles ont un proche qui a un trouble psychique. Moi c'est ma fille qui est malade et qui va bien, en rétablissement. Dans le cadre du bénévolat à l'UNAFAM, je suis représentante des usagers au centre hospitalier et aussi à la clinique à la CDU.

Mme Y : Ancienne psychiatisée, j'ai été hospitalisée trois fois sous contrainte, en 2022, en 2023 et en 2024. Je suis bénévole au sein d'un groupe d'entraide mutuelle ainsi que dans un groupe d'entraide mutuelle plus spécifique vers l'emploi dont je suis vis présidente.

Question 1 : *Quel est votre rôle au sein de l'UNAFAM ?*

Mme X : Nous sommes formés pour tout ce que l'on fait, moi je fais des accueils. Les gens appellent le numéro de téléphone, la plateforme téléphonique nous les envoie, et le but c'est de les recevoir en accueil, en présentiel. On le fait toujours en binôme, des fois à trois, ça se passe ici. Je coordonne un groupe de parole, nous avons 4 groupes de parole sur la ville qui sont coordonnés par une psychologue et une bénévole. Ce sont des groupes de 10 composés d'aidants. Nous nous adressons aux aidants. Nos bénévoles sont la plupart du temps des aidants et les familles et les adhérents aussi. Je suis également représentante des usagers à l'hôpital et à la clinique. L'UNAFAM c'est surtout faire de l'information sur les troubles psychiques, nous sommes spécialisés pour les familles, le but c'est de faire de l'information pour les familles pour qu'elles connaissent la maladie psychique pour accompagner les proches. On fait des journées d'information sur différents thèmes : schizophrénie, bipolarité ou dépression sévère, troubles de l'enfant et de l'adolescent. On cherche à rompre l'isolement en le recevant dans des groupes de parole. Nous faisons aussi des rencontres, nous avons mis ça en place sur le CH2, le but c'est de sortir les proches, que tout le monde se retrouve et de sortir de l'isolement qui est dû à la maladie.

Mme Y : Je m'occupe de l'animation des jeux la plupart du temps. Je fais également quelques sorties. Je m'oriente plus vers la pair-aidance d'une manière informelle pour

l'instant. Nous échangeons des moments conviviaux. J'ai inscrit ma famille à l'UNAFAM pour sensibiliser mon mari sur le trouble bipolaire, nous partageons des moments conviviaux à l'UNAFAM, on échange avec les familles d'autres anciens patients avec qui on s'est parfois retrouvé hospitalisé.

Question 2 : *Quels retours avez-vous concernant les restrictions aux libertés individuelles ?*

Mme Y : Les trois fois j'ai été à l'isolement et contentionnée, avec injection aussi. Personnellement je trouve que c'est anticonstitutionnel ce genre de soin... on ne peut même pas appeler ça des soins, ce sont des traitements médicamenteux. Il n'y a pas vraiment de suivi par la suite, psychologique ou quoi que ce soit, sachant que l'isolement et la contention sont des situations extrêmement traumatisantes. Je ne vois vraiment pas le bénéfice pour le patient... qu'on puisse faire subir ça à son semblable... je ne sais pas... et par rapport au JLD non plus je ne comprends pas à quoi ça sert, c'est à la va-vite, c'est juste une mesure qui est mise en place et qui n'apporte strictement rien. On n'a pas son mot à dire, on a un avocat commis d'office, et quand on est en USIP, en unité complètement fermée, c'est quand même très difficile de joindre un avocat car on n'a droit qu'à un appel par jour entre 16h et 17h. Les libertés ne sont pas respectées. On se sent coupable d'une pathologie, alors qu'on est victime, c'est ça qui est malheureux.

Question 3 : *Comment vous ressentez ces privations ?*

Mme Y : Le pire de tout c'est l'USIP. Vous êtes limitées en cigarettes, sept par jour, vous êtes obligés de rester 1h30 dans votre chambre juste après le repas, on n'a pas le droit d'aller et venir, on n'a pas le droit d'appeler ses proches si ça ne va pas... c'est vraiment le pire de tout. Après en ce qui concerne une autre unité c'est un peu plus souple, on peut avoir son téléphone portable s'il n'y a pas eu de soucis précédemment. On a droit à neuf cigarettes par jour et on peut avoir une heure de sortie le matin et une heure de sortie l'après-midi, avec l'accord du psychiatre bien sûr s'il n'y a pas eu de soucis. Ça reste très restreint.

Mme X : Il y a plusieurs choses. Les principales difficultés des familles c'est de communiquer avec les équipes de psychiatre notamment. Sur le non-respect des libertés, c'est très traumatisant pour les patients, surtout à l'époque aux urgences, les patients on les mettait en pyjama dès qu'ils arrivaient, ça a changé maintenant mais c'était très traumatisant. Les restrictions de cigarettes, souvent ce que rapportent les patients c'est une sorte de chantage entre les équipes soignantes et... « tu as droit à une cigarette si tu fais ça... ». Dans le cadre de mon rôle de représentant des usagers, on fait des permanences dans les pavillons pour rencontrer les usagers. J'ai récemment fait une permanence dans une unité, c'est vrai que les patients qui ont vécu la contention sont en colère contre les équipes, ils ne comprennent pas le but. Ce que l'on rencontre après n'en parlent pas. Je pense aux cigarettes, ils ont mis en place aux urgences un petit sas, avant c'était interdit de fumer, maintenant ils ont aménagé un sas pour qu'ils puissent fumer quand ils sont aux urgences et même à l'isolement. Ma fille n'a pas été en unité fermée mais c'est vrai que pour les familles c'est difficile. J'ai rencontré une jeune qui a été hospitalisée en USIP, la famille n'a pas pu la voir pendant trois mois, c'est difficile. Quand ils sont très mal et qu'il y a de l'agressivité envers les familles, ça fait du bien de mettre une distance.

Mme Y : Ce qui est bien c'est de demander au patient ce qu'il en pense.

Mme X : Il y a une politique de l'hôpital de tenter de diminuer tout ce qui est isolement et contention, ils vont faire des travaux sur trois chambres d'isolement, ils vont en supprimer une et faire un salon d'apaisement. Il y a une volonté de désescalade. Ils nous font un rapport tous les ans à la CDU sur l'isolement, c'est à peu près stable d'année en année, ça ne baisse pas énormément. L'UNAFAM a pour mission de lutter pour la diminution de la contention de toute façon. Le docteur X. qui est président de la CME a cette envie d'aller vers la diminution. Il a visité un hôpital à Lille où il y a zéro chambre d'isolement. Ça se fait petit à petit, le but c'est d'aller vers ça. Après pour avoir vécu avec ma fille la problématique du téléphone portable, c'est vrai qu'elle m'appelait tout le temps et quand elle avait une heure sans téléphone ça me permettait de souffler mais ça reste des libertés et c'est la loi. C'est aux équipes à gérer mais c'était lourd. Dans le règlement intérieur ils doivent avoir leur téléphone. Ma fille était hospitalisée il y a dix ans, ça a évolué depuis.

Mme Y : La première fois que j'ai été hospitalisée je me suis retrouvée aux urgences, c'est vrai que les urgences c'est une catastrophe. Vous n'avez pas le droit de fumer, on ne vous explique pas pourquoi vous êtes là, on vous dit de faire ci... on vous donne un neuroleptique. Il faut se taire et puis voilà. Je voulais qu'on m'explique mes droits, je voulais qu'on me dise pourquoi j'étais là. J'ai demandé combien de temps j'allais rester là, on m'a répondu entre 24 et 48h et puis je suis restée 3 semaines. On ne vous informe de rien du tout, vous êtes devenu une personne... un encéphale. C'est une atteinte à ma vie privée. Je suis une mère de famille, la première fois que j'ai été hospitalisée j'avais 46 ans. Je n'avais pas d'antécédents psychiatriques. J'estime que l'on n'a pas à me parler comme ça, que l'on n'a pas à me demander de mettre un pyjama anti-suicide et tout ça... non. On ne me laisse pas le choix.

Mme X : C'est très violent.

Mme Y : Pour moi c'est vraiment une atteinte à ma vie privée et à ma liberté fondamentale. Je ne suis pas coupable, on dirait que vous êtes sur le banc des accusés. Vous êtes là parce que vous avez une pathologie et vous cherchez à comprendre, à avoir des personnes qui vous expliquent ce que c'est, des psychologues ou un pair aidant et pas juste avoir des infirmiers qui notent chacun de vos mouvements, avec qui vous parlez...

Relance : *Vous ne voyez pas de justification ?*

Mme Y : Non, si vous êtes à l'hôpital c'est pour être soigné, pas pour vous rendre moins bien que ce que vous étiez à la base. C'est vraiment traumatisant. La première fois que j'ai été hospitalisée, je n'arrivais pas à passer devant l'hôpital, j'avais trop peur. Ça me faisait peur. On peut vous enfermer comme ça, sans...

Mme X : Nous avons une bénévoles dont le fils est malade qui a fait une dépression, elle a été hospitalisée et elle a vraiment vécu ça comme un traumatisme. Quand il y a une hospitalisation à la demande d'un tiers, c'est plus violent parce que la personne est dans le refus de soins. J'ai une amie qui a été hospitalisée à l'hôpital, elle ne voulait plus y mettre les pieds, elle a été dans une clinique, c'était moins violent.

Question 4 : *Connaissez-vous d'autres lieux de soin ou des pratiques plus respectueuses sont mise en place ?*

Mme X : Cette dame ne voulait pas être hospitalisée, elle était partie de la ville pour aller en Belgique et a été hospitalisée à Tourcoing. Elle disait que l'équipe était bien, bienveillante. Récemment elle a été hospitalisée dans une ville proche où elle a retrouvé la même qualité de prise en charge. Effectivement, la bienveillance, il n'y a pas cette infantilisation...

Mme Y : Il y a 15% d'établissements psychiatriques qui ne font ni appel à l'isolement, ni à la contention. Autre chose, une fois qu'on a été hospitalisé, c'est très facile de se faire réhospitaliser. Vous avez déjà un dossier et danger ou pas danger, ça va très vite. Il y a un passif qui reste.

Question 5 : *Quels rôles peuvent avoir les familles, et les personnes extérieures pour améliorer ces conditions d'hospitalisation ?*

Mme X : Nous c'est au niveau de la commission des usagers, après c'est toujours pareil, il y a le discours de la direction, il y a le discours des soignants puis il y a le discours des usagers qui est différent. On essaie de porter leur voix et c'est difficile. Ils sont transparents avec nous, on a les dossiers, ils nous font le compte rendu annuel etc... En ce moment ce qu'ils essaient de faire c'est la mise en place des directives anticipées en psychiatrie. Ils le mettent en place pour que quand le patient est bien, il puisse dire...

Mme Y : Alors moi personnellement je les ai faites moi-même, par écrit.

Mme X : Les directives anticipées en psychiatrie ça peut permettre d'éviter l'hospitalisation sous contrainte.

Question 6 : *Est-ce un sujet que vous abordez en commission des usagers les restrictions ? Est-ce que vous le signalez ?*

Mme X : On fait remonter parce que c'est notre rôle.

Mme Y : Ça a évolué parce qu'à ma précédente hospitalisation c'était une seule cigarette pendant la pause, maintenant on peut en fumer deux ou trois. J'ai été surprise de voir ça, de ces nouvelles directives. Ce n'est pas très bien de fumer trois cigarettes à la suite mais au moins on est un peu plus libre.

Question 7 : *Est-ce que les patients ont le droit d'avoir leur nourriture personnelle ?*

Mme Y : Hors de question

Mme X : Ah non, interdiction

Mme Y : Si on veut prendre un Kinder Bueno, il faut le manger à l'extérieur, on a interdiction de ramener de la nourriture à l'intérieur. Même si notre famille nous amène à manger, c'est nient.

Relance : *Et pourquoi ?* (S'en suit un silence de quelques secondes puis des rires.)

Mme X : Bonne question ça.

Mme Y : C'est comme ça, il ne faut pas chercher pourquoi.

Mme X : Vous avez bien raison, c'est une question que je me marque pour leur demander.

Mme Y : C'est comme ça, c'est le règlement et puis voilà. Même pour les tictacs, j'adore ça, ça reste dans le bureau des infirmiers et à chaque fois que j'en veux un je dois aller demander un tictac.

Question 8 : *Et l'accès à la cour de l'unité ? Pourquoi est-ce que l'accès est restreint ?*

Mme Y : On n'y a accès que pour fumer, sinon non. Parce que ça oblige les soignants à être un peu trop dispatchés parce que certains restent à l'intérieur donc ils ne préfèrent pas.

Question 9 : *Est-ce qu'il arrive que des patients ou des familles s'opposent à ces restrictions-là ?*

Mme X : Dans les plaintes et réclamations, ce n'est pas ce qui ressort le plus. Quand je rencontre les usagers ils me parlent des cigarettes mais sinon non.

Relance : *Pourquoi ça ne ressort pas selon vous ?*

Mme X : Ils acceptent le règlement, ils acceptent les règles.

Mme Y : On n'en parle pas vraiment quand on voit nos proches, on est là pour profiter d'eux et pour échanger, voir les enfants, tout ça. C'est vrai qu'on ne s'en plaint pas.

Mme X : Ils le ressentent comme du chantage.

Mme Y : Avec les traitements que nous prenons on ne se rebelle pas vraiment et puis il n'y a pas d'occasions de le faire sinon c'est l'isolement alors voilà...

Relance : *Du coup cette sensation que vos droits n'ont pas été respectés c'est quelque chose que vous ressentez plus à posteriori ?*

Mme Y : Non, même sur le moment. Une contention de six heures d'affilé vous le sentez passer quand même. Les trois jours d'isolement aussi. On a beau dire quoi que ce soit, après c'est l'injection et c'est pire encore. C'est un cercle vicieux. Et les traitements médicamenteux augmentent si on n'est pas en adéquation avec le système.

Question 10 : *Comment vous expliquez cet isolement et cette contention ? Est-ce que vous comprenez ces mesures sécuritaires ?*

Mme Y : Attacher les personnes... les fers ont été abolis à la fin du XVIIIème siècle pour les aliénés. J'ai l'impression que c'est une régression. C'est sûr qu'à certains moments, avec la pathologie, on peut faire preuve de violence, c'est clair et net. Je pense que le fait de mettre la personne dans un endroit sécurisé, sans l'attacher pour autant peut être nettement plus bénéfique.

Mme X : C'est une habitude des soignants, pour arriver à zéro isolement, zéro contention, il faut travailler sur les soignants, c'est à eux de trouver d'autres méthodes.

Mme Y : Il faut les préparer aussi, peut-être une formation supplémentaire...

Relance : *Vous avez ressenti qu'il s'agissait d'une habitude ?*

Mme Y : Oui, surtout la première fois que je me suis retrouvée aux urgences, je ne voulais pas bouger de la chambre et là ils sont arrivés à quatre et ils m'ont attrapé et attaché dans un lit. Là je me suis fait le remake de vol au-dessus d'un nid de coucou, je me suis dit : « qu'est-ce qui m'attend par la suite ? Lobotomisation ? » Je ne sais pas, je n'ai pas compris. Pour si peu, attacher quelqu'un. Ok c'est sous contrainte mais pourquoi sous contrainte ? On ne se pose pas de question.

Relance : *Vous ne pensez pas que c'est la dernière solution ?*

Mme X : Est-ce que dans ces cas-là ce n'est pas possible de dialoguer avec le patient ?

Mme Y : Je n'ai pas eu d'informations, je ne savais même pas que ça existait l'hospitalisation sous contrainte, tout ça. Ça a été une surprise monumentale.

Question 11 : *Vous dites qu'à l'UNAFAM, la question des droits des patients ne revient pas souvent, de quoi vous parlent les familles ?*

Mme X : Les familles nous font remonter la difficulté de discuter avec les psychiatres, et la difficulté d'amener nos proches aux soins. L'hospitalisation sous contrainte ce n'est pas automatique et on n'aime pas en tant que famille car nos proches nous le reprochent après. Les difficultés c'est ça et de pouvoir discuter avec les psychiatres pour la sortie d'hospitalisation, l'accompagnement à la sortie. Pourquoi c'est possible en pédopsychiatrie et en gériopsychiatrie ? On nous parle de secret médical mais ça concerne aussi ces secteurs. Nous, ce que l'on veut c'est aider notre proche et quand ils sortent souvent ce sont les familles qui les récupèrent. Souvent aussi, étant donné le trouble ils ne vont pas tout dire alors que nous, on peut alerter l'équipe soignante, dire ce qui ne va pas alors que le patient ne va pas forcément le dire. A l'UNAFAM, on demande la triple alliance, c'est-à-dire de pouvoir communiquer avec les équipes et avec le proche, à trois. Les statistiques montrent que le rétablissement est meilleur quand les familles sont impliquées.

Mme Y : Je ne suis pas tout à fait d'accord, j'avais le docteur Y. et elle nous recevait avec mon mari et moi-même et on a énormément communiqué.

Mme X : Ce médecin est l'exception, elle est super. Ça permet d'avancer, c'est vraiment important que la famille soit associée.

Question 12 : *Selon, vous, à ce jour, qu'est-ce qui pourrait évoluer à l'hôpital psychiatrique pour améliorer les conditions de prise en charge des patients ?*

Mme Y : Moi ce qui me gêne beaucoup c'est l'isolement et de ne pas avoir de fenêtre, de ne pas voir la lumière du jour. Ce sont des chambres aveugles, totalement. Et ça quand on est un peu claustrophobe, c'est quand même assez oppressant et ça déjà... au moins avoir une visibilité sur l'extérieur, que ce soit un arbre ou autre, ne pas se sentir complètement cloisonné. La contention il faut complètement l'abolir, ce n'est pas possible, je pense surtout aux personnes ayant vécu des sévices sexuels, ça peut rappeler beaucoup de chose et ce n'est pas possible. La nourriture aussi ce serait bien que ce soit amélioré, avant il y avait un cuisinier et là c'est vraiment... Avoir une bonne nourriture vraiment ça fait plaisir. Deux trois fois par semaine c'est le même repas qui revient.

Mme X : Il y a pleins de choses qui passent par la nourriture, la nourriture en tant que soin quoi... Nous nous étions renseignés, sur une hospitalisation qui coute 800€ la journée, le repas c'est 3€ alors ce serait facile d'améliorer. Et puis c'est servi sous plastique...

Mme Y : Mettre en place des techniques plus adaptées avant l'isolement peut être le packing...

Relance : *La HAS a dit dans les années 2010 que cette pratique n'était pas recommandée puis aujourd'hui c'est interdit, les familles de patients autistes ont lutté pour cela. Aujourd'hui c'est assimilé à de la torture.*

Mme Y : Et les contentions ce n'est pas de la torture ? C'est bizarre. Tu es dans un drap humide et tu as deux infirmiers près de toi qui t'apaisent et tu te sens entouré. Il faudrait plus de psychologues également, et la pair-aidance.

Mme X : Ce que l'on demande également c'est plus d'équipes mobiles pour pouvoir éviter les hospitalisations, des équipes de soins intensifs qui puissent aller à domicile pour pouvoir apaiser la situation et éviter les hospitalisations. Ce n'est pas bien développé.

Mme Y : Il y en a une pour les directives anticipées.

Mme X : C'est vrai qu'il faudrait plus de psychologues, il n'y en a pas assez. Pendant l'hospitalisation, c'est là qu'il pourrait y avoir un étayage, il manque des psychologues à l'hôpital.

Mme Y : Il y a une dame super qui vient, c'est l'aumônière, Mme Z., elle vient une à deux fois par semaines et elle fait du bien. On peut discuter avec elle. Elle apporte un regard très bienveillant, vraiment super. Et il faut développer l'ambulatorio.

Mme X : Il y a un projet de réhabilitation psychosociale sur l'hôpital. C'est en construction, le but c'est qu'au bout de sept jours en pavillon ouvert, de proposer un projet de soin, parler de réhabilitation, de sortie, pour essayer de mettre en place des choses adaptées, donc ça j'espère que ça va être mis en place. Ils forment le personnel à parler du projet au bout de sept jours d'hospitalisation. Ce que l'on demande également c'est que l'hôpital parle plus de l'UNAFAM, on essaie de se faire connaître mais c'est vrai que... quand je me suis mise à l'UNAFAM je pensais que ce serait pour les droits des patients mais les patients sont plus intéressés par l'UNAFAM côté famille pour le proposer à proches. A chaque fois que j'ai fait des interventions, les patients souhaitent que l'on forme leurs proches pour qu'ils connaissent la maladie, pour qu'ils puissent les accompagner. Il y a le programme BREF, crée au Vinatier avec l'UNAFAM, c'est un programme de soin pour les familles, nous ce que l'on veut c'est pouvoir le proposer à toutes les familles. Les familles rencontrent un binôme de soignant qui ne sont pas les soignants de leur proche pour éviter tout problème de confidentialité et peuvent exposer les difficultés qu'ils rencontrent, ce qu'ils vivent au quotidien. Ça fait du bien aux familles d'être entendues. Puis ils rencontrent l'UNAFAM, comme ça ils nous connaissent, savent qu'on existe. Sur l'hôpital ça fait un moment que j'essaie de le développer. Petit à petit ça se fait mais ce n'est pas encore systématique. Développer la pair-aidance on l'a dit. On souhaiterait aussi que le SAMU ait des compétences psychiatriques, ça c'est une demande de l'UNAFAM. Avant de

rentrer à l'hôpital psychiatrique il faut avoir vu un médecin généraliste donc c'est dommage qu'il n'y ait pas d'infirmier psy au SAMU, ça éviterait des allers-retours.

Conclusion : *Quelle vision avez-vous de l'avenir pour la psychiatrie ?*

Mme X : L'inquiétude c'est le manque de psychiatres et de soignants, c'est quand même un gros problème, pour avoir discuté avec l'UNAFAM du 02, il y a un hôpital où il n'y a pas de psychiatre donc c'est quand même difficile. Nous il en manque quelques uns. Ça va être remplacé par des IPA, quand un psychiatre est en arrêt maladie, c'est remplacé par des IPA. C'est difficile pour les patients. En CMP ils ne voient les psychiatres que tous les trois mois voir six mois. Ma fille dans le privé voit son psychiatre tous les mois et demi. Mais à présent on n'en trouve plus.

Mme Y : Moi je reste optimiste, j'espère vraiment que ça va évoluer, surtout la contention. Je comprends qu'il y ait des chambres d'isolement quand on est en crise, il n'y a pas de soucis mais la contention non, j'espère que ça va s'arrêter. C'est anticonstitutionnel et ça n'a aucune valeur thérapeutique. Je ne vois pas l'intérêt de maintenir ces pratiques. Mais je reste optimiste.

Annexe 3 :
Modèle d'analyse

Annexe 3 : Modèle d'analyse

Hypothèse de recherche : **L'insécurité subjective des soignants en psychiatrie** influe sur **l'intégration des libertés individuelles dans les pratiques professionnelles** parce que les soignants manquent de réflexivité quant à leurs pratiques.

OBJET DE RECHERCHE	DIMENSIONS	INDICATEURS	QUESTIONS	ATTENDUS	PUBLIC CONCERNE
L'intégration des libertés individuelles dans les pratiques professionnelles	Intégration	Mise en pratique	Qu'est-ce qui vous aide à apprendre de nouvelles choses dans le service ?		
			R. Pouvez-vous donner un exemple concret d'une situation où vous avez appris une nouvelle pratique ?		
			R. À votre avis, quels outils ou formations pourraient encore améliorer cet apprentissage ?		
			R. Comment votre environnement de travail facilite ou freine cet apprentissage ?		
			Comment participez-vous au développement des savoirs des infirmiers et aides-soignants ?		
			R. Pouvez-vous donner un exemple concret d'une situation d'apprentissage de nouvelles connaissances ?		
			R. Quels éléments peuvent limiter l'apprentissage des agents ?		
			R. Quelles conditions de travail permettent le développement des savoirs des soignants ?		
			De quels leviers disposez-vous pour favoriser l'apprentissage de nouveaux savoirs chez les infirmiers et aides-soignants ?		
			R. Selon vous, pourquoi certains agents ne développent-ils pas de nouvelles compétences ?		
			R. Quels éléments peuvent limiter l'apprentissage des agents ?		
			R. Quelles conditions de travail peuvent permettre le développement des savoirs des infirmiers et aides-soignants ?		
			Qu'est-ce qui vous aide à bien travailler ?		
			R. Quels sont les aspects spécifiques de votre environnement de travail qui vous soutiennent le plus ?		
			R. Comment des formations ou retours d'expérience ont-ils renforcé votre capacité à travailler efficacement ?		
			R. Si vous pouviez changer une chose pour faciliter votre travail, qu'est-ce que ce serait ?		
			Aidez quelques agents à régler la même formation. Un agent qui ne met pas en pratique ses nouveaux savoirs à l'autre non, quels éléments peuvent l'empêcher ?		
			R. Comment agissez-vous quand un agent ne met pas en pratique un savoir qu'il a acquis ?		
			R. Avec vous déjà mis en place une stratégie pour remobiliser un agent qui ne met pas en pratique un apprentissage ? Si oui, laquelle et à quelle fonction ?		
			R. Selon vous, quels éléments du quotidien professionnel peuvent favoriser la mise en application des savoirs acquis en formation ?		
			Aidez quelques agents à régler la même formation. Un agent qui ne met pas en pratique ses nouveaux savoirs à l'autre non, quels éléments peuvent l'empêcher ?		
			R. Est-ce que les pratiques évoluent au même rythme dans toutes les unités ? Si non, pourquoi ?		
			R. Quels facteurs permettent de développer la capacité d'un agent à s'approprier et appliquer une formation ?		
			R. Selon vous, qu'est-ce qui peut faire qu'un agent se sente prêt à appliquer un apprentissage ou, au contraire, qu'il l'évite ?		
			Qu'est-ce qui peut vous gêner pour apprendre de nouvelles choses ?		
			R. Y a-t-il des obstacles spécifiques dans votre quotidien professionnel qui compliquent l'apprentissage ?		
			R. Quelles difficultés rencontrez-vous lors de l'apprentissage de nouvelles pratiques ?		
			R. Quelles difficultés rencontrez-vous lors de l'apprentissage de nouvelles pratiques ?		
			Rencontrez-vous des situations où des agents expriment des difficultés à apprendre de nouveaux savoirs ? Quelles sont les motifs évoqués ?		
			R. Selon vous, dans quelles conditions l'apprentissage est-il le plus compliqué à mettre en œuvre au quotidien ?		
			R. Avec vous constaté des moments où certains soignants étaient plus réceptifs à l'apprentissage que d'autres ? Qu'est-ce qui pouvait expliquer ces différences ?		
			R. Quels éléments extérieurs peuvent, selon vous, impacter la capacité d'un soignant à apprendre et à intégrer de nouvelles compétences ?		
			Rencontrez-vous des moments où des agents expriment des difficultés à apprendre de nouveaux savoirs ? Quelles sont les motifs évoqués ?		
			R. Selon vous, dans quelles conditions l'apprentissage est-il le plus compliqué à mettre en œuvre au quotidien ?		
			R. Avec vous constaté des moments où certains soignants étaient plus réceptifs à l'apprentissage que d'autres ? Qu'est-ce qui pouvait expliquer ces différences ?		
			R. Quels éléments extérieurs peuvent, selon vous, impacter la capacité d'un soignant à apprendre et à intégrer de nouvelles compétences ?		
			R. Quels sont, selon vous, les facteurs qui peuvent rendre l'apprentissage plus difficile pour certains soignants ?		
			R. Y a-t-il des moments ou des périodes où l'apprentissage semble plus compliqué au sein de votre établissement ?		
			R. Qu'est-ce qui peut faire qu'un soignant ait plus de difficultés à se concentrer et assembler de nouvelles connaissances ?		
			Qu'est-ce qui peut vous empêcher de bien faire votre travail ?		
			R. Si vous refusiez de faire quelque chose, quelle peut en être la raison ?		
			R. Selon vous, qu'est-ce qui complique le plus la réalisation de vos tâches quotidiennes ?		
			R. Pouvez-vous me parler de situations où vous avez rencontré des difficultés dans votre travail ?		
			Aidez-vous observé des situations où un soignant voulait appliquer un apprentissage mais s'est trouvé à des difficultés ? Quelles en étaient les causes ?		
			R. Quels sont, selon vous, les principaux freins ou limites qui empêchent les soignants d'appliquer concrètement les savoirs acquis en formation ?		
			R. Quels éléments du quotidien professionnel peuvent influencer la capacité des soignants à mettre en œuvre de nouveaux savoirs ?		
			R. Qu'est-ce qui pourrait expliquer qu'un soignant ait du mal à s'approprier un nouveau geste ou une nouvelle approche dans sa pratique ?		
			Quels sont, selon vous, les principaux freins institutionnels à la mise en pratique des compétences acquises en formation par les soignants ?		
			R. Avec vous constaté des écarts entre ce qui est enseigné en formation et ce qui est réellement appliqué sur le terrain ? Quels facteurs peuvent expliquer ces écarts ?		
			R. Qu'est-ce qui peut empêcher un soignant d'appliquer un savoir acquis en formation au sein de votre établissement ?		
			R. Dans quelles conditions les nouvelles compétences sont-elles les plus difficiles à mettre en œuvre ?		

L'intégration des libertés individuelles dans les pratiques professionnelles	Les libertés individuelles	Facteurs favorisant l'intégration des libertés	1. A quoi attachez-vous une importance particulière pour prendre en charge un patient respectueusement ?		
			R. Qu'est-ce qui, selon vous, facilite votre pratique quotidienne ?	Connaissance du cadre juridique, réflexivité, posture du soignant, sentiment de sécurité, travail en équipe	IDF / AS
			R. Prouvez-vous expliquer ce qui, selon vous, favorise le respect des patients ?		
			R. Quelles circonstances vous aident à prendre en charge un patient respectueusement ?	Connaissance du cadre juridique, réflexivité, posture du soignant, sentiment de sécurité, travail en équipe	
			Qu'est-ce qui, selon vous, permet aux soignants d'adopter une prise en charge respectueuse et adaptée aux patients ?		
			R. Quels éléments peuvent aider un soignant à mieux comprendre et ajuster ses pratiques en fonction des besoins des patients ?		
			R. Dans quelles conditions les soignants se sentent-ils le plus à l'aise pour offrir une prise en charge de qualité ?		
			R. Qu'est-ce qui peut donner aux soignants des repères clairs pour encadrer et adapter leur manière de travailler avec les patients ?		
			Quels sont, selon vous, les éléments qui permettent aux soignants d'adopter une prise en charge respectueuse et adaptée aux patients dans votre établissement ?	Connaissance du cadre juridique, réflexivité, posture du soignant, sentiment de sécurité, travail en équipe	Directeur des soins, directeur juridique, cadre supérieur de santé, ingénieur qualité, médecin chef
			R. Quels leviers institutionnels ou managériaux facilitent l'adaptation des pratiques soignantes aux besoins des patients ?		
	Facteurs limitant l'intégration des libertés	R. Dans quelles conditions les soignants travaillent-ils avec le plus de sérénité et de confiance auprès des patients ?	R. Dans quelles conditions les soignants travaillent-ils avec le plus de sérénité et de confiance auprès des patients ?		
			R. Quels outils ou démarches permettent d'assurer une cohérence et une continuité dans la manière dont les équipes prennent en charge les patients ?		
			R. Prouvez-vous décrire une situation où il est difficile de respecter les demandes des patients ?	Résistance au changement, sentiment d'insécurité, non connaissance des droits, manque de réactivité	IDF / AS
			R. Comment faire-vous pour répondre au mieux aux besoins des patients ?		
			R. Y a-t-il des situations où les soignants sont en difficulté pour ajuster leur façon de travailler avec les patients ? Qu'est-ce qui peut expliquer ces hésitations ?	Résistance au changement, sentiment d'insécurité, non connaissance des droits, manque de réactivité	Cadre de santé
			R. Qu'est-ce qui peut freiner un soignant dans sa capacité à prendre du recul et à ajuster sa pratique ?		
			R. Avez-vous constaté des moments où un soignant semblait manquer d'informations pour adapter sa prise en charge ? Dans quelles circonstances cela arrive-t-il ?		
			Quels sont, selon vous, les éléments qui peuvent compliquer l'adaptation des pratiques soignantes aux besoins des patients ?		
			R. Dans quelles situations avez-vous remarqué que les soignants peuvent être en difficulté ou hésiter à ajuster leur prise en charge ? Qu'est-ce qui peut expliquer ces situations ?	Résistance au changement, sentiment d'insécurité, non connaissance des droits, manque de réactivité	Directeur des soins, directeur juridique, cadre supérieur de santé, ingénieur qualité, médecin chef
			R. Quels obstacles peuvent empêcher les soignants de prendre du recul et de faire évoluer leur pratique ?		
	Pratiques respectueuses	Comment faites-vous pour répondre au mieux aux besoins des patients ?	R. Avez-vous déjà remarqué des situations où les soignants manquaient de repères pour ajuster leur façon de travailler ? Qu'est-ce qui pourrait les aider dans ces moments-là ?		
			R. Comment faites-vous pour répondre au mieux aux besoins des patients ?		
			R. Qu'est-ce que les patients apprécient dans votre manière de travailler ?	Reflexivité, posture du soignant, projets institutionnels, connaissance clinique	IDF / AS
			R. Prouvez-vous me raconter une situation pour laquelle vous avez eu un retour positif d'un patient ?		
			R. Qu'est-ce que vous pourriez développer pour mieux répondre aux besoins des patients ?		
			Comment appréciez-vous que votre équipe se comporte envers les patients ?	Reflexivité, posture du soignant, projets institutionnels, connaissance clinique	Cadre de santé
			R. Prouvez-vous me donner un exemple concret d'une situation où vous avez trouvé qu'une prise en charge était particulièrement respectueuse ?		
			R. Quels sont les leviers managériaux que vous mobilisez pour encourager des pratiques respectueuses au sein des équipes ?		
			R. Selon vous, quels sont les éléments qui aident les soignants à prendre du recul sur leurs pratiques et à les ajuster à besoin ?		
			Quelles sont les pratiques soignantes encouragées par l'institution ?		
Les pratiques professionnelles	Pratiques non respectueuses	R. Comment faites-vous pour garantir une prise en charge adaptée aux patients ?	R. Quels outils ou dispositifs existent pour aider les soignants à mieux comprendre et structurer leur manière d'interagir avec les patients ?	Reflexivité, posture du soignant, projets institutionnels, connaissance clinique	Directeur des soins, directeur juridique, cadre supérieur de santé, ingénieur qualité, médecin chef
			R. Qu'est-ce qui aide les équipes à garder une cohérence dans leur façon de prendre en charge les patients ?		
			Prouvez-vous m'expliquer ce que les patients n'apprécient pas dans les pratiques professionnelles ?	Posture du soignant, manque de réflexivité, non connaissance des droits des patients, clinique du patient	IDF / AS
			R. Est-ce qu'il existe des comportements ou des attitudes qui dérangent les patients ?		
			R. Qu'est-ce qui peut vous déranger dans l'attitude de vos collègues vis-à-vis des patients ? Situation exemple qui le leur fait pas		
			R. Est-ce que vous avez déjà regretté votre positionnement vis-à-vis d'un patient ? Prouvez-vous me raconter ?		
			Quelles pratiques ne voulez-vous pas voir dans votre unité ?	Posture du soignant, manque de réflexivité, non connaissance des droits des patients, clinique du patient	Cadre de santé
			R. Dans quelles situations les soignants peuvent-ils être moins attentifs à la manière dont ils interagissent avec les patients ?		
			R. Selon vous, qu'est-ce qui peut aider un soignant à repérer et corriger une manière de faire qui n'est pas adaptée ?		
			R. Quels types de comportements ou d'attitudes peuvent parfois poser problème dans la relation soignant-soigné ?	Posture du soignant, manque de réflexivité, non connaissance des droits des patients, clinique du patient	Directeur des soins, directeur juridique, cadre supérieur de santé, ingénieur qualité, médecin chef

insécurité subjective des ograns en psychiatrie	insécurité subjective	Facteurs favorisant le sentiment de sécurité	Dans quelles situations vous sentez-vous le plus en confiance dans votre pratique quotidienne ?		
			R: Avez-vous des habitudes qui vous permettent d'ajuster votre manière de prendre soin des patients ?	Cadre institutionnel, réflexivité, ambiance d'équipe,	IDF / AS
			R: Quels éléments vous donnent confiance dans votre manière de travailler au quotidien ?	état clinique des patients, QVT	
			R: Y a-t-il des moments où vous vous sentez particulièrement à l'aise et en confiance dans votre travail ?		
			Quels sont, selon vous, les éléments qui aident les soignants à être à l'aise et en confiance dans leur travail au quotidien ?	Cadre institutionnel, réflexivité, ambiance d'équipe,	Cadre de santé
			R: Quels repères ou quelles ressources aident les soignants à mieux gérer les situations complexes sans appréhension ?	état clinique des patients, QVT	
			R: Quels éléments vous semblent indispensables pour que les soignants puissent travailler sereinement ?		
			R: Qu'est-ce qui, dans l'organisation du service, permet aux soignants d'exercer leur métier avec sérénité ?		
			Peu quels leviers disposez-vous pour permettre aux soignants d'exercer leur travail avec sérénité au sein de l'établissement ?		Directeur des soins, directeur
			R: Qu'est-ce qui, dans l'organisation et la structuration de l'établissement, aide les soignants à se sentir à l'aise dans leurs fonctions ?	Cadre institutionnel, réflexivité, ambiance d'équipe,	juridique, cadre supérieur de
	Facteurs favorisant le sentiment d'insécurité		R: Quels dispositifs ou ressources permettent aux soignants d'aborder des situations complexes sans appréhension ?	état clinique des patients, QVT	santé, ingénieur qualité,
			R: Selon vous, quels leviers favorisent un environnement de travail aisé pour les soignants ?		médecin chef
			Pouvez-vous décrire une situation où vous vous sentez moins à l'aise ou plus en difficulté ?		
			R: Qu'est-ce qui peut rendre certaines situations plus stressantes ou complexes à gérer ?	Manque de connaissances, manque de réflexivité,	IDF / AS
			R: Y a-t-il des moments où vous vous sentez moins sûr de la manière dont vous devez agir ? Qu'est-ce qui pourrait expliquer cela ?	état clinique des patients, manque de personnel,	
			R: Quels éléments peuvent rendre certaines décisions ou interventions plus difficiles à prendre ?	problèmes d'organisation	
			Dans votre service, avez-vous observé des situations où les soignants semblaient moins à l'aise ou plus en difficulté dans leur travail ?	Manque de connaissances, manque de réflexivité,	Cadre de santé
			R: Qu'est-ce qui, selon vous, peut rendre certaines situations particulièrement complexes ou inconfortables pour les soignants ?	état clinique des patients, manque de personnel,	
			R: Avez-vous remarqué des moments où les soignants hésitent davantage ou semblent manquer de repères ? Qu'est-ce qui peut expliquer cela ?	problèmes d'organisation	
			R: Quels sont les éléments qui, selon vous, compliquent la prise de décision ou la gestion de certaines situations par les soignants ?		
	Conséquences du sentiment de sécurité		Selon vous, quels éléments peuvent rendre l'exercice des soignants plus difficile ou inconfortable dans votre établissement ?	Manque de connaissances, manque de réflexivité,	Directeur des soins, directeur
			R: Qu'est-ce qui, dans l'organisation du travail, peut créer des situations où les soignants se sentent moins en confiance ?	état clinique des patients, manque de personnel,	juridique, cadre supérieur de
			R: Avez-vous constaté des moments où les soignants hésitent davantage ou semblent en difficulté face à certaines décisions ? Qu'est-ce qui peut l'expliquer ?	problèmes d'organisation	santé, ingénieur qualité,
			R: Quels sont, selon vous, les obstacles qui compliquent la prise de décision et l'adaptation aux situations complexes pour les soignants ?		médecin chef
			Quand vous vous sentez à l'aise et en confiance dans votre travail, qu'est-ce que cela change dans votre manière de prendre en charge les patients ?	Amélioration de la qualité des soins, respect des	IDF / AS
			R: Avez-vous remarqué des moments où, en vous sentant plus serein, vous étiez plus attentif à certains aspects de la prise en charge ?	droits du patient, réflexivité.	
			R: Lorsque vous êtes en confiance dans votre travail, cela influence-t-il la manière dont vous interagissez avec les patients ?	Amélioration de la qualité des soins, respect des	Directeur des soins, directeur
			R: Dans quelles conditions de travail vous vous sentez le plus efficace ?	droits du patient, réflexivité.	juridique, cadre supérieur de
			Lorsque les soignants travaillent dans un environnement où ils se sentent à l'aise et en confiance, qu'observez-vous dans leur manière de prendre en charge les patients ?	Amélioration de la qualité des soins, respect des	santé, ingénieur qualité,
			R: Quelles différences remarquez-vous dans la manière dont les soignants exercent leur métier lorsqu'ils sont à l'aise dans leur travail ?	droits du patient, réflexivité.	médecin chef
			R: Qu'est-ce qui change dans la manière dont les soignants abordent leur travail lorsqu'ils se sentent en confiance ?	Amélioration de la qualité des soins, respect des	Directeur des soins, directeur
			Selon vous, quelles sont les discussions sur le travail des soignants lorsqu'ils exercent dans un environnement où ils se sentent en confiance ?	droits du patient, réflexivité.	juridique, cadre supérieur de
			R: Avez-vous observé des évolutions dans la manière dont les équipes travaillent lorsque le climat est plus serein ?	Amélioration de la qualité des soins, respect des	santé, ingénieur qualité,
			R: Quand les soignants se sentent à l'aise dans leur travail, cela a-t-il un impact sur leur façon de prendre en charge les patients ?	droits du patient, réflexivité.	médecin chef
			R: Qu'est-ce qui change dans la manière dont les soignants abordent les situations de soin lorsqu'ils évoluent dans un cadre qui les perçoivent comme stable ?	Amélioration de la qualité des soins, respect des	Directeur des soins, directeur
				droits du patient, réflexivité.	juridique, cadre supérieur de
				Amélioration de la qualité des soins, respect des	santé, ingénieur qualité,
				droits du patient, réflexivité.	médecin chef
				Amélioration de la qualité des soins, respect des	Directeur des soins, directeur
				droits du patient, réflexivité.	juridique, cadre supérieur de

insécurité subjective des soignants en psychiatrie	Insécurité subjective	Conséquences du sentiment d'insécurité	Y a-t-il des situations où vous sentez en difficulté dans votre travail ? Qu'est-ce que cela change dans votre manière de prendre en charge les patients ?		
			R: Avez-vous remarqué des moments où, face à certaines situations compliquées, vous avez moins de marge de manœuvre dans votre travail ? R: Lorsque vous êtes dans une situation inconfortable ou stressante, cela influence-t-il votre façon d'interagir avec les patients ? R: Est-il parfois plus difficile de prendre du recul sur certaines situations ? Qu'est-ce qui peut compliquer cette prise de recul ? Avez-vous observé des situations où les soignants semblaient en difficulté ou moins à l'aise dans leur travail ? Quelles conséquences cela peut-il avoir ? R: Qu'est-ce qui change dans la manière dont les soignants exercent leur métier lorsqu'ils se sentent en difficulté ? R: Avez-vous remarqué des situations où, face à certaines difficultés, la relation entre les soignants et les patients évolue ? Comment ? R: Quand les soignants sont confrontés à des situations qu'ils perçoivent comme compliquées, comment cela impacte-t-il leur manière d'analyser et d'adapter leur travail ? Selon vous, quelles peuvent être les répercussions sur le travail des soignants lorsqu'ils exercent dans un contexte où ils se sentent en difficulté ? R: Avez-vous remarqué des impacts sur la manière dont les équipes travaillent lorsqu'elles font face à des situations perçues comme complexes ou inconfortables ? R: Quand les soignants rencontrent des difficultés dans leur travail, cela a-t-il des conséquences sur leur manière de prendre en charge les patients ? R: Dans ces situations, avez-vous observé des changements dans la manière dont les soignants analysent et ajustent leurs pratiques ?	Baisse de la qualité des soins, non respect des droits des patients, limite la réflexivité	IDE / AS
	Spécificités du travail en psychiatrie	Culture d'équipe	Vous accueillez un nouvel arrivant dans votre unité, sur quels points insistez-vous ? R: Quels sont, selon vous, les éléments essentiels à transmettre pour qu'il comprenne rapidement le fonctionnement de l'unité ? R: Y a-t-il des aspects spécifiques à la psychiatrie que vous jugez importants d'expliquer dès l'arrivée d'un nouvel arrivant ? R: Comment vous assurez-vous que le nouvel arrivant puisse travailler en toute confiance dès ses premiers jours ? Un nouveau soignant arrive dans votre unité, quels sont les points sur lesquels vous insistez dès son arrivée ? R: Quels éléments sont essentiels pour qu'il comprenne rapidement le fonctionnement du service et s'intègre efficacement ? R: Y a-t-il des aspects spécifiques au travail en psychiatrie qui nécessitent une attention particulière lors de son arrivée ? R: Comment vous assurez-vous qu'il maîtrise les règles et repères nécessaires pour exercer en toute confiance ? Selon vous, quels sont les éléments fondamentaux qui structurent le travail des soignants en psychiatrie ? R: Quels sont les repères essentiels qui permettent d'assurer une continuité et une cohérence dans les pratiques au sein de l'établissement ? R: En quoi les compétences requises pour exercer en psychiatrie nécessitent-elles une approche particulière ? R: Quels outils ou dispositifs permettent aux soignants d'avoir une bonne compréhension du cadre dans lequel ils exercent ? Comment travailler-vous avec vos collègues ? R: Quels éléments font que l'on sait comment réagir face à une situation lorsqu'on travaille en équipe ? R: Y a-t-il des moments où vous échangez entre collègues pour ajuster votre manière de faire ? Comment cela se passe-t-il ? R: Pouvez-vous décrire l'ambiance de travail ? Selon vous, qu'est-ce qui permet à une équipe soignante de bien fonctionner au quotidien ? R: Comment veillez-vous à ce que l'équipe travaille de manière cohérente dans la prise en charge des patients ? R: Quels sont les moments où vous observez le plus d'échanges entre soignants sur leurs pratiques ? Comment ces échanges influencent-ils le travail de l'équipe ? R: Avez-vous remarqué des éléments qui favorisent une dynamique d'équipe positive ? À l'inverse, qu'est-ce qui peut la freiner ? Selon vous, quels éléments contribuent à la construction d'une équipe soignante efficace et soudée ? R: Qu'est-ce qui permet d'assurer une bonne coordination et une cohérence des pratiques entre les équipes ? R: Avez-vous observé des moments où les équipes prennent du recul sur leurs pratiques et échangent à ce sujet ? Comment cela se traduit-il ? R: Quels sont les leviers qui, selon vous, permettent de maintenir une bonne dynamique d'équipe dans un établissement psychiatrique ?	Baisse de la qualité des soins, non respect des droits des patients, limite la réflexivité	IDE / AS
				Baisse de la qualité des soins, non respect des droits des patients, limite la réflexivité	Directeur des soins, directeur juridique, cadre supérieur de santé, ingénieur qualité, médecin chef
				Baisse de la qualité des soins, non respect des droits des patients, limite la réflexivité	Cadre de santé
				Baisse de la qualité des soins, non respect des droits des patients, limite la réflexivité	IDE / AS
				Baisse de la qualité des soins, non respect des droits des patients, limite la réflexivité	IDE / AS
				Baisse de la qualité des soins, non respect des droits des patients, limite la réflexivité	Directeur des soins, directeur juridique, cadre supérieur de santé, ingénieur qualité, médecin chef
				Baisse de la qualité des soins, non respect des droits des patients, limite la réflexivité	Cadre de santé
				Baisse de la qualité des soins, non respect des droits des patients, limite la réflexivité	IDE / AS
				Baisse de la qualité des soins, non respect des droits des patients, limite la réflexivité	Directeur des soins, directeur juridique, cadre supérieur de santé, ingénieur qualité, médecin chef

Annexe 4 :
Outils d'entretien

Annexe 4 : Outils d'entretien

Grille d'entretien n°1

Infirmier et aide-soignant

Question introductive : Est-ce-que vous pouvez me parler de vos missions ?

Question 1 : Qu'est-ce qui vous aide à apprendre de nouvelles choses dans le service ?

Relance : Pouvez-vous donner un exemple concret d'une situation où vous avez appris une nouvelle pratique ?

Relance : À votre avis, quels outils ou formations pourraient encore améliorer cet apprentissage ?

Relance : Comment votre environnement de travail facilite ou freine cet apprentissage ?

Question 2 : Qu'est-ce qui vous aide à bien travailler ?

Relance : Quels sont les aspects spécifiques de votre environnement de travail qui vous soutiennent le plus ?

Relance : Comment des formations ou retours d'expérience ont renforcé votre capacité à travailler efficacement ?

Relance : Si vous pouviez changer une chose pour faciliter votre travail, qu'est-ce que ce serait ?

Question 3 : Qu'est-ce qui peut vous gêner pour apprendre de nouvelles choses ?

Relance : Y a-t-il des obstacles spécifiques dans votre quotidien professionnel qui compliquent l'apprentissage ?

Relance : Quelles difficultés rencontrez-vous lors de l'apprentissage de nouvelles pratiques ?

Relance : Est-ce que certaines consignes ou pratiques actuelles vous semblent contradictoires ou peu claires ?

Question 4 : Qu'est-ce qui peut vous empêcher de bien faire votre travail ?

Relance : Si vous refusez de faire quelque chose, quelle peut en être la raison ?

Relance : Selon vous, qu'est-ce qui complique parfois la réalisation de vos tâches quotidiennes ?

Relance : Pouvez-vous me parler de situations où vous avez rencontré des difficultés dans votre travail ?

Question 5 : À quoi attachez-vous une importance particulière pour prendre en charge un patient respectueusement ?

Relance : Qu'est-ce qui, selon vous, facilite votre pratique quotidienne ?

Relance : Pouvez-vous expliquer ce qui, selon vous, favorise le respect des patients ?

Relance : Quelles circonstances vous aident à prendre en charge un patient respectueusement ?

Question 6 : Un patient demande à votre collègue à prendre sa nourriture personnelle dans sa chambre (chips), celui-ci refuse en lui expliquant que ce n'est pas autorisé. Qu'en pensez-vous ?

Relance : Pouvez-vous décrire une situation où il est difficile de respecter les demandes des patients ?

Relance : Quels ressentis avez-vous face aux obstacles rencontrés dans ce contexte ?

Relance : Qu'est-ce qui peut rendre difficile l'adaptation aux besoins de certains patients ?

Question 7 : Comment faites-vous pour répondre au mieux aux besoins des patients ?

Relance : Qu'est-ce que les patients apprécient dans votre manière de travailler ?

Relance : Pouvez-vous me raconter une situation pour laquelle vous avez eu un retour positif d'un patient ?

Relance : Qu'est-ce que vous pourriez développer pour mieux répondre aux besoins des patients ?

Question 8 : Pouvez-vous m'expliquer ce que les patients n'apprécient pas dans les pratiques professionnelles ?

Relance : Est-ce qu'il existe des comportements ou des attitudes qui dérangent les patients ?

Relance : Qu'est-ce qui peut vous déranger dans l'attitude de vos collègues vis-à-vis des patients ?
Pouvez-vous donner une situation qui ne leur a pas plu ?

Relance : Est-ce que vous avez déjà regretté votre positionnement vis-à-vis d'un patient ? Pouvez-vous me raconter ?

Question 9 : Dans quelles situations vous sentez-vous le plus en confiance dans votre pratique quotidienne ?

Relance : Avez-vous des habitudes qui vous permettent d'ajuster votre manière de prendre soin des patients ?

Relance : Quels éléments vous donnent confiance dans votre manière de travailler au quotidien ?

Relance : Y a-t-il des moments où vous vous sentez particulièrement à l'aise et en confiance dans votre travail ?

Question 10 : Pouvez-vous décrire une situation où vous vous sentez moins à l'aise ou plus en difficulté ?

Relance : Qu'est-ce qui peut rendre certaines situations plus stressantes ou compliquées à gérer ?

Relance : Y a-t-il des moments où vous vous sentez moins sûr de la manière dont vous devez agir ?
Qu'est-ce qui pourrait expliquer cela ?

Relance : Quels éléments peuvent rendre certaines décisions ou interventions plus difficiles à prendre ?

Question 11 : Quand vous vous sentez à l'aise et en confiance dans votre travail, qu'est-ce que cela change dans votre manière de prendre en charge les patients ?

Relance : Avez-vous remarqué des moments où, en vous sentant plus serein, vous étiez plus attentif à certains aspects de la prise en charge ?

Relance : Lorsque vous êtes en confiance dans votre travail, cela influence-t-il la manière dont vous interagissez avec les patients ?

Relance : Dans quelles conditions de travail vous vous sentez les plus efficace ?

**Question 12 : Y a-t-il des situations où vous vous sentez en difficulté dans votre travail ?
Qu'est-ce que cela change dans votre manière de prendre en charge les patients ?**

Relance : Avez-vous remarqué des moments où, face à certaines situations compliquées, vous avez moins de marge de manœuvre dans votre travail ?

Relance : Lorsque vous êtes dans une situation inconfortable ou stressante, cela influence-t-il votre façon d'interagir avec les patients ?

Relance : Est-il parfois plus difficile de prendre du recul sur certaines situations ? Qu'est-ce qui peut compliquer cette prise de recul ?

Question 13 : Vous accueillez un nouvel arrivant dans votre unité, sur quels points insistez-vous ?

Relance : Quels sont, selon vous, les éléments essentiels à transmettre pour qu'il comprenne rapidement le fonctionnement de l'unité ?

Relance : Y a-t-il des aspects spécifiques à la psychiatrie que vous jugez importants d'expliquer dès l'arrivée d'un nouvel arrivant ?

Relance : Comment vous assurez-vous que le nouvel arrivant puisse travailler en toute confiance dès ses premiers jours ?

Question 14 : Comment travaillez-vous avec vos collègues ?

Relance : Quels éléments font que l'on sait comment réagir face à une situation lorsqu'on travaille en équipe ?

Relance : Y a-t-il des moments où vous échangez entre collègues pour ajuster votre manière de faire ? Comment cela se passe-t-il ?

Relance : Pouvez-vous décrire l'ambiance de travail ?

Données contextuelles de l'interlocuteur : Pour mieux comprendre votre point de vue, pouvez-vous me préciser votre âge, votre ancienneté dans l'établissement ainsi que votre parcours professionnel ?

Grille d'entretien n°2

Cadre de santé

Question introductive : Est-ce-que vous pouvez me parler de vos missions ?

Question 1 : Comment participez-vous au développement des savoirs des infirmiers et aides-soignants ?

Relance : Pouvez-vous donner un exemple concret d'une situation où les soignants apprennent de nouvelles connaissances ?

Relance : Quels éléments peuvent limiter l'apprentissage des agents ?

Relance : Quelles conditions de travail permettent le développement des savoirs des soignants ?

Question 2 : Alors que deux agents ont reçu la même formation, l'un applique et met en pratique ses nouveaux savoirs alors que l'autre non, quels éléments peuvent l'expliquer ?

Relance : Comment agissez-vous quand un agent ne met pas en pratique un savoir qu'il a acquis ?

Relance : Avez-vous déjà mis en place une stratégie pour remobiliser un agent qui ne met pas en pratique un apprentissage ? Si oui, laquelle et a-t-elle fonctionné ?

Relance : Selon vous, quels éléments du quotidien professionnel peuvent favoriser la mise en application des savoirs acquis en formation ?

Question 3 : Rencontrez-vous des situations où des agents expriment des difficultés à apprendre de nouveaux savoirs ? Quels sont les motifs évoqués ?

Relance : Selon vous, dans quelles conditions l'apprentissage est-il le plus compliqué à mettre en œuvre au quotidien ?

Relance : Avez-vous constaté des moments où certains soignants étaient plus réceptifs à l'apprentissage que d'autres ? Qu'est-ce qui pouvait expliquer ces différences ?

Relance : Quels éléments extérieurs peuvent, selon vous, impacter la capacité d'un soignant à apprendre et à intégrer de nouvelles compétences ?

Question 4 : Avez-vous observé des situations où un soignant voulait appliquer un apprentissage mais s'est heurté à des difficultés ? Quelles en étaient les causes ?

Relance : Quels sont, selon vous, les principaux freins ou limites qui empêchent les soignants d'appliquer concrètement les savoirs acquis en formation ?

Relance : Quels éléments du quotidien professionnel peuvent influencer la capacité des soignants à mettre en œuvre de nouveaux savoirs ?

Relance : Qu'est-ce qui pourrait expliquer qu'un soignant ait du mal à s'approprier un nouveau geste ou une nouvelle approche dans sa pratique ?

Question 5 : Qu'est-ce qui, selon vous, permet aux soignants d'adopter une prise en charge respectueuse et adaptée aux patients ?

Relance : Quels éléments peuvent aider un soignant à mieux comprendre et ajuster ses pratiques en fonction des besoins des patients ?

Relance : Dans quelles conditions les soignants se sentent-ils le plus à l'aise pour offrir une prise en charge de qualité ?

Relance : Qu'est-ce qui peut donner aux soignants des repères clairs pour encadrer et adapter leur manière de travailler avec les patients ?

Question 6 : Quels sont, selon vous, les éléments qui peuvent compliquer l'adaptation des pratiques soignantes aux besoins des patients ?

Relance : Y a-t-il des situations où les soignants sont en difficulté pour ajuster leur façon de travailler avec les patients ? Qu'est-ce qui peut expliquer ces hésitations ?

Relance : Qu'est-ce qui peut freiner un soignant dans sa capacité à prendre du recul et à ajuster sa pratique ?

Relance : Avez-vous constaté des moments où un soignant semblait manquer d'informations pour adapter sa prise en charge ? Dans quelles circonstances cela arrive-t-il ?

Question 7 : Comment appréciez-vous que votre équipe se comporte envers les patients ?

Relance : Pouvez-vous me donner un exemple concret d'une situation où vous avez trouvé qu'une prise en charge était particulièrement respectueuse ?

Relance : Quels sont les leviers managériaux que vous mobilisez pour encourager des pratiques respectueuses au sein des équipes ?

Relance : Selon vous, quels sont les éléments qui aident les soignants à prendre du recul sur leurs pratiques et à les ajuster si besoin ?

Question 8 : Quelles pratiques ne voulez-vous pas voir dans votre unité ?

Relance : Dans quelles situations les soignants peuvent-ils être moins attentifs à la manière dont ils interagissent avec les patients ?

Relance : Selon vous, qu'est-ce qui peut aider un soignant à repérer et corriger une manière de faire qui ne serait pas adaptée ?

Relance : Quels types de comportements ou d'attitudes peuvent parfois poser problème dans la relation soignant-soigné ?

Question 9 : Quels sont, selon vous, les éléments qui aident les soignants à être à l'aise et en confiance dans leur travail au quotidien ?

Relance : Quels repères ou quelles ressources aident les soignants à mieux gérer les situations complexes sans appréhension ?

Relance : Quels éléments vous semblent indispensables pour que les soignants puissent travailler sereinement ?

Relance : Qu'est-ce qui, dans l'organisation du service, permet aux soignants d'exercer leur métier avec sérénité ?

Question 10 : Dans votre service, avez-vous observé des situations où les soignants semblaient moins à l'aise ou plus en difficulté dans leur travail ?

Relance : Qu'est-ce qui, selon vous, peut rendre certaines situations particulièrement complexes ou inconfortables pour les soignants ?

Relance : Avez-vous remarqué des moments où les soignants hésitent davantage ou semblent manquer de repères ? Qu'est-ce qui peut expliquer cela ?

Relance : Quels sont les éléments qui, selon vous, compliquent la prise de décision ou la gestion de certaines situations par les soignants ?

Question 11 : Lorsque les soignants travaillent dans un environnement où ils se sentent à l'aise et en confiance, qu'observez-vous dans leur manière de prendre en charge les patients ?

Relance : Quelles différences remarquez-vous dans la manière dont les soignants exercent leur métier lorsqu'ils sont à l'aise dans leur travail ?

Relance : Quand les soignants sont en confiance, avez-vous observé des évolutions dans leurs interactions avec les patients ?

Relance : Qu'est-ce qui change dans la manière dont les soignants abordent leur travail lorsqu'ils se sentent en confiance ?

Question 12 : Avez-vous observé des situations où les soignants semblaient en difficulté ou moins à l'aise dans leur travail ? Quelles conséquences cela peut-il avoir ?

Relance : Qu'est-ce qui change dans la manière dont les soignants exercent leur métier lorsqu'ils se sentent en difficulté ?

Relance : Avez-vous remarqué des situations où, face à certaines difficultés, la relation entre les soignants et les patients évolue ? Comment ?

Relance : Quand les soignants sont confrontés à des situations qu'ils perçoivent comme compliquées, comment cela impacte-t-il leur manière d'analyser et d'adapter leur travail ?

Question 13 : Un nouveau soignant arrive dans votre unité, quels sont les points sur lesquels vous insistez dès son arrivée ?

Relance : Quels éléments sont essentiels pour qu'il comprenne rapidement le fonctionnement du service et s'intègre efficacement ?

Relance : Y a-t-il des aspects spécifiques au travail en psychiatrie qui nécessitent une attention particulière lors de son arrivée ?

Relance : Comment vous assurez-vous qu'il maîtrise les règles et repères nécessaires pour exercer en toute confiance ?

Question 14 : Selon vous, qu'est-ce qui permet à une équipe soignante de bien fonctionner au quotidien ?

Relance : Comment veillez-vous à ce que l'équipe travaille de manière cohérente dans la prise en charge des patients ?

Relance : Quels sont les moments où vous observez le plus d'échanges entre soignants sur leurs pratiques ? Comment ces échanges influencent-ils le travail de l'équipe ?

Relance : Avez-vous remarqué des éléments qui favorisent une dynamique d'équipe positive ? À l'inverse, qu'est-ce qui peut la freiner ?

Données contextuelles de l'interlocuteur : Pour mieux comprendre votre point de vue, pouvez-vous me préciser votre âge, votre ancienneté dans l'établissement ainsi que votre parcours professionnel ?

Grille d'entretien n°3

Médecin chef de pôle, directeur des soins, directeur référent des usagers, cadre supérieur de santé, ingénieur qualité.

Question introductive : Est-ce-que vous pouvez me parler de vos missions ?

Question 1 : De quels leviers disposez-vous pour favoriser l'apprentissage de nouveaux savoirs chez les infirmiers et aide soignants ?

Relance : Selon vous, pourquoi certains agents ne développent pas de nouvelles compétences ?

Relance : Quels éléments peuvent limiter l'apprentissage des agents ?

Relance : Quelles conditions de travail permettent le développement des savoirs des soignants ?

Question 2 : Alors que deux agents ont reçu la même formation, l'un applique et met en pratique ses nouveaux savoirs alors que l'autre non, quels éléments peuvent l'expliquer ?

Relance : Est-ce-que les pratiques évoluent au même rythme dans toutes les unités ? Si non, pourquoi ?

Relance : Quels facteurs permettent de développer la capacité d'un agent à s'approprier et appliquer une formation ?

Relance : Selon vous, qu'est-ce qui peut faire qu'un agent se sente prêt à appliquer un apprentissage ou, au contraire, qu'il l'évite ?

Question 3 : Rencontrez-vous des freins ou des limites institutionnelles à l'apprentissage des soignants ?

Relance : Quels sont, selon vous, les facteurs qui peuvent rendre l'apprentissage plus difficile pour certains soignants ?

Relance : Y a-t-il des moments ou des périodes où l'apprentissage semble plus compliqué au sein de votre établissement ?

Relance : Qu'est-ce qui peut faire qu'un soignant ait plus de difficultés à se concentrer et assimiler de nouvelles connaissances ?

Question 4 : Quels sont, selon vous, les principaux freins institutionnels à la mise en pratique des compétences acquises en formation par les soignants ?

Relance : Avez-vous constaté des écarts entre ce qui est enseigné en formation et ce qui est réellement appliqué sur le terrain ? Quels facteurs peuvent expliquer ces écarts ?

Relance : Qu'est-ce qui peut empêcher un soignant d'appliquer un savoir acquis en formation au sein de votre établissement ?

Relance : Dans quelles conditions les nouvelles compétences sont-elles les plus difficiles à mettre en œuvre ?

Question 5 : Quels sont, selon vous, les éléments qui permettent aux soignants d'adopter une prise en charge respectueuse et adaptée aux patients dans votre établissement ?

Relance : Quels leviers institutionnels ou managériaux facilitent l'adaptation des pratiques soignantes aux besoins des patients ?

Relance : Dans quelles conditions les soignants travaillent-ils avec le plus de sérénité et de confiance auprès des patients ?

Relance : Quels outils ou démarches permettent d'assurer une cohérence et une continuité dans la manière dont les équipes prennent en charge les patients ?

Question 6 : Quels sont, selon vous, les éléments qui peuvent compliquer l'adaptation des pratiques soignantes aux besoins des patients dans l'établissement ?

Relance : Dans quelles situations avez-vous remarqué que les soignants peuvent être en difficulté ou hésiter à ajuster leur prise en charge ? Qu'est-ce qui peut expliquer ces situations ?

Relance : Quels obstacles peuvent empêcher les soignants de prendre du recul et de faire évoluer leurs pratiques ?

Relance : Avez-vous déjà remarqué des situations où les soignants manquaient de repères pour ajuster leur façon de travailler ? Qu'est-ce qui pourrait les aider dans ces moments-là ?

Question 7 : Quelles sont les pratiques soignantes encouragées par l'institution ?

Relance : Quels outils ou dispositifs existent pour aider les soignants à mieux comprendre et structurer leur manière d'interagir avec les patients ?

Relance : Comment veillez-vous à ce que les soignants puissent régulièrement ajuster leurs pratiques pour garantir une prise en charge adaptée aux patients ?

Relance : Qu'est-ce qui aide les équipes à garder une cohérence dans leur façon de prendre en charge les patients ?

Question 8 : Avez-vous déjà constaté des situations où la prise en charge d'un patient pouvait ne pas être adaptée ? Quels éléments peuvent expliquer cela ?

Relance : Quels facteurs peuvent, selon vous, amener des soignants à adopter des attitudes ou des pratiques qui ne correspondent pas aux standards attendus ?

Relance : Dans quelles conditions les équipes peuvent-elles être moins attentives à la manière dont elles interagissent avec les patients ?

Relance : Quels leviers institutionnels ou managériaux peuvent être mobilisés pour prévenir ou corriger ces situations ?

Question 9 : De quels leviers disposez-vous pour permettre aux soignants d'exercer leur travail avec sérénité au sein de l'établissement ?

Relance : Qu'est-ce qui, dans l'organisation et la structuration de l'établissement, aide les soignants à se sentir à l'aise dans leurs fonctions ?

Relance : Quels dispositifs ou ressources permettent aux soignants d'aborder des situations complexes sans appréhension ?

Relance : Selon vous, quels leviers qui favorisent un environnement de travail apaisé pour les soignants ?

Question 10 : Selon vous, quels éléments peuvent rendre l'exercice des soignants plus difficile ou inconfortable dans votre établissement ?

Relance : Qu'est-ce qui, dans l'organisation du travail, peut créer des situations où les soignants se sentent moins en confiance ?

Relance : Avez-vous constaté des moments où les soignants hésitent davantage ou semblent en difficulté face à certaines décisions ? Qu'est-ce qui peut l'expliquer ?

Relance : Quels sont, selon vous, les obstacles qui compliquent la prise de décision et l'adaptation aux situations complexes pour les soignants ?

Question 11 : Selon vous, quelles sont les répercussions sur le travail des soignants lorsqu'ils exercent dans un environnement où ils se sentent en confiance ?

Relance : Avez-vous remarqué des impacts sur la manière dont les équipes travaillent lorsqu'elles font face à des situations perçues comme complexes ou inconfortables ?

Relance : Quand les soignants rencontrent des difficultés dans leur travail, cela a-t-il des conséquences sur leur manière de prendre en charge les patients ?

Relance : Dans ces situations, avez-vous observé des changements dans la manière dont les soignants analysent et ajustent leurs pratiques ?

Question 12 : Selon vous, quelles peuvent être les répercussions sur le travail des soignants lorsqu'ils exercent dans un contexte où ils se sentent en difficulté ?

Relance : Avez-vous remarqué des impacts sur la manière dont les équipes travaillent lorsqu'elles font face à des situations perçues comme complexes ou inconfortables ?

Relance : Quand les soignants rencontrent des difficultés dans leur travail, cela a-t-il des conséquences sur leur manière de prendre en charge les patients ?

Relance : Dans ces situations, avez-vous observé des changements dans la manière dont les soignants analysent et ajustent leurs pratiques ?

Question 13 : Selon vous, quels sont les éléments fondamentaux qui structurent le travail des soignants en psychiatrie ?

Relance : Quels sont les repères essentiels qui permettent d'assurer une continuité et une cohérence dans les pratiques au sein de l'établissement ?

Relance : En quoi les compétences requises pour exercer en psychiatrie nécessitent-elles une approche particulière ?

Relance : Quels outils ou dispositifs permettent aux soignants d'avoir une bonne compréhension du cadre dans lequel ils exercent ?

Question 14 : Selon vous, quels éléments contribuent à la construction d'une équipe soignante efficace et soudée ?

Relance : Qu'est-ce qui permet d'assurer une bonne coordination et une cohérence des pratiques entre les équipes ?

Relance : Avez-vous observé des moments où les équipes prennent du recul sur leurs pratiques et échangent à ce sujet ? Comment cela se traduit-il ?

Relance : Quels sont les leviers qui, selon vous, permettent de maintenir une bonne dynamique d'équipe dans un établissement psychiatrique ?

Données contextuelles de l'interlocuteur : Pour mieux comprendre votre point de vue, pouvez-vous me préciser votre âge, votre ancienneté dans l'établissement ainsi que votre parcours professionnel ?

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	
GLOSSAIRE	
SOMMAIRE	
INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : DU CONSTAT A L'HYPOTHESE DE RECHERCHE	2
CHAPITRE 1 : CADRE CONTEXTUEL	3
I. Présentation générale du centre hospitalier	3
A. Une offre de soins diversifiée et adaptée	3
B. Partenariats et collaboration : un réseau au service des usagers	4
C. La démarche qualité : un levier d'amélioration continue	4
II. Analyse de situations professionnelles significatives	5
A. Téléphones portables et évolution des pratiques en psychiatrie	5
1. Description	5
2. Réflexion	7
B. L'accès aux casiers : entre autonomie et contrôle	8
1. Description	8
2. Réflexion	9
C. La question des accès aux chambres en unité spécialisée	10
1. Description	10
2. Réflexion	11
III. Questions soulevées par les situations observées	12
A. Elaboration de la question de départ	12
B. Formulation de la problématique	13
CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL	14
I. L'intégration des libertés individuelles en psychiatrie	14
A. De l'histoire aux enjeux actuels des libertés individuelles en psychiatrie	14
1. Histoire des libertés en psychiatrie : entre luttes et progrès	14
2. Lois et libertés : le socle juridique de la psychiatrie moderne	16
3. Respect des droits en psychiatrie : une mise en œuvre inégale	19
a. Un constat mitigé	19
b. Une amorce d'explication	20
4. Quand les libertés évoluent : conséquences pour la psychiatrie	22
a. Impacts sur les soignants	22
b. Impact sur les patients	24
B. Intégrer les libertés individuelles : une approche conceptuelle et pratique	26
1. Les fondements conceptuels de l'intégration des libertés individuelles	26

2.	Dynamique et processus d'intégration des libertés individuelles	28
3.	Les freins à l'intégration de libertés individuelles	30
4.	Accompagner le changement : le rôle des cadres de santé	32
II.	Le sentiment d'insécurité des soignants	35
A.	<i>Définition et enjeux du sentiment d'insécurité</i>	35
1.	Le "sentiment d'insécurité" des soignants dans le contexte des soins psychiatriques	35
2.	Identification des facteurs contribuant à ce sentiment	37
a.	Facteurs organisationnels	37
b.	Facteurs liés aux patients	39
c.	Facteurs institutionnels et environnementaux	40
B.	<i>Les impacts du sentiment d'insécurité sur les soignants</i>	41
1.	L'impact général du sentiment d'insécurité	41
a.	Les impacts individuels	41
b.	Les impacts sur les groupes et les collectifs	42
c.	Les enjeux sociétaux et éthiques	43
2.	Impact sur les soignants	45
a.	Impact sur la qualité de vie au travail	45
b.	Impact sur les pratiques	46
3.	Impact sur les patients	47
C.	<i>Stratégies de gestion du sentiment d'insécurité</i>	48
1.	Les approches institutionnelles pour atténuer ce sentiment	48
a.	Les politiques et cadres réglementaires	48
b.	La formation et la sensibilisation des professionnels	49
c.	Les dispositifs organisationnels et structurels	50
d.	Les actions de soutien et d'accompagnement des soignants	51
2.	Rôle des cadres de santé	52
III.	Influence du sentiment d'insécurité sur l'intégration des libertés individuelles	55
A.	<i>Une vision faussée du lien entre insécurité et libertés</i>	55
1.	Des restrictions contre-productives	55
2.	Des alternatives sécurisantes et respectueuses des droits	56
B.	<i>Les causes profondes de la logique sécuritaire</i>	57
1.	Une approche sécuritaire façonnée par le contexte institutionnel	57
2.	Le manque de réflexivité dans les pratiques quotidiennes	57
C.	<i>Vers un changement de paradigme possible</i>	59
1.	Le dilemme entre insécurité subjective et droits des patients	59
2.	Des leviers pour repenser les pratiques en psychiatrie	60
IV.	De la problématique à la l'hypothèse de recherche	62
PARTIE 2 : VERIFICATION DE L'HYPOTHESE DE RECHERCHE SUR LE TERRAIN		63
I.	Présentation de la méthodologie de l'enquête	64
A.	<i>La préparation de l'enquête</i>	64
1.	La construction du modèle d'analyse	64
2.	Les outils de l'enquête	65
3.	Le choix du lieu de l'enquête	65
4.	Le choix de la population enquêtée	66
5.	Les autorisations d'enquête	67

B.	<i>Le déroulement de l'enquête</i>	68
1.	La planification des entretiens	68
2.	Les conditions de réalisation des entretiens	68
3.	Les limites de l'enquête	69
4.	Méthodologie d'exploitation des résultats	70
II.	Présentation des résultats de l'enquête	71
A.	<i>Contexte de l'enquête</i>	71
1.	Présentation des lieux d'enquête	71
a.	CH1	71
b.	CH2	72
2.	Présentation des professionnels interviewés	73
B.	<i>Présentation et analyse des résultats</i>	74
1.	Objet de recherche n°1 : L'intégration des libertés individuelles dans les pratiques professionnelles	74
a.	Dimension n°1 : L'intégration	74
b.	Dimension n°2 : Les libertés individuelles	83
c.	Dimension n°3 : Les pratiques professionnelles	88
2.	Objet de recherche n°2 : l'insécurité subjective des soignants en psychiatrie	94
a.	Dimension n°5 : L'insécurité subjective	94
b.	Dimension n°6 : Les soignants en psychiatrie	103
C.	<i>Synthèse globale de l'enquête</i>	109
1.	Une hypothèse de recherche en grande partie confirmée	109
2.	L'identification d'un mécanisme de rétroaction	110
3.	Un contraste institutionnel significatif entre les deux établissements	111
	PARTIE 3 : DE L'ENQUETE DE TERRAIN AUX AXES D'AMELIORATION	112
I.	Présentation des axes d'amélioration	113
II.	Favoriser la réflexivité dans les pratiques soignantes	114
A.	<i>Développement de l'axe d'amélioration</i>	114
1.	Sensibiliser les professionnels aux enjeux liés aux libertés individuelles	115
a.	Organiser une journée de travail autour des libertés individuelles	115
b.	Constituer un groupe d'EPP centré sur les libertés individuelles	115
c.	Mettre en place des temps d'échanges encadrés entre soignants et patients	116
d.	Proposer une action de formation ciblée	116
2.	Créer des espaces propices à la remise en question des pratiques	117
a.	Mettre en place des Ateliers d'Analyse de Pratiques	117
b.	Mettre en place une "boîte à situations" dans l'unité	118
c.	Favoriser l'investissement des professionnels dans les groupes de réflexion institutionnels	118
3.	Favoriser l'inscription de la réflexivité dans le fonctionnement de l'unité	119
a.	Inscrire un temps réflexif dans les réunions d'équipe hebdomadaires	119
b.	Désigner un ou deux "référénts libertés" au sein de l'équipe	119
c.	Intégrer la question des libertés individuelles dans le projet de service	120
d.	Mettre en place un tableau de suivi qualitatif des évolutions de pratiques	120
4.	Mobiliser des expériences extérieures	121
a.	Recenser les expériences innovantes menées dans d'autres établissements	121
b.	Organiser un échange inter-établissement	121
c.	Valoriser en interne les retours d'expérience des professionnels	122

d.	Créer un partenariat avec une association d'utilisateurs	122
B.	<i>Evaluation des actions entreprises</i>	124
1.	Finalité et logique d'évaluation	124
2.	Méthodes et outils de recueil	124
3.	Critères d'évaluation et temporalité	125
CONCLUSION		126
BIBLIOGRAPHIE		127
A.	<i>Livres</i>	127
B.	<i>Périodiques</i>	128
C.	<i>Textes réglementaires</i>	130
D.	<i>Documents non publiés</i>	131
E.	<i>Sites web</i>	131
ANNEXES		136
<i>Annexe 1 : Analyse des rapports du CGLPL pour l'année 2023</i>		138
<i>Annexe 2 : Interviews d'acteurs institutionnels</i>		143
M. André Ferragne, secrétaire général du CGLPL		143
Mme Nicole Dubré-Chirat, députée de la 6 ^{ème} circonscription du Maine et Loire		157
UNAFAM, Mme X et Mme Y.		174
<i>Annexe 3 : Modèle d'analyse</i>		186
<i>Annexe 4 : Outils d'entretien</i>		191
TABLE DES MATIERES		199

IFCS CH de Pau
145 Avenue de Buros
64046 PAU Cedex

RESUME DU TRAVAIL DE RECHERCHE

Quand le sentiment d'insécurité dicte le soin : Libertés individuelles et pratiques en psychiatrie

Seffusatti Carolin

Promotion : 2024/2025 Filière : Infirmière

Ce travail de recherche explore un paradoxe contemporain : alors que les textes législatifs garantissent un haut niveau de protection des droits des patients, leur application en psychiatrie demeure inégale, souvent freinée par un facteur invisible mais puissant : le sentiment d'insécurité des soignants.

À partir de situations professionnelles vécues et d'une enquête de terrain menée auprès de professionnels de santé, ce mémoire interroge l'influence de cette insécurité subjective sur l'évolution des pratiques. Accès au téléphone portable, liberté de circulation, autonomie dans la gestion du quotidien... autant de droits encore trop souvent restreints par réflexe sécuritaire, malgré des résultats probants lorsque ces pratiques sont assouplies.

En articulant analyse conceptuelle, cadre législatif et réalité institutionnelle, ce travail met en lumière les logiques collectives et les freins implicites qui entravent l'intégration des libertés individuelles. Il montre que le manque de réflexivité professionnelle alimente le sentiment d'insécurité, limitant la capacité des soignants à adapter leurs pratiques.

Pour répondre à cet enjeu, ce mémoire identifie des leviers managériaux favorisant la réflexivité des équipes, condition essentielle à l'évolution des pratiques et à une meilleure appropriation des droits des patients.

Mots clefs : Libertés individuelles – Droits des patients – Réflexivité – Insécurité – Psychiatrie – Management – Cadre de santé

Nombre de pages : 126