

Plan du recueil des contributions

Mardi 19/12/17

13h15 - 14h45

Atelier D – Contraintes, intimités, dignités : les inviolabilités du soi

Julie Montreuil Mackowiak, cadre coordinatrice de rééducation, groupement des hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille, « La contention physique passive, une pratique attachante ? » / p.2

Emmanuelle Bourlier, usagère, présidente de l'association Toutes voiles dehors, « Contention physique ou contention visuelle et par la parole » / p.4

Juliette Sinet, infirmière en CMP, et Jean-Manuel Morvillers, cadre supérieur de santé, EPS Maison Blanche, « La prise en charge d'un patient dangereux pour autrui et menaçant, refusant les soins psychiatriques : Intervention de la police et soignants au domicile et positionnement du soignant » / p.6

Yannick Chapeau, chef de service, Foyer Bel Air, association AMPH, « Le temps institutionnel » / p.9

La contention physique passive, une pratique attachante

Nom du ou des contributeurs : **Montreuil Mackowiak Julie**

Contexte de récupération de la situation : Situation issue d'une expérience professionnelle concernant un patient, hospitalisé en service de médecine polyvalente recevant majoritairement des patients âgés poly pathologiques, dans un centre hospitalier.

Petit résumé de la situation :

La mise sous contention physique passive semble de plus en plus répandue au sein des établissements hospitaliers. Sans évaluation concrète des bénéfices risques, il semble qu'elle soit du ressort de pratique coutumière. En ce sens, quelles raisons motivent les soignants au recours à la contention physique passive ?

Mots clés : contention physique passive, motifs de la contention, sécurité, thérapeutique

Présentation de la situation:

Au sein d'un établissement hospitalier des Hauts de France, lors d'une journée de travail, une situation m'a fortement interpellée. Un patient, âgé de 82 ans, est assis au fauteuil avec une ceinture pelvienne, une tablette gériatrique, face au mur, les freins du fauteuil enclenchés, sans sonnette... sans aucune prescription médicale et suivi dans le dossier. Suite à mon interrogation, l'aide-soignante me répond « *parce que Monsieur croit qu'il peut se promener comme il veut dans les couloirs !* ». La mise sous contention physique passive va à l'encontre de la liberté des patients mais également de leur autonomie. Cependant, la notion de sécurité ressort dans le discours des soignants comme étant un motif de mise sous contention notamment pour les personnes âgées déambulantes.

Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :

De cette situation ressort la question des motifs de mise sous contention physique passive au sein des établissements sanitaires. Nous pouvons nous demander si celles-ci sont appliquées dans un but thérapeutique pour le patient ou dans un souci sécuritaire et organisationnel pour le service ? Ces pratiques sont-elles la conséquence d'un manque de connaissances des recommandations préconisées par l'ANAES (Agence Nationale d'Evaluation et d'Accréditation en Santé) ? Les soignants évaluent-ils la possibilité d'alternatives à cette mise sous contention ?

Recommandations ou pistes de développement :

La formation des professionnels de santé, paramédicaux et médicaux, semble être primordiale au regard du contenu peu développé en formation initiale. Cependant, il convient de rechercher les représentations qu'ont les acteurs de santé de cette contention physique passive. A cela, il serait intéressant de connaître le positionnement des directions hospitalières sur ce sujet. Quels sont les moyens mis en œuvre pour permettre un changement des pratiques professionnelles ?

Principaux textes de droits mobilisés dans la situation ou qui pourraient l'être :

Agence Nationale d'Evaluation et d'Accréditation en Santé, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, Collection Evaluation en établissement de santé, 2000, 42 pages

Haute Autorité de Santé, Evaluation des pratiques professionnelles, Rapport d'expérimentation

Document préparatoire de la conférence Confcap 2017 – « Les droits des personnes à l'épreuve des contraintes légales », 18-19-20 décembre 2017, Paris

nationale, audit clinique ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée, Juin 2006, 50 pages

Haute Autorité de Santé, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, Avril 2009, 20 pages

Haute Autorité de Santé, Recommandations pour la pratique clinique : Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, Argumentaire, Novembre 2005, 69 pages

Charte de la personne hospitalisée, disponible sur le lien : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/flyer_a5_couleur.pdf

Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, disponible sur le lien : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf

Convention européenne des droits de l'Homme, disponible sur le lien : www.echr.coe.int

Contention physique ou contention visuelle et par la parole

Nom du ou des contributeurs : Emmanuelle Bourlier, présidente de l'association Toutes voiles dehors

Contexte de récupération de la situation :

Expérience personnelle et en tant que représentante des usagers et présidente d'association

Exemple de contention après un conflit d'une usagère avec l'infirmière aux urgences à cause de son refus de se mettre un pyjama.

Mots clés : contention, soin sans consentement, dignité, regard, parole, confiance, soins dans une alliance thérapeutique de confiance

Présentation de la situation :

Le sujet de la contention me tient à cœur l'ayant vécu à plusieurs reprises de façon très douloureuse. J'ai aussi le témoignage d'adhérents qui, même s'ils l'ont vécu il y a plusieurs années, en reste traumatisés. Je suis sensibilisée à toute forme de soin sans consentement parce qu'ils me semblent aller à l'encontre de la bonne alliance thérapeutique nécessaire aux soins.

La contention arrive souvent aux urgences où il y a beaucoup trop d'attente et où le personnel est débordé, ce qui crée une ambiance de méfiance et de distance entre les soignants et les usagers. De ce fait, les choses dégénèrent très facilement, même s'il n'y a aucune menace physique, mais seulement une escalade de l'agressivité verbale. En voici un exemple.

Une usagère en psychiatrie, bipolaire de type 1, arrive aux urgences en décompensation. Je vais l'appeler Madame M. Le trajet en ambulance se passe très bien, Mme M. parle avec l'ambulancier, mais aux urgences elle tombe sur une infirmière qui lui parle sur un ton hautain et autoritaire. L'infirmière lui demande de se mettre en pyjama avant de rencontrer le psychiatre. Mme M. ne se sent pas malade et dit qu'elle ne comprend pas pourquoi elle doit se mettre en pyjama. Un aide-soignant est également présent. Il prend Mme M. avec humour et elle accepte finalement de se mettre en pyjama. Mais le ton monte dans les échanges avec l'infirmière qui finit par appeler les gardiens et demander une contention.

La contention ne dure qu'une heure, mais elle a un effet profond sur Mme M. qui l'a vécu comme quelque chose d'abominable, de très humiliant. La contention produit en elle un sentiment d'impuissance et d'injustice totale. Quand la contention est finie, Mme M. n'accorde plus la moindre confiance aux soignants pendant son séjour à l'hôpital. Alors que si l'infirmière avait eu la sagesse de passer la main à l'aide-soignant avec qui tout se passait bien, la contention aurait pu être évitée et l'alliance thérapeutique aurait pu être établie dès le début.

Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :

N'étant pas soignante moi-même je veux bien croire que la contention soit exceptionnellement inévitable. Pour autant je pense qu'elle est devenue trop souvent une facilité bien arrangeante. Souvent, les usagers qui ont vécu des contentions ne comprennent pas, même en y réfléchissant après, pourquoi ils ont été contenus physiquement.

Il est évident que pieds et poings liés, nous nous calmons. Pourtant cette action que j'ai souvent entendu être interprétée comme "être traité pire qu'un chien" produit un sentiment d'injustice, une colère rentrée, et une grande méfiance vis-à-vis du corps médical. Je trouve cela très dommageable parce que, pour recevoir les soins dont nous avons besoin, la confiance me semble indispensable.

Un patient qui décompense, même s'il est agressif, cherche à être rassuré. Le pouvoir d'un regard posé, profond et serein n'a pas de prix. Une voix calme et ferme apaise.

Ne faudrait-il pas former le personnel soignant à la communication non violente ?

Certains savent gérer les crises, d'autres non. Ne faudrait-il pas passer la main plus rapidement ?

Recommandations ou pistes de développement (d'action) :

Prendre les directives anticipées beaucoup plus en amont.

Il me semble que la formation des soignants devrait être basée beaucoup plus sur le positionnement intérieur du soignant par rapport à l'utilisateur, surtout nécessaire aux urgences, sur la façon non violente de recevoir l'utilisateur et de contenir sa douleur et son angoisse, voire son agressivité.

La prise en charge d'un patient dangereux pour autrui et menaçant, refusant les soins psychiatriques

Intervention de la police et soignants au domicile et positionnement du soignant.

Nom du ou des contributeurs : **Juliette Sinet & Jean-Manuel Morvillers**

Contexte de récupération de la situation : Issue d'expérience professionnelle

Petit résumé de la situation :

Réalité de semaine X : Le Bureau de d'Action de Santé Mentale de la ville de P. m'appelle au Centre Médico Psychologique où je travaille en tant que cadre de santé. Il faut intervenir au domicile de M.P et la police ne peut y aller seule car il s'agit d'une intervention à but sanitaire : "il faut un soignant présent avec eux". Le psychiatre du CMP pense que la police doit y aller seule car ce patient est avant tout dangereux pour autrui (sachant que de nombreux signalements sont faits pour une intervention depuis plusieurs mois). Mais j'organise quand même avec la police du quartier l'intervention au domicile. Je ne connais pas ce patient mais j'ai peur qu'il commette un acte grave et que ma responsabilité soit engagée.

Au domicile, le patient ouvre sa porte au bout d'un moment à la demande de la police. Celui-ci, s'il se montre très sthénique, n'est ni délirant, ni dissocié. Il refuse notre proposition d'hospitalisation (une ambulance avait été prévue) et de revenir consulter au CMP. Ne se sent plus concerné par (s)ces soins et pense que « c'est tant mieux ». Fin de l'intervention. Le patient reste à son domicile.

Mots clés : psychiatrie – visite à domicile – forces de l'ordre – responsabilité du soignant.

Présentation de la situation :

En janvier 2017, un premier signalement est fait au Centre Médico Psychologique (CMP) par la famille de M. P qui avait été hospitalisé dans nos services en 2015, mais qui restait inconnu des équipes de soins du CMP. En effet, le syndic de l'immeuble dans lequel M.P vit, menace de résilier le bail de monsieur si son comportement ne change pas. Des plaintes proviennent des occupants de l'immeuble, à savoir : « *tapage nocturne avec jets d'objets lourds dans les murs, cris et hurlements, lancement d'objet par la fenêtre.* »

Suite à cela, plusieurs Visites A Domicile (VAD) sont organisées par les infirmiers du CMP, sans succès : Le patient n'ouvre pas sa porte, refuse tout échange.

Début février 2017, la mère de M.P et sa sœur portent plainte respectivement contre leur fils/frère pour « *menace de mort réitérée, appels téléphoniques malveillants réitérés, dégradation ou détérioration volontaire du bien d'autrui causant un dommage léger* », espérant alerter les pouvoirs publics et accélérer la prise en charge psychiatrique de M.P.

De nouvelles plaintes et courriers du syndic réitérent le signalement au CMP. Le psychiatre référent de M. P. signale une nouvelle fois la situation à la préfecture de police de Paris, avec demande explicite d'un recours au « soins sans consentement sur demande du représentant de l'Etat ». De nouvelles VAD sont effectuées avec et sans les forces de l'ordre, sans succès.

S'en suivent de nombreux courriers échangés entre syndic et propriétaire du logement, syndic et la famille de M.P, la famille et les bureaux du procureur.

Début septembre 2017, M.P aurait envoyé à tous ses voisins une lettre à caractère délirante de menaces de mort. Le syndic nous alerte à nouveau de ces agissements, un nouveau signalement est fait à l'Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police (IPPP) par le psychiatre du CMP.

Après ce signalement, le bureau d'action de Santé Mentale demande une intervention au domicile avec les forces de l'ordre. Le psychiatre n'est pas favorable à ce que les soignants du CMP participent à cette intervention mais la police refuse d'intervenir seule. Les instructions d'emmener le patient à l'Infirmierie de la Préfecture de Police de Paris ont été rédigées clairement par le psychiatre du CMP, mais la police estimant que M.P avait l'air cohérent est reparti sans emmener le patient.

Enfin début octobre, dans le cadre de la procédure judiciaire pour les menaces de morts réitérées suite aux plaintes déposées par la mère et la sœur, M.P est placé en garde à vue, examiné par un psychiatre expert et transféré à l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police pour une nécessité de soins psychiatriques sous contrainte (SDRE). Il est hospitalisé le 5 octobre 2017 en Soins sous contrainte sur décision d'un représentant de l'Etat. Il sortira de l'hôpital dix jours plus tard avec une obligation de soin ambulatoire.

Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :

La position du cadre de santé :

- Quid de la responsabilité du cadre de santé qui organise la première intervention alors que le patient n'est pas encore en programme de soin ? A qu'elle autorité doit-il en référer : au directeur de l'établissement qui l'emploie ou bien au psychiatre chef de service ?
- Fallait-il se rendre au domicile de cette personne ? A-t-on le droit de demander à des soignants d'intervenir au domicile des patients qui ne sont pas en rupture de programme de soins ?

La position du soignant :

- L'intervention au domicile des soignants, sans rupture de programme de soin, est-elle obligatoire (surtout dans le cadre d'une intervention policière)?
- Très intrusif pour le patient, qui n'était pas connu à l'époque par l'équipe du CMP. Comment appréhender la future prise en charge dans un contexte de première rencontre soignant/soigné au domicile avec la police ?
- Quelle place adopter face à la famille après les nombreux signalements donnés auprès des services de soin, et qui sont restés sans réponses de notre part ? Malgré nos signalements faits à la préfecture, sorte d'impuissance pour répondre à la demande de la famille et des voisins ?

La position du patient :

- Opposition aux soins qui lui sont proposés. Déni de sa pathologie. Absence d'Alliance thérapeutique qui aurait pu être construite au préalable
- Mise en avant du respect de sa liberté
- Intrusion dans son intimité (intervention au domicile).

La position de la famille :

- Quel est l'interlocuteur fiable pour amorcer des soins ? Multiplication des interpellations

des différentes institutions : la bailleur, le syndic, la police, le CMP, la préfecture.

- Représente la première cible de l'expression de la dangerosité et des troubles du comportement du patient. (caution financière du patient et interlocuteur direct du bailleur et syndic).

Recommandations ou pistes de développement (d'action) :

- Lorsque le patient est potentiellement dangereux et persécuté, privilégier **l'intervention seule de la police** afin d'optimiser une meilleure prise en charge de l'équipe soignante *a posteriori*, ce qui évite l'amalgame police/soins
- Un transport serait-il possible dans une voiture de police banalisée ?

Principaux textes de droits mobilisés dans la situation ou qui pourraient l'être :

- Les fondements de la loi de 1990 toujours d'actualité : LOI no 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation

Le principe des soins libres pour les personnes atteintes de troubles mentaux demeure. Il existe toujours deux procédures de contrainte distinctes à savoir :

- à la demande d'un tiers
- sur décision du préfet

Les dispositifs d'urgence subsistent

- La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Circulaire du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et du décret n°2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques
- Circulaire N°DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Circulaire du 11 août 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

> Respect des libertés du citoyen et des droits de l'Homme :

- Arrêté du 19 avril 1994 relatif à l'informatisation du suivi des personnes hospitalisées sans leur consentement en raison de troubles mentaux et au secrétariat des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques
- Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789

Art. 1er. Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune.

Art. 4. La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi.

Art. 5. La Loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la Société. Tout ce qui n'est pas

Document préparatoire de la conférence Confcap 2017 – « Les droits des personnes à l'épreuve des contraintes légales », 18-19-20 décembre 2017, Paris

défendu par la Loi ne peut être empêché, et nul ne peut être contraint à faire ce qu'elle n'ordonne pas.

Le temps institutionnel

Le temps peut être une contrainte

Nom du ou des contributeurs : Yannick Chapeau, chef de service foyer bel air association AMPH, titulaire d'un master2 de sociologie

Contexte de récupération de la situation :

Cet écrit se base sur mon expérience de terrain auprès de différents publics et personnes dont Jean mais également sur quelques résultats issus d'un travail de recherche dans le cadre d'un mémoire Master 2 Anacis.

Petit résumé de la situation :

Lorsque l'on parle de contrainte en Institution on ne pense pas forcément au temps : les repères temporels du quotidien, le rapport au temps, la prise que l'on peut avoir ou pas sur son propre emploi du temps en fonction de ses obligations et de ses envies. Cette contribution part d'une discussion marquante que j'ai pu avoir avec un Monsieur prénommé Jean vivant en Foyer d'hébergement. Il s'avère que les personnes accueillies dans un établissement médico-social ne sont pas forcément maître de leur temps et que la temporalité institutionnelle peut déterminer tout le reste.

Mots clés : Handicap ; Temps ; Institution ; Institutionnalisation

Présentation de la situation :

Les lois et productions réglementaires des 2 dernières décennies mettent l'accent et favorisent les libertés individuelles des personnes accueillies en établissements du secteur médico-social. Cependant la mise en application de ces droits et libertés ne s'opère pas automatiquement. La vie en Institution est régie par un fonctionnement très singulier et une organisation spécifique.

Je travaille auprès de personnes adultes en situation de handicap depuis un peu plus de 10 ans. Au fil de ces années, je me suis interrogé sur les particularités du modèle institutionnel et de ce qu'il produisait, du moins ce qu'il faisait vivre aux personnes accueillies. Une discussion avec l'une de ces personnes m'a plus particulièrement marqué. Ce monsieur s'appelle Jean. Jean est un monsieur qui était artisan, qui avait son appartement, une amie... tous les éléments d'une vie normale. Un soir de Noël, Jean a glissé sur une plaque de Verre en voiture. Il a perdu la vue, la mémoire à court terme, d'autres capacités cognitives, une partie de ses sphincters.... Jean vit depuis en établissement, ce qui lui était insupportable et qu'il a appris à accepter. Un soir, alors que nous discutons, Jean m'a proposé de me raconter ce que cela faisait vivre de vivre en Foyer d'Hébergement. Il m'a décrit l'énergie qu'il fallait pour tout : avoir envie, trouver une raison, gérer son quotidien. Pour étayer son propos il m'a pris l'image d'un puits « trou noir » dans lequel il se retrouvait, d'où il était extrêmement difficile de s'extirper et dont on ne sortait jamais vraiment. Quand je lui ai demandé ce qui aspirait vers le fond, Jean m'a répondu la dépendance à l'éducateur et le temps. Il me disait alors que le temps institutionnel est un temps hors du temps, long, chronique, sans finalité. Jean me l'a mis en lumière.

Tout d'abord cela passe par la chronicité du quotidien : se lever toujours aux mêmes heures, manger aux mêmes heures, avec les mêmes gestes. La quasi intégralité des lieux d'hébergement accueillant des adultes en situation de handicap mental ou psychique fonde son action sur l'idée

que le cadre d'accueil et la récréation d'un quotidien structuré va opérer un mieux-être. Le temps est d'abord jalonné par les repas : 4 en comptant le gouter dans la plupart des établissements. Les heures de coucher sont également fixées. Rien ne déroge à ces habitudes aussi bien issues des choix personnels que des règles de fonctionnement de l'établissement. De même, la répétition est renforcée par les habitudes de travail du personnel qui peut ainsi trouver des repères et des automatismes à son action. Cette répétition immuable des gestes de la vie quotidienne contribue à cette chronicité, ce puits dont parle Jean.

Au-delà de la structuration du temps quotidien, se superpose le temps éducatif et la temporalité de fonctionnement. Chaque personne accueillie dépend étroitement de l'équipe éducative qui l'accompagne et à plus forte raison de son ou ses éducateurs référents. Chaque résident pour organiser des questions d'argent, de lien avec sa famille, des nouveaux apprentissages, des accompagnements pour des achats (vêtue, etc...) doit passer par ses éducateurs voire exclusivement ses éducateurs référents. Les envies, choix, demandes, souhaits, projets, de la personne accueillie dépend donc de plusieurs contingences organisationnelles qui lui échappent : le planning horaire des éducateurs, leur présence mais surtout leurs absences (congés, maladie etc...), la fréquence des réunions, la fréquence des projets personnalisés.

Ainsi chaque résident se calque progressivement son temps sur les roulements d'intervention des éducateurs. Dans bien des Institutions, le résident va plus particulièrement attendre son ou ses référents. Bien souvent les autres éducateurs ne peuvent ou ne veulent pas traiter une demande qui n'émane pas de « leurs références » pour ne pas marcher sur les plates-bandes de son collègue ou parce qu'il veut se concentrer sur les demandes de « ses » résidents. Cela diffère d'autant de ce que le résident veut traiter.

De même, afin de garantir que ce n'est pas l'éducateur qui plaque ses envies sur le résident, d'être sûr qu'il est impliqué, chaque choix ou projet sortant de l'ordinaire va être discuté à plusieurs reprises et surtout mis à l'ordre du jour de la ou des réunions éducatives, et/ou avec un cadre.

Imaginez alors que le ou les référents soient en congés ou arrêt maladie : il faut que le résident attende leur retour puis que le sujet soit discuté plusieurs fois, puis mis à l'ordre du jour de réunion.

La démarche projet a fixé un peu plus le tempo dans les établissements. Depuis la loi 2002-2 le processus d'élaboration des projets personnalisés se sont affinés. Chaque personne accueillie voit le sien réactualisé à peu près tous les ans. Le processus se décompose généralement en 3 phases : élaboration/préparation ; réunion ; restitution. La phase de préparation est lancée par l'éducateur référent qui va solliciter le résident et lui rappeler des choix ou envies qu'il a pu formuler par le passé afin d'en établir des objectifs d'accompagnement. Cette phase de préparation est aussi le temps de « collecte » de l'avis du résident : l'amener à exprimer ce qu'il pense de tous les aspects de sa vie et qu'il se projette.

Ceux-ci sont discutés durant une réunion entre professionnels avec ou sans la présence du tuteur ou de la famille, avec ou sans la présence du résident lui-même. La phase de restitution quant à elle consiste à formaliser dans un document de l'Institution les objectifs retenus et envoyer aux différentes parties pour signatures. Du début de l'élaboration jusqu'à la restitution, cela peut prendre des semaines voire des mois.

Lors d'un travail de recherche que j'ai effectué durant mes études, je me suis intéressé à cette temporalité institutionnelle, au délai de réponse entre l'expression d'une décision d'une personne accueillie jusqu'à la concrétisation de celle-ci.

Emilie par exemple voulait s'acheter un téléphone portable. La première mention qui en est faite

dans le cahier de relève de l'équipe éducative date du 05/12/14. Cela signifie qu'elle en a certainement parlé auparavant. Elle l'a eu le 25/02/15 soit presque 3 mois après. Que s'est-il passé ? Emilie a donc exprimé le choix d'avoir un nouveau téléphone portable à son éducateur référent. Il a certainement fallu qu'elle l'exprime également à son autre éducateur référent un autre jour puisque celui-ci ne travaillait pas à ce moment. Puis cela a été discuté en réunion d'équipe. Après quoi l'éducateur référent a appelé sa curatrice pour prendre RDV pas avant janvier étant donné les vacances de Noël. Avec les agendas chargés de tous les professionnels, le RDV a eu lieu début février pour qu'Emilie explique à nouveau son désir d'avoir un nouveau téléphone portable. Une fois que la curatrice a accordé le déblocage des fonds et annoncé faire au plus vite un virement, il a fallu qu'Emilie retire la somme en plusieurs fois sur plusieurs semaines car elle ne pouvait pas dépasser le plafond hebdomadaire de retrait de sa carte. Puis son éducateur a dû lui fixer un RDV d'accompagnement pour aller l'acheter.

On pourrait citer pléthore d'évènements semblable à l'exemple d'Emilie, qui illustrent cette temporalité, ce timing propre à l'organisation de l'accompagnement : Miguel qui a « demandé » à acheter une antenne TV en juillet 2014 qui l'a eu en juin 2016 ; Fatima qui voulait un vélo cette même année et qui attend toujours ; Yves qui a attendu presque 2 ans de changer de lit...

Ainsi le temps revêt une importance capitale dans la vie d'une institution. Il est d'abord fait d'un rythme de la vie quotidienne très répétitive, puis est séquencé par l'organisation institutionnelle (les horaires de travail, les jours de réunion etc...). Enfin il est dicté par la réactivité des professionnels. Le temps dans un établissement médico-social semble alors à la fois très figé et très distendu, mais échappe toujours à la personne qui y vit. Jean, lorsqu'il me parlait du temps faisait alors le lien avec la dépression et le mortifère, quelque chose qui ôte toute envie.

Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :

Notre rapport au temps et notre maîtrise du temps conditionne toute notre vie. Dans la mesure où cette maîtrise semble échapper aux personnes accueillies, comment l'accessibilité à certains droits se caractérise-t-elle ? Comment penser la question de l'autonomie ?

Comment faire le lien entre ces spécificités temporelles de l'Institution et ses finalités ?