

**Comment les personnes atteintes de troubles psychiques
vivent-elles les différentes mesures institutionnelles qui
leur sont imposées/proposées et quelles sont les
conséquences sur leur parcours de vie ?**

Réalisé par : Réhane Dubuis

Promotion : BAC ES 17 PT

Sous la direction de : David Pichonnaz

Expert : Thierry Gutknecht

Remerciements

Il est important pour moi de remercier toutes les personnes m'ayant aidée de façon directe ou indirecte à l'élaboration de mon travail de Bachelor. Je remercie tout particulièrement les personnes suivantes :

Monsieur David Pichonnaz pour son investissement, son soutien ainsi que sa disponibilité durant tout le processus de ma recherche.

Un tout grand merci aux trois personnes interrogées qui ont accepté de me consacrer une partie de leur temps pour témoigner et me partager leur parcours de vie avec confiance, sans lesquelles je n'aurais pu réaliser ce présent travail.

Je remercie également mon entourage pour leur soutien pendant ce cheminement, ainsi que mes relecteurs.

Finalement j'adresse un grand merci à tous les professionnels que j'ai rencontré durant mes trois ans de formation au sein de la HES-SO de Sierre et de Lausanne

Langage épïcène

Afin d'éviter l'alourdissement du texte, le langage épïcène ne sera pas utilisé dans ce travail. Les termes utilisés font donc référence aux deux genres.

Mentions Obligatoires

Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteurs par citation ou paraphrase sont clairement indiqués.

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure.

Réhane Dubuis

Mots clés

Troubles psychiques – Adultes – Mesures institutionnelles – Conséquences – Vécu

Résumé

Cette étude s'intéresse au vécu des mesures institutionnelles proposées/imposées aux adultes atteints de troubles psychiques.

Aujourd'hui, l'offre de prise en charge pour les personnes atteintes psychiquement est multiple. Les solutions d'accueil sont variées et dépendent des cantons (accueil de jour, hôpital psychiatrique, suivi ambulatoire, hébergement en institution spécialisée, etc.). L'un des objectifs de ce travail est donc de définir les buts et les limites de chacune des mesures pour ensuite comprendre les conséquences qu'elles ont eues/ont sur le parcours de vie des personnes concernées. Afin d'organiser ma recherche j'ai mis en évidence quatre mesures institutionnelles : les mesures psychiatriques, les mesures judiciaires, les mesures thérapeutiques ainsi que les mesures éducatives. Chacune comprend des sous-catégories.

Afin de pouvoir répondre à ma question de départ, j'ai dans un premier temps posé trois hypothèses. La première soutient l'idée que, les mesures comme l'enfermement ne sont pas adaptées aux personnes instables psychiquement car elles ne font que renforcer leurs angoisses, leur stress et leur insécurité. La seconde stipule que les mesures ambulatoires, éducatives et thérapeutiques peuvent être vécues comme autant voire plus contraignantes qu'une mesure répressive par les personnes concernées. Enfin, ma dernière hypothèse concerne le suivi psychiatrique quotidien qui, selon moi, est pesant pour les personnes autant physiquement que psychiquement. On verra d'ailleurs tout au long de mon travail qu'il n'existe pas de façon prédéfinie de vivre une prise en charge et que chaque personne a ses propres besoins qui influencent le vécu.

Pour aborder ce sujet complexe, j'ai articulé mon travail en cinq parties. La première définit le contexte de recherche. Elle relève la problématique en lien avec le travail social, la question de recherche et les hypothèses. Mes motivations personnelles à traiter ce sujet, quelques définitions et mes objectifs de travail y sont aussi énoncés.

La deuxième partie de mon document, concerne les concepts théoriques utilisés dans ce travail. J'ai construit mon cadre théorique à l'aide d'ouvrages m'ayant permis de cibler les objectifs ainsi que les limites de chaque mesure institutionnelle. J'ai ensuite présenté dans la partie méthodologique, les démarches entreprises pour le recueil de données, le déroulement de la collecte ainsi que le moyen d'analyse choisi.

La quatrième partie concerne le corps de ce travail. Dans le but de vérifier mes hypothèses de départ et de pouvoir répondre à ma question de recherche, j'ai rencontré trois messieurs qui, ont acceptés de me raconter leur histoire de vie et leur vécu face aux différentes mesures institutionnelles rencontrées. J'ai ensuite, analysé les entretiens réalisés et présenté les résultats de ma recherche.

Enfin, dans la dernière partie de mon travail, j'expose la réponse à ma question de recherche, la synthèse de mes objectifs, les limites et les difficultés rencontrées, certaines réflexions et questionnements, également l'envisagement de nouvelles perspectives d'actions et une brève conclusion.

Table des matières

Chapitre A : Contexte de recherche 5

1. Motivations et choix du thème.....	5
2. Lien avec le travail social	5
3. Introduction	6
4. Question de recherche.....	7
5. Définitions.....	7
6. Objectifs.....	7
6.1. Objectifs théoriques	8
6.2. Objectifs professionnels	8
6.3. Objectifs méthodologiques.....	8
6.4. Objectifs personnels	8
7. Hypothèses.....	8

Chapitre B : Cadre théorique10

1. Mesures institutionnelles.....	10
1.1. Mesures psychiatriques	10
1.1.1. Hospitalisation	10
1.1.2. Prise en charge ambulatoire.....	10
1.1.3. Médication	11
1.2. Mesures judiciaires	13
1.2.1. Expertise <i>psychiatrique</i>	13
1.2.2. Prison	14
1.2.3. Mesures thérapeutiques institutionnelles/Traitement des troubles mentaux.....	16
1.2.4. Placement à des fins d'assistance	17
1.3. Mesures thérapeutiques	19
1.3.1. Psychothérapies	19
1.3.2. Art Thérapie.....	19
1.3.3. Psychothérapie de groupe	20
1.3.4. Contraintes et biais thérapeutiques.....	20
1.4. Mesures éducatives.....	21
1.4.1. Mission de l'éducateur	21
1.4.2. Travail social et santé mentale.....	21
1.4.3. Travail en réseau	22
1.4.4. Les contraintes inhérentes à un placement.....	23
1.4.5. L'importance du cadre	24

Chapitre C : Méthodologie25

1. Terrain	25
2. Echantillonnage	25
3. Méthode de collecte.....	26
4. Limites méthodologiques	26
5. Enjeux éthiques	27
6. Méthode d'analyse.....	27

Chapitre D : Présentation des résultats28

1. Enfermer pour soigner ? (Hypothèse 1)	28
1.1. Vivre en prison : les conséquences de l'enfermement	28
1.2. Maladies psychiques en prison : une réalité ?.....	31
1.3. Synthèse de l'hypothèse.....	32
2. Toutes les prises en charge cachent -elles des contraintes ? (Hypothèse 2)	32
2.1. L'encadrement dans les prises en charge psychiatriques : Une mesure de contrainte ?.....	32
2.2. Les suivis thérapeutiques cachent-ils des contraintes ?.....	35
2.3. Des contraintes cachées mais pourtant réelles	37
2.4. Synthèse de l'hypothèse.....	40
3. Le suivi psychiatrique : plus d'effets indésirables que de bienfaits ? (Hypothèse 3)	41
3.1. Médication psychiatrique : un mal pour un bien quotidien ?	41
3.2. Hospitalisation en psychiatrie : période de transition contraignante mais nécessaire ?	44
3.3. Synthèse de l'hypothèse.....	46
4. Conclusion du chapitre	46

Chapitre E : Bilans, perspectives et conclusion.....48

1. Bilans.....	48
1.1. Objectifs théoriques	48
1.2. Objectifs professionnels.....	48
1.3. Objectifs méthodologiques.....	48
1.4. Objectifs personnels	49
1.5. Limites et difficultés rencontrées lors de l'écriture du travail de Bachelor	49
2. Réflexions et perspectives personnelles	49
3. Conclusion	50

Annexes52

1. Grille d'entretien.....	52
----------------------------	----

Bibliographie.....56

Chapitre A : Contexte de recherche

1. *Motivations et choix du thème*

C'est après mon expérience professionnelle effectuée auprès de personnes en souffrance psychique, que mon choix de travail de Bachelor (TB) s'est porté naturellement vers le vécu des personnes instables psychiquement face aux différentes mesures institutionnelles qui leur sont imposées/proposées.

Durant mon parcours de formation professionnel, j'ai appris à connaître un public fortement stigmatisé. En adoptant une posture bienveillante et professionnelle je suis passée au-delà des préjugés que je pouvais avoir à leurs égards pour aller à la rencontre d'êtres humains. Tout au long de mon expérience professionnelle, j'ai été sensible aux histoires de vie de chacun. J'abordais des sujets personnels avec bienveillance et respect. Il était important pour moi de veiller à considérer chaque personne que j'accompagnais dans sa singularité et dans le non-jugement. Aujourd'hui, je suis extrêmement reconnaissante de la richesse des échanges que j'ai pu avoir avec elles. Tout cela m'a donné envie d'y consacrer ma recherche dans le but de comprendre davantage ce que ces personnes vivent, ce par quoi elles sont passées et d'y recueillir leurs avis en leur donnant la parole, chose qui me tient particulièrement à cœur.

Au niveau professionnel, je souhaite développer de nouveaux savoirs et trouver réponses à mes nombreux questionnements. Je désire aussi, approfondir l'importance du travail social dans le champ de la santé mentale et ainsi comprendre les différents rôles et limites des professionnels intervenants auprès des personnes atteintes psychiquement. Dans ma pratique professionnelle future, je serai quotidiennement confrontée à des populations vulnérables, fragilisées, isolées, de plus en plus en instabilité psychique. Il est donc de ma responsabilité professionnelle, de lutter contre l'exclusion et de favoriser l'intégration des personnes en difficultés.

2. *Lien avec le travail social*

Aujourd'hui, les travailleurs sociaux (TS) interviennent dans le champ de la psychiatrie. La raison de cela, selon Marie-Lyne Roc (2013), est que depuis plusieurs années, les questions de santé mentale sont traitées sous un angle de réalité sociale. C'est ainsi, que la prise en charge des troubles psychiatriques a évolué sur un mode de collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle avec comme objectif le rétablissement et la qualité de vie des personnes.

La mission des éducateurs sociaux est d'accompagner au quotidien des êtres humains aux trajectoires de vie cabossées vers une meilleure insertion dans la société, tout en étant dans une perspective de rétablissement, de développement du pouvoir d'agir et de justice sociale (Roc, 2013). Etant donné que les pathologies psychiques ont de lourdes conséquences sur la vie quotidienne, les travailleurs sociaux sont des acteurs clés dans la prise en charge de ces personnes. D'autant plus qu'elles sont sujettes à une plus grande vulnérabilité aux différentes problématiques sociales comme le chômage, les dépendances, etc. (Quiroga-Schmidler, 2011).

Ces divers éléments démontrent bien la place centrale qu'occupe le travail social dans le champ de la santé mentale. Les travailleurs sociaux sont au premier rang des conséquences de la misère sociale sur la santé psychique des individus (Jaeger, 2012).

Le sujet des troubles psychiques intègre parfaitement le champ du travail social, c'est pourquoi, j'ai choisi d'y consacrer mon travail de Bachelor. Enfin, ma recherche me permettra de mieux appréhender le rôle et les limites des éducateurs sociaux dans l'accompagnement d'individu en souffrance psychique.

3. Introduction

Actuellement, la santé psychique est représentative de l'état de santé général car elle a un fort impact sur le bien-être et la qualité de vie. Les troubles psychiques sont caractéristiques de notre société moderne mais font partie des pathologies les plus handicapantes. D'autant plus qu'elles peuvent avoir de lourdes conséquences comme le suicide.

En Suisse, en 2012, près d'une personne sur six souffrait de troubles psychiatriques. Les coûts de ces pathologies dépasseraient les 7 milliards de francs par an (Bürli, Amstad, Schmucki, & Schibli, 2015). Dans leurs travaux Wittchen et Jacobi cités dans le rapport 72 de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) (2016) ont démontré que près d'une personne sur deux souffre de troubles psychiques, un jour ou l'autre. On peut donc penser que c'est un sujet qui concerne tout le monde car quiconque peut se retrouver en souffrance psychique à un moment donné de sa vie.

En ce qui concerne les mesures politiques dans le domaine de la santé mentale, le rapport : Santé psychique en Suisse – État des lieux et champs d'action (2015), conclut que la mise en place de mesures de santé psychique présente encore des déficiences dans toute la Suisse. Selon les auteurs, des interventions sont avant tout essentielles dans quatre champs d'action : 1) sensibilisation, déstigmatisation et information ; 2) réalisation d'actions dans les domaines de la promotion de la santé, la prévention et le dépistage précoce ; 3) sensibilisation et diffusion des bases scientifiques ; 4) structures et ressources. Cependant, « la Suisse dispose déjà d'une offre psychiatrique de qualité bien qu'il soit nécessaire de l'améliorer » (Shuler, Tuch, & Camenzind, 2016).

Actuellement, Il existe plusieurs formes de prise en charge des maladies psychiques comme la thérapie médicamenteuse et la psychothérapie dont l'objectif reste de guérir le patient ou d'affaiblir les symptômes afin de lui garantir une meilleure qualité de vie malgré la souffrance psychique. Au niveau cantonal, les solutions sont diverses pour accueillir des adultes en souffrance psychique. Selon le département des affaires sociales, le Valais propose 302 places d'hébergement en institution spécialisée et 46 places en accompagnement de journée. Dans le canton de Vaud, selon le service des assurances sociales et de l'hébergement, il existe 876 places en hébergement et 100 places en accueil de jour. À Fribourg, la direction de la santé des affaires sociales dit proposer 242 places en foyers, 349 en accueil de jour (Casciaro-boi, 2016). Tout cela nous montre qu'actuellement, il existe différentes façons de répondre aux nécessités psychiatriques et qu'en Suisse tout dépend du canton.

Une chose est sûre, ces personnes ont besoin d'un suivi particulier, adapté à leurs besoins. D'autant plus qu'elles peuvent représenter un danger autant pour elles-mêmes que pour autrui notamment en situation de crise (Gheorghiev, Raffray, & De Montleau, 2008). C'est ainsi que des personnes instables psychiquement, se sont vues imposées des mesures judiciaires comme l'enfermement, civile comme un placement à des fins d'assistance (PAFA), médicale ou encore une prise en charge éducative.

4. **Question de recherche**

A partir de là, je souhaite investiguer la question de recherche suivante :

**Comment les personnes atteintes de troubles psychiques
vivent-elles les différentes mesures institutionnelles qui leur
sont imposées/proposées et quelles sont les conséquences sur
leur parcours de vie ?**

5. **Définitions**

Troubles psychiques : Lorsqu'on parle de maladies psychiques, on fait référence à un modification/dégradation des émotions, de la pensée, du comportement et de l'assimilation/interprétation des événements. On peut aussi observer une altération de la conscience avec l'apparition de délires et d'hallucinations. Les capacités relationnelles ainsi que les performances sont entravées. Les troubles psychiques ont des conséquences négatives sur la qualité de vie et sur le quotidien. Les diagnostics les plus fréquents sont les troubles de la personnalité, les troubles schizophréniques, les troubles névrotiques et les troubles de l'humeur. Le double diagnostic est courant chez les personnes atteintes d'une maladie psychique notamment les dépendances ainsi que les maladies somatiques. Les troubles psychiatriques peuvent engendrer une invalidité si elles ne sont pas traitées adéquatement ou si elles sont diagnostiquées trop tard (Confédération Suisse, 2016).

Mesures institutionnelles : J'entends par mesures institutionnelles, toutes les mesures qui peuvent être proposées/ imposées à une personne, adulte, atteinte d'une maladie psychique. Dans les mesures institutionnelles on va retrouver :

- Les mesures psychiatriques qui regroupent l'hospitalisation, la prise en charge ambulatoire ainsi que la médication.
- Les mesures judiciaires qui comprennent les mesures ordonnées par la justice pénale (enfermement, mesures thérapeutiques institutionnelles/traitement des troubles mentaux) et celles ordonnées par la justice civile (placement à des fins d'assistance).
- Les mesures thérapeutiques qui contiennent les psychothérapies ainsi que les contraintes thérapeutiques.
- Les mesures éducatives avec en sous-thèmes, le champ du travail social, les contraintes inhérentes à un placement, l'importance du cadre et le travail en réseau.

Notion de vécu : En utilisant le terme « vécu » je cherche à comprendre en quoi, les mesures institutionnelles impactent les parcours de vie. Quelles sont celles qui les ont aidés à avancer ou non. Derrière cette notion se cache la perception, le point de vue, l'avis qu'ont les personnes sur les différentes mesures institutionnelles auxquelles elles ont été confrontées durant leur chemin. Le vécu est propre à chacun il est subjectif et deux personnes peuvent avoir la même mesure sans la vivre de la même manière. Le vécu appartient à l'expérience de vie de la personne, c'est quelque chose d'individuel. L'expérience vécue, en tant qu'acteur, est bien différente que celle vécue, en tant que spectateur.

6. **Objectifs**

Ce chapitre a pour but de mettre en lumière, les objectifs visés par la réalisation de ce travail de recherche. J'ai choisi de les organiser en quatre catégories distinctes, soit les objectifs théoriques, professionnels, méthodologiques et les objectifs personnels.

6.1. Objectifs théoriques

Au niveau théorique, par le biais de ce travail, je souhaite comprendre le fonctionnement de la justice actuelle mais aussi l'importance du suivi éducatif et médical auprès d'adultes présentant des pathologies psychiatriques.

J'ai aussi pour objectif théorique, de déterminer les buts et les limites de chacune de ces mesures institutionnelles.

Enfin, je souhaite accroître mes connaissances dans le champ de la psychiatrie et dans celui du travail social.

6.2. Objectifs professionnels

Au niveau professionnel, j'ai pour objectif de traiter un sujet qui m'interpelle et qui est, selon moi, trop peu pris en compte actuellement dans la pratique professionnelle afin de conscientiser les différents acteurs de la société.

Il est important pour moi, de comprendre le rôle et les limites des différentes professions qui peuvent intervenir auprès de ces personnes.

Enfin, par ce travail, je souhaite mieux appréhender la place du travail social auprès des personnes en souffrance psychique et l'importance du travail en réseau. Enfin, connaître ce qui est fait sur le terrain pour envisager de nouvelles pistes d'action.

6.3. Objectifs méthodologiques

Au niveau méthodologique, j'aimerais dans un premier temps, apprendre à mener un entretien.

Améliorer mes capacités d'écriture scientifique est un des objectifs de ce travail.

Enfin, une fois mon travail achevé, j'espère maîtriser les différents outils de recherche.

6.4. Objectifs personnels

J'ai pour objectif personnel dans ce travail, de laisser la parole aux personnes concernées en leur donnant l'opportunité de s'exprimer sur leur vécu. J'affectionne particulièrement cet objectif car le recueil de divers témoignages contribue autant à mon enrichissement personnel que professionnel. Je souhaite finalement, les écouter et récolter leurs avis sur les conséquences qu'ont/qu'ont eues ces différentes mesures.

Je souhaite aussi réussir à m'organiser pour un travail sur une longue durée. Respecter au mieux les délais fixés, m'autodiscipliner, garantir une certaine rigueur dans mon travail et anticiper seront pour moi des façons d'accomplir cet objectif.

Je souhaite enfin, apporter un éclaircissement à ma question de recherche.

7. Hypothèses

Ma première hypothèse est que **les mesures telles que l'enfermement ne font que renforcer les angoisses, le stress et l'insécurité des personnes en souffrance psychique**. C'est pourquoi j'aimerais vérifier si toutes les mesures proposées ont un impact sur le parcours de vie d'adultes présentant des troubles psychiques. Pour ma part, je pense que certaines réponses, comme la prison, n'influenceront pas le rapport à la criminalité que peuvent avoir les personnes atteintes psychiquement. De nombreuses études mettent en avant la dangerosité des individus présentant des troubles de la personnalité et leur disposition à une récidive après leur libération (Lamanda, 2008). En Suisse, un traitement institutionnel, article 59 du code pénal suisse (CPS), peut être ordonné si l'auteur souffre d'un trouble mental grave et que le juge estime que la peine privative de liberté ne suffira pas à empêcher l'auteur

de commettre de nouvelles infractions. L'internement ordinaire (article 64 CPS) représente uniquement une mesure de sécurité contrairement à l'article 59 CPS qui a pour objectif de traiter le trouble de l'auteur afin d'éviter une récidive et de le réinsérer dans la société (Office fédéral de la justice, 2017). Je pense donc que chez ces personnes, un suivi thérapeutique ainsi qu'une prise en charge éducative et médicalisée sont plus appropriés et auront plus d'impact qu'une peine privative de liberté qui n'est pas adaptée à leurs besoins. Enfermer des personnes instables psychiquement ne fait que renforcer leurs angoisses, leur stress et leur insécurité. Je me demande cependant, si une longue thérapie souvent forcée et inadaptée participe vraiment au progrès de l'état psychique de la personne concernée et à la sécurité collective ?

Ma deuxième hypothèse dit que **les mesures ambulatoires, éducatives et thérapeutiques, peuvent être vécues comme autant voire plus contraignantes qu'une mesure répressive par les personnes concernées**. Comme dit précédemment, je ne pense pas que la répression pure et dure fonctionne avec les troubles psychiatriques. *A contrario*, je pense que même dans des mesures dites éducatives, thérapeutiques on retrouve de la contrainte. J'image que peu importe la mesure mise en place, la personne ne se retrouve jamais totalement dans l'obligation ni totalement libre. Selon Guy Hardy (2012), l'aide contrainte regroupe toute situation où la personne fait une « demande d'aide » qui ne vient pas d'elle-même mais qui est ordonnée par un tiers ayant un quelconque pouvoir sur elle. L'auteur la décrit comme un système à trois acteurs : le mandant, le mandaté et l'objet du contrat. Toutes les institutions sociales ont un mandat, il y a donc forcément de l'aide contrainte qu'elle soit explicite ou implicite. Tout cela, me pousse à penser que certaines personnes peuvent vivre une mesure éducative et thérapeutique de la même façon qu'une mesure répressive. Je souhaite vérifier s'il n'existe vraiment pas de mesure sans contrainte et ainsi avoir le point de vue des usagers quant à cette notion et savoir comment la vivent-ils.

Ma dernière hypothèse stipule que **le suivi psychiatrique quotidien est pesant autant psychiquement que physiquement pour les personnes concernées**. Notamment, par la prise de psychotropes quotidiennes. Bien que les effets bénéfiques des médicaments soient multiples ; soulagement de la souffrance, lutte contre les symptômes positifs/négatifs de la pathologie, etc. les effets indésirables le sont tout autant : perte d'émotions, refus de contact, fatigue excessive, désintérêt, contractions musculaires, besoin de bouger sans cesse, sans oublier la prise de poids et l'augmentation du risque de troubles cardiaques (Dobrovetsky, Schilliger, Caria, & Loubières, 2016). L'ensemble de ces modifications psychiques et physiques peuvent donner l'impression aux patients d'être alors « animés » ou au contraire « desanimés » par la prise de traitement. Quoiqu'il en soit, prendre un traitement présente des risques qu'il ne faut pas prendre à la légère. Un suivi psychiatrique est nécessaire afin de s'assurer que le médicament convienne à la personne. D'autant plus que l'arrêt brutal de certains médicaments peut produire des effets appelés « rebonds » (Aubry, Berney, Besson, & Curtis, 2015). Tout cela peut être décourageant pour les personnes et leur donner le sentiment de ne « jamais aller bien » : La personne suit un traitement médical car elle ne va pas bien mais est confrontée à d'autres effets secondaires. De plus lorsqu'elle sera amenée à terminer son traitement elle devra peut-être à nouveau faire face à certains effets indésirables. Finalement, je pense que le suivi psychiatrique n'entraîne pas uniquement un lourd traitement médicamenteux mais qu'il peut aussi amener la personne à se faire hospitaliser en psychiatrie notamment.

Chapitre B : Cadre théorique

« Il existe infiniment plus d'hommes qui acceptent la civilisation en hypocrites que d'hommes vraiment et réellement civilisés ». Sigmund Freud

1. Mesures institutionnelles

1.1. Mesures psychiatriques

1.1.1. Hospitalisation

Comme dit précédemment, le double diagnostic est fréquent chez les personnes en souffrance psychique. Le risque d'hospitalisation n'est donc pas moindre. D'ailleurs, selon l'office fédéral de la statistique, en 2017, 65'948 personnes ont été hospitalisées en clinique psychiatrique en Suisse.

Le sens d'une hospitalisation en psychiatrie est double. D'une part, on retrouve l'aspect thérapeutique où la personne reçoit un traitement adapté à ses besoins ainsi qu'un suivi psychiatrique. D'autre part, le sens donné à l'hospitalisation est celui de la socialisation. L'hospitalisation offre une forme de « séjour » pour le patient, par le retrait organisé de sa situation habituelle et par son intégration dans un espace structuré. La place du « séjour » en hospitalisation est le lieu propice à l'instauration de relations sociales (Ogien & Toledo, 1986).

Selon Erving Goffman (1968), l'enjeu central d'une prise en charge psychiatrique est celui de faire accepter au patient une nouvelle perception de lui-même. L'auteur décrit l'hospitalisation comme le moment déterminant où l'individu se voit associé au statut de « malade mental ». Par mon expérience professionnelle, j'ai pu me rendre compte que cette association pouvait être vécue comme une honte ce qui pouvait affaiblir fortement l'estime de soi des patients. L'hospitalisation psychiatrique entraîne un processus de transformation totale de l'identité sociale d'un individu que Goffman (1968), appelle « carrière morale de malade mental », dont le moment déterminant est l'entrée ainsi que le séjour en hôpital. L'intervention psychiatrique établit une nouvelle version de l'histoire de vie du patient.

Il est vrai que, c'est souvent lors d'une hospitalisation qu'un diagnostic psychiatrique est posé. Cela peut rassurer les personnes qui avaient l'impression de ne pas être « normales » auparavant. Le fait de pouvoir expliquer certains comportements inappropriés, inadaptés par une maladie et non pas par de la folie peut être réconfortant.

Certaines pathologies psychiatriques comme la schizophrénie ou encore la bipolarité présentent un risque plus élevé d'abus de substances licites ou non (Sharif cité par Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale 2011). Les résultats d'une étude américaine réalisée en 2005, ont mis en avant que 54% des personnes en souffrance psychique souffraient de toxicomanie (Bradshaw et coll. cités par Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale 2011).

1.1.2. Prise en charge ambulatoire

Depuis plusieurs années, le domaine de la psychiatrie s'est recentré sur le champ des consultations ainsi que la prise en charge des personnes en vulnérabilité psychique de façon ambulatoire afin d'éviter leur hospitalisation (Brahmy, 2005/6). Selon le monitoring 2012 « la santé psychique en Suisse », en 2010, le nombre de patients traités en ambulatoire dans un cabinet de psychiatrie s'estimait à environ 340'000 par année.

Les structures ambulatoires proposent des soins médico-psychiatriques de base pour les personnes dans le besoin. Cette mesure convient particulièrement aux nouveaux malades et aux patients stabilisés avec une certaine autonomie pour les tâches du quotidien. Ces personnes sont souvent suivies par des médecins de famille ou des médecins-psychiatres. Des prestations d'aide à domicile peuvent être envisagées afin de les soutenir dans la vie quotidienne (Confédération Suisse, 2016).

Comme dit précédemment, un des buts de la prise en charge ambulatoire est d'éviter l'hospitalisation. Selon Alain Lesage (1996), la psychiatrie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation ayant pour but la désinstitutionalisation des personnes. Avec ce mode de prise en charge, la personne garde son lieu d'habitation tout en ayant un suivi approprié à ses besoins.

En Suisse, environ 120'000 personnes sont traitées par année, dans des structures de soins intermédiaires (centre de soins ambulatoire, clinique de jour, interventions à domicile) en raison de troubles psychiques (Rüesch cité par Confédération Suisse 2016).

Dans le rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin, la confédération Suisse décrit les soins intermédiaires de la sorte :

Les centres de soins ambulatoires offrent des services de consultations et de soins. Les équipes sont pluridisciplinaires, composées généralement de médecins, d'infirmiers, de psychologues, de thérapeutes et de travailleurs sociaux. Souvent, les centres de soins ambulatoires sont en lien avec les hôpitaux, les institutions de réadaptation, les centres médicaux-sociaux et les appartements protégés. Si le patient est dans le besoin de recevoir un traitement, un transfert en hôpital psychiatrique ou en clinique de jour sera envisagé.

Les cliniques de jour sont des institutions thérapeutiques destinées aux personnes atteintes de troubles psychiques qui peuvent compter sur un entourage social suffisamment stable. Les patients fréquentent ces lieux sur un temps limité et passent les weekends et les nuits chez eux. Comme pour les centres de soins ambulatoires, les équipes professionnelles sont pluridisciplinaires. Les cliniques de jour proposent des thérapies individuelles et en groupe.

Les interventions à domicile en Suisse se font par des « équipes mobiles » ou lors de « soins à domicile ». Les « équipes mobiles » interviennent sur le lieu de vie des personnes lors de situation de crise. Cette mesure peut être mise en place dans le but d'éviter une hospitalisation en psychiatrie. Les intervenants prêtent assistance aux personnes qui, en phase aiguë, ne sont plus en mesure de se procurer de l'aide par elles-mêmes. Les tâches faites lors de « soins à domicile » sont plus axées sur le long terme. L'accompagnant va se rendre chez la personne régulièrement afin d'identifier avec la personne concernée, les difficultés qu'elle rencontre dans son quotidien afin d'envisager un soutien.

1.1.3. Médication

Une des mesures principales de la psychiatrie est la médication. Beaucoup de personnes atteintes de troubles psychiatriques sont médicalisées. Un des objectifs du traitement est de soulager la souffrance en diminuant les désordres cognitifs et en permettant à la personne de reprendre contact avec la réalité. Selon McFarland, Gerety & Wasli (2005), la prise de médicaments permet au « malade » de pratiquer les activités de la vie quotidienne, d'avoir des relations interpersonnelles et ainsi de limiter les risques d'agressivité et d'auto-agressivité.

Les psychotropes

En psychiatrie, les médicaments utilisés sont les psychotropes qui agissent sur le fonctionnement psychique. Selon l'index Suisse des diagnostics (SDI), en 2008, 45% des troubles psychiatriques diagnostiqués étaient associés à une prescription d'au moins un psychotrope (Dreyer & Schuler, 2010). Il existe plusieurs catégories de psychotropes décrit par McFarland, Gerety & Wasli (2005) :

Les neuroleptiques traitent les psychoses (délires, manie, etc.). Ils apaisent et diminuent l'angoisse, l'agitation et l'agressivité. Ils ont un effet antipsychotique lors de délires et/ou d'hallucinations et améliorent le contact avec la réalité du patient.

Les anxiolytiques/tranquillisants réduisent voire soulagent l'anxiété, l'angoisse, les troubles phobiques fréquents dans les troubles psychiatriques. Dans cette catégorie on retrouve les somnifères, les antidépresseurs, etc.

Les antidépresseurs sont utilisés notamment lors d'états dépressifs, dans les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), les troubles de panique, les états de stress post-traumatique et lors d'anxiété généralisée. Ils agissent sur les neurotransmetteurs. Les antidépresseurs peuvent être associés à d'autres troubles psychiques (troubles anxieux, schizophrénie, etc.)

Les thymorégulateurs sont des médicaments pour stabiliser l'humeur et prévenir une éventuelle rechute dans un trouble bipolaire. Ils améliorent le fonctionnement global du patient.

Les effets secondaires

Selon Rodriguez Del Barrio, Corien & Poirel (2001), les effets secondaires et indésirables des psychotropes sont multiples : sécheresse de la bouche, prise de poids, diminution de la concentration, troubles de mémoire, constipation, troubles de la libido, passivité, fatigue, désintérêt, somnolence, refus de contact, etc. Les effets secondaires dépendent de chaque personne, ils ne sont pas les mêmes pour tout le monde. Certains peuvent être plus concernés par des effets indésirables que d'autres.

Certains médicaments peuvent provoquer un syndrome de type parkinsonien (rigidité, akinésie, tremblements). Cela amène alors le médecin-psychiatre à prescrire de nouveaux médicaments dits « correcteurs » afin de réduire ces effets secondaires. C'est ainsi que les personnes psychiatriquées peuvent se retrouver à prendre une grande quantité de médicaments ayant d'importants effets sur leur état psychique ainsi que sur leur apparence physique (Dreyer & Schuler, 2010).

La visibilité des effets secondaires stigmatise la personne et établit une distance avec le monde « normal ». Les médicaments censés aider les individus à s'intégrer dans la société, d'une part les handicapent en les entourant d'une aura de soupçons et les condamnent ainsi à leur isolement (Rodriguez Del Barrio, Corin, & Poirel, 2001). Ces modifications physiques comme le surpoids peuvent refléter une mauvaise image corporelle ce qui peut affaiblir l'estime de soi voir engendrer un rejet social (McIntyre et Konarski 2005 ; Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale 2011).

De nombreux auteurs ont démontré que les effets indésirables sur le quotidien et le futur des personnes concernées par la prise de psychotrope n'est pas assez considérée. Estroff (1998), a fait une étude dont le but était de s'intéresser en profondeur au point de vue des patients qui participaient à un programme de suivi psychiatrique intensif. Les résultats démontrent que de manière globale, l'idée de consommer « à vie » un traitement avec des effets secondaires, indésirables, donnaient aux concernés le message qu'ils n'iront « jamais bien », mais surtout qu'il faut accepter le statut de « malade mental, fou » avec tout le processus d'exclusion spécifique que cela implique.

Finalement, ces effets indésirables peuvent parfois devenir plus préoccupants que la pathologie elle-même et être à l'origine d'un abandon de traitement. Les personnes concernées sont alors exposées à un plus grand risque de rechute et d'hospitalisation (Baptista et coll. cités par Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale 2011). Aubry, Berney, Besson & Curtis (2015) parlent d'« effets rebonds » lors d'arrêt brutal de la médication psychiatrique. Cela peut provoquer des effets indésirables comme des symptômes psychotiques, maniaques, etc.

Une autre conséquence de la prise de psychotropes, peut être la dépendance. Les personnes avec une vulnérabilité psychiatrique y sont concernées car elles prennent souvent un nombre important de médicaments et cela de façon durable. De plus, elles peuvent être concernées par les anxiolytiques benzodiazépines connus pour leur dangerosité. La famille des benzodiazépines nécessite souvent une augmentation des doses pour la même efficacité ce qui peut engendrer un risque de dépendance sur le long terme (Lapeyre-Mestre, 2013).

L'insight

L'insight est un concept dans le domaine des troubles psychiques très complexe. C'est un terme anglais qui se traduit en français par « la conscience du trouble » (Jaafari, 2015). Bourgeois (2002), définit l'insight comme la capacité de voir la vraie nature de la situation et de faire des liens entre le trouble et les symptômes. Il s'agit selon l'auteur, d'une prise de conscience du trouble, de la nécessité du traitement, des signes et des symptômes de la maladie ainsi que des conséquences sociales. L'insight signifie enfin, la conscience est la perception de son propre trouble (Bourgeois, 2002).

Cette notion démontre l'importance pour les professionnels du champ de la santé mentale, d'avoir conscience de cette réalité pour faire prendre conscience à leurs tours, les bénéficiaires. Lorsqu'il n'y a pas assez de prise de conscience, la personne concernée est dans le déni et ne saura pas faire en sorte de prévenir une éventuelle rechute. *A contrario*, une trop grande conscience de la réalité peut être dangereuse pour elle car plus elle est consciente de ce qui lui arrive, plus elle risque de développer de l'anxiété et du stress ce qui peut l'empêcher de se projeter dans l'avenir. À partir de ce moment, la personne peut faire des tentatives de suicide ou se suicider.

Un des facteurs qui pourrait favoriser la rechute est la non-observance thérapeutique qui peut être liée à un manque d'insight : le fait que la personne n'ait pas conscience de son trouble, peut faire en sorte qu'elle ne prenne pas son traitement. *A contrario*, les personnes qui ont conscience d'être malade ont une bonne adhésion au traitement (De Sousa, Romo, Excoffier, & Guichard, 2011).

1.2. Mesures judiciaires

1.2.1. Expertise psychiatrique

D'après Delacrausaz et Gasser (2012), l'expertise psychiatrique occupe une place importante sur la scène pénale suisse. Aujourd'hui, il y a un bouleversement entre le jugement et le soin ce qui cause de riches débats autour des rapports entre la folie et l'infraction. Le rêve actuel du « risque zéro » laisse penser qu'il suffit de réaliser de bonnes expertises psychiatriques pour que les délinquants atteints psychiquement, bénéficient de soins appropriés et que les dangers de récidives diminuent. La logique actuelle est de soigner et responsabiliser les malades mentaux-délinquants plutôt que de les réprimander.

L'expertise psychiatrique est réalisée par un expert psychiatre qui répond à un mandat. L'examen a pour mission d'informer sur la présence d'un trouble mental, sa gravité, sa présence au moment des faits, son influence sur le comportement et sur la responsabilité pénale, vient ensuite la question du risque de récidive et des mesures susceptibles d'agir sur

la menace (Loup, 2018). Il est vrai que, l'expertise psychiatrique peut influencer fortement le jugement ainsi que le futur des personnes emprisonnées.

L'article 20 du CPS prévoit que l'autorité d'instruction / le juge puisse ordonner une expertise psychiatrique, s'il y a une raison importante de soupçonner la responsabilité de l'auteur. Par ailleurs, l'article 56 du CPS prévoit l'obligation d'une expertise dans les cas où le ministère public envisage des mesures thérapeutiques institutionnelles/traitement des troubles mentaux (art. 59 CPS), un traitement des addictions (art. 60 CPS), une mesure thérapeutique applicable aux jeunes adultes (art. 61 CPS), un traitement ambulatoire (art. 63 CPS) ou encore un internement (art. 64 CPS).

D'après le site humanrights (2017), au cours de l'exécution de la peine ou de la mesure, les autorités d'applications des peines peuvent solliciter les Commissions de dangerosité afin d'évaluer la dangerosité des auteurs d'infractions. Même si les Commissions de dangerosité n'émettent aucune décision mais uniquement des recommandations, elles ont un poids important dans les décisions. Dans le cadre d'une mesure thérapeutique, l'estimation de la dangerosité sert à (ré)évaluer le mode de détention choisi lors du jugement. Les conséquences peuvent être le maintien, l'allègement ou le durcissement du régime de privation de liberté. Elles peuvent également aboutir à un changement de sanction ayant des conséquences particulièrement lourdes (Les droits humains suisses, 2017).

Pour une personne, le fait d'être condamnée à des mesures thérapeutiques institutionnelles sur la base d'une expertise a de lourdes conséquences. En effet, la durée d'un traitement thérapeutique n'est pas limitée dans le temps. Bien que la loi prévoie que le traitement ne puisse excéder les cinq ans, sa prolongation est possible sous la demande de l'autorité d'exécution. Cela démontre le pouvoir des expertises sur l'avenir des jugés : il est probable que certaines personnes se retrouvent détenues au-delà de leur peine initiale établie (Les droits humains suisses, 2017).

1.2.2. Prison

Selon l'enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral citée par Section française de l'Observatoire international des prisons (2018), plus de 20% des personnes emprisonnées sont atteintes de troubles psychotiques dont 7,3% de schizophrénie, 7% de paranoïa et autres psychoses hallucinatoires chroniques. On parlerait donc de huit hommes sur dix qui présentent au moins un trouble psychique. La grande majorité en cumulent plusieurs parmi la dépression (40%), l'anxiété généralisée (33%) ou la névrose traumatique (20%). De plus, le taux des pathologies psychiatrique est dix fois plus grand en prison que dans la population en générale. Malheureusement, il s'agit d'un phénomène insuffisamment documenté puisque la seule enquête de grande ampleur date de 2004 et ne dit pas si ces troubles préexistaient déjà au moment de l'incarcération des personnes ou s'ils se sont développés derrière les barreaux.

La loi exige désormais que, les personnes malades psychiquement soient soignées mais dans la pratique ce n'est pas si simple. En Suisse, lorsque la police intervient lorsqu'il n'y a pas de crime elle peut au plus, emmener la personne déviante dans un établissement psychiatrique, avec la mise en place d'un placement à des fins d'assistance pour une durée maximum de six semaines. Cependant, après ce temps en hôpital, la personne se retrouve livrée à elle-même, sans forcément prendre ses médicaments, ni bénéficier d'un suivi thérapeutique et d'un accompagnement social. C'est ainsi que l'aggravation des symptômes et le risque de récidence sont quasiment garantis. Il ne reste alors plus que l'enfermement comme réponse (Barbato, Arduini, Staecheli, & Pont, 2019).

Finalement trop dangereux pour être hospitalisés en psychiatrie et trop malades pour rester en prison, la question des condamnés en souffrance psychique suscite de nombreuses

interrogations quant à la meilleure démarche pour qu'ils évitent la récidive tout en ayant conscience que la prison n'est pas la solution la plus adéquate pour favoriser la réhabilitation des délinquants en souffrance psychique (Barbato, Arduini, Staecheli, & Pont, 2019).

Aujourd'hui, le fait que des détenus atteints de maladies psychiatriques soient pris en charge dans une prison est choquant. Généralement, la prison endommage la santé psychique des détenus et cela encore plus pour les personnes atteintes psychiquement (Staecheli, Pont, & Gruber, 2018). C'est pourquoi, le code pénal suisse prévoit aujourd'hui des mesures thérapeutiques. Selon la loi (art. 56 CPS), une mesure est imposée si une peine ne peut écarter le risque que la personne commette d'autres infractions. Le but de la mesure est donc de soigner les malades psychiques afin de prévenir une récidive. Cependant, il existe encore de nombreux paradoxes entre la définition et l'application de ces mesures. Les patients contraints à une mesure thérapeutique ne devraient pas être placés dans les mêmes établissements que les détenus de droit commun mais dans des infrastructures spécialisées afin d'être suivis et accompagnés par du personnel qualifié. En revanche, un grand nombre de détenus soumis à l'article 59, se retrouvent en prison, sans psychothérapies par manque de places et de personnel qualifié (Staecheli, Pont, & Gruber, 2018). D'après l'office fédérale de la statistique, en 2014, 449 personnes condamnées à une mesure thérapeutique ont été placées dans un établissement pénitencier. Ce problème de manque de place ne s'applique pas uniquement aux délinquants sous mesure thérapeutique puisque certains détenus développent un trouble psychiatrique derrière les barreaux.

Selon Nicolas Queloz (2008), un des objectifs de la prison en Suisse est la « normalisation » de la vie en détention, qui devrait se rapprocher le plus possible du quotidien, de la vie « ordinaire ». Cependant, il est difficile pour les centres pénitenciers de garantir cet objectif avec des détenus souffrant de troubles mentaux qui seront certainement internés par la suite.

Les règles pénitentiaires européennes (2006) affirment quant à elles que, « les personnes souffrant de maladies mentales et dont l'état de santé est incompatible avec la détention en prison devraient être détenues dans un établissement spécialement conçu à cet effet » (règle 12.1).

Conditions d'incarcération

L'entrée en prison est certainement un des événements le plus susceptible de provoquer une souffrance psychique chez la personne.

Selon Laurencin (2015), l'enfermement peut être à l'origine de véritables traumatismes notamment liés aux conditions de détention. Rupture d'un certain « équilibre » de vie, manque de contact avec l'entourage, perte de repères environnementaux, professionnels et familiaux. Le manque d'intimité, la surveillance accrue, le confinement, la surpopulation et l'insalubrité rythment le quotidien derrière les barreaux. L'auteur ajoute que les repères temporels disparaissent puisque la gestion du temps en prison n'appartient pas aux détenus mais qu'elle est régie par de nombreuses contraintes de l'environnement comme les horaires d'ouverture des cellules, les repas, les promenades, les visites, etc. (Laurencin, 2015).

Selon le psychiatre Gérard Laurencin (2015), l'esprit est affecté en prison mais pas uniquement, le corps est lui aussi maltraité. Souvent, les prisonniers ont une mauvaise alimentation, manquent d'activités physiques et de sommeil et abusent de tabac ou d'autres substances qu'elles soient licites ou non. De plus, les détenus ont souvent des rapports de force entre eux ce qui renforcent le sentiment d'insécurité, la peur et la perte d'intégrité physique et psychique de la personne (Laurencin, 2015).

Les conditions actuelles d'incarcération peuvent aussi avoir des répercussions sur l'état mental des prisonniers qui n'avaient jamais auparavant été repérés comme

« malades psychiques ». Certaines personnes peuvent subir des bouffées délirantes aiguës. Il peut s'agir d'un épisode psychotique unique ou alors à une entrée dans la schizophrénie si la personne en refait d'autres (Brahmy, 2005/6). Pour les personnes déjà instables psychiquement, une fois dans le monde carcéral, leurs symptômes psychiques ne font qu'empirer, elles retombent alors plus facilement dans la spirale récidiviste. Par ailleurs, ces personnes qui adoptent des comportements socialement différents sont plus à risque d'être touchées que le reste de la population carcérale par des abus et des agressions. Tout cela contribue à la péjoration de leur état mental, déjà instable (Barbato, Arduini, Staecheli, & Pont, 2019).

Enfin, l'angoisse et l'attente du jugement, le souci pour l'entourage resté dehors parfois dans des situations difficiles (maladie, difficultés financières, etc.) mais aussi le manque de produits (drogues, médicaments) sont des raisons évoquées pour expliquer un passage à l'acte auto-agressif/ suicidaire (Gonin cité par Fernandez 2009).

1.2.3. Mesures thérapeutiques institutionnelles / Traitement des troubles mentaux

Selon le code pénal suisse, une mesure est ordonnée lorsqu'une peine seule, ne suffit pas pour écarter la personne concernée d'une récidive, lorsque la sécurité publique l'exige ou que l'auteur a besoin d'un traitement. Enfin, lorsque les conditions prévues aux art. 59 à 61, 63 ou 64 sont remplies. Pour ordonner une mesure, le juge se base sur une expertise psychiatrique qui détermine la nécessité et les chances de succès d'un traitement, la vraisemblance que l'auteur commette d'autres délits et sur la possibilité de faire exécuter la mesure. La mesure doit être exécutée dans un lieu séparé que les lieux d'exécution des peines. Il existe cinq mesures : traitement des troubles mentaux (art. 59), traitement des addictions (art.60), mesures applicables aux jeunes adultes (art.61), traitement ambulatoire (art.63) et l'internement (art.64).

Selon l'Office fédéral de la Statistique, état au 30.06.2013, en 2010 en Suisse, 92'964 personnes ont été condamnées pour crimes et délits. Sur ce chiffre, 725 personnes soit 0,78% des condamnations ont été condamnées à une mesure et non pas à une peine. La mesure la plus courante prononcée reste le traitement ambulatoire (art.63) suivi par le traitement institutionnel des addictions (art 60). Dans ce présent travail, les mesures thérapeutiques institutionnelles/traitement des troubles mentaux au sens de l'article 59 du CPS seront développé uniquement.

Comme dit précédemment, une expertise psychiatrique peut donner un tout autre sens à la peine privative de liberté d'un détenu. Le ministère peut envisager une mesure thérapeutique institutionnelle/ un traitement des troubles mentaux (art. 59 CPS) pour les personnes souffrant de troubles psychiques ayant commis un délit. Cette mesure peut être ordonnée lorsque l'auteur souffre d'un trouble mental grave et qu'il a commis un délit en lien avec ce trouble et s'il est à prévoir que cette mesure évitera une récidive. Le traitement institutionnel s'effectue alors, dans un établissement fermé, approprié. Il peut aussi être effectué dans un centre pénitencier dans la mesure où le traitement thérapeutique est assuré par du personnel qualifié. Il est possible que la mesure soit prolongée chaque cinq ans si une libération conditionnelle n'est pas envisageable (L'assemblée fédérale de la confédération Suisse, 1937).

La révisions du code pénal de 2007 a confirmé le système dualiste des sanctions avec d'un côté les peines et de l'autre les mesures thérapeutiques et de sureté. D'après Daniel Fink (2017), l'internement comme mesure de sécurité a quasiment disparu alors que la mesure thérapeutique stationnaire, qui a un fort caractère de sécurisation des personnes, a fortement augmentée. Il affirme en revanche qu'actuellement, les places de détention à

visée thérapeutique ne sont pas suffisantes pour répondre aux exigences du code pénal et au nombre de jugements.

Selon Hardy, Defays, De Hesselle & Gerrekens (2008), il existe aujourd'hui une diversification de l'action de la justice. C'est ainsi que des travailleurs psycho-médicosociaux se voient appelés pour participer au traitement alternatif/supplémentaire de la délinquance. L'injonction thérapeutique constitue un changement radical de l'activité de juger. Il ne suffit plus pour le juge de rappeler les conventions démocratiques et de contraindre une personne à des comportements spécifiques (payer une amende, emprisonner, restreindre la liberté d'action, etc.) il doit dès lors, obliger l'individu à se changer, à entrer dans un cheminement thérapeutique. Le juge décide alors que la personne doit se faire aider à changer. Selon Gravier (2010), la psychothérapie comme obligation présente le risque que le délinquant soit amené à recevoir un traitement qu'il ne souhaite pas.

Les conséquences de l'injonction thérapeutique pour Guy Hardy et al (2008), sont que les condamnés se retrouvent dans des situations doublement contraignantes. D'un côté pour se changer, il faut le vouloir et de l'autre, pour qu'une aide thérapeutique soit satisfaisante, il faut qu'elle soit voulue. Avec une mesure thérapeutique institutionnelle l'individu est mis face à un thérapeute et doit vouloir son soutien alors qu'il y est contraint. De plus, le contexte crée, rend la distinction impossible entre l'honnêteté d'une personne à vouloir se changer réellement et celle du condamné qui joue le jeu de vouloir se faire aider et changer pour avoir la paix.

De plus, l'adhérence au principe de thérapie sous contrainte amène implicitement la personne concernée à être piégée dans une démarche où, elle ne peut pas s'en sortir sans admettre les faits pour lesquels on l'a condamnée. Elle se retrouve alors soumise à énoncer la vérité de son délit en y apportant des preuves parfaites. Enfin, elle doit percevoir son acte comme symptomatique et problématique pour que la thérapie débute. L'injonction thérapeutique peut finalement, pousser les personnes contraintes à cette mesure à jouer qu'elles ne jouent pas un jeu. Autrement dit, à faire semblant qu'elles ne font pas semblant d'adhérer à la thérapie. Toute cette démarche de conscientisation de l'acte ne se fait pas lors de peines privatives de liberté (Hardy, Defays, De Hesselle, & Gerrekens, 2008).

Comme évoqué dans le point concernant l'expertise psychiatrique, une autre conséquence d'une mesure thérapeutique institutionnelle/traitement des troubles mentaux est la durée. D'après le code pénal suisse, la mesure institutionnelle ne peut excéder les cinq ans mais peut être prolongée dans le cas où les exigences d'une libération conditionnelle ne sont pas assemblées et qu'il est à pressentir que la tenue de la mesure dévierait l'auteur de nouveaux crimes/délits. Le juge peut alors ordonner le prolongement de la mesure de cinq ans à chaque fois. Il se peut alors, qu'une peine privative de liberté en centre pénitencier soit plus rapide qu'une mesure institutionnelle car la personne ne sait pas quand la mesure prendra fin (Les droits humains suisses, 2017). Gravier (2010) évoque aussi que l'injonction n'est qu'une forte incitation mais qu'un long chemin sera inévitable pour qu'une authentique démarche thérapeutique se mette en place.

1.2.4. Placement à des fins d'assistance

En suisse, il est possible d'hospitaliser une personne contre son gré. La mesure permettant cela est le placement à des fins d'assistance. Cependant, les admissions non volontaires sont strictement encadrées par la loi.

Selon Maryline Abt (2016), afin de pouvoir enfermer une personne à l'encontre de sa volonté dans une structure psychiatrique il faut que, la personne présente des manifestations et des troubles psychiques, que son état représente un grave danger pour autrui et/ou pour elle-même et qu'un traitement dans un établissement approprié soit jugé nécessaire. La confédération Suisse (2016) affirme qu'un PAFA peut être ordonné lorsque « l'assistance ou le traitement nécessaire ne peut (...) être fourni d'une autre manière » (art. 426 CC). Les mesures moins limitatives, telles que les traitements ambulatoires ou en cliniques de jour, doivent être entrevues en priorité, avant une hospitalisation imposée.

D'après le site de l'État du Valais, le placement à des fins d'assistance est une mesure de protection double. D'une part, il s'agit de la décision par laquelle une autorité peut placer/retenir un individu dans un établissement afin qu'il puisse recevoir l'assistance nécessaire à son état. D'autre part, il s'agit du statut juridique engendré par cette décision. L'objectif d'un PAFA est de protéger la personne et lui fournir les soins nécessaires de façon qu'elle puisse, dans la mesure du possible, retrouver son autonomie le plus rapidement possible.

Les pathologies psychiatriques telles que la schizophrénie et les troubles délirants sont souvent à l'origine de placements à des fins d'assistance. En 2016, 14'580 personnes ont été placées dans des établissements psychiatriques en Suisse. Ce nombre représentait soit 19, 7% des cas soignés en psychiatrie. La même année, le taux de PAFA était particulièrement élevé dans le canton de Vaud et le taux le plus bas était enregistré dans le canton du Valais (Schuler, Tuch, & Peter, 2018).

Le placement à des fins d'assistance est parmi toutes les mesures considérées dans le droit de protection de l'adulte, celle qui présente la plus grande restriction de liberté (Confédération Suisse, 2016). Lorsqu'un placement à des fins d'assistance est prononcé, la personne concernée peut se sentir livrée, impuissante, au bon vouloir d'autrui (pro infirmis, 2019).

Dans son travail de Bachelor, Maryline Abt (2016), démontre les conséquences pour les patients d'une hospitalisation psychiatrique forcée :

Tout d'abord, les patients interrogés décrivent l'hospitalisation comme une rupture, une déchirure qui vient bousculer leur parcours de vie. L'extraction de la manière qu'elle soit faite (ambulance, police, personnel soignant, etc.), donne le sentiment, selon les mots des patients, « d'être saisi et attrapé pour être emmené à l'hôpital ». Les patients interrogés mettent l'accent sur l'immédiateté et la rapidité.

L'incompréhension est alors grande pour les personnes qui l'ont vécu. De plus, souvent les personnes en souffrance psychique ne ressentent pas la nécessité d'une hospitalisation ce qui renforce le sentiment d'impuissance et d'injustice.

L'adaptation à la réglementation de la structure donne le sentiment de perte de contrôle de sa vie ce qui renforce le sentiment de surveillance constante. De plus, ces personnes ont le sentiment d'être « différentes » que ce soit par leur habillement et par le regard des autres.

L'auteure explique qu'il y a une grande confusion qui est faite par le patient entre la médecine et la justice. Il ne sait plus qui décide de son sort. De plus, il a l'impression d'être puni pour un crime qu'il n'a pas commis, ce qui peut provoquer un sentiment d'injustice, d'humiliation et de culpabilité.

Pour finir, les personnes concernées décrivent l'hospitalisation comme un poids lourd à porter pour des personnes vulnérables psychiquement d'une part par sa longueur mais aussi par les traitements qui leur sont infligés. Elle démontre enfin que, les ressentis face

à une hospitalisation en psychiatrie peuvent être multiples (colère, peur, humiliation, irrespect, etc.).

1.3. Mesures thérapeutiques

1.3.1. Psychothérapies

Kolatte (2013) définit la psychothérapie comme un traitement ayant pour but de soulager/soigner un trouble ou une maladie. Cette pratique se différencie des traitements psychiatriques basés sur des techniques physico-chimiques (stimulations électriques, médicaments, etc.) puisqu'elle utilise des méthodes d'interventions psychiques ou psychologiques. La psychothérapie est utilisée lors de troubles psychiatriques, souffrance émotionnelle, troubles somatiques ou encore lors de troubles du sommeil. L'auteure explique qu'elle peut se pratiquer sous différentes formes notamment en individuel, en groupe, en famille ou en couple. Il s'agit d'une méthode thérapeutique principalement verbale mais certaines psychothérapies sollicitent d'autres médiations notamment l'art-thérapie et la musicothérapie (Kolatte, 2013). Dans le CHUV Magazine d'hiver 2013, Jean-Nicolas Despland expliquait à Serge Mabillard, lors d'une interview, qu'en terme d'efficacité, le choix de l'approche psychothérapeutique n'a pas d'importance car les processus sont différents mais les résultats restent les mêmes. Il ajoute qu'il est très difficile de déterminer dès le départ du processus thérapeutique, quel traitement est le mieux adapté à quel patient (Maillard, 2013).

Il est fréquent aujourd'hui d'associer la psychothérapie aux traitements médicamenteux (Kolatte, 2013). D'ailleurs, différents travaux scientifiques ont démontré que pour le traitement des maladies psychiques bénéficier à la fois d'un traitement médicamenteux et suivre une psychothérapie est plus efficace que d'avoir accès à une approche exclusivement (Ishak, Ha, Kapitanski, Bagot & Fathy cités par Confédération Suisse 2016).

Actuellement, il existe une multitude d'approches utilisées en psychologie et particulièrement en psychothérapie. Le but visé peut être la modification de comportements inadéquats ou destructeurs, la diminution voire la disparition des symptômes et/ou la mise en évidence d'une problématique inconsciente qui se manifeste par divers symptômes qui perturbent le quotidien des personnes concernées (Kolatte, 2013).

Dans ce travail, l'art thérapie ainsi que la psychothérapie de groupe sont développées uniquement car il s'agit de traitements thérapeutiques connus, utilisés couramment avec des personnes en souffrance psychique, bien qu'il existe une multitude d'autres psychothérapies, sollicitées elles-aussi, dans le champ de la psychiatrie.

1.3.2. Art Thérapie

L'idée essentielle de l'art thérapie est le soin. Son but est d'engager par des techniques artistiques des modifications intrapsychiques chez les personnes. L'art thérapie permet à la personne d'exprimer différemment ce qu'elle aurait du mal à verbaliser avec des mots. Les buts sous-jacents de cette pratique sont donc, l'affirmation de soi, le bien être, l'éveil de la créativité, le lâcher-prise, la gestion des émotions, du stress, etc. (Experts Ooreka, 2007-2019). Chaque individu est accompagné dans sa particularité et sa singularité (Association professionnelle Suisse des art-thérapeutes, 2019). L'art thérapie est utilisée dans de nombreux champs d'action notamment dans le travail avec les délinquants et dans les hôpitaux psychiatriques.

1.3.3. Psychothérapie de groupe

D'après le site internet Ooreka santé, la psychothérapie de groupe est un mode de psychothérapie qui permet de prendre en compte un groupe de personnes souffrant de la même maladie ou la personne en souffrance et son entourage. La psychothérapie de groupe est souvent utilisée pour le traitement des troubles psychiatriques. Cette thérapie a pour but d'aider la personne à sortir de son isolement. Les échanges sont au centre dans ce mode de thérapie avec comme objectif de permettre à la personne concernée de prendre du recul sur sa situation en confrontant son expérience à celle des autres. Les bienfaits attendus sont l'augmentation de la confiance en soi, la prise de recul face à ses difficultés, l'écoute d'autrui, l'enrichissement personnel, la compréhension de son fonctionnement personnel, le soutien du groupe, une meilleure gestion des émotions et une affirmation de soi.

1.3.4. Contraintes et biais thérapeutiques

Bien que les conséquences attendues des différentes thérapies décrites précédemment devraient être positives, ayant toutes comme objectif primaire le soulagement de la souffrance. J'ai pu observer que parfois, le cheminement thérapeutique peut être vécu comme quelque chose de très éprouvant. La personne est sans cesse dans l'expression de sa souffrance ce qui peut être intrusif. De plus, comme évoqué plus haut, pour qu'une thérapie soit efficace, elle doit perdurer dans le temps, sans oublier que parfois la combinaison de plusieurs thérapies est nécessaire pour aider la personne à avancer. Tout cela peut demander un grand investissement personnel ainsi qu'un grand travail sur soi. Despland cité par Mabillard (2013) explique que dans toutes les thérapies, il existe des effets secondaires et que, quelle que soit la thérapie choisie, il s'agit d'un cheminement de longue haleine pouvant être éprouvant. Certaines psychothérapies peuvent par exemple, faire ressortir des souffrances du passé encore difficiles à aborder.

Selon Kolatte (2013), un point important de la psychothérapie est l'alliance thérapeutique qui va s'établir entre le thérapeute et le patient. Cette alliance est indispensable et représente le fondement du processus thérapeutique. Afin d'instaurer cette relation, il faut que la démarche psychothérapeutique soit volontaire. La qualité de l'alliance demande avant tout de bâtir un lien de confiance entre le professionnel et le patient (Kolatte, 2013).

La non-observance thérapeutique peut être un facteur qui biaise le travail psychothérapeutique. L'observance est désignée par l'adhésion au traitement, l'adéquation entre les recommandations du médecin et les comportements du patient en ce qui concerne, la présence aux rendez-vous, la médication, les examens complémentaires, les règles d'hygiène ou d'une psychothérapie (Haynes, Taylor Sackett cité par Corruble & Hardy (2003)). La maladie psychique est un facteur qui a un impact négatif sur l'observance. Selon Misdrahi & Baylé (2000), il existe plusieurs facteurs qui influencent l'observance thérapeutique comme l'efficacité ressentie du traitement, l'insight, l'information donnée au patient, la relation thérapeutique, etc. (Misdrahi & Baylé, 2000).

Dans son mémoire, Thierry LeBlond (2010) démontre que les attentes du patient face à une thérapie peuvent être en décalage avec la réalité d'une psychothérapie. Cela peut provoquer des surprises et des insatisfactions chez le patient. Mon expérience professionnelle m'a notamment démontré que, la durée d'une psychothérapie n'est pas préétablie dans le temps et qu'il y a plusieurs facteurs à prendre en compte comme le rythme du patient, sa personnalité, ses difficultés et ses besoins. Dans tous les cas, c'est un cheminement qui prend du temps. Il ne faut pas s'attendre à une efficacité instantanée mais faire preuve de patience car c'est après plusieurs rendez-vous seulement, que le patient pourra sentir l'efficacité de la psychothérapie. Malheureusement, cela peut être

décourageant et aller à l'encontre des attentes de la personne concernée ce qui pourra causer sa lassitude ou encore son abandon.

L'auteur ajoute que la préparation psychologique au changement peut être une variable, pouvant causer un abandon de suivi thérapeutique. La préparation psychologique au changement sous-entend la reconnaissance de la problématique et la motivation des personnes à aborder leurs difficultés au début de la psychothérapie. Enfin, selon LeBlond (2010), il semble probable que le fonctionnement interpersonnel, notamment la capacité d'être en relation, le type d'attachement et l'alliance thérapeutique peuvent déterminer la qualité de la participation du patient.

1.4. Mesures éducatives

1.4.1. Mission de l'éducateur

Selon Wacquez (2004), la mission de l'éducateur social est d'intervenir là où il y a de la souffrance, une déchirure avec l'ordre social, psychologique ou familial mais également là où il y a de la marginalité. Pour se faire, c'est dans le quotidien, à partir d'actions journalières, qu'il accompagne des personnes qui rencontrent des situations compliquées afin de leur redonner du pouvoir sur leurs vies.

Finalement, le travail prescrit de l'éducateur social est multiple. En revanche, c'est un travail de longue haleine qui se construit généralement sur du plus ou moins long terme. Il est important que le bénéficiaire puisse accorder sa confiance à l'éducateur afin qu'ils puissent avancer ensemble (Wacquez, 2004).

1.4.2. Travail social et santé mentale

Auparavant, tout problème de santé mentale appartenait au champ de la santé. Aujourd'hui, la réduction des lits en psychiatrie a pour objectif de miser sur l'ambulatoire, pour l'essentiel du traitement. L'hospitalisation ne couvre dès lors, que le moment de la crise. C'est ainsi que l'ensemble des problèmes liés à la question de santé mentale, c'est en partie déplacé sur les autres structures d'accueil et de soins (Jaeger, 2012).

De plus aujourd'hui, on assiste à des controverses médicamenteuses. On cherche à affiner la prescription de médicaments avec de lourds effets secondaires mais la procuration de psychotropes est facilement accessible pour soulager ses souffrances (Quiroga-Schmider, 2011).

C'est ainsi que les questions de santé mentale se sont ouvertes sur d'autres champs d'actions que ceux de la santé notamment dans celui du travail social.

Selon Dominique Quiroga-Schmider (2011), les problèmes quotidiens des personnes atteintes psychiquement restent considérablement les mêmes que pour les autres (absence d'emploi, addictions, isolement social, difficultés financières, etc.) bien qu'elles soient plus vulnérables. Accompagner des personnes aux parcours de vie « cabossés » vers une meilleure insertion sociale et qualité de vie reste une compétence centrale du travail social. Par leur formation, les travailleurs sociaux sont à même d'accompagner globalement un individu dans sa trajectoire de vie et dans ses difficultés. Leur objectif principal est d'aider les personnes accompagnées à tisser des liens et à développer ses ressources relationnelles, personnelles et sociales.

Dans le suivi des personnes instables psychiquement, c'est aux travailleurs sociaux et aux autres professionnels qui interviennent auprès de la personne de s'adapter pour aller à sa rencontre. Avec ces personnes encore plus qu'ailleurs, les intervenants doivent être capables de fabriquer du cousu main et de sortir du cadre (Quiroga-Schmider, 2011).

Selon Marcel Jaeger (2012), bien que les travailleurs sociaux soient aux premiers rangs des conséquences de la misère sociale sur la santé psychique des individus, ils ne peuvent pas gérer seuls des situations qui demandent de nombreux soins.

1.4.3. Travail en réseau

Il existe une multitude de méthodes de travail où diverses professions se croisent et collaborent dans la prise en charge du patient. Dans ce travail, uniquement le travail en réseau sera évoqué car selon Joëlle Mottint (2008), il s'agit d'une pratique très répandue.

Assistant socio-éducatif, éducateur social ES, maître socioprofessionnel, animateur socioculturel, assistant social, éducateur social HES, thérapeute et enseignant spécialisé peuvent être amenés à graviter autour d'une même personne en instabilité psychique. En revanche, comme dit précédemment, les travailleurs sociaux ne peuvent pas être les seuls à intervenir auprès de personnes qui ont besoin d'un accompagnement complexe à la fois médical et social.

Selon la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (2017), les personnes avec une maladie mentale ont besoin d'une souplesse dans l'accompagnement et besoin d'une prise en charge adaptée à leur état de santé. Selon Christiane Besson et Nicolas Pythoud (2011), le travail en réseau permet une meilleure connaissance des besoins de la personne. De plus, il consiste à recentrer les actions de plusieurs personnes sur l'utilisateur en souffrance. Le travail en réseau apporte une complémentarité indispensable au travail effectué auprès de cette population. Son défi est selon Dominique Quiroga-Schmider (2011), celui de garantir l'adéquation et l'efficacité, qui va se mesurer par la capacité des professionnels à broder ensemble, ce dont la personne accompagnée a besoin.

Actuellement, les travailleurs sociaux sont des partenaires spécifiques dans le champ de la santé mentale puisque ces questions ne sont plus régies uniquement par le domaine des soins (Jaeger, 2012). Selon Patrick Bantman (2004), On ne doit pas exclure la dimension sociale quand on travaille à l'hôpital comme on ne doit pas exclure la vie psychique quand la personne reçoit de l'aide dans un foyer. Les professionnels du social collaborent quotidiennement avec les professionnels de la santé mais aussi avec d'autres professions (Bergeron-Leclerc, Morin, Dallaire, & Cormier, 2019) car travailler en réseau permet de développer des collaborations dans le but de garantir la qualité des services face aux problèmes de plus en plus complexes des usagers. De plus, c'est un mode d'intervention qui permet aux individus les plus démunis d'accéder à leurs droits (Cabanel & Lungeri, 2005).

Malgré ses nombreuses vertus, le travail en réseau comprend aussi certains défauts. Franssen et al (2007), évoquent notamment les tensions qu'il peut y avoir entre les différentes professions. En effet, il peut être compliqué de concilier des regards croisés, des logiques d'intervention distinctes voire contradictoires et des priorités différentes. Les auteurs démontrent aussi que souvent, contrairement aux idées reçues, la pratique du travail en réseau peut représenter une juxtaposition des pratiques. De ce fait, chacun appréhende la situation de la personne avec sa culture professionnelle.

Selon Patrick Bantman (2004), le réseau remplit différentes fonctions. Pour l'auteur, la dimension relationnelle et affective est indispensable afin d'éviter le processus d'exclusion des personnes en souffrance mentale. Chaque intervenant a un rôle spécifique, ce qui nécessite une coordination rigoureuse dans l'ajustement des prises en charge. L'enjeu de tous les professionnels est de ne pas créer un réseau englobant tous les aspects de la vie de la personne accompagnée. L'intervention a pour but d'aider la personne à retrouver une place en tant que personne, de définir ses besoins et ses désirs et non à induire une dépendance (Bantman, 2004). Joëlle Mottint (2008), décrit un des risques liés au travail

en réseau comme celui de « faire à la place de, faire pour » qui peut émerger des professionnels. Cela pourrait avoir de lourdes conséquences pour des personnes vulnérables semblables à la baisse d'estime de soi, la dévalorisation de soi, perte de confiance en soi et en autrui, isolement, etc.

De plus, la frontière et les rôles des professionnels intervenants dans le réseau du patient peuvent être une limite dans le travail, à moins qu'ils ne soient bien définis. Patrick Bantman (2004) explique que cette notion de frontière est beaucoup discutée dans les institutions pour la poser et sur comment l'instaurer. D'autant plus dans le champ de la santé mentale où les prises en charge évoluent du sanitaire au social et du soin à la réinsertion. Si les institutions ne définissent pas clairement les rôles de chacun, l'individu peut se sentir perdu, ne pas savoir vers qui se tourner en cas de besoin, ne pas se sentir considéré ni écouté.

Enfin, le travail en réseau est une prise en charge complexe qui peut multiplier les espaces et les temps d'intervention. Cela peut rendre le suivi des situations difficile autant pour les acteurs que pour les usagers. D'autant plus que cette pratique peut encourager la circulation et la continuité des problèmes plutôt que la résolution. Malgré la bienveillance des professionnels, il peut y avoir une déresponsabilisation (Franssen, de Coninck, Cartuyvels, Vignes, & Van Campenhoudt, 2007). Les auteurs complètent en mettant en avant les soucis de communication, qu'il peut y avoir dans un réseau de professionnels notamment par soucis de confidentialité et par perte d'informations au moment de la transmission, ce qui peut biaiser la compréhension de certaines situations.

1.4.4. Les contraintes inhérentes à un placement

Guy Hardy (2012) développait le concept d'aide contrainte dans toutes les situations où la personne fait une « demande d'aide » qui ne vient pas d'elle-même mais qui est influencée/ordonnée par un tiers ayant un quelconque pouvoir sur elle. De plus, il la décrit comme un système à trois acteurs : le mandant, le mandaté et l'objet du contrat. Toutes les institutions sociales ont un mandat, il y a donc forcément de l'aide contrainte qu'elle soit explicite ou implicite. Quel que soit l'origine du placement, pénal, civil ou volontaire, il est rare que la demande d'aide vienne indépendamment de la personne concernée. C'est ainsi qu'on retrouve bien souvent dans les institutions sociales une part plus ou moins grande d'aide contrainte.

Comme l'explique Claire Pean (2017) dans son mémoire professionnel, lorsqu'une personne se fait institutionnaliser, elle va devoir s'accommoder aux règles institutionnelles. Cela peut être contraignant car certaines obligations ne sont pas en adéquation avec le fonctionnement passé de l'utilisateur. De plus, chaque institution a une structuration interne, des façons de faire et une organisation quotidienne ce qui demande un temps d'adaptation pour la personne qui ne partageait pas forcément ces façons de vivre. Dans la contrainte institutionnelle découle, la contrainte de la vie en collectivité où les personnes institutionnalisées n'ont pas le choix de cohabiter avec les autres résidents/professionnels de la structure.

Selon Pean (2017), lorsqu'il y a un placement cela renvoie à une séparation. La personne perd ses repères, le contact avec son entourage est diminué. Il y a forcément une déchirure avec la vie d'avant. La personne est soumise à des restrictions notamment des heures de rentrée et ne peut plus disposer de son temps en toute liberté. Il se peut que l'institution, en fonction du mandat, demande à voir les personnes qu'elle côtoie, etc. Toutes ces choses sont à la fois contraignantes et intrusives. La personne perd une part plus ou moins grande de son intimité.

1.4.5. L'importance du cadre

Nous avons vu dans un premier temps, que les règles d'une institution pouvaient être contraignantes d'autant plus lorsque leurs valeurs ne sont pas partagées par les personnes qui doivent s'y plier. En revanche, si ces règles sont imposées c'est avant tout pour permettre le vivre-ensemble dans un climat harmonieux et apaisant pour tous. C'est par le biais de règlements, de normes et de limites que le cadre se pose. Sans cadre, un climat déplaisant et de tensions peut s'instaurer (Chatelain, 2000).

Selon Chatelain (2000), les règles et le cadre, permettent la vie en collectivité. L'auteur ajoute que, pour que chacun puisse vivre en harmonie, il est essentiel et primordial d'y instaurer cela.

Comme évoqué plus haut, la mission de l'éducateur est d'accompagner au quotidien des personnes dans le besoin de soutien, des personnes marginalisées parfois même exclues afin de leur redonner leur place dans la collectivité. Le travail éducatif est donc au premier rang des dysfonctionnements. L'accompagnement se fait dans le quotidien et passe donc par la transmission de règles permettant le vivre ensemble dans de bonnes conditions.

Rappelons que, les manifestations des troubles psychiatriques se font de diverses façons. La schizophrénie se manifeste notamment par des hallucinations (fausses perceptions visuelles/auditives), idées délirantes (persécution, de grandeur, etc.), désorganisation du discours, de la pensée et du comportement (perte de cohérence et de logique), symptômes négatifs (retrait), troubles cognitifs (perte de mémoire, baisse de la capacité d'attention, d'apprentissage, etc.). Le trouble bipolaire quant à lui, par des épisodes maniaques (accrue d'énergie) et des épisodes dépressifs. La manifestation de certains troubles de la personnalité se fera notamment par des troubles de l'attachement et des relations, une impulsivité, des comportements à risque, addictions. Il existe d'autres troubles présentant d'autres symptômes cependant, une chose est certaine : peu importe le trouble, tous induisent un dysfonctionnement et une souffrance pouvant générer une situation d'handicap (CNSA, 2017).

En raison de leur pathologie, ces personnes peuvent se retrouver éparpillées sans repères, ce qui peut renforcer leur insécurité et leur instabilité psychique. C'est pourquoi, instaurer un cadre avec des règles établies leur permet de « naviguer » dans un contexte offrant des repères notamment par la répétition, structurant et sécurisant aidant la personne à se stabiliser. Cependant, il est important pour les professionnels de garder une certaine flexibilité dans le cadre de façon à répondre aux besoins de chacun (Direction générale de la Santé, 2005).

Chapitre C : Méthodologie

J'ai choisi de travailler dans une démarche de recherche hypothético-déductive qui est expliquée par Lièvre (2006) comme étant une démarche composée de trois temps : Tout d'abord, il y a l'élaboration d'une question de recherche, deuxièmement, la réponse à cette question sous forme d'hypothèse et pour finir la validation des propos basés sur des faits. Cette façon de faire me paraît judicieuse car elle me permet de confirmer ou non mes hypothèses de départ à partir des témoignages recueillis des personnes concernées par mon sujet d'étude.

1. Terrain

Concernant le terrain d'investigation, j'ai choisi de collaborer avec une institution qui accueille des personnes en souffrance psychique. Au sein de cette institution, les individus y sont placés volontairement, civilement ou pénalement. Les profils sont donc variés.

Collaborer avec cette institution est pour moi le meilleur moyen de récolter l'avis de personnes touchées par différentes pathologies psychiatriques, ayant été confrontée à différentes mesures institutionnelles.

Ayant comme mission de préserver l'anonymat des personnes qui ont accepté de témoigner, je ne divulguerai pas le nom de l'institution.

2. Echantillonnage

Pour mon travail, j'ai souhaité rencontrer des adultes en souffrance psychique qui accepteraient de me partager leur histoire. C'était important pour moi que les individus soient volontaires. De plus, je voulais qu'elles se sentent libres de répondre aux questions posées durant l'entretien.

Par le recueil de témoignages, je souhaitais comparer les vécus des différentes mesures institutionnelles qui leur ont été/ sont proposées/imposées et quelles conséquences elles ont pu/peuvent avoir sur leur parcours de vie.

J'ai finalement, eu l'opportunité d'échanger avec trois messieurs ayant des parcours différents. Il est clair qu'un échantillon aussi faible ne peut cependant pas être représentatif de la population. Pour des questions de confidentialité, j'ai choisi de les nommer Monsieur A., Monsieur B. et Monsieur C. De plus, les informations trop personnelles à leurs égards ne seront pas partagées dans ce travail, afin de ne pas rompre à leur anonymat. Voici un récapitulatif des profils des personnes interrogées.

Monsieur A. est âgé d'une trentaine d'années et souffre de schizophrénie. Il a vécu de façon indépendante durant plusieurs années, avec plusieurs hospitalisations liées à sa pathologie. Depuis huit ans, il est institutionnalisé sur le mode de volontariat. Monsieur A. s'est porté spontanément volontaire pour témoigner malgré ses craintes d'aborder certains sujets. Selon ses dires, c'était sa façon à lui de me remercier pour le travail que j'avais effectué auprès de lui au préalable.

Monsieur B. est âgé lui aussi d'une trentaine d'année et est diagnostiqué schizophrène. Durant son parcours, il a commis différents délits en lien avec sa pathologie qui lui ont valu plusieurs séjours en milieu pénitencier. Depuis sa majorité, Monsieur B. est institutionnalisé dans diverses institutions pouvant accueillir des personnes sous condamnation pénale. Aujourd'hui, il arrive en fin de parcours judiciaire.

Monsieur C. à la cinquantaine. Il a passé la majorité de sa vie de façon autonome, tout en étant suivi par un médecin-psychiatre de façon ambulatoire. C'est suite à un délit important commis en lien avec son trouble psychiatrique, que Monsieur C. s'est fait institutionnaliser. Dans un premier temps, l'hôpital psychiatrique puis, le milieu pénitencier pour enfin arriver au sein de l'institution en 2016, où il a été placé pénalement.

3. *Méthode de collecte*

Concernant ma méthode de récolte des données, j'ai opté pour des entretiens semi-directifs. Ce procédé m'a permis d'assurer un certain fil rouge dans les témoignages car ils étaient orientés par les questions que je posais.

En utilisant les entretiens comme outil de travail, j'ai pu aborder les personnes sous forme de discussion. Pour ne pas perdre l'objectif de ce travail et assurer une cohérence dans les échanges, je veillais à garder en tête le fil rouge du déroulement des entretiens.

La réalisation des entretiens était avant tout pour ma part, une expérience humaine et bienveillante avec des personnes ayant accepté de me raconter leur histoire. C'était pour moi, la méthode de collecte la plus riche autant à titre personnel que professionnel. Me retrouver si proche de ces personnes aux trajectoires de vie cabossées était une très belle opportunité pleine d'émotions m'ayant permis de récolter un grand nombre d'informations.

Pour la réalisation des entretiens, j'ai préparé une grille de questions divisées en sous-thèmes (voir annexes 1). Les questions pour chaque catégorie étaient relativement ouvertes afin de laisser aux personnes interrogées libre choix sur la quantité d'informations qu'ils souhaitent me partager. Je suis restée tout de même, attentive, à obtenir un nombre de réponse suffisantes pour l'analyse. Les questions ont été validées par mon Directeur de travail (DirTB) au préalable. Avec l'accord des personnes interrogées, j'ai enregistré les entretiens dans le but de ne pas entraver les témoignages par des prises de notes et que les propos soient retranscrits authentiquement et anonymement. De façon générale, les entretiens se sont très bien déroulés.

4. *Limites méthodologiques*

Je suis tout de même consciente que l'utilisation d'une telle méthode a des limites. Bien que les entretiens permettent une certaine adaptation et une certaine souplesse, le risque de s'égarer du sujet principal n'est pas moindre. Lors des différentes rencontres, il était primordial que je garde mes hypothèses de recherches en tête pour que je puisse recentrer les questions pour ne pas s'égarer du sujet principal.

Il est vrai aussi que l'entretien peut donner l'impression de quelque chose de très carré, très formel, ce qui pourrait « impressionner » les personnes interrogées et leur faire perdre toute spontanéité. Mes objectifs étaient donc de rassurer mes interlocuteurs, de les mettre à l'aise et de faire en sorte qu'ils n'aient pas peur. Pour éviter l'interrogatoire, j'avais mémorisé une partie des questions. J'ai aussi fait attention à ne pas utiliser la rhétorique du travail social.

Pour finir, j'avais conscience qu'il fallait que je trouve un équilibre entre l'idée de standardiser (objectivité) et de singulariser (subjectivité) mes entretiens. Tout en ayant une grille méthodologique très formelle, j'ai dû sortir un peu du cadre « scolaire » afin de mettre le focus sur la relation humaine et la rencontre.

Lors de mon analyse, j'ai fait attention à prendre en compte tous les biais rencontrés lors des entretiens dont les pathologies psychiques, les bruits, etc. qui ont pu influencer les réponses des personnes.

5. *Enjeux éthiques*

Lors de chaque rencontre, j'ai veillé à préserver leur anonymat ainsi que les données sensibles. Les personnes que je souhaitais rencontrer ont pu donner librement leur accord ou non pour la participation à la réalisation de mon travail de Bachelor. Elles ont également, eu la liberté d'interrompre en tout temps leur participation et ont reçu des informations précises concernant le déroulement des entretiens. Enfin, j'ai respecté la quantité d'informations qu'ils souhaitaient me donner. J'abordais les personnes interrogées dans le plus grand des respects, avec une grande bienveillance et un non-jugement. Je n'influçais aucune de leurs réponses.

Le fait d'avoir nourri ma pratique professionnelle auprès de personnes en souffrance psychique, m'a permis d'être plus à l'aise lors des entretiens. De plus, durant mon expérience, j'ai pu acquérir les connaissances de base concernant les différentes pathologies ce qui m'a permis d'anticiper.

Sur le terrain, je souhaité vraiment donner la parole aux bénéficiaires, trop souvent dans le silence, plutôt qu'aux professionnels. Considérer et prendre en compte l'avis de ceux et qui vivent les différentes mesures est pour ma part, plus objectif qu'un regard extérieur.

6. *Méthode d'analyse*

Plusieurs étapes m'ont été nécessaires pour arriver aux résultats de ma recherche. Après avoir effectué les trois entretiens avec les adultes en souffrance psychique, je les ai retranscrits. Avant de commencer à les analyser, j'ai relu mon cadre théorique afin d'avoir en tête les éléments importants et mes hypothèses. J'ai ensuite, relu les entretiens en ressortissant les choses qui me frappaient et je les ai triées par code couleur. J'ai finalement procédé à une analyse transversale me permettant la comparaison des propos entre les personnes interrogées et les différents concepts de mon cadre conceptuel.

Chapitre D : Présentation des résultats

L'objectif central de mon analyse est de tester mes hypothèses de départ en m'appuyant sur les propos de différents auteurs mais aussi sur les témoignages des personnes concernées. Les hypothèses émises au début de mon travail ont pu être analysées et discutées grâce aux entretiens réalisés et à mon cadre théorique. Les différentes thématiques ressorties m'ont aidé à structurer mon analyse.

1. *Enfermer pour soigner ? (Hypothèse 1)*

J'ai débuté mon travail de recherche avec comme première hypothèse : « **Les mesures telles que l'enfermement ne font que renforcer les angoisses, le stress et l'insécurité des personnes en souffrance psychique** ».

Différents auteurs mettent en avant l'idée que le besoin de soins psychiatriques est reconnu pour éviter la récidive chez les personnes malades-délinquantes. La loi exige actuellement que les personnes soient soignées pour éviter le schéma connu auparavant où les malades psychiques purgeaient leur peine en prison, sortaient et recommençaient aussitôt (Barbato, Arduini, Staecheli, & Pont, 2019). Pour ce faire, le Code pénal Suisse prévoit des mesures thérapeutiques pour les détenus présentant une pathologie psychique mais dans la réalité l'application n'est pas si simple.

Les entretiens que j'ai réalisés m'ont montré la complexité de l'application des mesures thérapeutiques. Monsieur B. a purgé un an et demi en détention préventive et quatre ans dans un centre de détention pour jeunes adultes, secteur 18-25 ans. Malgré, un trouble psychique avéré, Monsieur C. a effectué deux séjours en préventive. Le premier d'une durée de cinq mois et demi et le deuxième d'une semaine. Il ajoute avoir été « choqué » lors de son premier séjour car on lui avait parlé d'un séjour de dix jours et finalement le procureur a parlé de durée indéterminée. Monsieur A. n'est pas concerné par cette partie, n'ayant jamais été confronté à l'enfermement.

1.1. **Vivre en prison : les conséquences de l'enfermement**

Monsieur B. fait une distinction entre ses deux peines privatives de liberté qu'il n'a pas vécu de la même façon. Pour lui, la première année en centre de détention pour jeunes adultes était plus difficile car il ne pouvait pas sortir. Pour la décrire, il utilise des termes comme : « il faut s'adapter », « c'est l'année la plus difficile » « au début, je me comportais pas bien mais j'ai vite compris que si je voulais sortir et tout fallait que je fasse attention » « en fait, tu fais un maximum de trucs biens histoire que tu puisses sortir ». Monsieur B. a été marqué par son incarcération du fait qu'il ne pouvait pas sortir. Le manque de contact avec son entourage et l'extérieur était pour lui difficile à gérer. C'est d'ailleurs ce qui le motivait à adopter un bon comportement.

Les propos de Monsieur B. sont semblables à ceux de Monsieur C quant au déroulement des journées. Tous les deux partagent l'avis que le temps ne passe pas et que les journées sont longues. Monsieur C. affirme « tu peux rien faire (...) c'est terrible » « tu fais des abdos du sport mais ça t'occupes juste un moment (...) y a que la télé qui t'occupe sinon ». Monsieur B. est d'accord pour dire qu'en prison « tu passes ta vie à regarder la télé ou à dormir ».

Cela confirme l'idée du psychiatre Gérard Laurencin (2015) qui explique que les repères temporels disparaissent en prison puisque la gestion du temps n'appartient pas aux détenus et que les repères environnementaux (travail, entourage, etc.) qui rythment les journées à l'extérieure disparaissent.

Monsieur C. affirme « t'es coupé de tout (...) t'as pas de téléphone (...) pas de contact physique avec la famille, uniquement le parloir ». Il évoque aussi le fait de « voir les parents derrière la vitre c'est dur » et la contrainte de sortir qu'une heure dans la journée qui est pour lui, difficile. Monsieur B. complète : « le truc qui saoule c'est que t'a pas de contact avec l'extérieur ». Les propos relèvent bien la séparation causée par l'enfermement avec l'entourage, point évoqué avec importance dans les témoignages. Il s'agirait, selon leurs propos, de la chose la plus difficile. Monsieur C. globalise la notion de contact, il explique que ce n'est pas uniquement le manque de lien avec l'entourage mais d'un manque de contact généralisé. « C'est dur tu vois les gardiens uniquement le matin à la promenade et aux moments des repas », « l'absence de contact, de liens, le manque d'échange, un peu la solitude quoi ». Il affirme avoir moins bien vécu son deuxième séjour car il était seul en cellule « c'est vrai que là le temps est terrible ».

De plus, Monsieur C. évoque l'absence d'intimité et de vie privée « tu dois faire des demandes pour tout (...) toutes tes lettres sont lues ». Il avoue aussi avoir fait le tour des repas qui étaient servis et qu'en milieu carcéral, il manque de présence féminine qui apporte un peu de tendresse.

Lorsque Monsieur B. parle de la détention pour jeunes adultes il emploie des mots comme : « je ne me suis pas rendu compte », « j'ai des bons souvenirs », « on rigolait bien », « on faisait vraiment les fous », « on ne voyait pas le temps passer » « on était une bonne équipe », « il y avait toujours quelque chose qui se passait, on ne s'embêtait pas » « on faisait des billards, on regardait des films. Il explique aussi que si pour lui le temps passait relativement vite c'est parce qu'il sortait travailler tous les jours de 6h à 19h et les weekends il rentrait chez ses parents du vendredi 17h au dimanche 21h, à partir de sa deuxième année de placement. Cependant, une fois l'enregistrement coupé, il m'explique que les bons moments, comme il le dit, sont liés à une période de forte consommation. Consommer lui permettait d'oublier la réalité de l'enfermement autant en détention pour jeunes adultes qu'en préventive.

Malgré tout, durant ses deux peines privatives de liberté, Monsieur B. affirme avoir été « assez tendu » au vu des déséquilibres du contexte « c'est instable comme milieu, y a beaucoup de cas autour de toi, ça fait flipper (...) y a de la violence c'est un contexte stressant et angoissant (...) ça m'empêchait pas de dormir (...) mais tu sais pas ce qui peut se passer mais tu sais que les gens sont capables du pire et ça peut vite dégénérer pour un regard ou bien pour une histoire de clope ». Les propos de Monsieur C. vont dans ce sens. Il admet avoir été choqué et avoir eu peur de certaines scènes de violences auxquelles il a assisté notamment de la part de son co-détenu qui lui, ne supportait pas l'enfermement. Il dit aussi avoir été choqué du manque de tendresse de la part des matons « eux ils ne s'attendrissent pas, tu penses bien qu'ils en ont vus d'autres ». De plus, il raconte avoir vécu comme « angoissant les cris que je pouvais entendre parce que les détenus parlaient entre eux ça chahutait assez ». On peut se rendre compte aussi de cette violence lorsqu'il parle de son entrée en prison : « quand je suis arrivé on m'a fait une grosse fouille (...) j'étais la bête de zoo (...) tout le monde parlait du nouveau », « au début t'oses pas sortir en promenade (...) t'as la pétoche », « je mangeais même pas sur la table de la cellule, je mangeais dans mon coin, j'osais pas » « au début l'ambiance est glaciale », « t'es confronté aux clichés de la prison violence et trafic ».

Laurencin (2015) observe également que, les détenus entre eux ont souvent recours à la force, élément qui renforce le sentiment d'insécurité et la peur. Monsieur B. va quant à lui, beaucoup plus loin dans ses propos, il dit que les gens sont capables du pire et que tout est imprévisible. Les dires des deux personnes, démontrent que le niveau de violence rencontré dans le milieu est bel et bien réel. La présence de la violence a donc sur les détenus des effets négatifs qui ont toutes les chances d'être renforcés pour des personnes en situation de vulnérabilité psychique.

De plus, Laurencin (2015) ajoute que, l'enfermement peut avoir de lourdes conséquences sur les détenus aux vues des conditions d'incarcération. Il parle de rupture d'un certain équilibre de vie, d'absence de contact avec l'entourage et du manque d'intimité comme pouvant être à l'origine de véritables traumatismes. L'hypothèse de départ semble donc confirmée mais en réalité, la situation est beaucoup plus complexe et nuancée qu'elle n'y paraît à priori.

Malgré cela, durant ses cinq mois et demi d'emprisonnement Monsieur C. affirme avoir été dans son élément, « j'étais dans ma prison là et je ne risquais rien ». Il dit l'avoir vécu comme « un endroit sécurisant (...) j'étais tranquille, j'étais loin de tout, loin de cette vie qui m'angoissait où je trouvais plus ma place », « c'était un temps de repos, un temps d'apaisement qui me permettait de réfléchir sur ma vie, sur ce que je suis et ce que je veux », « j'étais d'un calme olympien ». Il met aussi l'accent sur le côté humain de la prison « y a eu des belles rencontres (...) j'avais un bon lien avec mon co-détenu (...) on se soutenait (...) on était dans la même galère ». Ses propos me rendent attentive au fait que la prison ne représente pas uniquement la notion de violence, de danger, de peur et d'insécurité. Son témoignage démontre que dans les prisons, il peut y avoir de belles personnes et que les gens peuvent y passer de bons moments. Cela me permet de mettre en avant une phrase évoquée par Monsieur C. lorsqu'il parlait de l'hôpital psychiatrique : « tu vois de belles personnes dans la difficulté de la vie ».

En revanche, je ne m'attendais absolument pas à ce qu'il le vive de cette façon et ses propos sont inverses à mon hypothèse de départ. Avant de commencer ce travail, j'étais persuadée que la prison n'était pas un lieu sécurisé, apaisant et adapté aux personnes instables psychiquement. Les propos de Monsieur C. démontrent ici le contraire. Pour lui, son séjour était sécurisant, apaisant et lui a permis de penser à lui. Se retrouver derrière les barreaux était pour lui adapté et répondait à son besoin de séparation avec la société. Son témoignage met en avant qu'il n'y a pas de façon préétablie de vivre un séjour en milieu pénitencier et que le vécu dépend de chacun. Monsieur C. en est la preuve. La littérature ne prend pas forcément en compte les liens qui peuvent naître entre les détenus et je pense que cela pourrait expliquer en partie le fait qu'il l'ait vécu positivement. De plus, selon Chatelain (2000), les règles et le cadre permettent le vivre-ensemble dans un climat apaisant. C'est donc en absence de cadre qu'un climat de tension peut s'instaurer. Enfin, en raison de leurs pathologies, ces personnes peuvent se retrouver éparpillées et sans repères ce qui peut renforcer leur insécurité et leur instabilité psychique. C'est pourquoi, instaurer un cadre avec des règles établies leur permet de « naviguer » dans un contexte offrant des repères notamment par la répétition, structurant et sécurisant l'aidant à se stabiliser. La prison est un contexte qui impose une prise en charge structurée, surveillée et encadrée régie par de nombreuses règles.

Gonin (cité par Fernandes 2009) explique que le comportement agressif/suicidaire en milieu pénitencier est un moyen de soulager la souffrance provoquée par le contexte. Étant donné que les conditions de vie derrière les barreaux génèrent souvent une souffrance psychique, il y a donc un lien entre ses comportements et l'enfermement. À ce propos, Monsieur B. dit s'être fait beaucoup de mal notamment lors de sa peine en préventive. « Je voulais me suicider », « c'était juste insupportable » « j'en pouvais plus d'être là, j'avais besoin de souffler un peu, de changer d'air (silence court) j'arrivais pas à rester enfermé, je voulais pas », « c'était vraiment l'enfermement que je supportais pas » « j'ai fait ça pour me faire hospitalisé deux/trois jours parce qu'être enfermé, j'aimais vraiment pas ». Les passages auto-agressifs/suicidaires l'aidaient à se sentir mieux ainsi que la consommation « je fumais des joints, je prenais des trucs aussi (rires) surtout que là-bas y a vraiment tout ce que tu veux », « ça te permet d'oublier ce que tu vis même que c'est pas bon mais sur le moment tu t'en fous, tu veux juste plus penser à ce que tu vis et ça te permet de supporter l'enfermement ». Les comportements agressifs – suicidaires sont bien la preuve que la prison fait du mal au psychisme des détenus.

Le témoignage de Monsieur B illustre à quel point la contrainte de l'enfermement est oppressante et angoissante et que les moyens mis en place afin de gérer l'insupportable sont les comportements auto-agressifs et la consommation.

Monsieur C. ne relate pas de comportements autos-agressifs ou suicidaires étant donné qu'il n'a pas si mal vécu l'enfermement, bien qu'il explique être entré en prison avec beaucoup d'appréhension et que ses débuts n'étaient pas faciles. Il affirme cependant « t'as toujours l'espoir de sortir (silence court) c'est cet espoir qui te tient debout sinon tu te foudrais en l'air bon tu arrives pas mais bon ».

1.2. Maladies psychiques en prison : une réalité ?

Monsieur B. pense avoir eu de réels soucis psychiques à sa sortie de prison liés à la routine du milieu carcéral (violence, incertitude, instabilité, peur, etc.). Monsieur C. quant à lui, ne pense pas avoir développé de nouvelles pathologies en lien avec son enfermement. Pour lui, ses séjours étaient trop courts.

Il est donc difficile de démontrer s'il existe réellement une corrélation entre la prison et le développement de pathologies psychiatriques. Cependant, mes recherches théoriques avaient démontré que le taux des troubles psychiatriques est vingt fois plus élevé en milieu carcéral que dans la population en général. Enfin, Brahmy (2005/6), soutient l'idée que les conditions d'incarcération peuvent avoir des conséquences sur le bien-être psychique des détenus qui n'avaient jamais souffert de maladies mentales auparavant. De façon générale, la littérature met en avant les effets négatifs du milieu carcéral mais dans certains cas, cela peut être atténué comme l'a démontré Monsieur C. notamment lors de bonnes ententes avec les autres détenus ou le besoin de séparation avec la société.

Selon Barbato, Arduini, Sraecheli, & Pont (2019), les détenus déjà instables psychiquement sont plus concernés par la péjoration de leur état mental mais pour Monsieur B. ça n'as pas été le cas. Je pense que cela dépend de nombreux facteurs.

Enfin, Monsieur B. raconte « moi je pense que si j'aurais été libéré à ma sortie de prison, je pense vraiment qu'actuellement je ferais que faire entrer prison dedans dehors (silence long) ouais j'aurais continué en balle ma consommation et aussi mes conneries ». Le cas de Monsieur B. confirme ce qui a été mis en avant dans l'étude de Quéloz (2008) en défendant l'idée que l'objectif de la prison est la normalisation et non pas le soin des personnes instables psychiquement. Il évoque que sans suivi thérapeutique, il aurait certainement récidivé. D'après Barbato, Arduini, Staecheli & Pont (2019), le risque de récidive est quasiment garanti pour les condamnés en souffrance psychique, en absence de traitement médicamenteux et d'un suivi thérapeutique et social.

Monsieur C. quant à lui, me dit spontanément « moi je l'avais dit que j'aurais mieux fait de finir ma peine en prison parce qu'avec l'article¹ on ne sait pas jusqu'à quand on aura et pis ouais mais on est quand même mieux comme ça qu'en prison malgré le temps que ça prend ». Monsieur C. évoque une des conséquences de la mesure thérapeutique institutionnelle, imposée suite à l'expertise psychiatrique. Selon Les Droits humains suisse (2017), la personne ne sait pas quand est-ce que sa mesure thérapeutique prendra fin, étant donné sa réévaluation possible, contrairement à une peine effectuée en milieu pénitencier. Enfin, ma pratique

¹ Monsieur B. et Monsieur C. ont tous les deux subi un examen psychiatrique. À la suite de cette expertise, leurs peines respectives ont pris une autre tournure. Ils se sont vu quitter le milieu pénitencier pour bénéficier d'une mesure thérapeutique institutionnelle au sens de l'article 59.2, mesure prévue pour les personnes souffrant de troubles psychiques ayant commis un délit en lien avec ce trouble. L'objectif visé de cette mesure est celui d'éviter une récidive de la part des personnes concernées (L'assemblée fédérale de la confédération suisse, 1937). Selon Delacrausaz et Gasser (2012), l'expertise occupe une place importante au niveau pénal.

professionnelle, m'a démontré qu'il était fréquent qu'une personne soit encore soumise à un article alors que sa peine privative de liberté sera terminée depuis un certain temps. Cela peut être décourageant pour les personnes concernées qui peuvent se dire qu'elles auraient mieux fait de purger la totalité de leur peine en prison pour être libérée à leur sortie.

1.3. Synthèse de l'hypothèse

Les conditions de vie en milieu pénitencier sont susceptibles d'entraîner des traumatismes chez les détenus. Perte de repères, rupture avec l'entourage, manque d'intimité, instabilité du milieu, rapports de force entre les détenus et le recours à la violence peuvent être angoissants et déstabilisants. Les comportements auto-agressifs et les abus de substances licites ou non sont d'ailleurs des façons de soulager la souffrance provoquée par le milieu. Cependant, comme l'a mis en avant l'analyse, être derrière les barreaux peut répondre au besoin d'encadrement des personnes instables psychiquement. Enfin, pour s'intéresser au vécu de l'enfermement des personnes atteintes psychiquement il faut prendre en compte une multitude de facteurs propices de l'influencer. Je peux donc affirmer que, les mesures telles que l'enfermement ne font pas que renforcer les angoisses, le stress et l'insécurité des personnes en souffrance psychique.

2. *Toutes les prises en charge cachent -elles des contraintes ?* (Hypothèse 2)

L'hypothèse deux de mon travail de recherche, était la suivante : « **Les mesures ambulatoires, éducatives et thérapeutiques, peuvent être vécues comme autant voire plus contraignantes qu'une mesure répressive par les personnes concernées** »

2.1. L'encadrement dans les prises en charge psychiatriques : Une mesure de contrainte ?

Monsieur A. fait directement le lien entre la notion d'encadrement et le suivi éducatif. Il décrit l'encadrement par l'action des professionnels de le « remettre sur la bonne voie » et de le « rassurer lorsque j'ai des moments de paniques, de stress ou quoique ce soit ». Quand je lui demande de me raconter comment il vit son suivi, il m'explique que cet « encadrement » lui a permis d'arrêter la drogue et qu'aujourd'hui, il se sent beaucoup mieux. Il me dit qu'il a aussi été bénéfique pour ses tentatives de suicide et pour ses fugues. La prise en charge éducative a entraîné selon lui, plusieurs changements dans son quotidien comme « tous les lundis on doit faire le test d'urine », « temps en temps ils viennent nous faire souffler dans un truc pour l'alcool, il y a des restrictions quoi (silence court), les sorties aussi (silence court) on a une heure par jour et deux le weekend je crois. », « ah oui et aussi on doit faire des feuilles de demande pour sortir les weekends. On doit les dire une semaine à l'avance ». Quand je lui demande comment il vit ces différentes choses il me dit qu'il se sent « grave surveillé tous les jours de 8h à 22h ».

Monsieur B. est suivi par des éducateurs depuis plus de dix ans. Il en a rencontré dans un premier temps dans un centre de détention pour mineurs. Depuis maintenant, plus de huit ans, la justice lui a imposé un suivi éducatif. Depuis lors, des éducateurs l'accompagnent dans son quotidien. Au fil des années son placement a évolué et le suivi éducatif s'est allégé. C'est avec beaucoup de recul et de prises de conscience qu'il me parle de ses nombreuses années passées auprès d'éducateurs sociaux. Dans l'ensemble ses propos sont semblables à ceux de Monsieur A., cela lui « a aidé à évoluer et à changer et à prendre de la maturité », « ça apporte du bien », « ça fait grandir », « les éducateurs sont des outils à prendre ». Il ajoute que le suivi éducatif « ça apporte de la confiance en soi et ça permet d'accepter la maladie et le traitement ». Cependant, cette vision positive sur le travail des éducateurs n'a pas toujours

été ainsi. Lors de notre rencontre, il m'explique que les premiers temps, il ne supportait pas qu'il y ait des gens qui lui disent quoi faire alors qu'ils ne le connaissaient pas. De ce fait Monsieur B. affirme avoir « tapé à fond dans le cadre avec eux ». Avec le temps, il me dit avoir tissé des bons liens avec les professionnels qui l'entourent et avoir établi des relations de confiance ce qui lui a permis de s'ouvrir. Pour Monsieur B. le lien est très important dans l'éducation. Il m'explique que ce sont « certaines personnes avec qui j'ai eu un très fort lien qui m'ont donné le déclic de changement et de m'ouvrir au suivi ». Les contraintes qu'il évoque sont semblables que celles abordées par Monsieur A., il parle de feuilles d'autorisation de sortie, d'alcotest, de prises d'urine, etc. Il ajoute en revanche tous les aspects en lien avec son placement pénal comme les demandes au juge. Il m'explique au début avoir très mal vécu cela. Il utilise les mots suivants « j'avais l'impression d'être soumis à des supérieurs (...) de devoir faire de la soumission (...) ça ne me dérangeait pas de le faire mais qu'on me demande de le faire je ne supportais pas (...) c'était vraiment relou ». Si son état d'esprit a changé aujourd'hui, selon ses dires, c'est parce qu'au début, il voyait tout ça comme contraignant mais qu'avec le temps il a pu y mettre du sens et comprendre que toutes ces choses permettaient aux gens de s'en sortir. Il ajoute cependant, que les gens doivent aussi se donner les moyens pour s'en sortir. Monsieur B. pense que s'il n'avait pas eu tout ce suivi autour de lui à sa sortie de prison il aurait certainement effectué d'autres séjours en milieu carcéral car sans cette prise en charge il aurait, selon lui, « continuer en balle la consommation et les conneries ». Il me raconte qu'au début, il stoppait sa consommation uniquement pour les prises d'urine et qu'il n'avait pas pour projet d'arrêter de consommer. Une fois, il me dit avoir décidé entièrement de lui-même d'arrêter toutes substances illicites et d'avoir fait un réel travail sur lui. Dès lors, il n'a plus eu envie d'y toucher et aujourd'hui il est à huit ans d'abstinence. En analysant les propos de Monsieur B., je remarque qu'ici on dirait que la mesure contraignante du test d'urine notamment, était sans effet pour lui, et c'est autre chose qui lui a permis de renoncer à la consommation. Avec le temps, le suivi de Monsieur B. s'est allégé, aujourd'hui, il dit se sentir beaucoup mieux, avoir retrouvé son intimité et avoir le sentiment « d'être dans la réalité, la normalité du monde extérieur avec juste quelqu'un qui te soutient (...) c'est la vie normale quoi (...) je vis comme toi sauf que j'ai un petit suivi de trois/quatre heures dans la semaine (...) je peux partir en vacances comme je veux, je peux inviter qui je veux dans mon appart et j'ai beaucoup moins de feuilles de demandes à faire ».

Depuis quatre ans maintenant, Monsieur C est suivi par des éducateurs. Son placement est en lien avec la justice. Il est également soumis à une décision judiciaire (article 59.2). Il dit se sentir bien, épaulé et que le fait d'être entouré d'éducateurs sociaux l'aide dans son parcours et que cela lui apporte une normalité de la vie. Pour lui, cette prise en charge est nécessaire et lui permet de « remettre les choses en ordre dans son parcours (...) de se remettre dans la vie active ». Comme Monsieur A. il me dit que les éducateurs sont là pour le soutenir et le réconforter. Il ajoute que c'est un échange d'humain à humain. Monsieur C., ne voit pas forcément le suivi éducatif comme quelque chose de contraignant, bien qu'il lui soit imposé, mais plutôt comme bénéfique et nécessaire.

Monsieur A. m'avoue avoir déjà quitté l'établissement subitement car « je n'en pouvais plus d'être ici (silence court) je voulais juste me barrer ». Monsieur B. évoque avec rire avoir eu de nombreuses fugues à son compte. Monsieur A. m'explique être revenu spontanément quand il ne savait pas où dormir, quand il faisait froid dehors et après avoir passé plusieurs jours difficiles sans manger. Si Monsieur B. quittait l'institution c'était avant tout pour aller consommer « j'allais, je partais, je partais consommer (silence court) surtout consommer en fait. Je partais deux trois jours pis je finissais par revenir (...) je me sentais bien mais pas vraiment en sécurité donc c'est pour ça que je consommais énormément (...) je revenais parce que j'avais la mesure pénale et je devais la tenir je ne pouvais pas quitter la ville du jour au

lendemain. Du coup, je revenais de mon plein-gré (silence court) ouais j'avais pas vraiment les moyens et l'envie de me barrer à l'étranger me cacher (rires) c'est un peu chiant quoi).

Peu importe l'origine du placement qu'il soit volontaire ou pénal, il présente des contraintes pour les personnes qui le vivent. L'institution impose un cadre de vie qui est plus au moins le même pour tous. Les interviewés ont mis en avant les contraintes institutionnelles auxquelles ils étaient sujets. Envie de quitter le cadre institutionnel imposé et de retrouver une part plus ou moins grande de liberté qui leur manquait est évoqué par les deux concernés. Cependant, une fois « libres », les deux ont partagé un sentiment d'insécurité causé par des conditions difficiles, le manque de confort et d'hygiène de vie qui passent aussi par la structuration des journées. On peut donc constater que l'absence de règles, de cadre, de limites et d'organisation quotidienne est déstabilisante voire angoissante pour des personnes psychologiquement instables. D'autant plus, qu'elles sont plus sujettes à un abus de substances (Sharif, cité par Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale (2011). Ils se peut que rentrer leur permettait de trouver un cadre sécurisant qui leur manquait durant leur périple mais aussi un lit, le chauffage et à manger qu'offrent l'institution. Ceci est précieux pour ces personnes, souvent sans ressources financières.

Monsieur C. n'a quant à lui, jamais été plus loin que son envie de partir d'ici. Il justifie cela en m'expliquant qu'il connaît les enjeux (fin de placement, retour en prison, changement de canton) et ce sont des choses qu'il ne souhaite pas. D'autant plus qu'ici il se sent bien et qu'il a sa famille à proximité.

Mon expérience auprès de personnes en souffrance psychique, m'a fait prendre conscience de l'importance du cadre. Proposer un rythme de vie structuré, permet aux personnes, souvent désorientées, de s'y retrouver et d'y être rassurées. C'est dans un endroit sûr, avec une routine de vie établie et des repères posés qu'elles vont pouvoir se stabiliser psychologiquement et progresser. Le cas de Monsieur B. montre bien cela : dans son parcours, il affirme avoir eu besoin de cette nouvelle hygiène de vie structurée marquée par de nombreux repères, pour ensuite y évoluer. Petit à petit, le cadre qui lui était proposé s'est élargi ainsi que son suivi allégé car il s'est stabilisé et a évolué. Pour Monsieur C., le cadre structuré et rigoureux qu'offrait la prison lui a permis d'être rassuré, de faire en sorte qu'il s'y sente bien, ce qui lui a permis de se stabiliser.

Avant d'être institutionnalisé Monsieur A. était en lien avec l'hôpital de jour où il était censé s'y rendre une fois par semaine en moyenne pour y rencontrer sa psychologue et son médecin-psychiatre. Selon Alain Lesage (1996), un suivi ambulatoire vise à éviter une hospitalisation. Il a pour objectif la désinstitutionnalisation des personnes en leur permettant de garder leur lieu d'habitation tout en ayant un suivi adapté à leurs besoins. La confédération Suisse (2016) soutient l'idée que les suivis ambulatoires conviennent particulièrement aux patients stabilisés avec une certaine autonomie concernant les tâches quotidiennes. Lorsque Monsieur A. parle de son suivi en ambulatoire, il affirme « J'avais vraiment la flemme, ça me faisait chier de voir des gens comme ça donc j'y allais pas souvent », « c'est un truc qui m'a vite saoulé (...) c'était obligatoire mais si tu venais pas c'était pas grave ». De plus, il complète en m'expliquant que son psychologue n'était pas adéquat « Le psy était nul chaque fois qu'il y avait un truc qui le dépassait ou qu'il comprenait pas hop il voulait je me fasse hospitaliser ». Il m'avoue que ce suivi était lorsque qu'il vivait en appartement tout seul et que c'était une période de sa vie où ses amis étaient très souvent chez lui, que parfois ils ne voulaient plus partir, qu'ils faisaient beaucoup la fête, rigolaient beaucoup, qu'ils se droguaient et buvaient énormément. Il ajoute finalement « quand j'y repense notre corps était vraiment là mais nos têtes elles étaient complètement ailleurs. Finalement, c'est pas ça la vie ».

Les propos de Monsieur A. démontrent l'importance du cadre et des limites : l'absence de rigueur dans le suivi, de règles clairement établies ainsi qu'une très grande liberté n'était pas bénéfique sur son bien-être, en tout cas pas à ce moment de sa vie où il était encore trop fragilisé pour fuir ses tentations et son ancien mode de vie caractérisé par une forte consommation de drogue, d'alcool et de fête avec ses amis. Je pense cependant, que l'hôpital de jour est une bonne alternative pour les personnes déjà stabilisées psychiquement et entrée dans une démarche de changement. Cela leur garantit une certaine part d'autonomie tout en ayant un suivi adapté à leurs besoins.

Monsieur C. me dit, dans un premier temps, avoir reçu l'obligation de trouver un médecin-psychiatre pour pouvoir quitter l'hôpital psychiatrique. Chose qu'il a faite. Il m'explique qu'il aimait bien son suivi ambulatoire car il lui permettait d'être à la maison et d'avoir quelqu'un qui gérait ses médicaments. Bien qu'il n'appréciait pas trop le travail de son médecin qui trouvait pas forcément adéquat « il restait en superficie de la thérapie et n'allait pas chercher dans le fond, dans l'enfance (...) dans les anomalies du passé », « c'était un psychiatre de la vieille école fin en plus il s'endormait quand je lui parlais (...) je me sentais vraiment ni écouté ni compris », il le caractérise « d'ange gardien » en expliquant qu'il veillait à son bien-être. Il était rassuré de le savoir là, sachant qu'il pouvait toujours l'hospitaliser lorsque ça n'allait plus. Cette prise en charge lui permettait de continuer de mener son petit train de vie quotidien tout en ayant des temps de pauses où il faisait le point sur son état avec son psychiatre. Monsieur B. n'a quant à lui, jamais bénéficié d'une prise en charge ambulatoire.

2.2. Les suivis thérapeutiques cachent-ils des contraintes ?

Monsieur A. est suivi depuis maintenant 8 ans par une des psychologues et l'art-thérapeute de l'institution. Il les rencontre à une fréquence d'une à deux fois par mois. Monsieur B. est suivi depuis 10 ans uniquement par une psychologue. Actuellement, il la rencontre une fois chaque deux semaines mais cela peut être adapté en fonction de sa demande. Quant à Monsieur C., il est suivi depuis quatre ans par une psychologue qu'il rencontre une fois par semaine. Il est aussi suivi par l'art-thérapeute depuis quatre ans. Il a rendez-vous avec elle une fois chaque deux semaines.

Dans un premier temps, mon expérience professionnelle passée, m'a rendu attentive au fait que le suivi thérapeutique, malgré ses nombreux bénéfices, pouvait être vécu de façon éprouvante. Tout d'abord, les suivis thérapeutiques se déroulent bien souvent sur plusieurs années, ce qui peut être long et répétitif pour les personnes concernées. De plus, telle qu'elle soit, la psychothérapie de façon générale, a pour objectif le soulagement de la souffrance afin de favoriser le bien-être mais cela peut passer par un grand travail à faire sur soi, par l'expression de sa souffrance. Ces choses peuvent donner le sentiment de ne jamais aller bien car la personne est souvent sollicitée pour parler de ses angoisses, ses difficultés, sa souffrance, etc. Despland cité par Mabillard (2013), illustre cela en expliquant que dans toutes les thérapies, il existe des effets secondaires et que quelle que soit la thérapie choisie, c'est un cheminement de longue haleine pouvant être éprouvant. Certaines psychothérapies peuvent par exemple, faire ressortir des souffrances du passé encore difficiles à en parler.

Monsieur A. illustre cela en expliquant avoir l'impression d'être « pris pour un con » lors des thérapies. Il me dit avoir le sentiment de devoir dire ce que tout le monde sait et que c'est très long. Il ajoute que cela demande beaucoup d'énergie ce qui est partagé par Monsieur B qui affirme « c'est assez répétitif dans les discussions (...) c'est quand même toujours les mêmes sujets qui reviennent (...) c'est fatigant et éprouvant de toujours devoir répéter ». Ce qui déplaît aussi à Monsieur B., c'est le fait de devoir toujours parler de ses problèmes. Il me dit qu'avec le temps les discussions avec sa psychologue se sont beaucoup ouvertes et qu'ils

n'échangent plus uniquement autour de ses soucis, chose qu'il apprécie beaucoup mais qu'au début ce n'était pas forcément le cas. Il évoque en plus, l'aspect financier des thérapies qui est selon lui élevé. « Le problème aussi c'est que c'est 290 balles la séance chez le psy (silence court) bon t'paies le 10% mais bon ça fait vite cher de la voir une fois par mois à 300 balles la séance (silence court) surtout si tu vas bien ». Monsieur A. ajoute qu'en art-thérapie il fait du yoga. Il ne voit pas réellement le sens à cette pratique : « c'est pour passer le temps », « ça ne change rien à comment je me sens ». Cependant, il trouve l'idée pas mal. Pour Monsieur C., l'art-thérapie est un bon complément au suivi de la psychologue. Pour lui, ce n'est pas du tout une obligation d'y aller au contraire il y prend du plaisir. Pour lui, c'est un endroit où vider son sac, un moment d'échange et de soulagement. Monsieur B., me dit n'avoir jamais été intéressé par les autres thérapies car « ça m'intéresse vraiment pas je trouve qu'on a déjà assez des trucs et ça fait un endroit en plus où faut raconter ta vie, travailler sur sois et tout oh non merci. ». Enfin, Pour Monsieur A., ses différents rendez-vous avec sa psychologue l'ont aidé à surmonter certaines phobies. Monsieur B. m'explique qu'avec sa psychologue il a fait un travail qui lui a permis d'accepter son passé, accepter sa maladie ainsi que son traitement et tout un travail autour de son orientation sexuelle. Il affirme « une fois que tout ça est rentré dans l'ordre, ma vie a changé ».

Monsieur A. et Monsieur C. me disent avoir déjà suivi une thérapie de groupe lors de leurs séjours en hôpital psychiatrique. Quand je demande « qu'est-ce que les thérapies de groupe t'ont apportées » Monsieur A. me répond spontanément « oh (silence court) c'était juste pour passer le temps je pense (silence court) parce que quelquefois si tu n'allais pas ils s'en foutaient. » Il ajoute que pour lui, il n'y avait aucun sens et « on demande de parler sur des trucs euh (silence court) qui sont des trucs privés quoi. Ici je parle avec ma psy parce que ça fait huit ans on se connaît, je sais ce que je peux dire et ce que je dois éviter de dire ». Il m'explique que pour lui, il faut établir un lien de confiance avec les thérapeutes et que ses séjours en hôpital étaient trop courts pour que la confiance soit là, ce qui ne lui donnait pas trop envie de raconter des choses qui selon ses dire « ne les regarde pas ». Selon Monsieur C., les thérapies de groupes ne sont pas évidentes car il faut prendre la parole, s'exprimer devant les personnes, ce qui n'est pas facile pour lui. Il m'avoue aussi que cela lui était imposé et qu'il n'avait donc pas eu le choix de s'y rendre d'autant plus que pour lui c'était intrusif car « on va chercher dans ta vie, tu as presque plus de secrets, tu es mis à nu mais ça c'est toutes les thérapies ». Les bienfaits de la psychothérapie de groupe décrits par le site internet Ooreka santé sont en opposition avec les propos des deux interviewés l'ayant expérimentée. Le site internet met en avant les bienfaits attendus comme étant l'augmentation de la confiance en soi, l'affirmation de soi, le soutien du groupe, etc. Monsieur A. et Monsieur C. quant à eux, disent ne pas avoir été forcément à l'aise de prendre la parole devant le groupe pour exprimer des choses à leur sujet qu'ils jugeaient trop personnelles. Ce décalage entre la notion théorique et la pratique pourrait être expliqué par le fait que ce n'est pas donné à tout le monde de s'exprimer face à un groupe et que cela se travaille avec le temps. Cependant, les séjours en hôpital psychiatrique, selon Monsieur B. sont relativement courts. Les personnes n'ont pas le temps d'établir un lien de confiance. Cela pourrait justifier le fait qu'ils ne se sentent pas à l'aise au moment des thérapies de groupe.

Monsieur B. et Monsieur C. sont tous les deux sous une condamnation pénale. Ils sont donc contraints d'accepter le soutien des professionnels qui leur est imposé. Quel paradoxe ! Selon Gravier (2010), la psychothérapie comme obligation présente le risque que le délinquant en souffrance psychique soit amené à recevoir un traitement qu'il ne souhaite pas. Ce qui représente de nombreux enjeux pour le thérapeute mandaté. Monsieur B. illustre ces propos en avouant avoir faire « semblant » dans un premier temps de vouloir changer notamment au niveau de sa consommation uniquement dans le but d'être épargné au moment des prises d'urine. Selon Guy Hardy et al (2008) la distinction entre le jeu et l'honnêteté de la personne

est impossible. Bien que Monsieur B. ait affirmé que lorsqu'il jouait le jeu cela se soit remarqué. De plus, les auteurs évoquent la double contrainte dans laquelle les personnes concernées se retrouvent : Pour se changer il faut le vouloir et pour qu'une mesure institutionnelle soit convaincante il faut qu'elle soit voulue. Or dans ce cas, l'individu y est contraint. Le cas de Monsieur B., confirme les analyses car la mesure thérapeutique institutionnelle a pris tout son sens du moment qu'il avait décidé d'entrer dans une démarche de changement volontaire. Gravier (2010) explique qu'un long chemin est inévitable pour qu'une authentique démarche se mette en place. De plus, une des conséquences d'une thérapie sous contrainte judiciaire est que l'individu ne sait pas quand cette mesure prendra fin étant donné qu'elle peut être prolongée (Les droits humains suisses, 2017). Monsieur C. met en évidence la durée de la mesure lorsqu'il évoque « J'aurais mieux fait de finir ma peine en prison parce qu'ici on ne sait pas jusqu'à quand on en aura ».

Pour finir, différents travaux scientifiques, ont mis en avant l'idée que pour le traitement des maladies psychiques, bénéficier d'un traitement médicamenteux et d'un suivi thérapeutique est plus efficace que d'avoir accès à l'un ou l'autre uniquement (Ishak, Ha, Kapitanski, Bagot & Fathy, cité par la confédération Suisse (2016)). Les méthodes sont complémentaires étant donné que les objectifs ne sont pas les mêmes. Un des buts de la médication est de diminuer les désordres cognitifs que rencontrent la personne et lui permettre de reprendre contact avec la réalité pour qu'elle puisse ainsi pratiquer les activités de la vie quotidienne, diminuer les risques d'agressivité et d'auto-agressivité et avoir des relations interpersonnelles (Kay McFarland, Kelchner Gerety, & L. Wasli, 2005). La psychothérapie va offrir l'opportunité à la personne en souffrance de prendre le temps de s'occuper d'elle avec l'aide de quelqu'un (aetpr, 2019). Pour Monsieur A., suivre uniquement des thérapies ne serait pas suffisant à son bien-être alors que seul le traitement lui suffirait. Monsieur B. explique qu'une thérapie est complémentaire à une prise en charge thérapeutique. Pour lui, il s'agit d'une autre approche, plutôt humaine qui peut faire du bien. Enfin, pour Monsieur C., le suivi thérapeutique est plus important que le suivi médicamenteux. Bien qu'il ait conscience que son traitement le maintient et quand sans ça, il bascule du côté sombre, il dit qu'avec le temps, il n'a plus conscience de ce qui lui apporte concrètement contrairement aux thérapies qui le soignent en profondeur.

2.3. Des contraintes cachées mais pourtant réelles

Monsieur A. est en placement volontaire, il n'est donc pas contraint par une instance judiciaire ou par une obligation de placement pourtant, dans son discours il évoque le fait d'en avoir marre et ses souhaits de quitter l'institution. Il explique aussi que son placement actuellement n'a plus de sens « quand on est au sommet de la pente, plus que grimper le sommet de la pente tu peux plus quoi ». Cette phrase résume bien ses mots utilisés pendant notre rencontre : « je commence à en avoir gros », « c'est bon, je suis prêt, je vais beaucoup mieux », « au début il avait du sens maintenant plus (*il sous-entend le suivi éducatif*) ». Lorsque je lui demande ce qui le retient il explique « bah ils me disent que je suis pas prêt que (silence court) ça ne va pas encore jouer tout de suite (silence court). Ils croient que je vais trop m'embêter seul à rien faire. ». Ses propos démontrent bien les contraintes bien souvent implicites d'un suivi éducatif belles et bien présentes même dans des placements volontaires. Monsieur A. a conscience du cadre et des contraintes qui lui sont infligés dans ce suivi mais il les accepte car il y met du sens derrière en disant que c'est pour son bien et en faisant confiance aux professionnels qui l'accompagnent maintenant depuis plusieurs années et qui le connaissent bien. Il ajoute qu'actuellement il a le sentiment d'être retenu ici car selon lui, les professionnels n'arrivent pas à faire en sorte que ça marche « comme s'ils veulent me garder à vie ». Il ajoute ne pas se sentir écouté « Je parle mais ils s'en foutent ». Concernant les prises de décisions concernant sa vie il me dit qu'il les prend mais que cela doit passer par tous ses référents pour ensuite arriver au patron. Joëlle Mottint (2008) explique que le « faire

à la place de, faire pour » peut émerger de la part des professionnels. Selon l'auteure, cela entraîne de lourdes conséquences pour les personnes vulnérables comme la dévalorisation de soi, la baisse d'estime de soi, l'isolement ainsi que la perte de confiance en soi et en autrui. Enfin, il m'avoue ne plus voir le but de son placement et ne pas comprendre ce que les différents professionnels pourraient lui apporter de plus. Même au niveau des ateliers il dit y avoir fait le tour. Monsieur A. met ici l'accent sur la durée du placement qui est devenue avec le temps contraignante.

Concernant son placement, Monsieur B. dit se sentir considéré par tous les professionnels notamment lorsqu'il donne son avis il a le sentiment d'être pris au sérieux. Il me dit que cela n'a pas toujours été le cas. Il explique cela par le fait qu'avant il mettait beaucoup les pieds au mur concernant le cadre et que finalement il a compris que cela était pour son bien alors il a commencé à subir en silence et m'explique que plus il le faisait plus le cadre s'ouvrait et que moins il subissait son placement. Il ajoute « je trouve vraiment qu'au début c'est relou parce que c'est eux qui prennent des décisions sur ma vie alors que tu te connais mieux qu'eux quoi. C'est blessant, humiliant parfois je te jure ouais c'est trop dur (silence court) je le vivais tellement mal ». Il explique que si ça a changé c'est dû à son évolution, à sa prise d'autonomie et que c'est aussi une histoire de confiance. « J'ai pu leur montrer de quoi j'étais capable et pis bah (silence court) petit à petit ils ont vu que ça se passait bien, que je partais sur un bon chemin et tout ce qui a fait qu'ils m'ont laissé choisir certaines choses ».

Monsieur C. me dit se sentir acteur de son placement et considéré. « Bon je suis acteur parce que les décisions viennent de moi et c'est moi qui peux faire changer les choses par mon comportement et par mon évolution (silence court) les professionnels ils me considèrent vraiment ». Quand je lui demande comment ça se passe lorsqu'une décision concernant sa vie doit être prise il me répond que c'est la justice qui s'en charge pour le moment. Il explique « c'est difficile, c'est un peu un retour en arrière un peu le temps où les parents décidaient pour toi ça revient un peu dans ça et j'ai plus 20 ans, j'ai quand même passé 40 ans alors tu vois pas les choses de la même façon donc c'est des fois un peu dur de se dire que les autres décident à ta place (silence court) avant je prenais les décisions sur ma vie et du jour au lendemain ça a basculé pis tu sens ça fin comment dire tu sens que ça va durer dans le temps parce que tu sens que si tu fais une erreur tu vas la payer cash. T'as plus le droit de péter de travers (silence court) t'as toujours ça qui te suis ».

La perte de responsabilité et de pouvoir d'agir sur sa propre vie est encore plus grande lorsqu'une personne est soumise à une instance judiciaire, puisque c'est celle-ci qui régit toutes les décisions principalement à la place de la personne. Il se peut que des personnes aient géré une grande partie de leur vie sans soucis et que du jour au lendemain ils n'aient plus leur mot à dire. Cela peut être très mal vécu, d'autant plus pour des adultes. Avoir quelqu'un qui prend les décisions concernant leur vie à leur place peut être vécu comme infantilisant, rabaissant, humiliant, honteux. D'autant plus que selon les dires des interrogés, personne ne le connaît autant qu'ils se connaissent eux-mêmes.

Claire Pean (2017), démontre dans son travail, les contraintes inhérentes à un placement. Elle explique que la personne qui se fait institutionnalisée va passer par une phase d'adaptation à son nouvel environnement. Elle évoque aussi la cohabitation forcée avec les autres personnes que ce soit les résidents ou les professionnels. Enfin, elle parle rupture avec la vie d'avant où la personne perd une part plus ou moins grande de son intimité. En allant dans le sens de l'auteure, je pense que l'entrée en institution, impose un certain nombre de contraintes. Organisation journalière, cohabitation avec les professionnels et les autres résidents, façons de faire institutionnelles, repas établis, règles et fonctionnements internes à la structure, etc. font que les personnes placées font constamment preuve d'adaptation. Cela peut être dévalorisant et frustrant de devoir changer, parfois radicalement, toutes ses manières de vivre

pour s'y plier aux obligations institutionnelles. Je pense que cela l'est encore plus pour les personnes adultes qui ont mené leur propre vie pendant de longues années sans être suivies et encadrées par divers professionnels.

Monsieur B. et Monsieur C. me disent tous les deux finalement s'habituer à ce qu'il se passe. Monsieur B. me dit qu'avec le temps, il s'y est fait au fait d'être suivi par des éducateurs et qu'aujourd'hui il le vit plutôt bien. Monsieur C. raconte « on s'habitue à tout, tu ne fais plus trop de cas, tu vois même plus ce qui se passe, t'essayes de mettre un peu de côté ».

Il se peut qu'ils subissent quelque part ce système car ils ont conscience qu'ils ne pourront de toute façon pas y échapper. Je pense cependant, qu'on ne s'y fait réellement jamais. D'autant plus, lorsqu'on a géré une grande partie de sa vie seul. En revanche, je pense qu'il est normal de s'y habituer car de toute façon ils n'ont pas le choix. C'est ainsi et ils le savent pourquoi. Mon expérience professionnelle me permet de penser que ces personnes subissent une forte pression des autorités pénales comme le dit Monsieur C. « Si tu fais une erreur tu vas payer cash, t'as plus le droit à péter de travers (silence court) t'as toujours ça qui te suit ». Donc quelque part, la prise en charge proposée par des éducateurs leur est imposée et ils ont plutôt intérêt à s'y faire car sinon ça va leur compliquer les choses. Cela me fait aussi réagir car il s'agit de personnes majeures ayant pour certains d'entre-deux en tout cas, réussi à gérer une grande partie de leur vie seule, sans quelqu'un qui leur dise comment faire. Il ne faut donc pas oublier tous les changements que leur placement entraîne ainsi que le peu de pouvoir d'agir sur leurs propres vies qui leur est laissé, d'autant pour Monsieur B. et Monsieur C., placés pénalement.

Les propos de Monsieur C. démontrent les conséquences sociales que peut entraîner une prise en charge telle qu'elle soit. L'interviewé explique que pour lui, c'est difficile de l'admettre vis-à-vis de son entourage « quand tu dis que tu es suivi par des éducateurs ça fait comme si t'étais encore un enfant ». Il avoue avoir le sentiment d'être infantilisé notamment du fait qu'il ne dispose pas d'une liberté totale, qu'il est « enfermé ici » et qu'il est soumis à un contrôle quotidien qui se traduit par des prises d'urine, des feuilles de demandes et des alco-tests. Il dit que cela lui procure de la haine envers le système et que c'est difficile à admettre que ça se passe ainsi et que toutes ces choses lui rappellent qu'il dépend clairement des éducateurs. Par contre, derrière toutes ces contraintes se cache selon lui, une certaine discipline, un certain ordre institutionnel qui assure que tout le monde soit « clean ». Il ajoute « je mets toujours une réserve parce que je me dis qu'ici on a un peu une vie artificielle loin des contraintes de la vie réelle et c'est ça qui me fait un peu peur. Est-ce qu'ils vont réellement nous armer pour retourner dans cette vie difficile parce que la vie à l'extérieure elle n'est pas évidente mais bon on verra en temps voulu. Après je pense que si on est bien dans la tête ça fait beaucoup ».

Les recherches à propos des conséquences sociales que peut entraîner un placement institutionnel sont peu nombreuses. Les propos de Monsieur C. démontrent pourtant bien qu'il n'est pas facile d'admettre d'être suivi par des professionnels d'autant plus lorsqu'on est adulte, « censé y arriver tout seul. Lorsqu'une personne est encadrée, cela renvoie facilement à la notion d'incapacité et de dépendance à autrui, ce qui est peut-être dévalorisant pour les personnes concernées. Cette perception plutôt négative des personnes suivies peut être à l'origine d'une baisse d'estime de soi, d'un sentiment de honte, de culpabilité, de rejet, de tristesse, etc. pouvant avoir de très lourdes conséquences comme dans le cas de Monsieur A., pouvant conduire jusqu'à des tentatives de suicide.

Enfin, actuellement les trois messieurs bénéficient d'une prise en charge interdisciplinaire. Psychologues, travailleurs sociaux, thérapeutes, infirmiers, maîtres socioprofessionnels (MSP), gravitent quotidiennement autour d'eux. Monsieur A. et Monsieur C. apprécient être

confrontés à différents professionnels au sein d'une même institution cependant pour Monsieur A. « qu'il y ait un chef je suis d'accord mais après un qui fait le chef de l'autre, qui fait le chef de l'autre, qui fait le chef de l'autres, au bout d'un moment, ceux qui sont MSP qu'on parle avec ils savent pas dire (silence court) exactement comment on est pour remonter au tout premier patron quoi ». Monsieur A. met en avant le fait que nombreux sont les professionnels qui gravitent autour de lui et que pour lui pas tous ont la légitimité d'affirmer comment il est où même de donner leur avis sur certaines situations le concernant.

Monsieur B. me dit avoir trouvé déstabilisant dans un premier temps d'être confronté à autant de professionnels différents. Il ajoute finalement « c'est les liens que tu crées (silence court), t'as le lien ou t'as pas le lien et tu vas vers ceux que tu as le lien ». Pour Monsieur B., la notion de lien passe devant la notion de référence lorsqu'il est confronté à plusieurs professionnels. Pour lui, c'est important de se tourner et de solliciter les personnes vers qui il y a une relation de confiance où vers qui il se sent bien quel que soit le champ professionnel. Kolatte (2013), met en lumière les propos de Monsieur B, en évoquant l'importance de l'alliance thérapeutique et du lien de confiance entre le professionnel et le bénéficiaire qui sont selon elle, les fondements du processus thérapeutique.

Tous les trois trouvent cependant les rôles de chaque intervenant bien définis et savent vers qui se tourner en cas de besoin. Monsieur A. met l'accent sur l'importance des références (psy, soins, éducateur, maîtres socioprofessionnels, etc.) qui sont pour lui, les personnes vers qui il se tourne. En revanche, il se peut que parfois les frontières entre les différentes professions intervenant auprès d'une même personne soient relativement floues. Partick Bantman (2004) explique que dans le champ de la santé mentale notamment où les prises en charges évoluent du sanitaire ou social et du soin à la réinsertion, il est central que le rôle de chacun soit bien défini pour que l'individu sache vers qui se tourner et ne se sente pas perdu, peu considéré et écouté.

2.4. Synthèse de l'hypothèse

Derrière chaque mesure il y a des contraintes qui seront plus ou moins bien vécues en fonction des personnes. Ce n'est pas parce qu'une mesure est ordonnée par une instance judiciaire qu'elle sera forcément plus contraignante et inversement. Peu importe la prise en charge, il y aura certainement une petite part d'aide contrainte, souvent inconsciente. Entrer en institution demande déjà de s'adapter au fonctionnement, de cohabiter et de s'accommoder aux règles institutionnelles. Toutes ces choses peuvent être contraignantes d'autant plus pour des adultes qui ont vécu leur propre vie durant de longues années. Auparavant, les prise en charge thérapeutiques et ambulatoires, quant à elles, bouleversent aussi les habitudes avec certaines obligations. C'est un investissement, un travail sur soi, un chemin de longue durée qui peut être éprouvant et par conséquent aussi contraignant. Mon hypothèse de départ « les mesures ambulatoires, éducatives et thérapeutiques, peuvent être vécues comme autant voire plus contraignantes qu'une mesure répressive par les personnes concernées » est donc confirmée.

3. *Le suivi psychiatrique : plus d'effets indésirables que de bienfaits ? (Hypothèse 3)*

La dernière hypothèse de mon travail de recherche était la suivante : « **Le suivi psychiatrique quotidien est pesant autant psychiquement que physiquement pour les personnes concernées** ».

3.1. Médication psychiatrique : un mal pour un bien quotidien ?

Monsieur A. est médiqué depuis huit ans, il explique qu'il a fallu environ trois ans pour arriver au bon dosage. En ce qui concerne Monsieur B., il suit un traitement médicamenteux depuis maintenant douze, treize ans. Une durée d'environ six ans était nécessaire pour trouver la bonne dose. Quant à Monsieur C, il prend des médicaments depuis 2010. Il affirme que son traitement est stable depuis cinq ans maintenant.

Monsieur A. et Monsieur B. ont été confronté à une grande fatigue dû à la prise de traitement quotidienne. « Fatigue intense », « t'arrives pas à te lever », « fatigue constante » « toujours assoupi », « tu peux dormir sur la table » (Monsieur A.), « ça fatigue beaucoup les médicaments », « c'est pénible parce que tu t'endors » (Monsieur B.). Monsieur A. ajoute avoir aussi été confronté à une perte de mémoire « Mais les médicaments y a ça aussi comme effets secondaires (silence court) y a qui nous font perdre la mémoire (silence court) quand je repense au taf que je faisais avant je me dis ça fout les chocottes de rien faire tomber ». Il me dit avoir vécu toutes ces choses difficilement mais qu'il pense que c'est un mal pour un bien. Quant à Monsieur B., il explique avoir souffert de vomissements, de palpitations cardiaques, de sauts d'humeur et de diarrhées. Il me dit aussi avoir été « coupé sexuellement », avoir eu le sentiment que « ça chauffe le cerveau ». Enfin, il complète en me disant avoir été beaucoup plus nerveux et avoir ressenti une forte angoisse. Pour Monsieur B., les effets secondaires d'un traitement sont uniquement la cause d'un mauvais dosage et qu'une fois la médication stabilisée, il n'y en aurait plus.

Comme l'expliquent Rodriguez Del Barrio, Corien & Poirel (2001), les effets secondaires sont multiples et chaque personne peut les vivre différemment. Les discours des trois interviewés ont mis l'accent sur la diversité des effets secondaires. Les auteurs ajoutaient que la visibilité de certains effets secondaire stigmatise et ces cachets censés aider la personne à s'intégrer peuvent la conduire à l'isolement. Monsieur A. et Monsieur B. parlent tous les deux de fatigue intense, de difficulté à se lever à être actif. Trop épuisés pour entretenir une vie sociale, entraîne une perte de contact avec l'extérieur et de participation à la vie sociale ce qui conduit petit à petit à un isolement.

Monsieur A. et Monsieur B. ont tous les deux subis une prise de poids relativement importante. Monsieur A. explique avoir pris une trentaine de kilos. « Avant j'étais un maigrichon, je pesais soixante, septante kilos maintenant je pèse nonante-quatre kilos, ça fait beaucoup ». Période vécue difficilement notamment en lien avec d'importants changements physiques qui ont fait que Monsieur B. dit s'être senti mal dans sa peau. Les modifications physiques expliquées par McIntyre et Konarski (cité par Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale 2011) comme le surpoids peuvent refléter une mauvaise image de son corps ce qui peut affaiblir l'estime de soi et causer un retrait social.

Malgré la multitude d'effets secondaires possibles, Monsieur A. me dit « on tombe malheureusement accro à ses médicaments (silence long) on s'y habitue c'est comme, c'est comme si on trichait un peu dans un jeu ». L'exploration de la littérature avait mis en avant qu'une des conséquences de la prise de médicaments pouvait être la dépendance et que les

personnes vulnérables psychiquement étaient concernées car généralement elles prennent un certain nombre de médicaments de façon durable (Lapeyre-Mestre, 2013). Les propos de l'auteure sont soutenus ici par le cas de Monsieur A. Quant aux aspects désagréables de la médication, Monsieur C. me dit dans un premier temps ne pas avoir rencontré d'effets secondaires si ce n'est quelques légers tremblements. Plus tard dans notre entretien, il me raconte que lors d'un de ses séjours en hôpital psychiatrique au moment où son traitement n'était pas stabilisé, il a été « sous l'emprise des médocs », que les professionnels « ont fait les apprentis chimistes sur moi (...) j'étais comme un légume car ils ont fait chuter mon état physique et psychique », « aucune discussion n'était possible, j'étais dans le cirage ». Monsieur A. ajoute « ah oui moi j'en ai vraiment besoin de ces trucs (silence court) j'aurais une vie invivable si j'aurais pas ça ».

Malgré tous les effets indésirables, tous partagent le même avis sur l'importance de la médication sur leur bien-être. Monsieur B. dit que le traitement l'apaise dans sa tête et dans sa vie, lui permet de travailler et de mener une vie, selon lui, normale. Il ajoute « ça me fait du bien quoi (silence court) si j'aurais pas ça, je serai pas bien » en précisant que s'il ne prend pas son traitement, il n'a pas la même vie qu'actuellement. Monsieur A. explique avoir vraiment besoin de la médication et que cela lui permet de vivre « j'aurais une vie invivable si j'aurais pas ça ». Selon lui, les médicaments apaisent sa haine, ses rages et ses angoisses. Il prend l'exemple « si on est harcelé de voix, qu'on ne sait plus où se mettre ça va pas enlever mais calmer ». Pour Monsieur C., ses médicaments lui enlèvent un peu les idées négatives de sa tête et l'empêchent de sombrer dans la dépression, dans ses idées noires et dans ses envies de suicide. Il dit que sans médicaments, il peut basculer dans le côté sombre de sa personnalité et qu'il l'a déjà testé. Pour lui, le sens de son traitement quotidien est le maintien d'un équilibre au niveau de ses pensées.

Malgré les divers effets secondaires rencontrés, les propos des individus démontrent qu'il s'agirait principalement d'un mal pour un bien. Le sens qu'ils y mettent derrière est beaucoup plus fort que les aspects négatifs dont ils sont victimes. La part de bénéfice est beaucoup plus importante que leur perte. Dans leur parcours, les trois interviewés expliquent avoir trop souffert et ne plus vouloir passer par là. Ils affirment aussi qu'ils auraient une vie insupportable sans leur médication. Le traitement est donc pour eux, quelque chose de précieux qui leur permet d'avoir une vie aussi proche de la normalité qui veut dire, pouvoir se laver, se lever, être un minimum actif, etc.). Les objectifs du traitement médicamenteux décrit par Kay McFarland, Kelchner Gerety & L. Wasli (2005) sont le soulagement de la souffrance, la reprise de contact avec la réalité ainsi que la participation aux activités quotidiennes ont été confirmés dans la pratique.

Quand je leur demande comment ils vivent le fait de prendre un traitement quotidiennement, Monsieur A. me dit « ah purée c'est lourd (silence court) c'est horrible. Faut pas les oublier parce que si tu les oublies tu vois la différence avec ou sans ». Monsieur B. complète les propos de Monsieur A. en expliquant qu'il faut être constant et régulier mais que pour lui ce n'est pas un désavantage. Il compare : « je me dis je prends comme celui qui prend pour le diabète, celui qui prend pour le cœur ». Monsieur C. affirme avoir conscience que c'est la condition pour qu'il aille bien. Il me dit se sentir privilégié car il a uniquement deux cachets à prendre le soir et un le matin et me dit être impressionné, apeuré par la poignée de médicaments de certains.

Suivre un traitement quotidien est quelque chose de lourd. D'autant plus que la prise de médicaments peut entraîner divers effets indésirables. Estroff (1998), a démontré que le fait de consommer à vie des médicaments avec des effets secondaires donne l'impression aux concernés de ne jamais aller bien mais aussi d'acceptation du statut de « malade mental ». Cela donne l'impression d'un cercle vicieux où les personnes sont dans la nécessité de suivre

un traitement pour se sentir bien mais en parallèle consommer un traitement quotidien renvoie à l'image qu'elles ne vont pas bien. Chez les personnes ayant accepté de me parler de leurs parcours de vie, les avantages du traitement quotidien sont plus importants que les inconvénients. Il y a même une certaine banalisation de la part de Monsieur B., qui dit ne pas se sentir différent de celui qui prend tous les jours un médicament pour autre chose et dans notre société actuelle nombreuses sont les personnes à prendre quotidiennement des médicaments pour quelque raison.

Monsieur B. et Monsieur C. ont tous les deux déjà arrêté leur médication sans l'accord d'un médecin-psychiatre. Monsieur B. dit avoir voulu voir ce que ça faisait mais que dès lors, il n'a plus eu l'envie de l'arrêter. Selon ses dires c'est « vraiment pas confortable », « t'es trop angoissé, parano ». Il explique que dans un premier temps, il recrachait ses médicaments jusqu'au moment où cela s'est remarqué sur son état psychique. Suite à ça, il a recommencé son traitement. Aujourd'hui, il me dit qu'il ne pourrait pas vivre de la même façon sans ses cachets. Les propos de Monsieur B. démontrent qu'il est probable que les personnes sous médication ne savent plus comment elles sont en réalité, sans consommer leur traitement qui entraîne des modifications cognitives. Cela fait penser que, la consommation d'un traitement médicamenteux sur le long terme, voire à vie peut être responsable d'un abandon de traitement psychiatrique et que les causes d'arrêt sont multiples et propres à chacun.

Monsieur C. m'explique qu'à cette période il se sentait bien « et quand tu vas bien, pourquoi prendre ces cochonneries ». Suite à cet arrêt, il a décompensé. « u n'es plus toi-même », « tu raisones plus comme il se doit », « tu te fais des films. T'as la tête qui va dans tous les sens ». Il m'explique avoir passé à l'acte et commis son infraction lorsqu'il ne prenait plus son traitement. Suite à ça, la justice est devenue beaucoup plus observante sur sa prise de médicaments. Il dit qu'il ne pourra certainement plus jamais, même à l'extérieur, avoir son semainier chez lui. Aujourd'hui, il m'avoue ne plus oser imaginer sa vie sans traitement parce qu'il a vécu un tel traumatisme.

Monsieur A. raconte avoir déjà pensé à stopper son traitement mais ne jamais l'avoir fait car il sait qu'il n'irait pas bien. Il m'explique avoir déjà oublié, involontairement ses comprimés et avoir vu une différence. « J'étais stressé, parano (silence court) euh j'étais harcelé de voix. Ça venait, ça repartait, ça repartait, ça revenait (silence court) c'était invivable (silence court) insupportable ». Pour lui, c'est vraiment la seule chose qui l'aide à se sentir mieux contrairement à Monsieur B qui dit que son entourage, le travail et la vie de tous les jours, jouent aussi des rôles importants sur son bien-être. Comme évoqué précédemment, Monsieur C. accorde une grande importance aux différentes thérapies (suivi psychologiques et art-thérapie) qui selon lui, ont un rôle essentiel concernant sa qualité de vie.

Tous les trois ont finalement une très bonne adhésion au traitement qu'il leur est prescrit. Ils ont tous conscience de leur trouble, de la nécessité du traitement, des signes et des symptômes de leur maladie ainsi que des conséquences sociales. Cette notion est appelée « l'insight » qui est définie selon Marc-Louis Bourgeois (2002) comme la conscience et la perception de sa propre pathologie. Un manque d'insight pourrait causer un abandon de traitement : le fait que la personne n'est pas consciente de son trouble et donc de son traitement pourrait faire en sorte qu'elle ne le prenne pas (De Sousa, Romo, Excoffier & Guichard, 2011). Lorsque Monsieur A. et Monsieur C. ont arrêté brutalement leur traitement, cela pouvait être en lien avec un manque d'insight. Ils ne voyaient pas forcément le sens et la nécessité de consommer quotidiennement des médicaments.

3.2. Hospitalisation en psychiatrie : période de transition contraignante mais nécessaire ?

Monsieur B. n'est pas concerné par cette partie car il n'a jamais vécu d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Cependant, ni Monsieur A., ni Monsieur C. se sont vu imposer un placement à des fins d'assistance qui est une mesure de protection destinée à une personne dans le besoin de recevoir des soins. Un PAFA entraînerait une hospitalisation forcée, contre le gré de la personne concernée. Pourtant, lorsque je demande aux interviewés si leurs hospitalisations étaient volontaires nul me répond que oui.

Monsieur A. me confie ne pas avoir eu le choix de se faire hospitaliser. Il explique qu'il était vraiment très mal au point de ne plus réussir à travailler ni même se laver. Monsieur C. explique avoir été suivi par un psychiatre en extérieur qui organisait ses hospitalisations. « Dès qu'il voyait que ça n'allait plus, il organisait mon hospitalisation mais c'était pas moi qui le voulais tu vois c'était toujours une contrainte d'y aller », « c'était le psychiatre qui m'envoyait ou encore ma famille », « C'est un peu une obligation après il peut pas t'obliger parce que personne peut t'obliger mais c'est juste qu'il te dit écoute là ça va pas, il faut que tu refasses un séjour ». Selon la loi, la seule mesure pouvant organiser une hospitalisation forcée d'une personne dans le besoin est le placement à des fins d'assistance. Les cas étudiés ici, montrent qu'il ne faut pas nécessairement faire l'objet d'un PAFA pour avoir le sentiment de subir une hospitalisation forcée. Les témoignages m'ont fait prendre conscience que certaines personnes n'ont pas le choix d'y aller. La demande d'hospitalisation émergeante d'une personne, plus au moins importante pour eux, fait qu'ils finissent généralement par accepter sans pour autant avoir envie. Dans la plupart des cas, à l'origine de la demande d'hospitalisation, il y a bien souvent un médecin, une personne relativement haute placée dans le champ de la santé et du soin avec un certain pouvoir de décision. Cela peut fortement influencer la décision finale de la personne concernée.

Monsieur A. a vécu quatre hospitalisations et m'explique spontanément qu'il ne les a pas forcément bien vécues. C'était d'ailleurs une thématique difficile pour lui à aborder lors de notre entretien. « C'est un hôpital psychiatrique hein, la première fois que tu vois le panneau avec écrit hôpital psy à gauche tu te dis putain ça fait mal au cul d'aller dans un hôpital psychiatrique (...) on entend juste psy ça fait penser à tout ce qui est dans la tête quoi (silence court) c'est pas palpable, on peut pas voir cette maladie mais que l'entendre ». D'autant plus que selon ses dires « là-bas ils nous traitent un peu comme du bétail. Ils veulent nous voir vite venir, vite partir et vite faire leurs trucs quoi ». Monsieur A. met ici en avant une limite propre au champ de la santé où le nombre de demandes de soin est sans cesse dans la hausse. Il se peut qu'en milieu hospitalier, le soin prime et que tout se fait plus rapidement afin de pouvoir répondre à toutes les demandes. Parfois, ce sont les patients qui payent les pots cassés d'une charge de travail trop élevée.

Monsieur A. explique ensuite que pour lui, l'hôpital psychiatrique lui rappelle un très mauvais souvenir « ils sont fous là-bas, les grands ils te disent t'as une schizophrénie et travailler ça va pas être possible pis évidemment c'est des adultes je sais pas moi j'avais la vingtaine et eux vingt ans de plus et ils m'ont mis à l'AI (assurance invalidité) pis maintenant que je pourrai retravailler bah avec toute la lenteur que ça s'est fait de là jusqu'à maintenant je serai incapable de retravailler (silence court) s'ils m'avaient pas mis à l'AI j'aurais tenu le choc ». Ce n'est pas l'hôpital psychiatrique qui est au premier rang responsable de sa mise à l'AI mais Monsieur A. associe les deux car c'est à ce moment-là qu'il s'est vu associé au statut de « malade mental », que son séjour en hôpital a établi une nouvelle version de son histoire de vie et que tout le processus de transformation totale de son identité a été enclenché.

Dans les propos de Monsieur A., on voit bien que ce n'est pas quelque chose de facile à vivre et que c'est plutôt quelque chose de très douloureux. Certains projets de vie sont à revoir et la vie entière de la personne concernée prend une tournure différente de celle préétablie. Monsieur A. démontre bien que ce n'est pas simple de changer d'identité en devenant un « patient de l'hôpital psychiatrique ». Ses propos confirment les dires de Goffman (1968) qui explique que l'enjeu central d'une prise en charge psychiatrique est celui de faire accepter au patient une nouvelle perception de lui-même. Il décrit l'hospitalisation comme le moment où l'individu se voit associé au statut de « malade mental ». Cela entraîne un processus de transformation totale de l'identité sociale de l'individu. Goffman (1968) appelle cela « carrière morale de malade mental » dont le moment déterminant est l'entrée ainsi que le séjour en hôpital. Monsieur C. partage aussi cela en expliquant qu'il a tenté de mettre fin à ses jours notamment vis-à-vis de la société et du « que va-t-on penser de moi ? ».

Monsieur C. a effectué en moyenne une hospitalisation par année de 2010 à 2015. Pour lui, c'était toujours « un crève-cœur » de se faire hospitaliser. Il le vivait comme un échec. D'autant plus que, lui avait le sentiment d'aller bien. Sur le moment, il le prenait presque comme une punition. L'hospitalisation était selon ses dires, marquée par de nombreux temps morts. Il me dit avoir fait pas mal de tentatives de suicide tellement c'était difficile pour lui de se dire hospitalisé. Avant de réaliser ce travail, je pensais que l'hospitalisation était vécue comme un soulagement par les personnes concernées et que la demande venait bien souvent d'elles. Les témoignages m'ont fait prendre conscience que ce n'est pas le cas de tout le monde et qu'un séjour en hôpital psychiatrique renvoi fortement au fait qu'elles ne vont pas bien, au point de ne plus réussir à gérer leur vie et qu'elles sont malades. Une hospitalisation peut donc causer des conséquences négatives sur l'image qu'ont les personnes d'elles-mêmes notamment affaiblir l'estime de soi, renvoi au sentiment d'incapacité, de tristesse, d'honte et d'échec. Les personnes peuvent se sentir nulles et dévalorisées. Roelandt et al. (2010) ont mis en avant les représentations sociales du « malade mental » en France. L'échantillon représentatif de la population générale française comptait 36'000 personnes interrogées. Les résultats ont mis en avant que les stéréotypes rattachés au « malade mental » inclussent la notion de danger, de peur, d'exclusion et d'irresponsabilité. Plus de 75% des personnes ayant participé à l'enquête, lui associent des comportements violents, dangereux et décrivent le « malade mental » comme une personne dangereuse, imprévisible, difficile à parler avec. Ce changement d'identité a toutes les chances d'avoir des effets sur la manière dont les personnes sont perçues.

Enfin, Monsieur C. confie avoir eu un regard méfiant de la psychiatre avant d'y être confronté. bien que sa sœur y été plongée depuis son adolescence. Il explique l'évolution de sa perception notamment du fait qu'il y ait rencontré des gens qu'ils connaissaient qu'il n'aurait jamais pensé qu'ils seraient là-bas. Cela lui a fait prendre conscience que « nul n'est à l'abri d'avoir un problème psychiatrique ». Il ajoute qu'au début il était un peu dans les clichés négatifs de la psychiatrie et qu'il pensait que seul les fous pouvaient se retrouver hospitalisés mais que cette image a évolué avec le temps. Selon lui, aujourd'hui on sait qu'il y a un bon travail qui y est fait et que c'est un mal pour un bien. Les personnes atteintes psychologiquement, subissent encore aujourd'hui, une certaine stigmatisation en lien avec les représentations plutôt négatives qui lui sont associées. Cependant, comme le dit Monsieur C. aujourd'hui, il y a une certaine banalisation de la psychiatrie en lien avec l'évolution de son image et du travail qui y est fait. Mon expérience professionnelle m'a aussi démontré que nul n'est à l'abri de se retrouver un jour en milieu psychiatrique et qu'on ne sait bien jamais de quoi demain est fait.

Monsieur C. explique qu'il était toujours difficile de se faire à l'idée qu'il allait se faire hospitaliser car cela représentait une rupture avec sa routine de vie (travail, maison, famille, etc.). De plus, selon Ogien & Toledo (1986), l'hospitalisation offre une forme de séjour pour le

patient, lieu propice à l'instauration des relations sociales. Le séjour permet donc d'entrer en relation et d'échanger avec les autres patients mais impose aussi une certaine cohabitation avec des personnes plus difficiles d'approche qui peut être caractérisée de tensions et de conflits. Monsieur C. dit avoir fait de belles rencontres durant ses séjours « tu vois de belles personnes dans la difficulté de la vie ». *A contrario*, tous les deux sont d'accord pour dire que la cohabitation reste parfois difficile. Lors de notre rencontre, Monsieur A. a raconté certains de ses conflits avec d'autres patients et Monsieur C. a avoué que certaines personnes étaient très peu abordables alors que d'autres avaient tendance à agacer.

Enfin, Monsieur A. explique que lors de ses séjours, il a pu apprendre et comprendre des choses qu'il ne connaissait pas sur la schizophrénie et que cela lui a aidé à « débloquer le système un peu ». Quant à Monsieur C., il affirme qu'avec le recul, ses hospitalisations étaient nécessaires, que c'était important qu'il passe par là pour se sentir mieux et être là, où il est arrivé aujourd'hui.

3.3. Synthèse de l'hypothèse

Je peux à présent ni confirmer ni infirmer mon hypothèse de départ qui était la suivante : « Le suivi psychiatrique quotidien est pesant autant psychiquement que physiquement pour les personnes concernées ». En revanche, je peux la nuancer. Autant l'hospitalisation en psychiatrie que la prise de psychotropes présente des aspects négatifs mais c'est avant tout un mal pour un bien. Les personnes concernées évoquent que ces étapes sont nécessaires à leur bien-être et que les gains sont plus importants que les pertes. Cependant, il y a des sacrifices à faire notamment suivre un traitement de façon régulière, passer par des phases d'hospitalisation et traverser une longue et douloureuse période de stabilisation du traitement. Toutes ces choses peuvent être pesantes mais le résultat en vaut la peine.

4. Conclusion du chapitre

Arrivée à terme de ma recherche, je peux désormais répondre à ma question de départ qui était :

**Comment les personnes atteintes de troubles psychiques
vivent-elles les différentes mesures institutionnelles qui leur
sont imposées/proposées et quelles sont les conséquences sur
leur parcours de vie ?**

Les différentes investigations théoriques et pratiques m'ont permis de me rendre compte de la complexité de ma question. En effet, il n'y a pas de façon prédéfinie de vivre une mesure institutionnelle, le vécu étant quelque chose de personnel. Toutefois, j'ai pu comprendre que certaines de ces mesures correspondent mieux que d'autres aux besoins des personnes concernées, encore une fois tout dépend de chacun.

Mon investigation sur le terrain a permis d'apporter des précisions sur ma question de départ. En effet, j'ai pu comprendre qu'il pouvait exister un lien entre le sens donné à la mesure et son vécu. Lorsqu'une mesure institutionnelle fait sens chez la personne concernée, elle sera relativement mieux vécue que lorsqu'il n'y en a pas pour elle. En revanche, certains propos des interviewés, me laissent penser que sur le coup, il est parfois difficile d'y mettre du sens. C'est pourquoi il est probable que, la mesure soit plus ou moins bien vécue sur le moment. Avec le temps et le recul, il peut arriver que les personnes prennent conscience des conséquences positives qu'a apporté telle ou telle prise en charge sur leur parcours de vie. Lors des entretiens, j'ai entendu plusieurs fois de la part des interviewés que sans telle ou telle mesure, ils ne seraient pas là aujourd'hui.

J'ai pu constater, que la durée d'un suivi influence le vécu. Selon les dires des personnes concernées, souvent ils perçoivent le sens d'une mesure mais le perd sur le long terme. C'est un peu un cercle vicieux : pour voir l'efficacité d'une mesure, il faut l'évaluer sur une longue période. Or, pour les personnes plus la durée sera longue, moins il y aura de sens et moins elles seront impliquées. Cela peut d'ailleurs causer la prolongation de la mesure initiale. Cela me rend attentive au fait que, le vécu d'une mesure institutionnelle et les conséquences sur les parcours de vie ne sont pas figés et peuvent évoluer avec le temps.

Il me semble primordial d'aborder le contexte de prises en charge, mon travail de recherche ayant bel et bien mis en avant l'importance de celui-ci. Il existe de nombreux facteurs pouvant influencer le vécu d'une mesure notamment, les relations humaines, le lien avec les professionnels, le déroulement des journées, etc. Tous ces éléments affluent et colorent le suivi des personnes. De plus, comme l'ont évoqué les personnes interrogées, certaines mesures représentent « un mal pour un bien » car les gains y sont plus importants que les pertes.

Enfin, ce travail a mis en lumière l'idée que, dans chaque mesure institutionnelle il y a des contraintes qui seront plus ou moins bien vécues en fonction des personnes, leurs besoins et leurs fonctionnements. C'est ainsi qu'une mesure judiciaire peut être mieux vécue qu'une autre mesure n'ayant pas pour but premier la répression.

Finalement, en prenant en compte ces divers éléments, je me rends compte qu'il est difficile de répondre clairement à ma question de base car je ne peux tirer des généralités. Ce travail m'a permis, en revanche, de me rendre compte que le vécu de certaines personnes pouvait aller à l'encontre de ma propre idée et qu'il est donc important de nuancer certains aspects théoriques où tous les facteurs d'influence ne sont peut-être pas considérés. J'ai à présent l'inquiétude de comprendre si certaines mesures institutionnelles proposées/imposées aux adultes atteints d'une maladie psychique dérangent réellement la personne qui les vit/l'ont vécu ou plutôt me questionne moi, avec mon système de valeurs, de représentations et mes attentes.

Chapitre E : Bilans, perspectives et conclusion

1. *Bilans*

Afin de dresser un bilan de ma recherche, il est central d'évaluer les objectifs posés au début de mon travail (voir 6. Objectifs).

1.1. Objectifs théoriques

Tout au long du processus de ma recherche, j'ai effectué des lectures de plusieurs auteurs, j'ai consulté des sites internet, j'ai regardé des reportages en lien direct ou indirect avec mon travail. Mon sujet reste malgré tout très complexe et je pense qu'il reste énormément de matière à prendre en compte et à approfondir dans le champ de la psychiatrie. Mes recherches m'ont cependant éclairée sur les fonctionnements de la justice actuelle et rendue attentive aux différents enjeux des prises en charges psychiatriques, judiciaires, thérapeutiques et éducatives malgré leur complexité. De façon globale, ce travail m'a appris de nombreuses choses et permis d'accroître mes connaissances de base.

1.2. Objectifs professionnels

La réalisation de ce travail m'a permis de traiter un sujet qui me questionnait et qui pour moi, avait du sens à approfondir.

Par le biais de mes recherches théoriques et de mon enquête sur le terrain, j'ai pu apporter un éclaircissement sur les rôles et les limites des diverses professions et ainsi redéfinir le rôle du travail social auprès des personnes en souffrance psychique.

J'ai tout d'abord pris conscience de l'importance du travail en réseau. Enfin, au terme de mon travail, j'envisage différentes perspectives d'action en lien avec ma recherche initiale. Proposer différentes pistes de travail et de compréhension fait partie du quotidien de notre métier. C'est pourquoi, je trouve essentiel de se projeter au niveau du concret après une recherche comme celle-ci.

1.3. Objectifs méthodologiques

Les entretiens avaient un rôle primordial dans mon travail. J'appréhendais beaucoup cette partie, surtout que je n'avais jamais vraiment réalisé d'entretiens de ce genre avec des bénéficiaires. Il est vrai que, j'avais une forte envie de bien faire et la peur de poser des questions trop intrusives auxquelles les personnes se sentent forcées d'y répondre. Cela s'est ressenti lors de ma première entrevue où je n'osais pas forcément relancer mon interlocuteur, par peur de le mettre mal à l'aise. J'ai pu reprendre tout ça avec mon DirTB qui m'a rassurée. Je suis finalement partie au deuxième entretien avec plus d'assurance et je n'hésitais pas à relancer mes questions avec bienveillance. J'ai vu que cela se passait très bien ce qui m'a détendu et m'a permis d'affronter mon dernier entretien avec sérénité. C'est la partie du travail de Bachelor que j'ai préférée. Les entretiens que j'ai réalisés m'ont enrichie d'un point de vue personnel et professionnel. C'était avant tout de belles rencontres humaines. Etant donné que c'était ma première réelle expérience en termes de réalisation d'entretien, je ne pense pas la maîtriser parfaitement. Je suis persuadée que cela s'améliore avec le temps et l'expérience. J'espère pouvoir en refaire durant mon parcours car c'est quelque chose qui m'a beaucoup plu.

La réalisation d'une recherche me paraissait tellement complexe et compliquée. C'est au fur et à mesure de mon avancement que j'ai pu appréhender les divers outils de recherche ainsi que travailler mon écriture scientifique, toujours sous le coaching de mon directeur TB.

1.4. Objectifs personnels

Par ce travail, je suis allée à la rencontre des personnes concernées par mon sujet pour leur permettre de témoigner et de s'exprimer sur les mesures institutionnelles, les différentes prises en charges qu'elles ont bénéficié/bénéficient. Cet objectif me tenait particulièrement à cœur et je suis fière d'avoir pu l'atteindre. Il s'agit d'ailleurs pour moi, de la plus belle réussite de mon travail.

Dans l'ensemble, mon planning a été respecté bien que j'aie dû faire preuve d'adaptation à certains moments. Il n'a pas toujours été facile selon moi, de garder une certaine constance dans ma recherche étant donné la charge de travail de ma formation pratique 2. Il a donc été important pour moi, de prioriser certaines choses sans en mettre de côté d'autres. Finalement, j'ai trouvé un équilibre de travail qui me permettait d'être efficace sur tous les fronts.

Tout au long de mon travail, j'ai approfondi mes connaissances en lien avec ma question de recherche. Cela m'a permis de comprendre certaines choses auxquelles je n'avais pas pensé au préalable et donc d'éclaircir certains de mes questionnements.

1.5. Limites et difficultés rencontrées lors de l'écriture du travail de Bachelor

J'ai été confrontée à diverses complications lors de ma recherche. Tout d'abord, il a été difficile de trouver certaines ressources théoriques que je souhaitais aborder dans mon travail. Cela m'a permis de me rendre compte que, les recherches autour de cette thématique étaient peu nombreuses. Heureusement, j'ai pu quelques fois, trouver des ressources dans mon expérience professionnelle effectuée auprès de personnes en souffrance psychique.

Au moment où je me suis confrontée au terrain et que j'ai dû analyser les différents entretiens réalisés, je me suis rendu compte de la complexité de la chose. J'ai pris conscience de certains propos controversés des personnes interrogées et il a été difficile pour moi, de me positionner pour savoir quoi en faire de cette ambivalence présente dans les témoignages. J'ai finalement choisi de démontrer les nuances que pouvait avoir un vécu et que tout est question de contexte, d'angle et de regard.

Concernant les limites de mon travail, j'ai dû veiller à ne pas divulguer des informations trop précises, trop personnelles, afin de préserver l'anonymat des personnes. De ce fait, j'ai dû trier toutes les informations reçues. À plusieurs reprises, j'ai dû laisser de côté certaines informations pertinentes et censées pour mon analyse, dans le but premier de protéger les interviewés.

Enfin, le faible échantillon reste la limite majeure de mon travail. Le fait d'avoir effectué des entrevues auprès d'uniquement trois personnes ne permet pas de développer des généralités sur le vécu et les conséquences sur les parcours de vie que peuvent avoir les différentes mesures institutionnelles.

2. *Réflexions et perspectives personnelles*

Bien que les soins psychiatriques aient progressés ces dernières années, notamment avec le déploiement des offres de prestations en ambulatoire, les représentations sociales continuent d'associer la notion de fou et de danger aux « malades mentaux », ce qui conduit à leur stigmatisation dans la vie quotidienne. Il était important pour moi, de parler de ce sujet sensible et de briser les tabous en donnant la parole aux personnes concernées, qui sont avant d'être des « malades mentaux », des êtres humains.

Chaque entretien réalisé était teinté d'une grande richesse et diversifié. M'entretenir avec des personnes en souffrance psychique m'a permis d'apprendre de leurs histoires de vies et de prendre conscience des difficultés rencontrées tout au long de leurs parcours. À travers cette étude, j'ai donc pu développer ma posture professionnelle. Grâce aux témoignages des individus, j'ai aujourd'hui, plus encore, la conscience professionnelle d'être dans une démarche de bienveillance, d'écoute et de compréhension auprès de ces personnes, afin de pouvoir leur offrir le meilleur des accompagnements, adapté à leurs besoins.

3. Conclusion

Ce travail a mis en lumière ce qu'il existe actuellement au niveau des prises en charge des pathologies psychiatriques. Nous avons pu constater, grâce aux différents témoignages des personnes concernées, que certaines mesures institutionnelles sont plus adaptées à leurs besoins et ont une plus grande influence sur leur parcours de vie.

De plus, ce travail montre bien la stigmatisation des maladies psychiques dans la vie quotidienne. En perspective d'action, il y aurait du sens à travailler autour de la déstigmatisation de ces personnes. Pour se faire, il serait intéressant d'offrir des espaces de rencontres par exemple des café-rencontres entre professionnels, individus malades et citoyens. Cela permettrait de laisser la parole aux humains concernés pour qu'ils puissent expliquer leur vécu face à la stigmatisation qu'ils subissent, aux professionnels pour qu'ils puissent apporter des éclairages sur certains thèmes et aux acteurs de la société, afin qu'ils puissent aussi, y exposer leur regard face à ces personnes. Se rencontrer et échanger pourrait être une façon de changer les représentations sociales.

Pour poursuivre, ce travail a démontré à quel point les prises en charge avec des équipes pluridisciplinaires sont adaptées aux personnes en souffrance psychique. Afin de poursuivre ce travail, il serait intéressant de donner la parole aux différents professionnels intervenant auprès d'elles. Cela permettrait d'avoir leurs avis sur l'impact des mesures institutionnelles et leurs regards sur l'importance du travail en réseau. Cette étape pourrait apporter des compléments à cette recherche initiale. Enfin, il est important de continuer à développer cette pratique malgré ses limites.

Dans le champ de la santé mentale, il est primordial que le champ médical et celui du social collaborent quotidiennement, tout en ayant conscience des rôles et des limites de chacune des professions. Actuellement, nombreux sont les spécialistes de la santé qui travaillent dans des institutions sociales. Il est nécessaire aussi de développer la pratique sociale dans le pôle thérapeutique notamment, dans les hôpitaux psychiatriques où les TS sont encore peu nombreux. Il en est de même dans le champ pénitencier. Le milieu carcéral accueille actuellement un grand nombre de détenus atteints psychiquement et le travail social ne s'effectue que très peu auprès de prisonniers adultes (uniquement l'intervention d'assistants sociaux). Cependant, dans les centres de détentions pour mineurs, les éducateurs sociaux ont leur place. Il serait adapté aux besoins des détenus, de développer un accompagnement social derrière les barreaux autant que dans les hôpitaux. Pour se faire, il est important que les TS se forment et développent des connaissances sur les pathologies psychiques car dans une prise en charge éducative, toutes les dimensions de la personne sont touchées, y compris l'aspect pathologique. Une bonne connaissance des maladies psychiatriques permet aux travailleurs sociaux d'avoir une posture professionnelle adaptée et d'offrir une prise en charge adéquate à ces individus.

Enfin, ce travail a montré que, les mesures répressives comme l'enfermement ne font pas que renforcer les angoisses, le stress et l'insécurité des personnes en souffrance psychique. Cela dépend des besoins de chacun. De plus, il a démontré que les mesures thérapeutiques et

éducatives peuvent être vécues comme autant voire plus contraignantes qu'une mesure répressive. Enfin, on a pu voir que, le suivi psychiatrique quotidien est bel et bien pesant mais que cela n'est pas vécu forcément négativement. Au contraire, de façon globale, les individus disent qu'il s'agit d'un « mal pour un bien ». Cependant, cette recherche ne permet en aucun cas de tirer des généralités sur le vécu des mesures institutionnelles proposées/imposées aux adultes présentant des troubles psychiques et sur les conséquences qu'elles peuvent avoir sur leur parcours de vie. Les trois entretiens réalisés demeurent relatifs.

Ce travail conclut finalement que, le vécu d'une mesure institutionnelle est propre à chacun et dépend de nombreux facteurs. Au terme de cette recherche, on sait qu'il existe de nombreuses contraintes inhérentes à un placement, ce qui influence déjà le vécu de celui-ci. Dans une démarche bienveillante et professionnelle, ne serait-il pas judicieux de développer des prises en charges individualisées, personnalisées et adaptées aux besoins de chacun ? Mettre la personne au centre de la prise en charge et sortir du collectif ne pourrait-il pas avoir plus d'impact sur son parcours de vie et lui permettre de mieux vivre les mesures institutionnelles qui lui sont imposées/proposées ?

Annexes

1. Grille d'entretien

Mesures éducatives

- Depuis combien de temps es-tu dans l'institution ?
- Ça fait combien de temps que tu es confronté à des éducateurs ?
- Comment te sens-tu depuis ?
- Qu'est-ce que le suivi éducatif t'apporte-t-il ?
- Le suivi éducatif est-il nécessaire pour toi ? Pourquoi ?
- Quels changements dans ta vie à entrainer cette prise en charge ?
- Quels ont été les bienfaits ?
- Et quels sont les désavantages ? comment les vis-tu ?
- Depuis que tu es ici, ton placement a-t-il évolué ? Si oui, quels changements y a-t-il eu ? Comment te sens-tu depuis ?
- As-tu déjà pensé à partir d'ici ? qu'est-ce qu'il s'est passé ?
- As-tu déjà fugué ? Comment ça s'est passé ? Comment tu t'es senti ? Pourquoi es-tu revenu ?
- Tu trouves qu'il y a beaucoup de contraintes ? Si oui lesquelles ? Pour toi quel est le sens à toutes ces contraintes ?
- Tu penses que sans ces contraintes tu serais là où tu en es aujourd'hui ?
- Vois-tu des points communs à la prison ?

Ici, il n'y a pas qu'un suivi éducatif il y a aussi une prise en charge thérapeutique :

Mesures thérapeutiques

- Adhères-tu au système de thérapie qui est mis en place dans l'institution avec des psychologues, art thérapeute, etc. ?
- Tu es suivi par qui ? Depuis combien de temps ? Et à quelle fréquence ?
- En quoi t'aident-ils ?
- Comment vis-tu le fait d'aller les voir ? (Obligation, plaisir)
- En quoi ça t'aide ?
- Tu verrais le sens de demander une séance si tu ne te sens pas bien ? Pourquoi le ferais-tu /pas ?
- Est-ce que pour toi, suivre une thérapie en plus qu'un traitement médicamenteux est bien ? Qu'est-ce que ça t'apporte de plus/ de différent ?
- Est-ce facile pour toi, de parler de ton histoire de vie et de comment tu te sens avec des professionnels ? Le fais-tu beaucoup ? Est-ce que tu le fais plus qu'au début ? Pourquoi, te sens-tu en confiance ou par obligation ?
- Quels sont les désavantages des différentes thérapies que tu suis ?

Autres thérapies

- As-tu déjà suivi une autre thérapie (ex : de groupe, avec les animaux, etc.) ? Laquelle ? dans quel cadre ? (Hospitalisation, conseils d'un proche/médecin, etc.) ?
- Comment ça se passait ?
- Comment te sentais-tu ?
- Qu'est-ce que ça t'apportait ? quels bienfaits ?
- Quels étaient les points négatifs ?
- Pourquoi as-tu arrêté ?

Au sein de l'institution il y a aussi un suivi psychiatrique

Mesures psychiatriques

- Est-ce qu'en plus des thérapies tu prends des médicaments ?
- Depuis combien de temps ?
- Est-ce que c'était facile à trouver les bons médicaments et le bon dosage ?
- Il se passait quoi quand ce n'était pas le bon dosage ?
- Depuis combien de temps ton traitement est-il stabilisé ?
- Est-ce que tu sais dire concrètement en quoi t'aide-t-il ?
- Et quels sont les effets secondaires par lesquelles tu as été touché ? Comment les vis-tu ?
- Comment vis-tu le fait de devoir prendre plusieurs médicaments par jour et tous les jours ?
- As-tu déjà pensé à arrêter le traitement ? L'as-tu fait ? Comment t'es-tu senti à ce moment-là ? Qu'est-ce qu'il s'est passé ?
- Est-ce que pour toi, seuls les médicaments t'aident à te sentir mieux ?

On peut voir qu'on sein de l'institution il y a beaucoup de professionnels

Travail en réseau

- Comment vis-tu la relation avec tous les professionnels qui interviennent dans ta prise en charge ?
- As-tu l'impression que le rôle de chacun est bien défini ?
- Comment ça se passe quand il faut prendre une décision concernant ta vie ? qui la prend ? Te sens-tu écouter/considérer ? Comment le vis-tu ?

Avant d'arriver ici tu étais où ?**Mesures judiciaires**Prison

- Combien de temps as-tu fait en **prison** ? Combien as-tu pris ?
- Comment l'as-tu vécu ?
- Quelles étaient les conditions de vie là-bas ? comment ça se passait ? Peux-tu raconter une journée type ?
- Est-ce que ta santé psychique a changé lors de ce séjour ? En quoi ?
- As-tu développé des maladies, pathologies, addictions, angoisses ou autres que tu n'avais pas en entrant ? Lesquelles ? Comment ça s'est passé ? Dû à quoi ?
- As-tu déjà voulu te faire du mal en prison ? Pourquoi ? Comment te sentais-tu ?
- Quel contact avais-tu avec les professionnels là-bas ? Tu voyais qui ? ça se passait comment ?
- Certains t'ont-ils aidé à te sentir mieux là-bas ? comment ? Y a-t-il d'autres choses que tu faisais pour te sentir bien là-bas ?
- Qu'elle était pour toi la contrainte la plus difficile à gérer ?
- Est-ce qu'on t'a fait **une expertise psychiatrique** ?
- Comment ça s'est passé ? L'attente des résultats était-elle longue ? Combien de temps ? Comment te sentais-tu pendant ce temps ?
- Était-elle importante pour toi ? Attendais-tu quelque chose de cette expertise ?
- A-t-elle changé ta peine ? En quoi ?
- Avais-tu déjà un diagnostic psychiatrique qui était posé ou c'est l'autre de l'expertise que le diagnostic a été posé ?

Après cela où es-tu allé ?

Article 59.2 > ici

- **Article 59.2**, depuis combien de temps ?
- Comment l'as-tu pris quand on te l'a annoncé ? soulagement ?
- Es-tu sorti de prison suite à la mesure ? Où es-tu allé ?
- La mesure a-t-elle été prolongée de 5 ans ? Si oui, combien de fois ? Comment le vis-tu ?
- Sais-tu quand la mesure va se terminer ? Comment te sens-tu par rapport à ça ? Est-ce facile à gérer ?
- Comment ça s'est passé quand on t'a posé l'article 59.2 ?
- As-tu beaucoup à faire avec la justice ?
- Quelles sont les contraintes négatives avec cet article ? Et les points positifs ?
- Comprends-tu le sens de ton article ? Quel est-il ?
- Adhères-tu réellement à toutes les thérapies qui te sont proposées ou te sens-tu obligé ?
- Aurais-tu préféré finir ta peine en prison ? pourquoi ?
- Qu'est ce qui change de la prison ?

Hôpital psychiatriqueVolontaire

- Combien de séjour as-tu fait en hôpital psy ?
- Hospitalisations voulues ? comment ça s'est passé ? Avec qui t'es-tu rendu ? pour quelles raisons ?
- Combien de temps as-tu été hospitalisé ?
- L'hospitalisation était-elle nécessaire selon toi ? Pourquoi l'as-tu fait ?
- Comment as-tu vécu l'hospitalisation en psychiatrie ?
- En quoi ça t'a aidé ?
- Comment se déroulait une journée type ?
- Comment se passait le contact avec les professionnels ? Et avec les autres patients ?
- Quels étaient les points positifs et les négatifs ?
- Quelle image de la psychiatrie avais-tu avant d'y aller ? Et en réalité c'est comment ?
- Qu'est ce qui a changé pour toi après l'hospitalisation ?

Involontaire : placement à des fins d'assistance (PAFA)

- As-tu eu un PAFA ? comment cela s'est passé ?
- Combien de temps d'hospitalisation ?
- Pour toi c'était nécessaire que tu te fasses hospitaliser à ce moment – là ? Tu y vois le sens ? pourquoi ? Et avec le recul maintenant ? Pourquoi ?
- Comment tu t'es senti durant l'hospitalisation ?
- Une journée type ?
- Comment se passait la relation avec les professionnels ? Et avec les autres patients ?
- Quels étaient les points positifs et les points négatifs ?
- Comment as-tu vécu ton séjour ? Comment l'as-tu pris ? (Punition ?)
- Comment as-tu vécu le fait de passer devant le tribunal ? Comment t'es-tu senti à ce moment-là ?
- Quelle image de la psychiatrie avais-tu avant d'y aller ? Et en réalité c'est comment ?
- Quelles conséquences en tires-tu de cette hospitalisation ?

Maison, autre

Prise en charge ambulatoire

- Comment ça se passait ?
- Combien de temps ça a duré ?
- Comment tu te sentais ?
- Quels étaient les points négatifs et les positifs ?
- Étais-tu suivi par des professionnels ? Dans quel contexte ? A quelle fréquence ? Par qui et pourquoi ?
- Ça t'a aidé ? En quoi ?
- Pourquoi as-tu arrêté ?
- Comment te sentais-tu ?

Bibliographie

- Abt, M. (2016). *"Sortir à tout prix" perspectives des patients hospitalisées sous contrainte en psychiatrie : une étude par théorisation ancrée*. Lausanne: UNIL | Université de Lausanne.
- aetpr. (2019). *Qu'est ce qu'un psychothérapie ?* Consulté le août 19, 2019, sur Association Européenne de Thérapie Psychocorporelle et Relationnelle: http://www.aetpr-psychotherapie.org/publication/?page_id=1012&lang=fr
- Association professionnelle Suisse des art-thérapeutes. (2019). *Qu'est-ce que l'art-thérapie ?* Consulté le Septembre 02, 2019, sur Association professionnelle Suisse des art-thérapeutes.
- Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2011, Hiver). *Santé mentale et santé physique : deux composantes indissociables au rétablissement et au mieux-être*. Québec.
- Aubry, J.-M., Berney, P., Besson, M., & Curtis, L. (2015). *Guide pour l'emploi des psychotropes d'usage courant*. Genève: HUG.
- Bantman, P. (2004). Réseaux et psychiatrie - Réflexions sur l'utilisation du terme réseau dans le champ médico-social. *VST - Vie sociale et traitements* n81, pp. 25-29.
- Barbato, V., Arduini, V., Staecheli, M., & Pont, M. (2019). 10ème Café Prison - Patients psychiques face à la justice pénale- Une alternative Québécoise - Compte-rendu. *Patients psychiques face à la justice pénale- Une alternative Québécoise* (pp. 1-3). Lausanne: GRAAP- Association groupe d'accueil et d'action psychiatrique.
- Bergeron-Leclerc, C., Morin, M.-H., Dallaire, B., & Cormier, C. (2019). *La pratique du travail social en santé mentale - Apprendre, comprendre, s'engager*. Presse de l'Université du Québec.
- Besson, C., & Pythoud, N. (2011). *FORDD module 2 : travail en réseau*.
- Bourgeois, M.-L. (2002). L'insight sa nature et sa mesure. *Annales médico-psychologiques revue psychiatrique*, 596-601.
- Brahmy, B. (2005/6). Psychiatrie et prison. *Etudes*, 751-760.
- Bürli, C., Amstad, F., Schmucki, M., & Schibli, D. (2015). *Santé psychique en Suisse. Etat des lieux et champs d'action*. Berne: L'Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- Cabanel, F., & Lungeri, P. (2005). Psychiatrie-social : quelques réflexions en guise d'idées... *Empan*, 64-70.
- Casciaro-boi, E. (2016, Septembre 20). *250 personnes souffrant de troubles psychiques logées à l'hôtel à Genève*. Consulté le 11 20, 2019, sur RTS Radio Télévision Suisse, succursale de la Société suisse de radiodiffusion et télévision: <https://www.rts.ch/info/regions/geneve/8030374-250-personnes-souffrant-de-troubles-psychiques-logees-a-l-hotel-a-geneve.html>
- Chatelain, S. (2000). *Règles, éducation et obéissance*. Lausanne: EESP.
- CNSA. (2017). *Troubles psychiques. Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques*. CNSA.
- Confédération Suisse. (2016). *Avenir de la psychiatrie en Suisse. Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255)*.

- Conseil de l'Europe. (2006). *Règles pénitentiaires européennes*. Strasbourg.
- Corruble, E., & Hardy, P. (2003). *Observance du traitement en psychiatrie*. Paris: Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS.
- De Sousa, C., Romo, L., Excoffier, A., & Guichard, J.-P. (2011). Lien entre motivations et insight dans la prise en charge des addictions. *Psychotropes*, 145-161.
- Delacrausaz, P., & Gasser, J. (2012). La place des instruments d'évaluation du risque de récidive dans la pratique de l'expertise psychiatrique pénale : l'exemple lausannois. *Information Psychiatrique*, 439-443.
- Direction générale de la Santé. (2005, octobre). *souffrance ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social*. Paris: Parimage.
- Dobrovetsky, J., Schilliger, P., Caria, A., & Loubières, C. (2016, Septembre). Prendre un médicament neuroleptique. Centre de documentation Prescrire.
- Dreyer, G., & Schuler, D. (2010). *Diagnostics psychiatriques et médicaments psychotropes dans les cabinets médicaux en Suisse*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Dumoulin, P., Dumont, R., Bross, N., & Masclet, G. (2015). *Travailler en réseau. Méthodes et pratiques en intervention sociale*. Dunod.
- Estroff, S. (1998). *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*. Empecheurs de penser en rond.
- Experts Ooreka. (2007-2019). *Comprendre la psychologie*. Récupéré sur ooreka santé: <https://psychotherapie.ooreka.fr/dossier/755779/comprendre-la-psychologie>
- Fernandez, F. (2009). *Dossier 14 - Suicides et conduites auto-agressives en prison*. Bulletin Amades.
- Fink, D. (2017). *La prison en Suisse. Un état des lieux*. Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Franssen, A., de Coninck, F., Cartuyvels, Y., Vignes, M., & Van Campenhoudt, L. (2007). La ritounelle du travail en réseau. *Bruxelles Santé, no spécial "Les réseaux de Santé"*, 79-102.
- Gheorghiev, C., Raffray, P., & De Montleau, F. (2008, Décembre). Dangerosité et maladie mentale. *L'information psychiatrique*, pp. 941-947.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. étude sur la condition sociale des malades mentaux*. Les éditions de minuit.
- Gravier, B. (2010). Psychothérapie et psychiatrie forensique. *Revue médicale Suisse*, 1774-1778.
- Hardy, G. (2012). *S'il te plaît, ne m'aide pas ! L'aide sous injonction administrative ou judiciaire*. Erès.
- Hardy, G., Defays, C., De Hesselle, C., & Gerrekens, H. (2008). Du pénal à sa périphérie de la contrainte à la double contrainte ! *Journal du droit des jeunes*, 28 à 32.
- Jaafari, N. (2015). L'insight en psychiatrie : concept et applications. *La lettre du psychiatre*, pp. 76-77.
- Jaeger, M. (2012). *L'articulation du sanitaire et du social*. Paris: Dunod.

- Kay McFarland, G., Kelchner Gerety, E., & L. Wasli, E. (2005). *Santé mentale. Démarche de soins et diagnostics infirmiers*. Masson.
- Kolatte, E. (2013, septembre 6). Psycho-thérapies. *Psycho-thérapies*. Genève, Suisse: Pro Mente Sana.
- Lamanda, V. (2008). *Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux. Rapport à M. le Président de la République*.
- Lapeyre-Mestre, M. (2013). Addiction médicamenteuse : quelles données pour évaluer et prévenir ? *Psychotropes (Vol. 19)*, pp. 65-85.
- L'assemblée fédérale de la confédération Suisse. (1937). *Code pénal Suisse*. Confédération Suisse.
- Laurencin, G. (2015, avril). Condition carcérale et souffrance psychique. *n56 prison santé mentale et soin*. Récupéré sur ORSPERE SAMDARRA - Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et sociétés: <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n56-prison-sante-mentale-et-soin-avril-2015/condition-carcerale-et-souffrance-psychique-1186.html#content>
- LeBlond, T. (2010). Abandon de psychothérapie : influence de l'entretien motivationnel sur le taux de rétention des patients en début de traitement. *Abandon de psychothérapie : influence de l'entretien motivationnel sur le taux de rétention des patients en début de traitement*. Faculté des sciences sociales - Université LAVAL.
- Les droits humains suisses. (2017, Mai 22). *Dangerosité : la psychiatrie au centre d'une exécution des peines et des mesures orientée vers les risques*. Récupéré sur Le portail suisse des droits humains: <https://www.humanrights.ch/fr/droits-humains-suisse/interieure/poursuite/detention/dangerosite-psychiatrie-centre-execution-peines-mesures-orientee-vers-risques>
- Lesage, A. (1996). Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques. *Santé mentale au Québec, vol.21, no1*, 79-95.
- Lièvre, P. (2006, novembre 16). Manuel d'initiation à la recherche en travail social. Paris, France: Ecole nationale de la santé publique .
- Loup, S. (2018). L'expertise psychiatrique : La carte à jouer dans la décision judiciaire pénale ? Regards croisés sur les (en)jeux du dispositif expertal psychiatrique au prisme du jeu de poker. Lausanne, Suisse: UNIL | Université de Lausanne.
- Maillard, S. (2013, Hiver). La psychothérapie fait partie des traitements les plus efficaces du monde médical. *CHUV Magazine*.
- Misdrahi, D., & Baylé, F. (2000, octobre 8). Mise au point - Observance thérapeutique et psychiatrie. *Act. Méd. Int. - Psychiatrie (17)*, pp. 285-289.
- Mottint, J. (2008). *Le travail en réseau : travailler ensemble pour optimiser les pratiques au profit de tous*. Centre d'expertise et de ressources pour l'enfance.
- Office fédéral de la justice. (2017). Traitement institutionnel des délinquants souffrant de troubles mentaux. *Prison-info. La revue de l'exécution*, 4-31.
- Office fédéral de la statistique. (2018). *Patients, hospitalisations*. Récupéré sur Confédération Suisse: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/hopitaux/patients-hospitalisations.html>
- Ogien, A., & Toledo, M. (1986). Le sens de l'hospitalisation. *Sciences sociales et santé* , 5-32.

- Pean, C. (2017). L'aide contrainte : Les enjeux qu'elle soit vectrice et non obstacle au changement du sujet placé en MECS. *L'aide contrainte : Les enjeux qu'elle soit vectrice et non obstacle au changement du sujet placé en MECS*. Polaris Formation.
- pro infirmis. (2019). *Placement à des fins d'assistance*. Consulté le Septembre 12, 2019, sur pro infirmis: <https://www.proinfirmis.ch/fr/guide-juridique/protection-de-ladulte/placement-a-des-fins-dassistance.html>
- Queloz, N. (2008). Prise en charge des condamnés souffrant de troubles psychiques: perspectives d'avenir et défis à relever en Suisse. *Queloz Nicolas, Senn Ariane, Brossard Raphaël (Eds.), Gefängnis als Klinik?-Prison-asile?, Reihe'Kriminalität, Justiz und Sanktionen'-Collection'Criminalité, Justice et Sanctions' (Vol. 9, pp. 101-113).*, 101-113.
- Quiroga-Schmider, D. (2011, Décembre). Le travail social est-il outillé pour gérer les questions de santé mentale ? *Dépendances n45 - La santé mentale*, pp. 23-25.
- Roc, M.-L. (2013, Janvier 31). *La santé mentale : une réalité éminemment sociale*. Récupéré sur Réseau Qualaxia: <https://qualaxia.org/article/la-sante-mentale-une-realite-eminemment-sociale/>
- Rodriguez Del Barrio, L., Corin, E., & Poirel, M.-L. (2001). Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie : une voix ignorée. *Revue québécoise de psychologie, vol.22 n.2*, 1-23.
- Roelandt, J.-L., Caria, A., Defromont, L., Vandeborre, A., & Daumerie, N. (2010). Représentations sociales du "fou", du "malade mental" et du "dépressif" en population générale en France. *L'encéphale*, 7-13.
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2018). *Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance*. Confédération suisse, Département fédéral de l'intérieur. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Section française de l'Observatoire international des prisons (OIP-SF). (2018, mai 18). *Malades psychiques en prison : une folie*. Récupéré sur Section française de l'Observatoire international des prisons (OIP-SF): <https://oip.org/analyse/malades-psychiques-en-prison-une-folie/>
- Shuler, D., Tuch, A., & Camenzind, P. (2016). *La santé psychique en Suisse, Monitoring 2016 (Obsan Rapport 72)*. Neuchâtel: Observatoire Suisse de la Santé.
- Staechele, M., Pont, M., & Gruber, K. (2018, Décembre 10). Quand la maladie psychique est soignée en prison. *Revue d'information socociale- REISO*.
- Wacquez, J. (2004). *Les fondamentaux : le noyau dur du métier d'éducateur*.