

**Texte de base de plusieurs présentations effectuées dans  
différents contextes**

**(Colloque de psychiatrie, Association psychiatrique, Hôpital  
psychiatrique, Institution de formation...)**

**Par :**

**Blaise Rochat**

**Enseignant dans le domaine de la santé**

**Personne concernée par la maladie psychique**

**Intitulé :**

**Quelle prise en compte du vécu délirant des patients psychotiques par  
les soignants ?**

**« La contrainte » : Expériences et réflexions d'une personne concernée par la  
schizophrénie.**

## **Introduction :**

Dans cette intervention, je vais vous parler en premier lieu de mon expérience de personne concernée par la schizophrénie ; puis, je vais questionner l'accompagnement réalisé par les professionnels au cours de cette décompensation ; je terminerai enfin par quelques réflexions professionnelles en mettant l'accent sur une série de questions en lien avec la contrainte dans un sens large.

## **Préambule :**

La schizophrénie est un terme générique, qui correspond en fait à des réalités extrêmement différentes. De ce point de vue, ce que j'évoque ici, traduit en premier lieu mon expérience particulière de cette maladie. D'autre part, décrire un vécu hospitalier en psychiatrie est délicat ; le fait de délirer sur un mode psychotique biaise notablement la perception du contexte dans lequel l'on est immergé. Je vais toutefois tenter l'exercice sans garantie d'objectivité, mais avec un souci d'honnêteté.

## **La décompensation psychotique :**

J'ai décompensé à l'âge de 46 ans, j'étais marié et mon fils avait 16 ans ; avant cela j'ai travaillé comme infirmier en psychiatrie, puis comme professeur dans une haute école de soins. Je m'explique ma décompensation de la manière suivante : suite à plusieurs événements particulièrement stressants ; la découverte d'un cancer, une septicémie, une rupture sentimentale... j'ai éprouvé une souffrance extrêmement intense ; c'est à mon sens, l'importance de la souffrance psychique qui est à l'origine de ma décompensation. Probablement que dans une situation similaire une autre personne aurait pu présenter un état dépressif ou serait parvenue à prendre une année sabbatique. En ce qui me concerne, j'étais probablement porteur d'une fragilité, qui m'a amené à décompenser sur un mode psychotique.

Au départ, je suis quelqu'un de plutôt rationnel, au cours du temps je me suis beaucoup intéressé aux questions liées à la science, à l'épistémologie, en d'autres termes à qu'est-ce que le réel et comment est-il possible de l'explorer de manière rigoureuse ? J'ai travaillé plusieurs années en psychiatrie ; enseigné bon nombre de contenus en lien avec la psychopathologie. Contrairement à ce que l'on pourrait peut-être penser, ces connaissances ne m'ont pas permis d'être plus critique, d'avoir plus de distance au moment de ma décompensation.

Si à postériori je tente d'expliquer cela, je dirais que ma pensée et ma capacité de raisonner ont été complètement débordées, saturées par une surabondance d'informations sensorielles et émotionnelles, en particulier liées à l'entente de voix. J'étais en continu en proie à une multitude d'interactions sur le plan intérieur ; celles-ci rendant presque impossible toute distance ou réflexion critique.

### **Les voix :**

Dans un premier temps, j'observais ce qui se passait avec une certaine fascination, j'avais le sentiment de découvrir une partie de la réalité qui m'était inconnue et qui recelait des subtilités qui allaient au-delà du langage habituel. Les voix que j'entendais étaient en fait des hallucinations psychiques ; le son ne passait pas par mes oreilles, mais agissait comme par transmission de pensée. Les propos étaient accompagnés de sens et d'émotions ; si une voix utilisait un pronom indéfini comme « on » ou « nous » je savais instantanément « à qui » se référait cet énoncé et dans quel état émotionnel se trouvaient « les êtres » concernés. Durant cette phase initiale, l'effet de surprise et mon intérêt pour le phénomène dépassaient les inconvénients liés aux agressions subies par certaines voix particulièrement chargées en émotions négatives. Des difficultés plus importantes sont apparues, quand j'ai réalisé que je n'avais absolument pas de contrôle sur ces voix ; elles s'invitaient de manière totalement imprévisible et comme je n'arrivais pas à les ignorer, j'interagissais presque systématiquement avec celles-ci. Compte tenu de la prégnance de cette expérience, j'ai progressivement désinvesti les relations d'avec mon entourage pour me concentrer sur ces dialogues internes.

## **Le diagnostic :**

L'expertise médicale réalisée à l'époque a posé le diagnostic de schizophrénie paranoïde. La crise aiguë avec présence de délires, d'hallucinations et de paranoïa a duré quatre ans. Une fois cette phase terminée, j'ai pu mesurer l'ampleur des pertes sur le plan de ma famille, du travail, de mon réseau social... j'ai alors traversé une importante phase dépressive avec consommation d'alcool, sentiment de honte et isolement. Cette décompensation représente une parenthèse dans ma vie qui a duré environ dix ans.

## **Les délires et la paranoïa :**

Dans un premier temps le fait d'entendre des voix était comme une nouvelle dimension à laquelle j'avais subitement accès ; imaginez-vous que c'est un peu comme si vous entendiez une voix ; cela peut paraître surprenant, voir inquiétant, mais n'implique pas nécessairement de délire ou de paranoïa.

Puis sur le plan du processus, il y a eu comme un basculement, j'ai eu l'impression de prendre soudainement conscience, que la réalité que j'avais connue jusqu'ici n'avait plus cours ; j'étais convaincu que ce n'était pas moi qui me transformais, mais que des choses que j'avais ignorées jusqu'ici m'apparaissaient ; c'est comme si mes yeux se dessillaient. Pour tenter d'illustrer cela, imaginez que vous êtes dans un jeu vidéo en trois dimensions ; vous vous déplacez dans un contexte que vous connaissez, dans lequel vous évoluez avec aisance ; petit à petit vous arrivez à un niveau de jeu ou de nouveaux éléments vous apparaissent, ils vous indiquent des dangers, de nouvelles règles, des menaces jusqu'ici inconnues. La situation devient alors très inconfortable et pour survivre, il est essentiel d'adapter ses comportements et de comprendre ce nouvel environnement. À mon sens, cette fonction explicative a été remplie par les délires et la paranoïa. Je réalise bien que le sens que j'attribuais à la plupart des événements était très largement biaisé, mais mes voix et mes perceptions sensorielles modifiées m'empêchaient d'avoir un regard plus critique.

## **Le délire de filiation :**

J'en était venu à penser que je n'étais pas le fils de ma mère ; cette conviction était fondée sur les liens que je faisais entre plusieurs éléments en apparence anodins, mais qui reliés entre eux, prenaient pour moi toute leur signification.

- Il n'existait aucune photo de ma mère enceinte alors que mon père était photographe et que nous avions plusieurs albums de photographies de famille.
- J'avais demandé un extrait de naissance à l'office d'état civil de la commune dans laquelle je suis né ; le document que j'ai reçu comportait une erreur ; à savoir que la date indiquée se situait dans le futur. Pour moi c'était une manière implicite de me signifier que quelque chose n'allait pas dans mes origines.
- Enfin, mon père m'avait toujours dit que j'étais né par césarienne et que celle-ci avait été programmée longtemps à l'avance ; or mon heure de naissance se situe en début de soirée, cet horaire était pour moi incompatible avec un programme opératoire.

Ma mère étant décédée lors de mon adolescence, j'ai fait part de mes suspicions à mon père ; celui-ci est resté très perplexe, il était surpris et incapable de me donner des explications satisfaisantes. Pour moi, c'était la confirmation qu'il y avait effectivement un complot familial à mon encontre, de toute évidence, on me dissimulait mes origines. En réfléchissant, je me suis dit assez logiquement qu'une telle falsification ne pouvait pas passer inaperçue et donc qu'en plus de ma famille, les voisins, l'ensemble du village devait être au courant...

Cette évolution dans ma manière de percevoir le monde m'a amené à encore plus m'isoler ; il m'est devenu impossible de partager mes convictions avec qui que ce soit ; c'est à ce moment-là que j'en suis venu à penser que j'étais la seule personne vivante sur terre et que le monde n'était qu'un dispositif artificiel mis en place pour m'initier, me tester, me tourmenter...

## **La combinaison entre délires et hallucinations :**

La combinaison entre les hallucinations visuelles, auditives, cénesthésiques et les délires m'a amené à vivre des situations complètement surréalistes, que je n'arrive toujours pas à m'expliquer. Comme par exemple le jour où je me suis rendu en ville et où la circulation routière était uniquement composée de deux marques de voitures ; J'avais beau être attentif, je ne voyais que des Renault et des Opel et je savais parfaitement que cela était totalement improbable. A ce moment-là, je ne pouvais que prendre acte que le monde que j'avais connu jusqu'ici n'était plus celui qui défilait sous mes yeux. Ce type de perception m'a amené à presque totalement perdre pied ; j'avais l'impression d'être dans un film de science-fiction ou dans une dimension parallèle

J'en arrivais à penser que la seule explication plausible était que l'on cherchait à me déstabiliser, à me pousser à bout et que logiquement, l'ensemble de la population devait participer à ce projet.

## **L'évolution :**

Compte tenu de mes connaissances, je savais comment faire pour éviter une hospitalisation, l'idée que je puisse avoir besoin de soins ne me venait même pas à l'esprit, pour moi les difficultés que je rencontrais étaient de nature ésotérique et n'avaient rien à voir avec un problème psychopathologique. Les délires qui m'habitaient étaient tellement prégnant, que la situation devint intenable pour mon entourage. Suite au départ de mes proches je me suis retrouvé dans un isolement presque complet.

Avec la perte des liens sociaux, mes hallucinations et mes délires n'ont fait qu'empirer, j'ai vécu plusieurs mois de cauchemar. Pour finir, j'ai été agressé par des voix en continu et cela pendant plus de trente heures, j'étais au bord du suicide ; c'est à cette extrémité et à contrecœur que j'ai demandé à être hospitalisé. Il faut bien se rendre compte que pour moi, à ce moment-là, les soignants faisaient partie intégrante du complot qui était à l'origine de mes tourments, j'avais donc le sentiment de me jeter dans la gueule du loup. Comme souvent dans ce type de situation, la personne décompensée envoie un double message aux soignants ; j'ai besoins de soins et vous me persécutez.

## **Hospitalisation et relation avec les soignants :**

La première chose à relever est que ma situation devenait progressivement incompatible avec la vie, que j'étais en danger ; dans ces conditions, l'hôpital était le seul lieu susceptible de casser ce cercle vicieux, de rompre cet isolement pathologique. Par conséquent, le cadre institutionnel en tant que tel a eu une fonction salvatrice.

Sur le plan psychique, j'étais dans un monde clos, c'est comme si je ne partageais plus la même langue et les mêmes croyances que les personnes qui m'entouraient, j'étais suspicieux, sur la défensive. L'intensité des souffrances vécues les derniers jours m'amenait toutefois à être soulagé par cette hospitalisation. Mes premières impressions furent clairement positives. Lors de l'entretien d'admission, j'ai eu le sentiment que les personnes présentes cherchaient véritablement à comprendre ce que je vivais ; j'ai pu faire part de mes convictions et partager une partie de mon vécu traumatique ; cela fut un grand soulagement pour moi.

C'est malheureusement l'une des seules fois au cours de cette hospitalisation où j'ai eu l'impression de parvenir à réellement communiquer avec les soignants. Une fois l'admission réalisée et le diagnostic plus ou moins posé, c'est comme si ce que je vivais sur le plan intérieur n'intéressait plus. J'ai eu le sentiment de croiser beaucoup de professionnels sans véritablement pouvoir échanger avec eux de manière significative. J'étais dans mes raisonnements, dans mes délires, et eux dans leurs différentes pratiques plus ou moins normatives. On observait mes attitudes, mes comportements, mais sur le plan de la relation, c'est un peu comme si une fois que l'adjectif « délirant » avait été posé, on ne voyait plus de sens à explorer ce que je vivais.

### **Contrainte / Contention :**

L'épisode suivant illustre bien pour moi cette absence de lien significatif : En prise avec mes voix, j'ai haussé le ton, je me suis montré revendicateur. En quelques minutes, j'étais conduit de force dans une chambre d'isolement et cela sans que personne ne me donne véritablement d'explication. Je n'ai pas compris ce qui motivait cette décision à mon sens totalement disproportionnée. Selon mes souvenirs, les soignants n'ont pas cherché à savoir ce qui se passait pour moi, ils ont sanctionné un comportement.

En consultant mon dossier médical, je relève les propos suivants :

*« A été conduit à l'isolement, car élève la voix, trouble la tranquillité du service et devient agressif verbalement envers le personnel soignant. Médication donnée. »*

Il me semble, qu'à défaut de parvenir à gérer les choses sur le plan symbolique ; on en est réduit à réguler les comportements par la contrainte et cela ne se fait pas sans violences et donc traumatismes.

Cette situation m'amène également à relever la question de l'information ; à savoir que même si une personne est mise en contention sans son consentement, il me semble essentiel de l'informer du pourquoi de cette décision. Pour un patient délirant, le fait d'avoir des explications ne va certainement pas le convaincre, mais probablement lui éviter d'être encore plus interprétatif et à posteriori, peut-être même, de comprendre au moins partiellement le choix des soignants.

### **La médication :**

Dès le début de mon hospitalisation, j'ai bénéficié d'un important traitement de neuroleptiques. J'avais tellement souffert que je ne remettais pas en question ce choix thérapeutique ; après tout celui-ci pouvait peut-être m'apporter un certain répit. Au bout de quelques jours, j'ai commencé à percevoir des effets secondaires, j'avais des impatiences dans les bras, ce qui était vraiment très difficile à supporter. Pour éviter ces désagréments, j'ai demandé à l'équipe de diminuer ma médication ou de me prescrire un traitement antiparkinsonien. Il n'y a pas eu d'entrée en matière pour une diminution du traitement, mais je pouvais, au compte-goutte, solliciter une réserve d'Akineton. Lors d'un week-end de congé, je n'avais pas



suffisamment de médicaments antiparkinsoniens et j'ai vraiment beaucoup souffert d'effets indésirables. Comme à mon retour l'équipe refusait toujours d'entrer en matière sur une diminution ou un changement de traitement, j'ai arrêté toute prise de médicaments et cela jusqu'à la fin de mon hospitalisation. Je faisais semblant d'ingérer les comprimés que je recrachais juste après.

En consultant mon dossier médical, je relève les propos suivants :

*« En raison de la fluctuante de la symptomatologie décrite par le patient sous forme d'impatience non objectivable des membres supérieurs sous Risperidone, nous n'avons pas jugé nécessaire dans un premier temps de faire un changement médicamenteux ou adaptation du dosage ». S'il n'y a pas de véritable dialogue, une alliance thérapeutique, il est naïf de penser que le patient va continuer un traitement qui dans son esprit lui procure plus d'inconvénients que de bénéfices.*

Lors de ma sortie et du premier rendez-vous chez un psychiatre, celui-ci a abordé la question de la médication, en se positionnant de la manière suivante : *« je passe une grande partie de mon temps avec des personnes qui disent prendre des neuroleptiques mais qui en fait ne les prennent pas ; j'ai l'impression de perdre mon temps. Je vous propose donc d'être honnête de dire ce que vous prenez vraiment et qu'ensuite on regarde ensemble, on adapte ou on change et cela en fonction de comment vous supportez le traitement ».* J'ai été touché par la franchise de l'entrée en matière et l'alliance thérapeutique qu'elle signifiait. A partir de ce moment-là, j'ai accepté de reprendre un traitement ; de cette manière, avec quelques adaptations au cours du temps, j'ai pu bénéficier pendant plusieurs années d'une couverture de neuroleptiques.

## **Les enjeux éthiques et déontologiques :**

Si l'hospitalisation et la médication sont incontestablement des éléments centraux, qui permettent de désamorcer une crise psychotique, à mon sens, un véritable enjeu déontologique et éthique consiste à établir une relation significative ; ce n'est que sur cette base qu'il est possible d'instaurer une véritable alliance

thérapeutique. Cela nécessite d'accueillir la souffrance psychique ; d'aller à sa rencontre, de permettre son expression, fût-elle délirante.

Il me semble que certaines représentations « professionnelles » font obstacle à cette démarche ; je pense en particulier à l'idée que les soignants feraient une faute en validant un délire psychotique, qu'ils risqueraient de le renforcer, de le faire « flamber » ! La question n'est pas de se prononcer sur la véracité du discours délirant sur le plan social, mais d'accepter que celui-ci paraisse être vrai à ce moment-là pour la personne qui l'énonce. On se rapproche ici d'attitudes développées par exemple dans le cadre de la méthode appelée Validation® qui a pour objectif de maintenir la communication avec les personnes âgées désorientées.

A mon sens, le délire n'a pas à être envisagé comme une menace à annihiler à tout prix, mais plutôt comme une passerelle qui permet de rejoindre l'autre dans sa souffrance.

L'on se rapproche ici de ce que Lacan proposait quand il incitait l'analyste à être « le secrétaire » de la personne délirante ; cela ne consiste pas à poser des interprétations ou à délirer avec le patient, mais à prendre avec la plus grande considération ce que dit la personne et à lui permettre de construire sa solution à travers sa parole. Une fois qu'une relation de confiance a pu être instaurée ; l'attitude des soignants peut alors évoluer et par exemple aller dans le sens de relever certaines incohérences du discours ; mais cela en étant particulièrement attentif à comment ces propositions sont reçues par le patient ; l'enjeu majeur étant de préserver le lien.

Je suis conscient que les attentes posées par rapport aux soignants sont très importantes et qu'elles peuvent même paraître contradictoires. Le soignant est celui qui devrait pouvoir entendre, comprendre les éprouvés de la personne qui délire, mais en même temps, il est très souvent vécu par celle-ci comme étant inexistant ou persécuteur. Il est donc nécessaire pour le thérapeute d'être particulièrement attentif, pour pouvoir « supporter » ce type d'interactions. Formulé de manière différente, on pourrait dire que l'accompagnement de personnes qui présentent un délire psychotique requiert de porter une attention toute particulière aux phénomènes de contre-attitude ou de contre-transfert. Ce type de suivi est d'ailleurs souvent peu valorisant sur le plan narcissique.

## **L'accueil de la souffrance psychique par les professionnels :**

Au cours de ma décompensation, j'ai rencontré beaucoup de professionnels différents ; ceux qui m'ont le plus aidé sont ceux qui ont accepté (supporté) d'accueillir mon vécu délirant et donc de réellement investir la relation. J'ai pu constater que cette alliance était possible dans tous les contextes. Il reste toutefois qu'en fonction de leurs missions, de leurs cultures, les institutions favorisent plus ou moins une telle approche.

Dans ma situation, j'ai pu constater que l'hôpital avec sa dimension de prise en charge aigüe, avait tendance à s'attaquer de front à la symptomatologie psychotique ; qu'il laissait peu de place à l'expression de ce qui était vécu ; qu'une partie des activités de la vie quotidienne était gérées à travers des rapports de force. Sur le plan éthique, le principe de bienfaisance (savoir en tant que professionnel ce qui est bien pour le patient) dominait assez largement, le respect de l'autonomie de la personne (respecter les choix du patient, obtenir son consentement « éclairé » pour agir). Cette situation est un grand classique des conflits éthiques rencontrés dans les soins ; la question n'est pas tellement de déterminer à priori ce qui serait ou non pertinent ; mais bien de savoir quels moyens se donnent les équipes pour créer un espace réflexif, qui permette de penser ce type de dilemmes. L'éthique clinique par exemple, propose des outils très concrets pour aborder les conflits de valeurs rencontrés par les équipes interdisciplinaires. Sur le plan déontologique les professionnels ont la responsabilité de développer de tel outils, en particulier quand il s'agit de prendre des décisions qui vont à l'encontre de l'autonomie de la personne. À défaut de cela, le risque est d'être confronté à une forme de prêt-à-porter qui brise la singularité et qui empêche la création d'une véritable alliance thérapeutique.

À l'autre extrême, les associations de patients n'ont pas véritablement de visées thérapeutiques ; ce sont des lieux de vie et d'activités diverses dans lesquels la personne est acceptée avec son discours, ses symptômes. C'est dans ce type de structure que j'ai pu reconstruire des liens sociaux et progressivement reprendre des responsabilités ; d'une certaine manière « retomber sur mes pieds ». Un paradoxe de ces institutions est le fait que de ne pas avoir de visées thérapeutiques

peut se révéler être extrêmement thérapeutique. Avoir peu d'exigences, accepter l'autre comme il est, amène la personne qui souffre sur le plan psychique à pouvoir aller à son rythme, à reprendre progressivement confiance en elle, à développer des liens sociaux, mais toujours en fonction de ce qu'elle détermine. Sur le plan éthique, on trouve ici un profond respect de l'autonomie du sujet, mais dans un contexte protégé qui se situe passablement en dehors des contraintes sociales habituelles. Une autre caractéristique de ces associations réside dans le fait qu'elles ne sont pas conçues pour gérer des situations de crise.

Enfin, pour les personnes qui présentent des hallucinations, les groupes d'entendeurs de voix sont des lieux qui me semblent être particulièrement intéressants. Le fait de se retrouver uniquement entre pairs amène à pouvoir exprimer des choses qui sont souvent très difficiles à aborder dans un autre contexte. A travers mon expérience de ce type de groupe, j'ai l'impression que l'aspect très particulier de l'expérience psychotique peut plus facilement être partagé avec des personnes qui ont traversé une expérience plus ou moins similaire.

### **La question de la contrainte dans un sens large :**

Jusqu'ici, j'ai évoqué quelques exemples de contraintes subies, suite à des choix opérés par des professionnels. Une autre dimension de la contrainte concerne des phénomènes plus intérieurs, propres au psychisme.

Si je me réfère à mon expérience, j'ai vécu le fait d'entendre des voix comme un non choix ; comme une contrainte imposée par « quelque chose » d'extérieur. Sur le plan identitaire et expérientiel, je ne suis jamais parvenu à intégrer l'idée, que je puisse être à l'origine des questions et des réponses de mes dialogues internes ; de plus mes voix m'incitaient parfois à faire des choses que je désapprouvais.

Un autre aspect de la contrainte concerne la question de la stigmatisation de la maladie psychique dans la société. Une certaine discrimination des malades psychiques existe incontestablement ; mais si je me réfère à ce que j'ai vécu, je réalise qu'au cours du temps je me suis passablement autocensuré, que je me suis

largement adapté au regard que je pensais que les autres portaient sur moi. Or en allant mieux et en osant plus solliciter les gens, je constate que j'ai attribué à beaucoup de personnes des avis, des jugements à mon égard, qui ne se confirment pas. De ce point de vue je me suis contraint pendant plusieurs années à éviter certaines rues, certains magasins, certaines manifestations et donc à réduire mon espace social. Ces comportements étaient motivés par des sentiments de honte et de peur, qui n'étaient de toute évidence pas en phase avec la manière dont j'étais perçu par la plupart des gens.

Par rapport au fait de comprendre ce que peut vivre une personne qui traverse des troubles psychiques, je pense que le recours aux pairs-praticiens est quelque chose de vraiment très intéressant. Il me semble que cette pratique doit encore trouver ses marques, mais que c'est quelque chose de très porteur pour le futur.

## **Les représentations scientifiques et la question de la contrainte :**

Au-delà des aspects institutionnels, l'accueil de la souffrance psychique comporte une importante dimension relationnelle et donc personnelle ; chaque soignant en fonction de son histoire, de ses représentations, de ses compétences, va être plus ou moins à-même de supporter, d'accueillir cette souffrance.

Cela dit les manières de se représenter la schizophrénie évoluent sur le plan scientifique et social ; ce qui était considéré comme vrai ou plausible il y a quelques décennies ne l'est plus nécessairement aujourd'hui. Dans le contexte actuel il y a un large consensus pour dire que les causes de la schizophrénie sont multiples et particulièrement complexes. Il ressort toutefois que depuis plusieurs années, les recherches scientifiques sont très orientées vers des explications de types physiopathologiques (génétiques, neurologiques, périnatales, métabolique avec les antioxydants...). Cette évolution dans les représentations des causes de la maladie a une influence sur l'ensemble des acteurs impliqués, en particulier, les personnes concernées, les proches et les professionnels. Par comparaison, à l'époque où je travaillais en psychiatrie, les représentations étaient différentes, la thérapie familiale était très présente et on pensait en particulier que certaines mères,

jouaient un rôle déterminant dans le développement de la schizophrénie. Dans ce contexte, nous avons l'impression qu'en agissant sur la communication au sein de la famille, il était possible de soulager la personne qui présentait des symptômes psychotiques. Actuellement, l'on est très largement revenu de cette conception qui peut paraître archaïque et culpabilisante. L'épistémologie nous apprend que les théories scientifiques sont des vérités provisoires ; que ce qui est considéré comme vrai aujourd'hui, ne le sera probablement plus demain. Il est dès lors important de faire preuve d'humilité et de préserver certaines valeurs humaines fondamentales, qui se situent au-delà de l'aspect momentané des conceptions scientifiques.

## **Conclusion :**

Concernant les différents types de contraintes, il me semble important de bien mesurer à quel point certaines pathologies psychiques comme les psychoses, peuvent acculer le patient dans ses derniers retranchements avec une difficulté voire une impossibilité à entrer en relation. La responsabilité éthique et déontologique des équipes consiste donc en premier lieu à créer un lien significatif avec la personne qui souffre et cela nécessite d'accueillir son délire, de prendre acte de ce qui est éprouvé.

D'autre part, compte tenu de la fréquence des conflits de valeurs rencontrés dans l'accompagnement des patients psychotiques, il est essentiel pour les équipes, de mettre en place des espaces réflexifs, qui permettent d'analyser les situations et de prendre des décisions « éclairées ». Cela ne se fait pas « naturellement », mais demande de se référer à des procédures, à des cadres conceptuels adaptés ; comme peut l'être par exemple celui de l'éthique-clinique. La mise en place de dispositif de ce type n'est pas synonyme de réussite ou d'absence de contrainte, de violence, mais elle correspond à ce que la société est en droit d'attendre des professionnels des soins, à savoir qu'ils se donnent véritablement les moyens de faire au mieux.

Je vous remercie de votre attention.