

EHESS
Master de sciences sociales
Mention « Santé, Populations, Politiques Sociales »

*Isolement et contention en psychiatrie,
« thérapies » de la docilité*

Par Mathieu Le Mentec
Mémoire réalisé sous la direction de Richard Rechtman
2008-2011

« Pour la société, les internés des hôpitaux psychiatriques sont là, officiellement d'abord parce qu'ils sont atteints de maladies mentales ; pourtant, dans la mesure où le nombre des malades mentaux qui vivent hors de l'hôpital approche celui des internés ou même le surpasse, on pourrait dire que c'est moins la maladie mentale que les contingences de la vie qui décident de l'internement. »

Erving Goffman, *Asiles*, p.189.

« Les Lumières qui ont découvert les libertés ont aussi inventés les disciplines. »

Michel Foucault, *Surveiller et punir*, p. 224.

J'adresse mes remerciements les plus sincères à Richard Rechtman, directeur de ce mémoire, pour m'avoir permis, avec son enseignement, ses précieux conseils et ses encouragements, de décaler mon regard pour découvrir le monde des sciences sociales.

Je remercie aussi Samuel Lézé pour avoir accompagné ce travail, pour m'avoir transmis son goût de l'enquête de terrain, et aidé à franchir de nombreux d'obstacles qu'implique la recherche.

Un grand merci à Arthur, Lucie, Meoin, Aude, Victor et Virginie pour leurs conseils, leurs soutiens et leurs relectures qui m'ont souvent permis de sortir la tête de l'eau...

A Maïté qui depuis trois ans pour ce travail, le supporte et me supporte ...

Sommaire

Introduction.....	6
Chapitre premier : La carrière anthropologique d'une réflexion morale, Chronique d'une recherche.	14
1.1. De l'indignation à la mise en « je » de la morale.	14
1.1.1. De mon engagement... ..	14
1.1.2. ... A mon indignation	17
1.1.3. Un passage par le travail institutionnel hospitalier.....	19
1.2. Travailler la morale.....	21
1.2.1. D'une morale à l'autre. Dévoiler ma morale.....	21
1.2.2. L'espace morale des pratiques d'isolement et de contention	23
1.2.3. Suspendre son jugement moral	26
1.3. Le travail de terrain ethnographique	28
1.3.1 Méthode.....	28
1.3.2. Choisir un terrain.....	29
1.4. Entrer sur le terrain	31
1.4.1. Premier contact.....	31
1.4.2. Négocier ? S'adapter au cadre imposé !	31
1.5. Être ethnographe	33
1.5.1. Se construire un rôle	33
1.5.2. Tenir son rôle.....	36
1.5.3. Mélanger les genres et autres incongruités.....	37
1.6. Quelques enjeux politiques de cette enquête	39
1.6.1. Situations générales du monde hospitalier.....	39
1.6.2. Politiques locales	40
1.6.3. Place locale de mon enquête ; une enquête pour faire-valoir.....	42
Chapitre second : Comment en est-on venu à soigner une personne en fermant la porte ou en l'attachant ?.....	44
2.1. Isoler pour traiter	45
2.1.1. Désenchaîner les fous.....	45
2.1.2. Traiter par l'enfermement : la loi de 1838	47
2.2. Traiter sans coercition.....	48
2.3. Soigner médicalement, avec l'isolement	52
2.4. Restreindre la fermeture, tout en la conservant.....	56

2.4.1. Normaliser la psychiatrie, propager la santé mentale	56
2.4.2. Rationaliser les pratiques d'enfermement.....	57
2.5. Relocaliser et redéfinir ceux pour qui on ferme la porte	60
2.5.1. Construction et déplacement de la catégorie de malade difficile	61
2.5.2. Rétablir des dispositifs « modernes » pour enfermer.....	63
2.6. Passer derrière la porte	67
2.6.1. Devenir patient sans consentement	67
2.6.2. Être non consentant jusqu'à passer derrière la porte pour être soigné.....	70
Chapitre trois : la production psychiatrique de la docilité.....	72
3.1. Replacer l'isolement et la contention dans un espace social.....	73
3.1.1. Un théâtre pragmatique des pratiques psychiatriques.....	73
3.1.2. Actions et temporalités	81
3.2. Mr O., chronique d'un cas extra-ordinaire.....	86
3.2.1. D'une dangerosité caractérisée, à la crise : entrer à l'USI.....	86
3.2.2. Définir en équipe le « cadre » de départ.....	88
3.2.3. Travailler le cas normalement.....	90
3.2.4. Fin de crise, il faut que ça circule.	93
3.3. Façonner la crise psychiatrique, produire de la docilité	94
3.3.1. Définir et circonscrire une crise psychiatrique.....	94
3.3.2. Produire de la docilité	104
Conclusion	113
Bibliographie.....	116
Annexe.....	124

Introduction

« L'enfermement revient en force dans les hôpitaux psychiatriques. Jamais depuis vingt ans ne se sont autant multipliées les chambres d'isolement et les mesures de contention (immobilisation) pour les malades mentaux. Hier rarissimes, ces chambres fermées existent aujourd'hui dans tous les services. »¹ Ce chapeau d'article fut publié dans le quotidien national *Libération* en novembre 2009. Une semaine plus tard, Nicolas Sarkozy, alors président de la République, prononce un discours devenu célèbre dans le champ psychiatrique lors d'une visite à l'hôpital d'Antony (92) où il annonce un plan pour la psychiatrie. Il prévoyait pour la sécurisation des hôpitaux psychiatriques une enveloppe de 70 millions d'euros, afin de financer la construction de 200 chambres d'isolement et l'ouverture d'unités fermées pour « chaque établissement qui le nécessite »².

Aussi, qu'ils soient critiques ou non des pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie, ces deux discours signent une évidence : l'existence de ces pratiques s'est progressivement installée sur la scène sociale. Néanmoins, cette évidence est récente au regard de l'histoire de la psychiatrie et de ses pratiques. Ainsi, dans la sphère publique, lorsqu'on évoque la psychiatrie et la santé mentale, quatre thèmes apparaissent de manière récurrente :

En premier lieu, le thème le plus ancien, celui des faits divers dramatiques ou actes incongrus défrayant la chronique depuis l'origine de la psychiatrie avec la figure mouvante du « fou dangereux ».³ Faits divers entraînant souvent des prises de position de la part des responsables politiques, qui s'empressent de proposer de nouvelles lois. Le discours du président de la République à l'hôpital d'Antony n'a pas échappé à ce mouvement, puisqu'il fait suite à l'homicide d'un étudiant à Grenoble par un patient en « fugue » de l'hôpital de Saint-Égrève. Cependant, comme le note Alain Ehrenberg, dans les pas de Marcel Jaeger sur l'empilement des textes législatifs traitant de psychiatrie⁴ : « une loi votée à cause d'un fait

¹ Éric Favereau, « L'enfermement revient en force dans les hôpitaux psychiatriques », *Libération*, 27 novembre 2009.

² Discours du président de la République le 2 décembre 2009, à l'hôpital d'Antony [en ligne]. Ce discours engendra la naissance du collectif *l'appel des 39 contre la nuit sécuritaire* qui initia une pétition rassemblant plus de trente mille signatures en quelques mois.

³ Nous renvoyons à l'ouvrage de Marc Renneville retraçant les variations du traitement social et judiciaire des rapports entre folie et criminalité. Marc Renneville, *Crime et folie, deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Fayard, Paris, 2003.

⁴ Marcel Jaeger, *Le désordre psychiatrique, des politiques de la santé mentale en France*, Payot, Paris, 1981.

divers n'a jamais résolu aucun problème ni même apaisé l'opinion publique »⁵. Ainsi, le « fou dangereux » fait encore partiellement figure d'étendard de la psychiatrie pour le sens commun. Ce thème renvoyant en creux à un autre sujet, celui de la pénalisation de la maladie mentale, et à l'augmentation du nombre de malades mentaux dans les prisons.

Le deuxième thème récurrent des discours associés à la psychiatrie est caractérisé par une « crise institutionnelle », récurrente. Le manque de moyens de la psychiatrie pour les structures hospitalières, tant sur le plan matériel qu'humain, est couramment rappelé, ainsi que l'inégale répartition géographique des psychiatres, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers.⁶ De plus, ces phénomènes prennent une plus grande ampleur, avec une augmentation continue du recours à la psychiatrie ; parallèlement, les demandes s'élargissent désormais à des populations pour lesquelles, il y a encore quelques années, l'offre de soins était inexistante : les exclus (sans domicile fixe, chômeurs...), les adolescents, les victimes (d'attentat, de traumatismes...). D'autre part, l'explosion de la demande « psy » s'accompagne d'une augmentation de certaines prévalences, comme celle de la dépression, entraînant par là même une augmentation de la consommation de psychotropes (anxiolytiques et antidépresseurs), la France faisant figure de « champion du monde »⁷ en la matière. Cette crise institutionnelle relevant de ce qu'Alain Ehrenberg a appelé *Le grand renversement*⁸, ou le passage du champ psychiatrique à l'espace politique de la santé mentale, pour suivre le propos de Samuel Lézé.⁹

Une autre crise domine le champ psychiatrique : la crise théorique, plus récente. Depuis une dizaine d'années, on assiste en France à des polémiques sur les conceptions de la pathologie. « Aux partisans du "sujet parlant" s'opposent ceux du "sujet cérébral" »¹⁰. Il s'agit d'une controverse intellectuelle, mais elle affecte tout le champ psychiatrique, le plaçant régulièrement en première page des magazines et autres hebdomadaires. On assiste à *une mutation de la pensée psychiatrique* : la phénoménologie a quasiment disparu des références psychiatriques contemporaines ; la psychopathologie n'est plus au centre des formations

⁵Alain Ehrenberg, *L'ordinaire de la psychiatrie : une sociologie des relations entre patient et professionnels*, in Livia Velpry, *Le quotidien de la psychiatrie, sociologie de la maladie mentale*, Armand Colin, Paris, 2008, p.10.

⁶Magali Coldefy, *La prise en charge de la santé mentale, Recueil d'études statistiques*, Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, Études et statistiques, 2007.

⁷Fabien Gruhier, « La France médaille d'or des pilules du bonheur » *Le nouvel observateur*, 5-11 septembre 1996.

⁸Alain Ehrenberg, « le grand renversement », *Annales Médico-Psychologiques*, Vol. 163, n°3-4,2005, p. 364-371.

⁹Samuel Lézé, «An exploration of the possibility of a sociology of mental health: An historical epistemological examination of the subfield in France, *Journal of mental health*, Londres, Vol. 16, n°3, juin 2007, p. 319-331.

¹⁰Alain Ehrenberg, « Les guerres du sujet, Introduction », *Esprit*, Vol. 309, n° 11 novembre 2004, p. 74-85.

universitaires des psychiatres¹¹. Dans ce sens, c'est la construction du DSM III (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) puis du DSM IV aux Etats-Unis, sous la pression sociale, voulant corriger le manque de *fidélité* des diagnostics psychiatriques qui cristallise les débats en France.¹²

Ainsi, le DSM a conduit à la disparition des hypothèses psychodynamiques pour le diagnostic. Après « l'éviction de la névrose », cet outil de diagnostics « facilement observables », bien que soumis à la controverse, va rencontrer le développement des thèses neuroscientifiques naturalisant la maladie mentale en troubles du cerveau. Cette convergence force la psychiatrie à *repenser ses références* et à redéfinir la *notion de pathologie mentale*.¹³ D'autant plus que les attentes sociales en matière de traitement des troubles mentaux permettent le développement des thérapies brèves, comme les thérapies cognitivo-comportementales qui entrent en concurrence sur « le marché des soins par la parole »¹⁴ avec la psychanalyse.

Le dernier thème reliant le champ psychiatrique à la scène sociale, et qui semble en lien avec l'émergence des pratiques signalées au début de notre propos, est celui de l'image d'une psychiatrie oppressive, décriée pour ses internements et ses pratiques répressives. Ainsi, nous avons régulièrement, en contrepoint des faits divers mettant en scène des malades qualifiés de « dangereux », ayant échappé au dispositif psychiatrique, des articles de dénonciation du « pouvoir psychiatrique » et de la toute-puissance médicale conservant la figure du « mandarin ». Dans ce sens, un certain nombre de discours critiques des pratiques de l'institution psychiatrique, effectués tant par des professionnels¹⁵, des usagers¹⁶ que des journalistes¹⁷ participe à cette dénonciation. Le discours des usagers prenant une part de plus en plus importante aujourd'hui, à l'heure de la « démocratie sanitaire ».

C'est dans ce dernier registre que nous pouvons classer l'article de *Libération* dénonçant un retour à l'enfermement par l'utilisation des chambres d'isolement et de la contention. Pourtant, à ce jour, aucune enquête, quantitative ou qualitative, n'appuie le constat du journaliste, ou bien explore ces pratiques concrètement.

¹¹ Alain Ehrenberg et Anne Lovell, « Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie ? », in A. Ehrenberg, A. Lovell (dir.), *La maladie mentale en mutation*, Odile Jacob, Paris, 2001, p. 24.

¹² Richard Rechtman, « L'hallucination auditive : un fondement paradoxal de l'épistémologie du DSM », *L'Évolution psychiatrique*, Vol. 65, n°2, 2000, p. 293-309.

¹³ Alain Ehrenberg et Anne Lovell, op. cit. , p. 12.

¹⁴ Samuel Lézé, *L'autorité des psychanalystes*, PUF, Paris, 2010.

¹⁵ Par exemple, Philippe Clément, *La forteresse psychiatrique*, Flammarion-Aubier, Paris, 2001.

¹⁶ Nicole Maillard-Déchenans, *Pour en finir avec la psychiatrie, Des patients témoignent*, Les éditions libertaires, Paris, 2008.

¹⁷ Patrick Coupechoux, *Un monde sans fous, Comment notre société maltraite ses malades mentaux*, Seuil, Paris, 2006.

En tant qu'infirmier exerçant en psychiatrie, j'ai été régulièrement confronté à cette situation de placer une personne dans une chambre fermée à clef ainsi qu'aux « mesures de contention ». Dans ma pratique d'infirmier, j'ai également obtenu des témoignages d'« anciens » infirmiers psychiatriques précisant qu'« ils ne travaillaient pas comme ça avant ». Toutefois, aucune statistique officielle n'appuie la thèse de l'augmentation du recours à l'isolement ou à la contention : en effet, contrairement aux données sur le nombre de séjours sous contrainte¹⁸ ou de diagnostics psychiatriques, qui sont recueillies par le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), celles-ci ne sont pas relevées. La production de statistiques locales a révélé des difficultés : par exemple, à l'hôpital Sainte-Anne de Paris, elle dépend du volontariat des services et s'effectue par le biais d'un signalement des isolements au service de sécurité incendie, en prévention des difficultés d'intervention de ces agents en cas d'incendie. Différentes thèses explicatives de l'augmentation de ces pratiques sont avancées par les professionnels de la psychiatrie : le manque de formation des nouveaux infirmiers, la perte de « la clinique du sujet », le manque de personnel et les contraintes économiques...

Si, en tant qu'anthropologue, nous ne pouvons pas ici vérifier, questionner les affirmations de l'article de *Libération*, ou élaborer des réflexions sur la légitimité des pratiques d'isolement et de contention. En revanche, nous pouvons nous poser la question anthropologique suivante : dans quelles circonstances ces acteurs font-ils ce qu'ils font ? Comment est-on amené à isoler ou à contenir un patient ? Pourquoi, en psychiatrie, place-t-on une personne dans une pièce fermée à clef, avec parfois un système mécanique pour l'attacher sur un lit ?

D'une part, il n'existe pas d'ouvrage en sciences sociales traitant directement de l'isolement et de la contention en psychiatrie. Toutefois, lorsque nous relisons les ouvrages de sciences sociales traitant de psychiatrie, une problématique est constante ; il existe une tension essentielle de la psychiatrie, depuis ses origines, entre deux pôles : un pôle « contrôle social », dans le sens développé par Michel Foucault, c'est-à-dire « un ensemble de mécanismes de surveillance qui ont pour fonction non pas tant de punir la déviance que de la corriger et surtout de la prévenir »¹⁹ ; un pôle du traitement de la maladie mentale, de la souffrance psychique comme le proposent Gladys Swain et Marcel Gauchet dans *La pratique de l'esprit*

¹⁸Magali Coldefy, op.cit., p. 26.

¹⁹ Judith Revel, *Le vocabulaire de Foucault*, Ellipses, Paris, 2002, p. 15.

humain.²⁰ Dans ce sens, nous pouvons suivre la formule de Robert Castel dans *La gestion des risques* : « Il existe en psychiatrie une sorte de division du travail entre certaines interventions qui relèvent d'une demande plus ou moins libre de la part des bénéficiaires, et des tâches correspondant à des fonctions sociales pour lesquelles l'intervention du psychiatre est obligatoirement requise. »²¹

Ainsi, que ce soit sous la plume d'Erving Goffman²², avec Robert Castel dans *L'ordre psychiatrique*, qui retrace l'histoire de l'institution asilaire, ou encore avec Marcel Jaeger, qui problématise les politiques de la santé mentale en montrant qu'elles ne sont pas impulsées de manière homogène, les pratiques liées à l'enfermement sont souvent en creux.

Plus récemment, plusieurs recherches en sciences sociales se sont portées sur le travail psychiatrique, à l'extérieur de l'hôpital, au *quotidien de la psychiatrie*²³ ou au quotidien des patients²⁴, ou bien à l'interface hospitalière que sont les urgences.²⁵ Certaines, dans leurs analyses, montrent « que les pouvoirs institutionnels et la surveillance, bien que diffus, traversent autant la vie des malades mentaux dans le nouveau régime que dans l'ancien. »²⁶

D'autre part, quand on interroge les discours professionnels sur ces pratiques, il y a un certain nombre de réponses possibles sur les motifs du placement d'une personne dans une pièce fermée à clef. Ainsi, deux ouvrages, spécialisés et récents, concernent notre objet : *Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie* de Jérôme Palazzolo, et *L'isolement séquestration ou soin ?* de Dominique Friard²⁷. Ce dernier a écrit cet ouvrage en s'appuyant sur son mémoire de DEA en droit de la santé. Il fait entre autres une comparaison européenne et nord-américaine des normes et règlements encadrant les pratiques d'isolement en

²⁰ Gladys Swain et Marcel Gauchet, *La Pratique de l'esprit humain. L'Institution asilaire et la révolution démocratique*, Gallimard, Paris, 1980.

²¹ Robert Castel, *La gestion des risques, de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*, Minuit, Paris, 1981, p.53.

²² « L'une des missions de l'hôpital psychiatrique consiste à protéger la collectivité contre le danger et la nocivité de certains comportements aberrants, fonction de gardiennage qui revêt une importance majeure si l'on en juge par les dispositions légales ou les pressions de l'opinion publique auxquelles l'hôpital psychiatrique n'est pas insensible » in Erving Goffman, *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Minuit, Paris, 1968, p. 406.

²³ Livia Velpry, *Le quotidien de la psychiatrie, sociologie de la maladie mentale*, Armand Colin, Paris, 2008.

²⁴ Sue Estroff, *Le labyrinthe de la folie, Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1998.

²⁵ Lorna Rhodes, *Emptying beds, the work of an Emergency Psychiatric Unit*, University of California Press, Los Angeles, 1991.

²⁶ Byron Good, « Avant-propos », in Robert Barrett, *La traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*, traduit de l'anglais par Françoise Bouillot, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1998.

²⁷ Jérôme Palazzolo, *Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie*, Masson, Paris, 2002. Et Dominique Friard, *L'isolement séquestration ou soin ?*, Masson, Paris, 2002. Notons qu'il s'agit d'ouvrages destinés à des professionnels de la psychiatrie, publiés chez Masson, maison d'édition spécialisée dans le champ de la médecine.

psychiatrie. La seconde partie de l'ouvrage, plus militante, plaide pour un encadrement juridique similaire en France, le tout agrémenté de récits d'expériences professionnelles.

Celui de Jérôme Palazzolo, psychiatre, est un manuel destiné aux jeunes psychiatres et aux infirmiers. Il propose et décrit les bonnes pratiques en matière d'isolement et de contention. La structure du livre est similaire aux autres manuels de médecine s'appuyant sur *l'Evidence Based Medicine*. Il propose une typologie des « objectifs » de placement en isolement qui sont qualifiés de « thérapeutiques »²⁸ Cette typologie est présentée après un chapitre historique revenant sur les traitements en psychiatrie, où l'auteur insiste sur les traitements agissant sur le soma (hydrothérapie, malariathérapie, électrochocs...), puis il rappelle les différents cadre légaux entourant la psychiatrie.

La typologie de Palazzolo s'appuie sur une bibliographie internationale exhaustive. Il n'y est pas fait de distinction entre l'isolement et la contention. Aussi, le premier item est une *réduction des stimuli sensoriels*, c'est-à-dire que le placement dans une chambre d'isolement « peut permettre aux soignants d'établir rapidement une relation thérapeutique (...) pour les patients présentant d'importants troubles du comportement (...) relation impossible jusqu'alors. » Le deuxième item est *le contrôle et la protection* : ces paragraphes s'ouvrent sur « De nombreuses publications soulignent que l'isolement et la contention ne sont plus de nos jours des procédures de soins de premières intentions ». Malgré cela, l'auteur énumère un certain nombre de situations où l'utilisation de la chambre d'isolement est requise : crise suicidaire, gestion des troubles du comportement dans l'urgence, prévention des dégâts matériels. Enfin, le dernier point traite de *La punition* : dans ce paragraphe, l'auteur rapporte que « dans tous ces écrits, il est énoncé que l'utilisation de l'isolement et/ou de la contention dans un objectif de punition devrait être évitée (...) le rapport entre isolement, contention et punition peut varier, allant d'un emploi efficace, positif, à un emploi négatif (...) l'isolement et la contention dans un but punitif peut être rapprochée de certaines techniques instaurées dans le cadre d'une prise en charge comportementale. »

L'ouvrage se conclut, après deux chapitres de témoignages (patients et soignants), sur un chapitre instructif, *Dualité isolement thérapeutique-enfermement carcéral*, où nous pouvons lire : « il semble donc que la même procédure (i.e., l'isolement) puisse avoir deux objectifs différents en fonction de l'endroit où elle est appliquée ».

²⁸ Palazzolo Jérôme, op. cit. , p. 43-49.

Dans la littérature professionnelle française contemporaine²⁹, traitant d'isolement et de contention, nous retrouvons de nombreux d'articles développant une épidémiologie de la chambre d'isolement. Ces études traitent statistiquement des rapports entre les diagnostics psychiatriques et le placement en chambre d'isolement, la durée du placement, le moment de la journée... Une constante ressort de ces articles : l'hétérogénéité des pratiques.³⁰

Hétérogénéité des pratiques et paradoxe d'une procédure, qui en fonction du lieu changent d'objectif. Ainsi, dans le champ professionnel de la psychiatrie, les causes du placement en chambre d'isolement semblent être soutenues par des raisons morales. Le *bien faire* dépend de la valeur attribuée aux personnes, et détermine alors l'action des agents : nous retrouvons ici la tension essentielle explicitée par les sciences sociales.

Dans ce travail, nous souhaitons rendre compte de ce que font les acteurs en psychiatrie à travers l'analyse des pratiques d'isolement et de contention. Donner du sens revient à produire un savoir. Mais pas n'importe comment. Aussi, nous suivons Jean Bazin dans son programme : « Cependant, au lieu de considérer qu'un savoir est anthropologique (comme d'autres sont biologiques, géologiques...) quand il explique des événements par un certain type de causes (...), je pourrais tenir pour anthropologique toute description qui réussit à apprendre à un tiers comment des hommes agissent effectivement. »³¹

Ainsi, si le *traitement moral*, à l'origine de la psychiatrie, opérait « la synthèse de la médecine et de la moralité »³², il n'est plus l'actualité de la psychiatrie. Alors comment s'opère aujourd'hui la synthèse ou l'opposition entre les pôles soin/contrôle social en psychiatrie ? Nous proposons de travailler cette question par de « la description » des pratiques d'isolement et de contention.

Pour répondre à cette question, il faut la mettre à l'épreuve du terrain, à l'épreuve de l'observation, au plus près de la pratique, afin d'obtenir une description des actions. Aussi, toujours en suivant Jean Bazin, « comprendre une action, ce n'est pas déchiffrer le sens d'un comportement en imputant aux indigènes observés des croyances ou des représentations que nous n'avons pas ou que nous ne saurions avoir. C'est l'avoir décrite d'une manière telle qu'elle nous apparaisse comme l'une des manières de faire... »³³

²⁹ Nous renvoyons à la bibliographie où nous avons réalisé une liste non-exhaustive de références de cette littérature consultée.

³⁰ Palazzolo Jérôme, op. cit., p. 53.

³¹ Jean Bazin, *Des clous dans la Joconde, l'anthropologie autrement*, Anacharsis, Toulouse, 2008, p. 378.

³² Robert Castel, « Le traitement moral – thérapeutique mentale et contrôle social au XIXe siècle », *Topique*, n°2, 1969, p. 117. Nous verrons dans le second chapitre la nature de ce *traitement moral*.

³³ Jean Bazin, op. cit., p. 380.

Cette description des actions nécessite une neutralisation de nos filtres de jugement. Nous devons suspendre nos jugements moraux en les déconstruisant, en s'appliquant à un travail de réflexivité. En premier lieu, il faut « objectiver le sujet de l'objectivation », c'est-à-dire qu'il est nécessaire de retracer le parcours de nos valeurs morales, et donc les conditions sociales d'existence de ces valeurs³⁴.

Puis il faut passer par la distanciation à l'objet, distanciation affective qui déterminera dans notre cas le choix du terrain et l'explicitation de la manière dont nous avons été « pris » sur ce terrain³⁵, dans des enjeux politiques qui révèlent ce qui est important pour les acteurs eux-mêmes, plus que notre question. Ainsi, Alban Bensa nous dit que « les relations interpersonnelles à travers lesquelles l'ethnographe accède à des informations ne constituent en rien un éphémère échafaudage qu'il faudrait oublier ou faire disparaître dès l'enquête terminée, mais s'imposent comme un matériau bon à penser et à intégrer dans les résultats de nos investigations. »³⁶ Par ailleurs, la distanciation épistémologique n'est possible que par un travail généalogique, travail préparatoire à une ethnographie, travail empirique, et à une analyse du matériel recueilli.

Ainsi, dans un premier chapitre, nous réaliserons « une chronique de notre recherche » qui passe par le questionnement de notre propre morale et le traitement d'une question anthropologique classique : comment travailler la morale en anthropologie ?

Dans un deuxième chapitre, nous répondrons à la question : « Comment est-on venu à soigner une personne en fermant la porte ? » Ce chapitre retracera les différentes transformations du dispositif psychiatrique qui l'ont conduit de l'isolement des aliénés comme principe du traitement à « l'isolement thérapeutique » des patients.

Le troisième chapitre, « La production psychiatrique de la docilité » étudiera le travail d'une équipe hospitalière sur les personnes en situations d'isolement et de contention, dans une unité de soins intensif en psychiatrie, qui a tenu lieu de terrain pour ce travail de mémoire de Master 2.

³⁴ Pierre Bourdieu, *Sciences de la science et réflexivité*, Raison d'agir, Paris, 2001.

³⁵ « Rien n'est dit de la sorcellerie qui ne soit étroitement commandé par la situation d'énonciation, ce qui importe alors c'est moins de déchiffrer des énoncés - ou ce qui est dit- que de comprendre qui parle, et à qui. Sur le terrain, en effet, l'ethnographe, lui-même engagé dans ce procès de parole, n'est qu'un parlant parmi d'autres. S'il s'avise ensuite de rédiger un mémoire scientifique sur les sorts, ce ne peut se faire qu'en revenant toujours sur cette situation d'énonciation et sur la manière dont il y a été « pris » ; faisant, de ce mouvement de va-et-vient entre la « prise » initiale et sa « reprise » théorique, l'objet même de sa réflexion.», in Jeanne Favret-Saada, *Les mots, la mort, les sorts*, Gallimard, Paris, 1977, p. 33.

³⁶ Alban Bensa, « Remarque sur les politiques de l'intersubjectivité », in A. Bensa et D. Fassin, *Les politiques de l'enquête, épreuves ethnographiques*, La découverte, Paris, 2008, p. 323.

Chapitre premier : La carrière anthropologique d'une réflexion morale, Chronique d'une recherche.

L'objectif de ce chapitre est de retracer les différentes étapes de cette recherche. Faire une recherche en sciences sociales sur les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie n'est devenu envisageable qu'avec l'émergence de ces pratiques sur la scène sociale. Le choix de cet objet de recherche doit conduire le chercheur à se situer sur cette même scène sociale en tant que « sujet de l'objectivation ». Cette démarche faisant entièrement partie de l'analyse. Ainsi, je vais rendre compte successivement : comment j'ai été « pris » par ce thème de recherche, puis comment j'ai pu construire mon objet de recherche et choisi ma méthode afin d'objectivation. Ensuite, je vais retracer la mise en œuvre de cette méthode concrètement et pointer quelques limites et enjeux de ce terrain, choisi.

1.1. De l'indignation à la mise en « je » de la morale.

1.1.1. De mon engagement...

En septembre 2000, j'ai entrepris des études conduisant au Diplôme d'État d'infirmier au Centre hospitalier universitaire de Bicêtre (94). Ce diplôme dit « unique » rassembla, à partir de 1992, celui des d'infirmiers en soins généraux, Diplôme d'Etat (DE), et Diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP)³⁷. Cette uniformisation devait, en plus d'une économie budgétaire³⁸ et de l'application de normes européennes, participer à un décloisonnement de la psychiatrie par rapport aux autres spécialités médicales³⁹.

Avec la création d'une formation « généraliste » pour les infirmiers, les enseignements de psychiatrie ont été fortement augmentés par rapport à la formation initiale de soins généraux et fortement réduite par rapport à celle des ISP. Ils étaient constitués de trois modules (soit 240 heures d'enseignement) et deux stages pratiques en milieu hospitalier de 140 heures chacun. L'enseignement réalisé par différents intervenants (psychiatres, internes en psychiatrie, infirmiers et cadres formateurs) suit un déroulement similaire à ceux des autres

³⁷ La formation d'infirmier de secteur psychiatrique se déroulait en trois ans, après un concours d'entrée dans la fonction publique qui ouvrait à la rémunération des études.

³⁸ Un certain nombre d'écoles d'infirmier des anciens asiles furent fermées ; par ailleurs, le DE n'ouvre pas directement à la fonction publique.

³⁹ Jean-Louis Gérard, *Infirmier en psychiatrie : nouvelle génération*, Lamarre, Paris, 1993. Dans cet ouvrage, l'auteur fait une analyse comparative des deux diplômes.

spécialités médicales : la sémiologie, les pathologies, les traitements, les conduites à tenir et les surveillances infirmières. Par intérêt croissant pour cette spécialité, je me suis orienté, dès ma deuxième année de formation, autant que possible, vers la psychiatrie : ainsi, en plus des obligations liées à la formation, mes stages et mes modules d'enseignement optionnels étaient réalisés dans ce domaine.

Cette entrée en psychiatrie fut facilitée institutionnellement. Dans le monde hospitalier et en particulier en psychiatrie, les infirmiers hommes sont très recherchés. Depuis ses origines, la présence masculine a toujours été considérée comme primordiale pour leur force physique⁴⁰. Aussi, la mixité des patients dans les services à la fin des années soixante et le passage au nouveau diplôme, ont entraîné une majoration de la féminisation de la population infirmière en psychiatrie. Alors que, dans les années soixante-dix, il existait un rapport de 60 % de femmes et 40 % d'hommes parmi les infirmiers, ce rapport est passé aujourd'hui à 15 % d'hommes dans les services. De plus, ce phénomène tend à s'amplifier, puisqu'il y a aujourd'hui moins de 10 % d'étudiants infirmiers de sexe masculin dans les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), même si ceux-ci ont encore tendance à se diriger assez facilement vers la psychiatrie⁴¹.

Après avoir effectué ma formation dans un des lieux de naissance de la psychiatrie⁴², j'ai débuté ma carrière professionnelle au Centre hospitalier Sainte-Anne (CHSA), autre lieu symbolique et progressiste de la psychiatrie française⁴³. Depuis 2003, j'exerçais dans un service de psychiatrie de secteur⁴⁴ (d'orientation psychanalytique lacanienne), qui s'occupe de patients du XV^e arrondissement de Paris. Il s'agit d'une unité fermée et dédiée, théoriquement, à l'hospitalisation des patients « sous contrainte ». Le service bénéficie aussi d'une unité ouverte de 20 lits dans un pavillon voisin. L'unité, où j'exerçais, peut également accueillir des patients sourds dans le cadre du « pôle surdité » d'Ile-de-France, nécessitant l'apprentissage de la langue des signes française pour l'ensemble de l'équipe du pavillon. Il me fallut près d'une année pour me sentir en confiance et appréhender l'ensemble des

⁴⁰ Ainsi, Marcel Jaeger rapportant les propos de Pierre Jean Georges Cabanis (1757-1808), comme suit : « On le (malade) fera surveiller par des gens de service, les plus robustes, les plus intelligents et les plus habitués à observer la folie dans toutes ses variétés » in, « La naissance de la profession d'infirmier en psychiatrie », *Vie Sociale et Traitement*, CEMEA, Paris, n° 3, mai-juin 1988, p. 39.

⁴¹ DREES, *Un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005*, Études et Résultats, n° 605, octobre 2007.

⁴² Lors de la journée de rentrée de première année, nous avons effectué la visite (traditionnelle) de l'hôpital avec un de mes formateurs, qui nous avaient conduits dans différents pavillons historiques, dont le pavillon de force où logeaient les agités avant Pinel. Celui-ci est aujourd'hui reconverti en logements dans lesquels subsistent des attaches de chaînes le long des murs.

⁴³ Première chaire de psychiatrie universitaire en 1867, premier service libre en 1922, première application psychiatrique des neuroleptiques en 1952.

⁴⁴ Nous verrons plus loin l'organisation de ce dispositif.

situations de travail d'un infirmier en psychiatrie : « faire une entrée », « un transfert », « gérer une agitation », etc.

Cette unité dispose actuellement de 23 lits, contre 28 à l'époque de ma prise de fonction. Cette diminution avait généré en moi un sentiment de colère lorsqu'en 2005, consécutivement à « l'affaire de Pau », Philippe Douste-Blazy, ministre de la Santé, avait annoncé un moratoire sur la fermeture des lits⁴⁵. Les motifs invoqués par la direction de l'hôpital Sainte-Anne étaient alors la rationalisation des moyens au sein du service. À cet effet, suivant ainsi les principes de la « désinstitutionnalisation »⁴⁶, des lits de « postcure », c'est-à-dire des lits hors de l'hôpital au plus près des lieux de vie des patients, devaient être créés. Ce changement allait surtout accélérer les prises en charge et diminuer la durée moyenne d'hospitalisation. Ce type de décision m'avait semblé d'autant plus paradoxal que le taux d'occupation était déjà de 100 % avec 28 lits. À l'époque, je n'avais pas réalisé que la diminution du nombre des lits augmenterait le taux d'encadrement infirmier et médical, et contribuerait par là même à améliorer partiellement les conditions de travail. En revanche, les lits de postcure ne furent pas ouverts... À la suite de cet événement, j'entrai dans une organisation traditionnelle de « luttes » et revendication : un syndicat professionnel. Je fus élu représentant du personnel au sein du Comité technique d'établissement⁴⁷. Mais alors que je m'étais imaginé ce type d'instance comme un lieu de débat et de « dialogue social », le travail syndical fut une déception, consistant la plupart du temps à défendre les acquis des organisations.

Mon engagement en psychiatrie s'accompagnait d'une représentation de la « folie » rimant alors avec « psychose ». Cette dernière m'apparaissait comme « une manière d'être au monde » d'un sujet en souffrance. La « psychose » était le fruit d'une « décompensation » procurée par des angoisses insurmontables qu'éprouvait le sujet à des moments clés de sa vie (relations sentimentales, diplôme, prise de fonction professionnelle...). À mon sens, la forme de ces décompensations provenait de la manière dont le psychisme du sujet s'était structuré

⁴⁵ Discours introductif d'un colloque intitulé « Le souci de sécurité en psychiatrie » qui se déroula à Paris le 6 avril 2005, dans lequel, en plus d'un moratoire sur la fermeture des lits, Philippe Douste-Blazy annonça un Plan psychiatrie et santé mentale bénéficiant de plus d'un milliard d'euros d'investissement entre 2006 et 2010. In, F. Grégoire, Y. Halimi, G. Necchi, A. Pidolle (dir.), *Le souci de sécurité en psychiatrie : un droit des patients, un droit des soignants, un droit des citoyens*, « Acte du colloque », Editions d'Orbestier, Château d'Olonne, 2005, p. 18.

⁴⁶ La « désinstitutionnalisation » correspond au passage d'un système de soins fermés, le système asilaire, à un dispositif de soins dit « ouvert sur la cité » et pluriel, le « secteur », dans sa version française. Voir pour la version américaine, Sue Estroff, *Le labyrinthe de la folie, Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1998.

⁴⁷ Instance paritaire entre représentant du personnel et direction qui rend des avis concernant la politique de l'établissement.

dans l'enfance, au contact de son environnement. Je me référais à une métaphore sur le psychisme qu'une ancienne collègue attribuait à Sigmund Freud : ce dernier serait comme un diamant, un cristal qui, lorsqu'il se rompt, ne peut suivre que des lignes préétablies.

Les autres théories de la psychose (génétique, biologique, sociologique...) se révélaient partielles et non étiologiques. Par ailleurs, je me considérais proche du *monde des Freudiens*, selon l'acception développée par Samuel Lézé : un « militant » de la défense de « la clinique du sujet »⁴⁸. Dans cette perspective, les soins consistaient essentiellement, à mon sens, à donner une place à l'expression de l'angoisse, en permettant de libérer des conflits psychiques inconscients. Le respect du temps subjectif des patients, ainsi que le « désir » des soignants, devaient être au centre des prises en charge.

1.1.2. ... A mon indignation

En décembre 2006, nous avons reçu un patient en hospitalisation d'office (HO) au titre des hors secteurs via l'Infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP)⁴⁹. Ce type d'entrée était régulier dans mon unité et faisait partie du travail quotidien des unités de secteur fermées. Au téléphone, le patient nous a été présenté comme un homme grand, jeune et costaud ayant été interpellé alors qu'il jetait des objets volumineux par la fenêtre d'un squat. Alors qu'il se montrait « agité » à l'IPPP, il lui a été administré un traitement neuroleptique sédatif en injection intramusculaire, puis le patient a été placé sous contention physique. À partir de cette description téléphonique, nous avons « préparé » une chambre, c'est-à-dire que nous avons enlevé l'ensemble du mobilier puis avons placé sur le lit un système de contention. En début d'après-midi, un infirmier et un surveillant de police de l'IPPP nous ont amené ce jeune homme d'un mètre quatre-vingt-dix environ. Le patient avait les yeux fermés⁵⁰ et les mains immobilisées par un système de contention portatif. Dès son arrivée, nous l'avons conduit dans la chambre « préparée » et l'avons allongé pour l'attacher sur le lit, pendant que les agents de l'IPPP récupéraient leur matériel. Le psychiatre de l'unité a validé nos actes en prescrivant la mesure, au vu du certificat médical justifiant l'arrêté préfectoral d'HO. Le patient a dormi le reste de l'après-midi. Le lendemain, lors d'un entretien médical, cet homme semblait inoffensif, voire apeuré. L'effet des psychotropes, probablement, lui permit de dire qu'il avait entendu des voix le menaçant. Une semaine plus tard, il fut transféré dans un hôpital psychiatrique de la région lyonnaise, où il résidait habituellement.

⁴⁸ Samuel Lézé, *L'autorité ... op. cit.*, p. 195.

⁴⁹ Nous verrons plus loin la circulation des patients dans le dispositif psychiatrique.

⁵⁰ Signe pouvant être interprété comme de l'« opposition aux soins » ou de la sédation.

Ce cas, comme beaucoup d'autres par la suite, me fut problématique. En effet, lors de son accueil, nous ne laissons pas au patient la possibilité d'être un « sujet » (de droit, de parole...). Malgré le fait que je tâchais de créer une relation de respect dû à la personne humaine, en m'adressant à lui avec calme et douceur, cette mise en contention me permit, peut-être au même titre que mes collègues, de dominer la peur que représentait cet homme potentiellement violent. Les jours consécutifs à son hospitalisation révélèrent en moi le décalage entre la réalité de mes pratiques (isoler et contenir) et la représentation idéale (travailler avec par la parole) que je m'en faisais. Les échanges que j'eus alors avec mes collègues se résumèrent à relater les performances de chacun face à ces patients « impressionnants », dont on gère au quotidien la présence dans l'unité.

Le placement d'un patient, en chambre d'isolement ou en contention, effectué « au bon moment et avec les bons moyens », était la traduction du professionnalisme des agents. Je considérais plutôt que la mise en contention faisait partie du *sale boulot*⁵¹ de l'infirmier en psychiatrie. Ainsi, ayant fait mienne l'idée freudienne, des symptômes comme révélateurs de conflits psychiques inconscients, et dans cette mesure que c'est par la parole que l'on aide, que l'on soigne. En conséquence, l'isolement, au sens premier, ne permettait pas de résoudre par la parole des conflits psychiques. Aussi, quand une personne était trop « agitée », pour pouvoir soutenir une conversation qui soigne, on se devait de le sédaté le temps nécessaire à l'arrêt de l'agitation, pour qu'elle puisse s'exprimer et libérer des affects ou ses conflits psychiques. Dans ce sens, je justifiais la contention et son utilisation par une nécessité temporaire, la plus courte possible, mais qui n'était pas forcément partagée par mes collègues. Ces principes ont présidé à ma pratique.

Mal à l'aise lorsqu'il s'agissait de placer une personne en chambre d'isolement ou de la contenir, je décidai de développer mon « professionnalisme » et de pouvoir accéder à une position d'acteur. Aussi, je m'inscrivis en licence Santé, Sciences sociales à l'université Paris XIII, la seule de la région parisienne accueillant des infirmiers directement en troisième année de licence, sans qu'ils passent par un système de sélection complexe. Afin d'obtenir cette licence, je rédigeai un mémoire bibliographique sur le métier d'infirmier en psychiatrie. Ce qui me fait dire, rétrospectivement, que les infirmiers en tant que catégorie d'agents dominés,

⁵¹ Everett Hughes, *Étude du travail d'infirmière*, in *le regard sociologique*, EHESS, Paris, 1996, p. 70.

s'imputent généralement les difficultés où ils ne sont que des exécutants, leur processus de professionnalisation n'étant toujours pas abouti au sens de Freidson.⁵²

1.1.3. Un passage par le travail institutionnel hospitalier.

Au premier trimestre 2007 commença au Centre hospitalier Sainte-Anne la démarche d'*accréditation*. Depuis le milieu des années 1990, des agences nationales, comme l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM), remplacée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 1996, ont été missionnées par l'État pour développer l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) dans le champ de la santé. L'*accréditation* est une évaluation de l'ensemble d'un établissement venant chapeauter les EPP de cet établissement. Ces différentes procédures appartiennent à ce qui est appelé *la démarche qualité*. Cette dernière est issue et domine le monde industriel⁵³. Dans ce champ, son objectif est d'améliorer les rendements et la qualité des produits. Dans son acception générale, *la démarche qualité* vise à analyser les points d'un processus de production où un risque existe, ce qui permet par conséquent de le prévenir, d'en diminuer la fréquence ou d'en freiner l'apparition. *La démarche qualité* s'accompagne d'un processus de traçabilité que la formule suivante résume : « j'écris ce que je vais faire, je fais ce que j'ai écrit et j'écris ce que j'ai fait ». Cette traçabilité permet alors l'évaluation du respect du processus préétabli.

La démarche d'*accréditation* commence par une étape d'autoévaluation qui se réalise par l'intermédiaire de groupes de travail effectuant les évaluations des pratiques professionnelles suivant des guides fournis par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Au sein du CHSA, il était possible de participer à toutes les EPP, quelle que soient sa catégorie professionnelle, ses compétences ou son expérience. Rapidement, je m'inscrivis dans l'EPP « isolement-contention » proposée au CHSA, dans une double dynamique : d'une part, une tentative d'action sur les pratiques d'isolement et de contention au sein du CHSA qui me questionnaient, et d'autre part, avec l'assurance de ce que je pensais être : un militant syndical responsable, participant aux instances de son établissement dans des pratiques non oppositionnelles systématiques vis-à-vis de la direction.

⁵² Eliot Freidson, *La profession médicale*, Payot, Paris, 1984. Les infirmiers, jusqu'en 1978, étaient sous une totale dépendance du corps médical. Ensuite, un rôle propre leur fut reconnu et il fut constitué une hiérarchie infirmière autonome.

⁵³ Pierre Dardot, Christian Laval, « La nouvelle raison du monde, Essai sur la société néolibérale », *Revue du MAUSS permanente*, 4 février 2009 [en ligne].

J'abordai ce travail sans savoir quel était l'objectif du groupe de travail, mais en pensant que ce type de démarche signait aussi une forme de modernité de l'hôpital psychiatrique et participait à la « professionnalisation » des infirmiers.

En préparation de l'EPP, le Pôle Qualité de l'hôpital nous fournit un exemplaire de *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*, ainsi que deux mémoires de cadres infirmiers, dont le thème était l'isolement en psychiatrie.⁵⁴

Cet *audit clinique* traitant des pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie fut élaboré par des professionnels de la psychiatrie « ayant considéré que l'isolement restait encore une nécessité thérapeutique »⁵⁵ ; ces professionnels « des établissements des grandes villes françaises » ont construit cet *audit clinique* « à partir de l'expérience des professionnels, puis complétés par l'analyse de la littérature et l'avis d'experts ». Cet *audit clinique* propose au final 23 critères de *qualité*, c'est-à-dire 23 items pouvant être évalués par un auditeur extérieur à l'établissement⁵⁶. Les termes *critères de qualité* sont équivoques : le mot « qualité », dans la démarche qualité, renvoie à la notion de traçabilité et évaluation d'un processus de production, et en même temps sous-entend « bien faire » dans le sens des règles de « bonne » conduite.

A Sainte-Anne, les réunions du groupe d'autoévaluation rassemblèrent des agents de catégories professionnelles diverses : médecins chefs, psychologues, infirmiers, cadres de santé, ingénieurs qualité et un directeur administratif. Les deux premières réunions de cette EPP « isolement-contention » eurent pour objet des discussions ouvertes sur ce que chacun pensait de l'isolement et de la contention.

Deux positions émergèrent : la première, soutenue par un jeune cadre de santé ayant exercé une dizaine d'années aux urgences psychiatriques en tant qu'infirmier, et dont le mémoire d'Institut de Formation de Cadre de Santé, nous avait été fourni, défendait l'idée que l'isolement et la contention étaient des actes avant tout sécuritaires, dont on pouvait se passer si on mettait « des moyens techniques et humains en place » ; la seconde, présentée par un psychiatre, chef de service, soutenait que l'isolement était « une nécessité thérapeutique », dans le sens où il avait des effets bénéfiques.

⁵⁴ Stéphane Le Rouzic, *Entre trajectoire du patient et temps thérapeutique : Analyse sociologique du monde de la psychiatrie à partir de la chambre d'isolement*, Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé, CHSA, 2006 et Marilyn Noury-Ou-Sirrou, *La mise en chambre d'isolement en psychiatrie : vécu du patient*, Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé, CHSA, 2000.

⁵⁵ Agence Nationale d'Accréditation d'Évaluation en Santé, *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*, ANAES, Paris, 1998, p. 9.

⁵⁶ Voir en annexe.

Le premier point de vue fut pour moi une révélation, car à aucun moment, depuis mon entrée en psychiatrie, je n'avais envisagé l'isolement comme une simple mesure de sécurité. Jusqu'alors, je le considérais comme une nécessité pour mettre en œuvre des soins et pouvant avoir des effets thérapeutiques.

Les conséquences du travail de ce groupe furent de reconfigurer *les documents qualité*, c'est-à-dire les feuilles sur lesquelles les agents, dans les services, effectuent la traçabilité des actes (prescriptions médicales, surveillances infirmières, etc.). Cette reconfiguration devait rendre plus faciles l'emploi et la régularité de leur utilisation par les agents des services de soins.

Quelques discussions du groupe s'ouvrirent sur d'autres problèmes qu'engendrent l'isolement et la contention, par exemple : les effets somatiques de l'isolement et de la contention, la nécessité de parer aux contre-indications d'un alitement forcé et prolongé. Par ailleurs, ces questions allaient être les sujets de travail spécifiques d'un autre groupe.

1.2. Travailler la morale

1.2.1. D'une morale à l'autre. Dévoiler ma morale

Ma participation à ce groupe de travail fut insatisfaisante sur le plan militant et professionnel car il ne s'agissait pas ni de dénoncer ses pratiques ni de les transformer concrètement. Pourtant, à partir de cette expérience, l'évidence de « l'isolement comme thérapeutique » s'est, pour moi, effondrée.

L'idée que l'isolement et la contention soient des mesures sécuritaires était saisissante car elle s'opposait à l'idée que je me faisais du rôle de l'hôpital comme lieu « du prendre soin » comme je l'avais appris en école d'infirmier. Cet effondrement du « bien faire » et « des bonnes raisons » en matière d'isolement et de contention me conduisit alors à en faire un sujet de travail pour l'EHESS afin d'accroître mon capital symbolique d'infirmier et de militant. Mais je restais toujours dans une démarche de dénonciation ; je continuai de reformuler mes positions morales en objectifs militants.

Dans la dynamique dans laquelle je me trouvais de mise en question des certitudes et des évidences que je possédais, bien d'autres situations auraient pu créer des sentiments d'indignation. Par exemple, j'étais régulièrement interrogé par les patients de l'unité où je travaillais, sur l'enfermement et l'asile. Dans mes réponses, je tenais un discours de démystification, selon lequel les durées moyennes d'hospitalisation avaient considérablement

baissé, et sur le fait que les personnes « ne restaient plus à vie » à l'hôpital psychiatrique. L'asile n'existe plus et « *Vol au-dessus d'un nid de coucou* est une bonne représentation de la psychiatrie d'il y a cinquante ans », tel était mon point de vue.

De même que, devant des patients fortement dosés en psychotropes, et qui se plaignaient d'être comme des « zombies », ma réponse avançait le caractère transitoire de ces effets : « bientôt les doses seront diminuées » lorsque le patient irait mieux. Je trouvais toujours une molécule dans les traitements qui disparaîtrait de la « prescription de sortie ». J'avais le même type d'argument à propos du contrôle permanent des communications avec l'extérieur de l'unité, de l'application de consignes médicales sur la limitation de l'utilisation du téléphone ou du retrait du téléphone portable du patient.

De plus, le contrôle des entrées et sorties pour les patients en Hospitalisation libre (HL), lesquels ne devraient pas être hospitalisés dans une unité fermée, ne se posait pas dans l'unité où je travaillais, ni du côté des médecins, ni du côté des agents. Il en allait de l'intérêt des patients d'être enfermés, il fallait les protéger d'eux-mêmes. Et si un patient en HL se risquait à évoquer son droit à la libre circulation, la menace d'une hospitalisation sous contrainte calmait rapidement ses ardeurs.

Aussi, les idées que je me faisais des raisons de lutter contre l'isolement pouvaient être neutralisées par d'autres idées tout autant morales sur la justification d'un isolement (même si j'en fais l'hypothèse ici). Par exemple, un service d'orientation « biogénétique » pourrait justifier l'emploi de l'isolement et de la contention avec des arguments d'apparence strictement scientifique, à savoir que le taux de dopamine entre deux récepteurs synaptiques étant trop élevé expliquerait les symptômes (agitation, délires...). Aussi, tant qu'un traitement psychotrope efficace n'était pas mis en place, il était impossible de s'adresser au patient-citoyen de la « démocratie sanitaire »⁵⁷ et de lui demander son avis sur les choix thérapeutiques auquel on le soumettait.

Ainsi, une même pratique peut être justifiée par des raisons opposées ou qui coexistent en s'excluant. Ces justifications s'appuient sur des valeurs et normes dont on ne peut trancher l'exactitude sans prendre de position morale, partisane.

Alors, pourquoi tolérer l'enfermement dans un pavillon, et pas dans une chambre ? Pourquoi tolérer l'emploi de médicaments extrêmement puissants et contraignants, avec des

⁵⁷ la loi du 4 mars 2002 dans un chapitre intitulé « démocratie sanitaire », précise et explicite les droits des malades en qualité de « personnes » : ils ont droit à la dignité, à la non-discrimination, et au secret médical ; en leur qualité d'usagers, ils doivent devenir partie prenante de manière active au système de santé : l'information a priori et a posteriori (notamment avec la liberté d'accès au dossier médical) et le consentement en font de véritables partenaires de la décision médicale.

effets secondaires ? Les réponses que je (me) formulais « des périodes transitoires » ou du « bénéfice à distance », s'appuyaient sur une expérience professionnelle en construction, mais ressemblaient pour moi à des certitudes. Or, tout comme les pratiques d'isolement et de contention, ces pratiques devraient être discutables, pour moi. Alors, « l'isolement » et la contention en psychiatrie, un problème personnel ? Peut-être, mais pas exclusivement !

Rechercher les raisons de mon malaise dans mon esprit ou mon passé, comme la psychanalyse invite à le faire, n'expliquerait que partiellement mes indignations et mes tolérances. Ainsi, au sujet des intolérables, Didier Fassin et Patrice Bourdelais nous rappellent que « l'intolérable ne cesse de se déplacer, de s'étendre et de se recomposer (...) le regard vers un passé encore proche nous apprend qu'il s'agit toujours d'une norme et d'une limite historiquement constituées, et donc frappées de relativité temporelle – nul ne sait aujourd'hui ce que seront les intolérables de demain (...) la production d'un nouvel intolérable procède toujours d'une certaine représentation des droits de l'homme ou du citoyen, des personnes et des peuples, du malade ou du génome, qui trouve plus tard sa mise en forme dans des déclarations ou des législations. »⁵⁸

Par conséquent, mon positionnement moral, une indignation face aux pratiques d'isolement et de contention et une tolérance d'autres pratiques, était lié à l'état de « l'espace politique de la santé mentale » dans lequel je m'inscrivais.

1.2.2. L'espace morale des pratiques d'isolement et de contention

Dans quel espace moral, dans quel « discours »⁵⁹ sommes-nous pris ? Quelles sont les représentations des droits de l'Homme et du malade psychiatrique mobilisées dans les pratiques d'isolement et de contention ?

En médecine, depuis les années 1990, de nouvelles relations semblent se dessiner entre le patient et le médecin, dont les enjeux sont à la fois juridiques et déontologiques⁶⁰. La relation médecin-malade, tout en restant contractuel, passe d'un modèle paternaliste, qui repose sur le principe de bienfaisance et soumet le patient à la compétence experte du médecin ; à un modèle « autonomiste », plus respectueux du droit des individus à déterminer

⁵⁸ Didier Fassin et Patrice Bourdelais, « Les frontières de l'espace moral », in D. Fassin, P. Bourdelais (Dir.), *Les constructions de l'intolérable, Etudes d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*, La Découverte, Paris, 2005, p.9.

⁵⁹ Nous entendons par discours : un ensemble de textes à visée scientifique, pédagogique ou textes de loi qui régissent un domaine, qui s'insère dans le cadre de pensées propres à une époque. Cf. Judith Revel, *Le vocabulaire de Foucault*, Ellipses, Paris, 2002, p. 22 ; et Michel Foucault, *L'ordre du discours*, Gallimard, Paris, 1971, p. 11

⁶⁰ Florent Coste, Paul Costey et Lucie Tangy, « Consentir: domination, consentement et déni », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, n° 14, 2008, p. 5-27,[En ligne].

ce qui est bon pour eux et où le médecin s'engage à procurer des soins adaptés et à informer le patient ; ce dernier devant donner son « consentement libre et éclairé ».

Ces transformations de la relation médecin-malade ont pris forme, en 1995, avec la charte du patient hospitalisé, annexe d'une circulaire ministérielle qui doit être remise à chaque patient et affichée dans chaque service de soins⁶¹. Cette charte rappelle quels sont les droits et les devoirs des patients au cours d'une hospitalisation. En voici, une liste non exhaustive : choisir son médecin et ses traitements, recevoir une information accessible et loyale ; un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient ; La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose, etc.

Cette charte est reprise dans la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, où il a été réaffirmé la nécessaire obtention du « consentement libre et éclairé » du malade pour les soins et elle fut complétée par des dispositions nouvelles ; les plus marquantes étant : le droit, pour la personne, d'accéder directement aux informations de santé la concernant, de refuser les traitements ou d'en demander l'interruption, de désigner une personne de confiance, de rédiger des directives anticipées pour faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie.

L'idée de consentement, défendu par la *charte du patient* et la loi de mars 2002, en psychiatrie se révèle problématique dans la mesure où elle détermine un certain nombre de pratiques dont l'isolement et la contention. Le concept de consentement prend place dans un débat classique de philosophie du droit entre deux conceptions de la personne humaine comme le rappelle Benoît Eyraud :

« Ainsi, aux tenants d'une approche « subjective » de la personne s'opposent les tenants d'une conception « anthropologique » de celle-ci. Selon la première approche, c'est l'autonomie du sujet qui est mise en avant, à savoir sa capacité d'autodétermination, « son pouvoir de soi sur soi ». En tant qu'il est l'expression de la volonté de la personne, le consentement donné est ici central pour reconnaître la légitimité des engagements. Autrement dit, le consentement exprimé est réputé être indissociablement formel et personnel.

Selon la seconde approche, c'est la dignité de la personne qui est première et qui relativise par conséquent la portée de l'autodétermination. Celle-ci peut être en effet disqualifiée dès lors qu'elle porte atteinte à la dignité humaine ou à l'intégrité de soi. L'expression du consentement ne suffit donc pas à apprécier la légitimité d'une action. Encore faut-il que ce consentement soit « éclairé », c'est-à-dire qu'il intègre les impératifs liés à la dignité. Selon cette approche, la servitude librement est inacceptable car elle porte atteinte à la dignité humaine ».⁶²

⁶¹ Circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés.

⁶² Benoît Eyraud, « Consentir sous tutelle. La place du consentement chez les majeurs placés sous mesures de protection », *Tracés*, n° 14, 2008, p. 103-127. [en ligne]

Or, en psychiatrie, l'idée d'un sujet du droit rencontre l'idée de maladie mentale où « c'est l'homme en tant que personne, sujet, qui est malade de lui-même »⁶³ ou pour reprendre une formule célèbre d'Henri Ey qui définissait la maladie mentale comme « une pathologie de la liberté ». Dans ce sens, la conception du « sujet humain » ne s'appliquent pas de la même façon qu'aux autres branches de la médecine.

Aussi, La *charte du patient* et la loi de mars 2002, fer de lance de la défense du consentement des patients, posent des problèmes d'application en psychiatrie car les modalités de la loi du 27 juin 1990 relative « aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation » qui organise le champ psychiatrique limite dans les faits leurs mises en œuvres complètes.

En effet, un patient sous un « mode d'hospitalisation sans consentement » tel que le prévoit la loi de 1990, ne peut pas choisir l'établissement qui le reçoit, ni concrètement choisir son médecin. Un des principes qui conduit la prise d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte étant que « les troubles rendent impossible son consentement ». Ce constat faisant, même si la recherche du consentement aux soins doit être recherché (depuis Philippe Pinel au début du XIXème, les professionnels de la psychiatrie considèrent qu'un reste de raison existe pour chaque patient, avec lequel il faut travailler), les mesures de d'hospitalisation sous contraintes permettent la dispensation d'acte contre le souhait exprimé par la personne.

Ainsi, aujourd'hui sous le régime dit de « la démocratie sanitaire », la psychiatrie déroge ; la définition d'un trouble rendant impossible le consentement du patient incombe au médecin. Ce dernier reste, en conséquent, seule à réattribuer sa capacité de consentir au patient après lui l'avoir enlevé.

Dans ce sens, les pratiques d'isolement et de contention sont un lieu de dévoilement de cette tension entre soins consenties et sans consentements. Un patient qui consentirait à aller en isolement irait contre sa propre dignité d'être humain si l'on suit l'approche dite « anthropologique » que présente benoit Eyraud. Mais, dans la même logique, le patient qui refuse les soins psychiatrique et l'isolement, valide, par son non consentement, ses troubles ce qui facilite la prise de décision des médecins quant aux propriétés des troubles.

En France, en l'absence de législation spécifique concernant les pratiques d'isolement et de contention, *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie* est devenu un enjeu des réflexions institutionnelles autour de ces pratiques. L'audit clinique va poser les jalons moraux de ces pratiques. La morale entendue, comme le

⁶³ Alain Ehrenberg et Anne Lovell, op. cit. p. 11.

propose Simone Bateman, par l'ensemble « des prescriptions que se donne un groupe ou une société pour assurer la vie bonne et le bien faire »⁶⁴. Aussi, la morale que se donnent « de nombreux professionnels » n'est pas de dénoncer les pratiques d'isolement et de contention comme je pouvais le faire, mais d'en améliorer la pratique par le respect de critères qu'ils se sont donnés pour justes et d'en diminuer l'emploi.

Dans un article sur les rapports entre droit, morale et sociologie, Dominique Terré soutient que « la déontologie serait une morale transformée en droit, ou une morale en attente de consécration juridique, ou encore un infradroit pouvant accéder à la juridicité à certaines conditions »⁶⁵. Le code de déontologie est conçu alors « en fonction de considérations pragmatiques ou utilitaires. La réglementation raffinée (...) vise avant tout à assurer la cohérence et l'ordre intérieur de la collectivité ».⁶⁶

Dans ce sens et par analogie avec les propositions de Dominique Terré, nous pensons que *l'audit clinique* fait figure, en matière d'isolement et de contention, de code de déontologie pour ces pratiques. Aussi, si l'isolement et la contention restent « une nécessité thérapeutique » tel que le constate l'audit clinique, pour les professionnelles de la psychiatrie⁶⁷ ; toutefois, ces derniers doivent « tendre à les diminuer » et à « diminuer les risques » issus de ces pratiques. Cette posture paradoxale induit un dilemme moral pour les acteurs de la psychiatrie où normes et valeurs ont des difficultés à être unifiées dans la pratique tout en ayant une *légitimité extérieure* questionnée.⁶⁸

1.2.3. Suspendre son jugement moral

L'isolement et la contention en psychiatrie, devenus des évidences sur la scène sociale, n'ont pas été questionnés par les sciences sociales. Comprendre ces pratiques nécessite d'aller voir au plus près de ces actions comment cela se passe. Ayant moi-même réalisé la mise en chambre d'isolement et en contention de patient dans le cadre de mon activité d'infirmier, je sais que ma pratique d'infirmier est soutenue par ce dilemme moral, par ces considérations

⁶⁴ Simone Bateman, « L'expérience morale comme objet sociologique », *L'année sociologique*, Vol. 54, n°2, 2004, p. 389-413.

⁶⁵ Dominique Terré, « Droit, morale et sociologie », *L'année sociologique*, vol. 54, n°2, 2004, p. 483-510.

⁶⁶ Idem.

⁶⁷ ANAES, op. cit., p. 7

⁶⁸ Dominique Friard, « Isoler l'isolement ou le contextualiser ? » In A. Caria (dir.), *Démarche qualité en santé mentale, une politique au service des patients*, In Press, Paris, 2003, p. 345.

dites « éthique cliniques »⁶⁹ où pour chaque situation, la question se pose à l'agent de « bien faire » (les infirmiers n'attachent pas les patients par « pur sadisme »).

Les actions des infirmiers, des agents de la psychiatrie, sont faites dans le cadre de modèles de compréhension et d'action que nous devons dévoiler. Une démarche de sciences sociales d'objectivation, de dévoilement, ne peut se faire qu'avec une distanciation morale, une suspension du jugement moral du chercheur pour ne pas « être pris » dans les dilemmes des acteurs.

Aussi, comment garantir l'objectivité de ma démarche ? En suivant le programme de Pierre Bourdieu, seule la réflexivité du chercheur permet de contrôler, de neutraliser son « équation personnelle »⁷⁰ et ainsi de garantir les conditions de la scientificité de la recherche en sciences sociales.⁷¹

Pour répondre à la question de la compréhension de ces pratiques, c'est-à-dire à la production d'un « savoir autre » comme le défend Bazin, il est nécessaire que l'on suspende son jugement moral pour approcher la raison effective des actions des acteurs. Il s'agit de rendre compte des différents points de vue. Aussi, nous nous plaçons dans une démarche qui tend à vouloir réduire l'altérité comme le propose Jean Bazin dans son « hypothèse anthropologique ». Dans ce sens, une méthode des sciences sociales est spécialement adaptée pour questionner les pratiques : l'ethnographie.

Pour Stéphane Beaud et Florence Weber, l'intérêt du travail ethnographique tient dans le fait que « seul l'ethnographe a le temps, les moyens et la disponibilité mentale pour restituer tour à tour l'ensemble des *points de vue* ». Ces différents points de vue ne sont pas attachés à la subjectivité intérieure de chaque individu mais à leurs places objectives dans une situation et à leur intentionnalité ; ainsi « il n'y a pas de vérité objective d'une situation mais des vérités subjectives partielles »⁷². Selon ces auteurs, l'ethnographie « ne juge pas, ne condamne pas » ; le chercheur s'astreint à un long travail de description et d'interprétation, l'ethnographie dévoile les pratiques « naturalisées par l'ordre social ». L'enquête ethnographique « n'est pas un outil neutre ». L'ethnographe ne se satisfait pas des

⁶⁹ « L'éthique clinique, comme toute l'éthique, est une discipline pratique. Quelle que soit la théorie qu'elle met en œuvre, toute sa finalité est une décision moralement défendable qui honore l'intérêt supérieur du patient » in Nathalie Dugravier-Guérin, *La relation de soin : approches éthiques et philosophiques*, Selim Arslan, Paris 2010, p. 10.

⁷⁰ Samuel Lézy, « Réflexivité », in J.-P. Cazier (Dir.), *Abécédaire de Pierre Bourdieu*, Sils Maria, Mons, Belgique, 2006, p. 159-161.

⁷¹ Pierre Bourdieu, *Sciences de la science et réflexivité*, Raison d'agir, Paris, 2001, p. 167-225.

⁷² Stéphane Beaud et Florence Weber, *Guide de l'enquête de terrain*, La Découverte, Paris, 2008. p. XX.

« catégories déjà existantes de description du monde », il doit manifester un « scepticisme de principe ». ⁷³

L'intérêt de cette technique d'enquête est d'acquérir par imprégnation une connaissance sensible de son terrain au plus près des situations habituelles des agents. Ces situations « visibles et familières auxquelles les individus ne portent pas attention, à l'implicite ou du trop banal pour pouvoir être dit ». ⁷⁴

1.3. Le travail de terrain ethnographique

1.3.1 Méthode

« Le terrain est à la mode aujourd'hui... » ⁷⁵. Il peut être politique, syndical et militant, sportif, etc. En sciences sociales, le travail de terrain (*fieldwork*) fut longtemps le rite initiatique de l'ethnologue, comme le défend parfois une tradition nostalgique de ses illustres prédécesseurs, tels Bronislaw Malinowski ou Evans-Pritchard. Cependant, la véritable spécificité de l'ethnographie, ou « travail de terrain », ne vient pas de la distance géographique d'origine entre l'enquêteur et ses enquêtés, mais du « refus de ce dernier de la division du travail entre la production de données et leur analyse » ⁷⁶. L'absence de délégation est la condition *sine qua non* du contrôle de l'ethnographe sur ses données, entre fabrication des données et fabrication de ses hypothèses, entre vérification des données et vérifications des hypothèses.

Pour ce faire, cette production de données requiert une méthode. Ainsi, toujours selon Beaud et Weber, trois conditions fondamentales doivent être respectées : *l'interconnaissance, la réflexivité et la longue durée*. Chacune de ces conditions induit l'autre. La longue durée du travail de terrain ouvre la possibilité de véritables « rencontres » donnant une identité à toutes les parties, un nom propre à l'enquêteur... et donc une place dans le milieu d'interconnaissance. Ce dernier signifie que des individus ou un groupe sont en relation directe, ou plus exactement qu'ils disposent les uns des autres d'informations nominales créant un réseau. L'enquêteur « pris » dans ce réseau est investi, ces investissements produisant des données. Ces dernières doivent alors être soumises à la réflexivité ou autoanalyse. Elle consiste à rapporter l'enquête à ses conditions sociales de possibilités :

⁷³ Ibid., p. 9.

⁷⁴ Daniel Cefaï, « Les politiques de l'enquête (I) : Le travail de l'altérité », *La Vie des idées*, 14 mai 2009, p. 16. [En ligne]

⁷⁵ Stéphane Beaud, Florence Weber, op. cit., p. 7.

⁷⁶ Florence Weber, *Manuel de l'ethnographe*, PUF, Paris, 2009, p. 131.

parmi ces conditions, les caractéristiques objectives de l'enquêteur, telles qu'elles sont perçues par les enquêtés.

Ces conditions définies, nous ne sommes plus dans une ethnographie monographique de communautés isolées, habitant des îles. Ainsi, comme le défend Samuel Lézé, il n'y a pas de nécessité d'unicité de lieu, ni d'unité de temps. Le travail de terrain doit être adapté à l'objet de l'enquête.⁷⁷

Ce qui va faire le lien du terrain à l'objet, c'est le carnet de terrain. L'ethnographe, tout au long de son travail, note ses impressions, ses sentiments, ses questionnements qui signent son engagement. Ce carnet rempli d'affects permet, à distance, de pouvoir exercer « l'effort réflexif », c'est-à-dire « à contrôler ses modalités d'implication dans des situations et à maîtriser les catégorisations dont il ou elle est le sujet et l'objet. »⁷⁸

1.3.2. Choisir un terrain

Impliqué, et avec comme point de départ de ce travail mon indignation, je travaille sur un objet proche dont j'ai une connaissance sensible liée à ma pratique d'infirmier. Dans ce sens, Je devais mener une « enquête par distanciation », distanciation affective et géographique. J'avais un terrain dont je devais me « déprendre » : l'unité de psychiatrie dans laquelle je travaillais et ma posture de dénonciation. Toujours salarié à temps plein et ayant été représentant du personnel, je connaissais tous les services, un certain nombre d'agents et un certain nombre de fonctionnements institutionnels au sein du Centre hospitalier Sainte-Anne. De plus, dans cette période, je considérais que cette recherche, en tout cas sa restitution, comportait des risques dans le sens où je restais sur une posture dénonciatrice. Aussi, je ne pouvais entrer sur « mon terrain » avec tant d'a priori, je devais quitter Sainte-Anne. De plus, restant salarié à temps plein, j'avais peu de temps à passer dans les transports et peut de moyen pour ne pas dormir chez moi, aussi par souci de commodité. Je devais réaliser un terrain proche de chez moi.

Je devais quitter mon terrain professionnel pour prendre l'habit, la cape de l'étudiant et l'épée analytique des sciences sociales sur le terrain ethnographique. Je ne quittais pas l'univers familier des unités de psychiatrie adulte, aussi je conservais tout de même un avantage : je n'avais pas à faire avec la barrière linguistique. Il fallait que je sois inconnu

⁷⁷ Samuel Lézé, « Résister à l'enquête », in A. Bensa, D. Fassin (dir.), *Les politiques de l'enquête*, La Découverte, Paris, 2008, p. 264.

⁷⁸ Daniel Cefai, *D. Cefai*, « Les politiques de l'enquête (II) : Vers une anthropologie critique », *La Vie des idées*, 18 mai 2009, p. 16. [en ligne]

pour créer un réseau d'interconnaissances où je sois investi autrement qu'en tant qu'infirmier en psychiatrie, en tout cas dans un premier temps.

Par le truchement des discussions avec des amis, une ancienne collègue qui avait travaillé en tant qu'infirmière dans mon service et avec qui j'avais suivi le début d'un cursus de psychologie à l'université Paris VII, me raconta son nouveau travail dans une unité dénommée Unité de Soins Intensifs (USI), dans un autre établissement proche de mon lieu de vie. Elle me conseilla d'aller voir ce qui s'y passait⁷⁹. Elle y travailla trois mois avant de changer de service pour prendre un poste exclusivement de nuit, afin de continuer ses études.

Elle m'informa de l'existence de quatre chambres d'isolement et de l'emploi de système de contention, mais aussi l'existence de nombreux temps de « réunions cliniques » (ou « staff ») et de discussions sur l'orientation et la négociation des prises en charge qui donnaient sa valeur ajoutée à cette unité par rapport à notre expérience commune de travail.

Sa posture d'étudiante en même temps que l'exercice de la profession d'infirmière, la plaçait dans la même position que moi. Elle devint « mon alliée », ma « première informatrice ». La dimension double de son activité la plaçait aussi dans une posture critique de la pratique psychiatrique. Elle en faisait une description positive et appréciait la « pertinence clinique » du chef de service.

L'USI fut donc mon terrain, un territoire vierge de recherche, récemment créé en 2004, et présenté dans un article du chef de service comme un nouveau dispositif de prise en charge hospitalière des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

L'aspect progressiste du concept d'unité de soins intensifs en psychiatrie, qui utilise le parallèle avec les unités de soins intensifs des hôpitaux généraux, c'est-à-dire des unités s'appuyant sur une technologie de pointe et une haute technicité des agents, donnait à l'USI un intérêt particulier. Comment pouvait s'incarner l'idée progressiste d'unité de soins intensifs en psychiatrie avec des pratiques d'isolement et de contention ? En quoi cette unité était-elle moderne ?

⁷⁹ Pour l'ensemble des matériaux de ce travail, j'ai respecté l'anonymat des agents de l'équipe ainsi que celui des patients. En revanche, la « confidentialité », tel que le propose Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman dans *Les politiques de l'enquête*, est difficile à préserver dans la mesure où, pour une personne connaissant un minimum les dispositifs psychiatriques en région parisienne, il est aisé de retrouver le lieu et donc certains protagonistes.

1.4. Entrer sur le terrain

1.4.1. Premier contact

Aussi, suivant les arguments de mon informatrice sur la qualité du chef de service de l'USI, je pris un premier contact par courriel, fin août 2009, dans lequel j'expliquais ma position d'étudiant en Master 2 de sciences sociales à l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales. Dans ce cadre, j'avais à réaliser un mémoire s'appuyant sur un terrain de stage de courte durée (où, l'argument de la courte durée permettait de diminuer la gêne que peut occasionner un étranger dans une structure), où il s'agissait de mettre en œuvre les méthodologies de la recherche en sciences sociales. Je présentais mon projet de recherche comme une étude sur « l'articulation de l'organisation des soins dans les situations complexes en psychiatrie », intitulé neutre pour ne pas éveiller le soupçon sur mes positions morales et l'objet réel de mon travail, et dans le sens où il ne concernait ni les problématiques cliniques, ni les patients. De plus, j'expliquais que j'étais « par ailleurs infirmier » : je connaissais parfaitement les difficultés et les contraintes que peut entraîner ce type de stage en matière de secret professionnel et médical. Ce dernier, en tant que « construit culturel, historiquement et sociologiquement fondé », est essentialisé et permet la différenciation entre les professionnels et les profanes, par l'affirmation « d'une morale censée être spécifique »⁸⁰. Aussi, je défendais le choix du lieu, en précisant que « cette unité intersectorielle, récente, offre un lieu privilégié pour les questionnements, tant pour les équipes de soins que pour la recherche en sciences sociales »⁸¹.

1.4.2. Négocier ? S'adapter au cadre imposé !

Cette première prise de contact reçut rapidement un avis favorable et j'obtins un rendez-vous avec le chef de service, dans l'unité, le 28 août au matin. Le chef était accompagné d'un psychologue de l'unité. Quelques secondes après le début de ma présentation, je fus interrompu par un cinglant « la premières règles en psychiatrie, c'est qu'il y a des règles ». Le chef de service voulait un accord de l'administration pour la réalisation de ce stage « pour éviter d'être frustré et que je partage cette frustration ». Dès cet instant, je me rendis compte que j'avais appliqué la méthode de tous les stagiaires psychologues qui

⁸⁰ Aline Sarradon-Eck, « Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique », *ethnographies.org*, n° 17, novembre 2008. [En ligne].

⁸¹ Extrait de ma lettre de motivation.

souhaitaient effectuer un stage dans le service où j'exerce : en s'adressant directement au chef de service. Je fis donc une boucle, par une suite de courriers à l'administration de l'établissement et de rendez-vous à la direction des ressources humaines, pour obtenir un accord sur une convention de stage. Me présentant de nouveau dans l'unité le 22 septembre, l'entretien que je pensais de nouveau comme une *négociation de terrain*, fut une simple présentation de ma personne et de mon projet, tel que je l'avais écrit dans la lettre de motivation, à toute l'équipe présente ce jour-là dans la salle de détente. De son côté, le chef de service me présenta l'unité par une autre phrase qui s'inscrivait dans « ses bons mots » dont je pris l'habitude par la suite : « ici, on récupère les échecs de la psychiatrie traditionnelle ». La fin de la présentation fut une petite négociation autour de mes temps de présence. Ainsi, je pus pendant six mois venir 2 à 3 jours par semaine. Le chef de service souhaitait particulièrement ma présence les mardis et vendredis, c'est-à-dire les jours où étaient présents l'ensemble de l'équipe médicale et les psychologues.

Le cadre infirmier m'accompagna alors à la direction pour me procurer un badge magnétique permettant la circulation dans le site, ouvrant les portes générales et donnant accès aux ascenseurs du personnel.

Le chef de service, que nous nommerons à présent le Dr Lessong, lors de la négociation, me dit expressément que pour les patients, « je n'étais rien ». Je compris qu'il m'était impossible de parler directement au patient, que je n'étais pas « un clinicien ». Cette injonction recouvre plusieurs dimensions. La première : en m'interdisant de parler au patient, le Dr Lessong me positionne hors du cadre des soignants, ce qui clarifie les rôles, les positions que je pouvais prendre et rappelle qui détient le pouvoir dans cette unité. Par ailleurs, cette interdiction facilita mon travail de distanciation. Ainsi, m'empêcher de prendre une casquette de clinicien solutionnait la difficulté que je pressentais : conserver un questionnement d'infirmier et donc de réintroduire mes jugements moraux dans l'observation.

Ainsi, ma recherche ne nécessite pas la parole des patients⁸². Nous travaillons sur un dispositif, sur une « pratique divisante »⁸³ consistant à dire qui va ou qui ne va pas en isolement et en contention. Le recueil de la parole des patients pose par ailleurs des questions méthodologiques complexes quand les personnes présentent des « troubles mentaux actifs ».⁸⁴ Notre objet, des pratiques, est issu du discours exclusif des agents de la psychiatrie dont nous prenons pour « vrai » leurs énoncés sur l'état des patients. Aussi, la parole des patients ne

⁸² Dans un premier temps, notre travail porte sur les « processus de subjectivation » et non sur les subjectivités.

⁸³ Michel Foucault, « Le sujet et le pouvoir », in *Dits et écrits, II, 1976-1988*, Quarto, Gallimard, Paris, 2001, p. 1040.

⁸⁴ Livia Velpry, op. cit., p. 29-37.

nous est pas nécessaire pour l'enquête que je souhaitais mener. De plus, l'injonction du Dr Lessong n'eut pas plus de consistance sur le terrain, car les patients s'adressèrent à moi. Je me devais de me présenter, et présenter mon rôle comme toutes personnes présentes dans les unités de soins. Ainsi, dans le cadre de la démarche qualité, toute personne devait être clairement identifiée à l'hôpital, en donnant son nom et sa fonction. J'étais « étudiant en sciences sociales en stage d'observation », j'étais : « Mathieu, notre stagiaire sociologue »⁸⁵.

Je passai six mois à l'USI, à raison de trois journées minimum par semaine, en variant mes horaires de présence. J'y vins les jours « obligés » par le Dr Lessong dans le premier tiers de mon enquête, mais aussi les week-ends et des soirées. Par ailleurs, J'y réalisai 14 entretiens enregistrés.

1.5. Être ethnographe

1.5.1. Se construire un rôle

À l'arrivée sur le terrain, je souhaitais m'imposer d'être clairement étudiant en sciences sociales. J'avais l'idée, ingénue, non pas tant de dissimuler mon expérience d'infirmier que de ne pas l'utiliser dans le cadre de la suspension nécessaire de mon jugement moral. Quotidiennement, j'étais confronté à des réflexions méthodologiques : que devais-je dire ou ne pas dire, quand prendre la parole ou me taire, que pouvais-je observer et écrire dans mon carnet de terrain ?

Un premier problème se posa : qu'est-ce qu'un étudiant en sciences sociales dans une unité de psychiatrie adulte ?

Dans cette unité, et contrairement à mon lieu de travail, tous les infirmiers étaient habillés en tunique et pantalon blanc, de même pour les autres agents hospitaliers. J'étais en « civil », donc non-infirmier, ce qui était possible, mais seulement pour certaines catégories d'agents (psychologues, psychiatres et cadre infirmier) ainsi que les familles et ceci à certains horaires. Il n'est pas évident, dans une unité hospitalière, de voir une personne qui n'est pas en blouse en dehors des horaires de ceux qui n'en portent pas... Ainsi, pour ma première journée de terrain, j'arrive à 8 h 30. Je suis accueilli par une infirmière, absente lors de ma présentation, et qui me propose de me montrer « les vestiaires » pour me changer. Un Agent de service hospitalier (ASH) me demande si je suis intérimaire : il n'y avait que deux places que je pouvais prendre à cette heure-là, celle d'un étudiant infirmier ou celle d'un intérimaire,

⁸⁵ Note de terrain, un médecin me présentant à un patient lors d'une visite dans sa chambre.

les deux devant se changer pour mettre une blouse. Or, pour les besoins de mon « enquête », je m'étais dit que je me devais de pouvoir être présent sur l'ensemble des amplitudes horaires « pour voir ce qui se passe » et pas simplement en même temps que les « civils », qui par ailleurs appartiennent tous aux catégories d'agents « dominants », en tout cas des catégories socio-économiques supérieures. Ne voulant pas être considéré comme tel, mon rythme de présence devait sembler, non pas aléatoire ce qui pouvait créer de la méfiance, mais « libre » : je devais faire en sorte que l'on ne puisse pas m'oublier, mais aussi me placer en dehors des hiérarchies, de sorte que l'on ne m'y associe pas. Par exemple, J'amenais régulièrement un paquet de café, toujours de manière ostensible, car je savais l'importance de ces petit geste « de don » sur l'acceptation d'un étranger dans une équipes, dans ce sens, la stagiaire psychologue était, elle, décriée par ces manques d'attention.

Cette présence d'un enquêteur-chercheur en sciences sociales ne fait pas partie des habitudes hospitalières. Ainsi, une infirmière me dit ouvertement qu'elle était méfiante quant à ma démarche, dans le sens que j'allais avoir accès à des « données personnelles ». Lorsqu'elle a appris quelques jours plus tard que j'étais aussi infirmier, elle s'est adressée à moi comme à un pair, avec des questions du genre « Vous faites comment à Sainte-Anne ? ». Dans la même veine, le cadre supérieur de santé a exprimé lors de notre première rencontre une réticence à mon stage, dans la mesure où je travaillais sur « le travail de ses agents » et en particulier des infirmiers et aides-soignants, et ce sous sa responsabilité, sans que « la direction des soins n'en soit informé » ou n'ait donné son accord. J'étais pris dans un des conflits professionnels du monde hospitalier. Le cadre supérieur infirmier défendait la logique d'acquisition d'autonomie professionnelle des infirmiers au regard du corps médical⁸⁶. Cette réticence a rapidement disparu quand elle a su que j'étais infirmier par ailleurs. Je devins ainsi un « digne » représentant de la profession.

Au troisième jour de « stage », Loïc, un infirmier me questionna sur mon parcours et sur mes moyens de subsistance, je lui répondis alors que j'exerçais le métier d'infirmier et que « je travaille actuellement de nuit ». Il me questionna sur mes motifs, s'il s'agissait d'une reconversion professionnelle... c'était un rôle possible et connu des agents. La durée de la carrière moyenne d'un infirmier hospitalier étant de sept ans, je rentrais dans cette catégorie qui ne possède pas une valeur négative⁸⁷. Aussi, il y avait au sein de l'équipe déjà une infirmière en reconversion, Rose, qui préparait l'entrée en école des cadres de santé et

⁸⁶ L'autorégulation professionnelle est un critère majeur d'autonomie selon Freidson, in E. Freidson, op. cit., p. 146-167.

⁸⁷ Rémy Marquier, Salah Idmache, *Les débuts de carrière des infirmiers diplômés en 2001*, DREES, Série Etudes, n° 59, mai 2006.

récemment, une infirmière venait de quitter l'équipe pour y entrer. Ainsi, au sein de l'équipe, on m'attribuait la place d'infirmier en en reconversion, place qui me permettait de circuler librement dans l'unité et l'hôpital ainsi qu'entre les différents corps professionnels.

Les questionnements de mon statut inhabituel furent fréquents au début de mon « stage ». Dans mon esprit, le carnet de terrain pouvait instituer mon rôle d'étudiant-chercheur. Cependant, son utilisation nécessitait des tactiques pour qu'il ne soit pas un frein à mes relations. Aussi, je pris le parti d'écrire devant chacun en « réunion », « staff », ou « retour »⁸⁸, comme pouvaient le faire les différents étudiants (infirmiers, psychologues) en stage dans l'unité. Mais je m'abstenaient d'écrire en « salle de détente » en présence des agents, bien que cette salle constituât un haut lieu de l'élaboration clinique de l'équipe. Comme l'a montré Robert Barrett, c'est dans ces lieux de détente que peuvent se faire les jugements moraux, par l'emploi du « discours profane » entre les agents, qui seront ensuite reformulés dans « la construction des cas », en staff et autres réunions⁸⁹. Je faisais l'hypothèse que, pour permettre l'utilisation de ce « discours profane » par les agents en ma présence, je ne devais pas laisser de traces et faire en sorte qu'ils ne remarquent rien. Aussi, tout propos ou idée me paraissant importante étaient scrupuleusement consignés dans mon carnet, mais seulement après le départ des agents.

Dans ce sens, les remarques autour de ce carnet ne se firent pas attendre et il fut comparé à la « bible » d'un pasteur (je ne le lâchais jamais, de peur que l'on ne cherche à lire mes notes brutes, pas toujours valorisantes pour mes enquêtés), ou au « carnet noir de Pompidou » de l'affaire Marcovic... Malgré les dispositions que je prenais pour ma prise de notes, on continua de surveiller ce que j'écrivais. Ainsi, lors d'une « relève » en l'absence des médecins, une infirmière venait de décrire la relation d'un médecin avec une patiente en remettant en question son travail, et s'adressa aussitôt à moi : « Tu n'écris pas ça ?! ». Je me sortis de la situation en relançant une question naïve concernant cette patiente. Par ailleurs, j'expliquai la nécessité pour moi d'écrire dans ce carnet car je ne pouvais prétendre à me rappeler « dans six mois ce qui s'était passé » : cette réponse fut souvent suffisante et seule Rose, une infirmière en reprise d'études, questionna la méthode ethnographique.

⁸⁸ Nous verrons plus loin l'organisation concrète du service

⁸⁹ Robert Barrett, *La traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*, traduit de l'anglais par Françoise Bouillot, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1998, p. 159-161.

1.5.2. Tenir son rôle

Au début du stage, les agents veillaient à me dire explicitement ce qu'ils faisaient : « Là on va aller voir le médecin », comme ils le font avec les étudiants infirmiers qui ne restent qu'un mois en stage. Différents agents, enthousiastes quant à ma présence, m'indiquaient les choses à voir, à lire ou à faire. Ainsi, un psychologue me conseilla : « Mathieu, il faut lire *Les anormaux* », suivi d'un « Foucault l'avait bien dit », adressé à qui voulait l'entendre, au sujet de la judiciarisation de la maladie mentale à un moment où l'unité reçut plusieurs patients en Hospitalisation d'Office, suite à des ordonnances d'irresponsabilité pénale.

Le cadre infirmier fut très avenant : « On vient de faire une entrée en urgence de l'UIA, vous verrez ça »⁹⁰. Il s'adressa à moi au moment où je sortais de l'ascenseur, en passant d'un pas ferme. Son propos fut suivi d'un « C'est à cette heure-ci qu'on arrive ? » que m'adressa un ASH : il était 13 h 20. Cette remarque se voulait bien entendu humoristique : elle rappelait que, lorsque je me présentais dans le service l'après-midi, ou que j'arrivais bien avant 9 heures, heures normale pour les médecins cadre et psychologue (y compris les stagiaires), je dénotais, je restais hors cadre, les agents de journée en blouse travaillant par tranches de douze heures (7-19 heures ou 9-21 heures).

Régulièrement, il était fait références à ma position. Ainsi le Dr Lessong qui fut dans un premier temps un personnage fascinant, « un imposant », dont les agents louaient « Les bons mots » m'inscrivit dans ceux-ci : « ici nous avons une fonction critique, [la bas] ils auront une fonction normative, une fonction durkheimienne, ça c'est pour l'autre zèbre là-bas » Ou dans un autre style : « vous demanderez à notre crypto- faux-graphe » déclamé lors d'une réunion dans le poste de soins.

En revanche, passé le premier mois, il semblait que je faisais partie des murs. Ainsi, quand on me croisait dans l'unité, on me demandait si je n'avais pas vu untel ou unetelle. Je n'étais plus présenté à des agents extérieurs et il me fallait faire cette démarche en aparté, cette « présentation de soi » à ces personnes extérieures de l'unité, et qui venaient faire des consultations (psychiatres, médecins généralistes, ergothérapeute, kinésithérapeute, etc.).

Tenir mon rôle nécessitait de ne pas pendre parti. Ainsi, lors d'une des « réunions institutionnelles » du vendredi après-midi, eut lieu une discussion sur le thème de l'augmentation récente du nombre des hospitalisations sous contrainte et sensible au sujet, je me posais la question de savoir si je devais fournir des références d'articles de sciences

⁹⁰ L'UIA est l'Unité Intersectorielle d'Admission, nous verrons dans le chapitre trois le fonctionnement des différentes unités de cet hôpital.

sociales précisant l'évolution de ce nombre. Plus tard, au lieu de noter les remarques que les agents pouvaient faire pendant cette discussion, je me rappelais à l'ordre : « Mathieu, attention, tu redeviens infirmier ». En effet, je m'apprêtais à prendre parti et à donner mon opinion.

Tenir son rôle d'étudiant en sciences sociales, c'était prendre la liberté offerte de ne pas faire tout comme les autres. Ainsi, quand à la fin de la réunion du matin, les médecins accompagnés de psychologues et d'un infirmier partent « faire la visite », la tendance « naturelle » fut pour moi, et pour eux, que je les accompagne. Seulement, cela engageait deux choses : seul un infirmier ou un étudiant (infirmier ou psychologue) faisait cette visite systématiquement, qui faisait partie des rituels du service. Pour éviter de prendre cette place, je décidai de ne pas les suivre et de choisir le moment opportun pour cette visite, que je fis bien plus tard au cours du « stage ». Quand arriva la période où je choisis de faire « la visite », je demandai l'autorisation pour la suivre, la réponse d'un psychiatre et d'une infirmière fut de me signifier que je n'avais pas besoin de cette politesse.

Je n'étais « rien pour les patients », et pourtant il leur arrivait de s'adresser à moi : je me présentais alors comme un étudiant en sciences sociales travaillant sur les organisations de travail en psychiatrie. À deux reprises, je ressentis la nécessité d'être présenté directement par un membre de l'équipe aux patients. L'enjeu était pour moi d'affirmer mon rôle d'étudiant : ces patients circulaient librement dans l'unité. Ils m'impressionnaient par leur corpulence, mais bien que réputés pour leur propension à « être persécutés » par les inconnus, et par leur passage à l'acte, l'un d'eux avait « frappé un infirmier intérimaire sous prétexte que l'infirmier aurait menacé une étudiante infirmière », ils étaient connus par l'équipe du service. Le chapitre trois traitera l'enjeu de cette situation.

1.5.3. Mélanger les genres et autres incongruités

Mon travail, dans un premier temps, fut donc d'assister aux différentes et nombreuses réunions du service. Je tâchais de reconstruire les dynamiques, de saisir ce qui était important pour les agents, les récurrences... Je m'installais à des places différentes à chaque fois, comme beaucoup d'agents. Je fis le constat que seule la place du chef de service ne changeait pas. Il s'installait dans le grand fauteuil (confortable) qui sert à faire les prélèvements biologiques dans le poste de soins. Aussi quand le Dr Lessong n'était pas là, personne n'y prenait place... Je m'y risquai une fois : le chef de service, à son arrivée, se tint debout, près de la porte d'entrée... Son regard, éloquent, ne fut pas désapprobateur. Et lorsque j'arrivais en

retard à la réunion du matin, installé dans le recoin près de la porte, je me sentais obligé de me faire voir par le chef. Seuls les Agents de Service Hospitalier et les Aides-soignants restaient la plupart du temps cachés à cette place, ne prenant pas la parole.

Il y eut une situation où ma place fut doublement problématique. Dans le dernier mois du travail de terrain dans l'unité, une personne sourde fut hospitalisée. Les agents, connaissant ma pratique de la langue des signes dans mon service, me proposèrent de faire fonction de traducteur lors de deux entretiens, le premier le lendemain de son admission, et le sur lendemain matin.

Cette situation me posait un premier problème, car il était prévu que cette patiente soit transférée dans l'unité où je travaillais. En acceptant d'être son traducteur, je risquais de dénaturer la relation que je souhaitais mettre en place en tant qu'infirmier dans mon unité à Sainte Anne. Ainsi, d'un point de vue clinique, se pose le problème de la nature de ma position : à l'USI, j'étais traducteur (interprète) et donc porte-parole de ce que souhaitaient les agents de l'USI ; mais je pouvais par ailleurs être en désaccord avec leur manière de faire, ce qui risquait d'entraîner un changement de comportement radical de ma part vis-à-vis de cette personne dans mon unité, en tant qu'infirmier qui n'a pas besoin d'un traducteur pour dire ce qu'il pense dans une situation clinique avec cette même personne. Une problématique encore accentuée par la symptomatologie de la patiente, qui présentait un délire de persécution et qui était en rupture de soins... Le problème se posait moins pour moi en tant que stagiaire qu'en tant qu'infirmier du Pôle Surdité, car l'engagement que je prenais sur mon terrain me plaçait comme agent trouble pour la patiente, lorsque je la retrouverai plus tard dans mon service.

Lors du premier entretien, la patiente étant plac e en chambre d'isolement, les questions pos es par un psychiatre et traduites par mes soins n'eurent aucune réponse : la patiente refusa de répondre, elle était s dat e par le traitement injectable qu'elle avait reçu aux urgences avant d'arriver dans l'unité. Le lendemain, la patiente ne répondit pas davantage, mais souhaita m'embrasser à la fin de l'entretien. En revanche, cette situation de traducteur d voila un certain nombre de points.

La psychiatre qui me faisait traduire se satisfaisait du mutisme de la patiente, les expressions de son corps suffisaient pour « se faire une idée » : d'après les éléments du certificat d'admission et son comportement, la psychiatre avait suffisamment d'éléments cliniques pour mettre en œuvre les premières actions. La patiente resterait en isolement et recevrait un traitement injectable d'un neuroleptique à action semi-prolong e en attendant son transfert.

1.6. Quelques enjeux politiques de cette enquête

1.6.1. Situations générales du monde hospitalier

Depuis sa médicalisation, l'hôpital est une institution pluri-hiérarchisée où les rapports de pouvoir sont complexes⁹¹. Encore plus marquée dans les asiles, la psychiatrie « médecine spéciale », puisque sociale, a toujours eu une administration plurielle où médecins, représentants de l'État et administrateurs rivalisent. Ainsi, jusqu'aux années 1970, l'administration générale pouvait être assurée par un médecin-directeur ou un directeur non-médecin, en fonction de la taille de l'établissement et de sa place dans la gestion locale de l'ordre public.⁹²

La normalisation économique et la complexification des dispositifs de soins psychiatriques ont entraîné la prise de contrôle des administrateurs non-médicaux sur la gestion hospitalière, en dehors de la politique médicale qui est incarnée par le président de la Commission médicale d'établissement (CME).

Depuis la fin des années 1980, les institutions de services publics, comme les hôpitaux psychiatriques, sont à l'heure du *new public management*, devant lier efficacité systémique à l'efficacité économique⁹³. Ces réformes successives de l'organisation hospitalière conduisent à l'introduction de nouvelles méthodes de gestion et de management. Des logiques venues du monde de l'entreprise s'immiscent dans le monde hospitalier. Ainsi, les discours prônés par les directions administratives des établissements portent de nouvelles valeurs, comme le contrôle de la « masse critique de personnel », la nécessaire diminution de la « durée moyenne d'hospitalisation », ou l'augmentation du « taux d'occupation » des lits.

Les dernières réformes en date, la loi de 2005 sur « la gouvernance hospitalière » et celle de juillet 2009, dite loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (HPST), ont abouti à la mise en place de pôles et à des Communautés Hospitalières de Territoires. Le pôle devient l'unité de gestion administrative et économique des unités de soins ; il est responsable par délégation de la gestion des ressources consacrée aux personnels et à leurs formations. Il est administré par un médecin chef, accompagné par un cadre administratif de pôle et un cadre de santé (souvent cadre supérieur de santé) de pôle. Concrètement, la mise en place des pôles a

⁹¹ Jacques Léonard, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs, Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, Aubier, Paris, 1981.

⁹² Marcel Jaeger, *Le désordre psychiatrique, des politiques de la santé mentale en France*, Payot, Paris, 1981.

⁹³ Julian Legrand, "Quasi-markets and social policy", *The Economic Journal*, Londres, Vol. 101, n° 408, Septembre, 1991, p. 1256-1267.

consisté à regrouper des services en vue de faire des économies d'échelle et a entraîné des luttes internes pour l'obtention des chefferies.

Si, en psychiatrie, il y avait la possibilité, dans le texte de loi, qu'un « secteur égale un pôle », bon nombre de secteurs ont été fondus dans les Pôles et les territoires de santé, avec les arguments de la mise en réseau et en relations de l'ensemble des acteurs de la santé, qu'ils soient publics ou privés, ainsi que dans la dynamique de la mutualisation des moyens. Par exemple, pour l'hôpital Sainte-Anne, la direction institua un découpage par arrondissements, sans tenir compte des orientations théoriques de chacun des chefs de service : ainsi, des psychiatres psychanalystes lacaniens se doivent de négocier les moyens en formation continue de leurs agents avec des psychiatres biologiques ; ou encore, un service dont l'activité est concentrée en extrahospitalier, dans la logique de la désinstitutionnalisation, doit travailler avec un service entièrement hospitalo-centré.

1.6.2. Politiques locales

Dans l'hôpital où j'ai effectué mon terrain, la mise en place des pôles fut effectuée en respectant plusieurs logiques : le regroupement des services non-médicaux en un pôle logistique et plateau technique ; la constitution d'un pôle pédopsychiatrique géographiquement situé sur un ancien site. Pour les unités adultes, le regroupement « polaire » fut conditionné par la proximité géographique entre les secteurs. L'unité où je fis mon terrain, l'Unité de Soin Intensif (USI), par essence intersectorielle, est inscrite dans un pôle regroupant un secteur de petite taille au regard de la population desservie, dont le chef de service est le Dr Lessong ainsi que l'Unité intersectorielle d'accueil (UIA) et le service médecine somatique qui ne dispose pas de lits. Historiquement, l'USI provient de la mise à disposition de places, de manière intersectorielle, de l'unité dite de soins intensifs du secteur originel du Dr Lessong, et ceci dès l'époque de l'ancien site hospitalier. Cette mise à disposition de lits relève des stratégies du Dr Lessong, qui défend l'idée d'avoir toujours été précurseur dans le développement de dispositifs innovants.

Aussi, quand le projet de déménagement, au plus près des populations desservies, des services de psychiatrie adultes fut projeté, il fut prévu d'institutionnaliser cette Unité de Soins Intensifs comme unité intersectorielle, et dont la responsabilité incomberait à son créateur.

Ainsi, le service originel, d'avant 2004, se trouva placé au deuxième étage du nouvel hôpital, l'USI au sixième pour des raisons que nous verrons au chapitre trois. À ce moment,

chaque service, autrement dit chaque secteur, disposait d'un étage pour constituer ces unités de soins.

La mise en place des Pôles en 2007, rendit évident le fait que le chef de l'USI était aussi le chef du secteur du deuxième étage. En revanche, la petite taille du secteur, en termes de « fil active » et de masse critique d'agents, entraîna l'accrochage de l'UIA et du service de médecine somatique avec comme étendard l'idée que ce pôle soit un pôle intersectoriel.

Ainsi, la fin 2009, au moment de mon « stage », fut une période avec un double enjeu. Le chef de service devait, du fait de la limite d'âge de 65 ans, céder sa chefferie de service au moment où était discutée l'élaboration du projet d'établissement, et par ailleurs anticiper la mise en œuvre de la future loi HPST sur la mise en place des territoires de santé.

Trois semaines après mon entrée, j'interroge le Dr Lessong sur les avancées du projet d'établissement⁹⁴, qui était en cours de redéfinition. Et comme à son habitude, je reçus un discours flou et elliptique. Je compris qu'il y avait des conflits au sein de la communauté médicale sur l'ouverture d'une nouvelle unité sur le site. Ces conflits étaient en lien avec le décès brutal d'un médecin prestigieux, président de la CME jusqu'alors, et qui a entraîné son remplacement par un chef de service, manifestement, pas allié du Dr Lessong. Ce nouveau président de CME était par ailleurs chef du pôle clinique le plus important en termes de population desservie et en terme de « fil active », son pôle regroupant tout un grand arrondissement du nord de la capitale. Ces nouvelles configurations (mise en place des pôles, changement de chefferie...) ne pouvaient qu'inquiéter le Dr Lessong quant à la survie de son service après son départ (en février 2010, il organisa un conseil de Pôle pour organiser sa succession). Ainsi, le 1^{er} décembre, en salle de pause, il me dit : « Jusqu'ici on a sauvegardé nos moyens... il faut savoir le prix de la concession ».

Cette survie de l'unité de son Pôle passe par une valorisation maximale de l'USI au sein des différentes instances et tutelles. Ainsi, le Dr Lessong, lors d'une journée « inter-UMD » de 2009, organisé en région parisienne, interpella Jean-Marie Delarue, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, pour qu'il vienne voir comment fonctionnait son unité. Aussi, je trouvais un certain nombre de courriers proposant des conventions avec d'autres secteurs de la région parisienne, appuyant son offre sur les qualités et les services offerts (souplesse d'admission, lieu de protection...). Le Dr Lessong signe, par ailleurs, plusieurs articles dans des revues spécialisées de médecine (*Médecine et droit*, *Nervure*, *Les*

⁹⁴ Le projet d'établissement est un document administratif qui définit pour cinq ans la politique de l'établissement dans les domaines économiques et institutionnels.

Annales Médico-Psychologiques) où, avec d'autres chefs de service d'USI, ils font la promotion de ce nouveau dispositif « intermédiaire entre le secteur et les UMD ».

1.6.3. Place locale de mon enquête ; une enquête pour faire-valoir

« Le terrain, s'il est un lieu de vérité, est aussi un lieu où s'exercent des rapports de force et des jeux de pouvoir et où des problèmes d'accessibilité et de restitution ne cessent de se poser »⁹⁵. La facilité d'entrée sur mon terrain ainsi que l'acceptation rapide de ma présence sur ce terrain doit faire partie de notre analyse et peuvent s'expliquer. D'une part, il y a le « capital symbolique » que dégage l'EHESS auprès du chef de service, se valorisant lui-même d'avoir suivi un « parcours complet en sciences sociales ». Par exemple, quand je demande au chef de service des données statistiques de l'établissement, il me rédige un courrier à l'intention du chef de service du Département informatique médical (DIM), dans lequel il me présente, plus que ma qualité d'étudiant en stage dans son service, comme un « psychosociologue de l'école de Bourdieu & Co ». De même, il m'invite ou me demande à deux reprises si j'ai rencontré le directeur de l'hôpital au moment où était retravaillé le projet d'établissement. Ainsi, un matin, alors que j'étais dans la salle de détente, il entre et s'adressant à moi (j'étais seul), pose d'un ton grave « Il va falloir quand même qu'on repose certaines choses, et je m'adresse directement à vous ». Pendant quelques secondes, je fus très gêné, avant qu'il enchaîne sur un questionnement autour « des placements judiciaires » en tant que « mouvement qu'il faut étudier » et « faire remonter ».

D'autre part, de toute évidence, ce n'était pas la nature de mon projet de recherche, ni ma qualité d'infirmier qui importait. Ainsi, à aucun moment de mon stage ma « présentation de soi », où j'expliquais le sens officiel de mon travail ne fut questionnée.

En revanche, la restitution de mon travail semblait avoir une importance stratégique pour le Dr Lessong qui me relança à deux reprises après mon temps de présence sur le terrain pour avoir un retour. Ainsi, cela me laissa penser que la présence et le résultat du travail d'un étudiant de l'EHESS va dans le sens de l'amélioration du capital symbolique du chef de service et de la reconnaissance de l'USI comme un « dispositif innovant » ; Le Dr Lessong se

⁹⁵ Daniel Cefai, « Les politiques de l'enquête (II) : Vers une anthropologie critique », *La Vie des idées*, 18 mai 2009, p. 11. [en ligne]

targuant d'avoir déjà, dès le début des années 1980, mis fin au « cadre unique »⁹⁶. Bien que la reconnaissance de ce capital ne soit pas inscrit dans le capital culturel du monde hospitalier.

Nous venons de suivre le parcours de ma recherche, de sa composante subjective avec à son inscription dans un espace social. Débuter par un questionnement moral, une indignation, nous sommes parvenus à la nécessité d'une recherche empirique sur des pratiques requérant une réflexivité analytique. A la suite de ce parcours, et avant d'explicitier les résultats de notre enquête de terrain, nous devons mettre en perspective ces résultats avec l'évolution des discours entourant les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie. Cette distanciation épistémologique n'est possible qu'avec un travail généalogique du dispositif d'« isolement thérapeutique ». Aussi, le chapitre suivant retracera les différentes transformations des dispositifs psychiatriques qui ont conduit de l'isolement des aliénés, comme premier principe d'un traitement, à la notion « d'isolement thérapeutique » des patients.

⁹⁶ A la fin des années 1950, le « cadre unique », issu des principes de la psychothérapie institutionnelle, devient le mode de prise en charge dans les hôpitaux psychiatriques ; c'est-à-dire que les actes de la vie quotidienne (ménage, repas, jardinage, etc.) résultent d'un partenariat entre soignants et patients. Ces derniers pouvant même toucher un pécule. Dès lors, toute personne en contact avec le patient a une fonction soignante.

Chapitre second : Comment en est-on venu à soigner une personne en fermant la porte ou en l'attachant ?

« Les grands réformateurs de la psychiatrie – Pinel en France, Chiarigi en Italie et Tuke en Angleterre – introduisirent le traitement moral fondé sur le principe de l'humanisation des soins et d'une action éducative, tout en prônant l'abandon de la contention physique. Néanmoins, pour tenir compte des besoins de sécurité, ils développèrent les principes de base de l'isolement dans un but non punitif, en mettant l'accent sur le respect des droits des patients et leur sécurité. Le patient est isolé des autres patients et fait l'objet de soins et de surveillance de la part de l'équipe de psychiatrie, dans une chambre destinée ou non à cette utilisation exclusive. Leurs objectifs étaient la prévention des blessures et la réduction de l'agitation liées au trouble mental. »⁹⁷

Ainsi, débute *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*. Cet audit, publié en 1998, illustre l'apparition sur la scène sociale de l'isolement en psychiatrie, circonscrit au champ médical : « l'isolement [reste] encore *une nécessité thérapeutique* ». Dans ce sens, il donne la définition suivante de l'isolement : « on peut considérer que tout patient dans une chambre dont la porte est verrouillée et séparé de l'équipe de soins et des autres patients, se trouve de ce fait en isolement ; cet isolement ne peut être qu'à but thérapeutique conformément à la mission de soins des établissements de santé. ». Cette définition fut construite « au travers de l'analyse bibliographique et de l'étude des pratiques » et admise par de nombreux professionnels.⁹⁸

Ainsi, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) jugea nécessaire de proposer l'isolement en psychiatrie comme pratique soumise à l'évaluation de la qualité par les professionnels de santé : « en effet, il est apparu que le recours à l'isolement pour un patient est un acte fréquent, comportant de nombreux risques à gérer et/ou à prévenir »⁹⁹ et qu'« une politique de diminution continue de l'isolement doit être conduite afin de réduire au minimum les isolements inappropriés. ».¹⁰⁰ Tel est l'état de la question au début des années 2000 : l'isolement en psychiatrie est « une nécessité thérapeutique » qui présente des risques et il faut tendre à la diminution de ces risques. La démarche qualité appliquée à l'isolement en psychiatrie ne propose aucune distinction entre

⁹⁷ Agence nationale d'accréditation d'évaluation en santé, *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*, ANAES, Paris, 1998, p. 9.

⁹⁸ Par exemple, Jérôme Palazzolo propose : « L'isolement est considéré comme étant le placement d'un patient dans une chambre fermée à clef, cette chambre étant exclusivement ou non destinée à cette utilisation, et au sein de laquelle le malade fait l'objet d'une surveillance et de soins particuliers de la part de l'équipe soignante » in, *Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie*, Masson, Paris, 2002, p. 25.

⁹⁹ ANAES, op. cit., p. 6.

¹⁰⁰ Idem, p. 9.

les isolements thérapeutiques et ceux qui ne le seraient pas. *L'audit clinique* ne légitime pas non plus cette pratique, il fait uniquement un état des lieux des pratiques.

Pour comprendre comment on en est venu à soigner une personne en fermant une porte, nous devons reconstruire les séries de transformations qui mènent de la notion d'« isolement des aliénés », défendue par Jean-Etienne Esquirol (1772-1840) en 1818, à celle d'« isolement thérapeutique » annoncée par l'audit clinique en 1998. Un travail de généalogie des concepts d'isolement et de contention en psychiatrie s'impose, dans le sens où Robert Castel, inspiré par l'œuvre de Michel Foucault, le propose : faire la généalogie d'un objet serait faire l'histoire du présent de cet objet. Le présent n'est « pas seulement le contemporain, c'est un effet d'héritage et le résultat d'une série de transformations qu'il faut reconstruire pour saisir ce qui se passe d'inédit aujourd'hui. »¹⁰¹. Par conséquent, nous allons retracer les différents « discours » qui ont conduit au fait que l'action de placer une personne dans une pièce, porte fermée devienne en psychiatrie un acte thérapeutique. Cette démarche nous conduit nécessairement à aborder et à croiser d'autres thématiques, telles que la dangerosité en psychiatrie, les évolutions de l'institution psychiatrique, la catégorie de malade difficile, ainsi que la notion de crise psychiatrique.

2.1. Isoler pour traiter

2.1.1. Désenchaîner les fous

Cette période des « grands réformateurs » de la psychiatrie coïncide avec la Révolution française et à l'assignation de la folie aux aliénistes. Une question prédomine à partir de la Déclaration des droits de l'Homme : l'arbitraire des restrictions de liberté. En 1790, la fin des lettres de cachet, symbole de l'arbitraire royal, met en question la remise en liberté des populations ayant subi *le grand renfermement*. Dès lors se pose la question de la distinction entre les prisonniers de droit commun et les fous. Dans ce sens, Castel rapporte les écrits de Bailly, maire de Paris, adressés à l'Assemblée nationale constituante : « (...) ne serait-il pas dangereux dans ce moment de rendre sans réflexion à la cité, des hommes qui en ont été arrachés, sans légalité il est vrai, mais presque toujours avec de justes motifs ? »¹⁰². Des commissions d'inspection sont alors créées. Elles sont chargées de différencier les

¹⁰¹ Robert Castel, « Présent et généalogie du présent une approche non évolutionniste du changement », in *Au risque de Foucault*, Centre Pompidou, Paris, 1997, p. 161.

¹⁰² Robert Castel, *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Minuit, Paris, 1976 p. 35.

personnes relevant du droit commun et les fous. Cette procédure nécessite le soutien du corps médical. En effet, ce dernier se présente comme le seul légitime pour retirer le statut de sujet de droit au fou, tout en lui légitimant celui de malade. Le contrôle des aliénés reste un impératif. La solution trouvée par les constituants fut la mise en place de commissions transitoires qui, en six semaines, avec l'expertise médicale, devaient séparer les fous des autres indigents. D'autre part, le « comité de mendicité » met en place un système d'administration des hôpitaux et des biens du clergé nouvellement nationalisés, afin d'améliorer l'état des « infortunés ». ¹⁰³

C'est dans ce mouvement que Philippe Pinel (1745-1826) est nommé à l'hospice de Bicêtre en 1793. Il y fit plus que sa mission de gestion de l'établissement pour « fous déclarés incurables » : avec lui, le fou devint l'aliéné, c'est-à-dire un citoyen atteint d'aliénation mentale. Il en théorisa le traitement : *le traitement moral*. C'est dans ce mouvement philanthropique que l'on assiste au *désenchaînement des fous*, mythe fondateur de la psychiatrie.

Ce mythe est en lien direct avec notre questionnement. La psychiatrie s'y fonde sur un acte libérateur. D'une part, ce mythe est à l'origine d'une discipline, comme l'a montré Gladys Swain dans *Le sujet de la folie*. D'autre part, il est aussi fondateur d'un partage entre raison et la folie, comme déraison visible dans un espace aménagé par la raison, pour suivre la thèse de Foucault de *l'histoire de la folie à l'âge classique*. Cette dernière est bien explicitée par Castel dans *L'ordre psychiatrique* :

« L'acte fondateur de Pinel n'est pas l'enlèvement des chaînes aux aliénés, mais cet ordonnancement de l'espace hospitalier. Par "renvoi", "isolement", "éloignement" dans des bâtiments distincts, les catégories mêlées du renfermement se trouvent redéployées (...) la catégorie folie se détache alors dans sa spécificité. Et elle est, de ce fait, devenue maladie. À partir du moment où il est isolé dans son propre espace, l'insensé apparaît séquestré comme les autres sans doute, mais pour d'autres causes que les autres. Pour cause de maladie. » ¹⁰⁴

Ici, saisissons l'acte de Philippe Pinel, ou plutôt celui de Pussin (1745-1811), son surveillant chef, son *infirmier*, en tant que tel. Tout comme l'était l'enchaînement, le désenchaînement des fous ne fut pas généralisé sur l'ensemble du territoire. Aussi, longtemps après le printemps 1794, date à laquelle Pussin systématisa l'enlèvement des chaînes à

¹⁰³ Claude Quétel, *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*, Taillandier, Paris, 2009, p. 195-202. Voir aussi, Claude Quétel, Jacques Postel (sous la dir.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, Paris, 2002.

¹⁰⁴ Robert Castel, *L'ordre psychiatrique...op cit*, p. 89.

Bicêtre¹⁰⁵, de nombreux lieux d'enfermement des fous conservaient des espaces où des aliénés restaient reclus ou attachés par des chaînes ; l'immobilisation restait une forme majeure de traitement, avec les chaises de force, camisoles ou gilet de force¹⁰⁶. Mais le désenchaînement, en tant qu'acte ou en tant que symbole, rend possible la mise en œuvre du *traitement moral* en affirmant que le médecin peut traiter le fou avec son savoir. Le *traitement moral* est un système complexe d'intervention, comprenant la direction morale des malades par un individu tout puissant, et l'éducabilité des malades, ces derniers conservant une part de raison. Ceci devait ramener l'aliéné parmi les hommes.¹⁰⁷

Dans ce sens, pour sa mise en œuvre, le *traitement moral* nécessite un principe : l'isolement des aliénés comme base de tout traitement. L'isolement est défini, à ce moment, comme une séparation du monde habituel du malade. Comme le dit Esquirol dans un mémoire intitulé *Question médico-légale sur l'isolement des aliénés* :

« L'isolement des aliénés, séquestration, confinement, consiste à soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis et de ses serviteurs, en l'entourant d'étrangers, en changeant toute sa manière de vivre. L'isolement a pour but de modifier la direction de l'intelligence et des affections des aliénés, c'est le moyen le plus énergique et ordinairement le plus utile pour combattre les maladies mentales. »¹⁰⁸

Ce principe d'isolement est alors un principe de séparation, quelle que soit la vigueur de sa mise en œuvre. Ainsi, le fait de partir en voyage avec son médecin était considéré comme une forme d'isolement.

2.1.2. Traiter par l'enfermement : la loi de 1838

Ce principe d'isolement fut défendu ardemment par Esquirol et les autres disciples de Pinel, jusqu'à l'adoption de la loi du 30 juin 1838, dite loi sur les aliénés. Au cours de l'élaboration de cette loi, ce principe rencontra la doctrine de la *défense sociale* : au regard de la loi, s'observe le déplacement du principe d'isolement-séparation en un isolement-enfermement. Ainsi, le législateur prévoyait la création d'un établissement par département et devant accueillir les aliénés, et créait deux mesures de placement : le placement obligatoire,

¹⁰⁵ Pinel Philippe, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, seconde édition, entièrement refondue et très augmentée (1809), présenté et annoté par Garrabé Jean et Weiner Dora, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 2005. p. 9.

¹⁰⁶ Rouhier Eugène, *De la camisole ou gilet de force*, Thèse pour le doctorat en médecine, Paris, imprimerie de A. Pillot fils aîné, 1871, p. 10 : « La camisole fut un progrès réel, car elle fit disparaître peu à peu des asiles les chaînes en fer, les anneaux fixés aux murs, etc. »

¹⁰⁷ Robert Castel, « Le traitement moral – thérapeutique mentale et contrôle social au XIX^e siècle », *Topique*, n°2, 1969.

¹⁰⁸ Jean-Etienne Esquirol, *Question médico-légale sur l'isolement des aliénés*, in *Aliénation Mentale*, Paris, Crochard, 1832, p. 31.

mesure administrative, et le placement volontaire, à l'initiative des proches de l'aliéné. Avec la loi de 1838, l'isolement a, à cette époque, une valeur positive, une mesure philanthropique, puisqu'elle donne un statut au fou, celui de malade dont on doit prendre soin.

Avec la loi et ces mesures, le législateur donne plus qu'un mandat aux psychiatres aliénistes pour le traitement des aliénés : il oblige à ce que les soins soient localisés dans un lieu unique¹⁰⁹. Ce qui se passe ensuite dans les asiles est de l'ordre médical. L'isolement-enfermement comme base du traitement a, ici, un sens large : il se décline d'un simple enfermement dans l'enceinte asilaire à la séclusion (mise en cellule), ou l'immobilisation des malades par la camisole. Ces déclinaisons font alors partie de l'arsenal thérapeutique, au même titre que l'hydrothérapie (bains et douches), les opiacés et autres sédatifs.

Dans les années qui suivent l'adoption de la loi, les écrits des psychiatres continuent de défendre l'idée de l'isolement-séparation comme un bénéfice « dans presque tous les cas d'aliénation mentale, et n'admet que de rares exceptions en faveur des déments et des idiots. »¹¹⁰

2.2. Traiter sans coercition

Vingt ans après l'adoption de la loi de 1838, les premières critiques de l'asile émergent, comme le décrit précisément Castel dans *L'ordre psychiatrique*. Le premier niveau de critique est celui de la dénonciation de l'internement arbitraire par le pouvoir judiciaire, évincé par la loi de 1838. Le second niveau de critique porte sur l'asile en tant que lieu fermé. En effet, à la même époque se développent, en Flandres, des expériences de traitement en milieu ouvert, sous la forme de colonies agricoles, où les malades restaient toutefois circonscrits. De plus, le cadre théorique du *traitement moral* était attaqué par les médecins aliénistes eux-mêmes. A « l'aliénation une et indivisible » se substitua la conception de « maladies mentales », affaiblissant les principes du traitement moral. C'est l'éclectisme thérapeutique qui prime, car se déroulait alors une lutte théorique entre étiologie psychologique et étiologie somatique, qui ne permettait pas d'organiser les pratiques.

¹⁰⁹ Ministère de l'Intérieur et des Cultes, législation sur les aliénés et les enfants assistés, tome I – aliénés, recueil des lois, décrets et circulaires ministérielles (1790-1879), Paris, Berger-Levrault, 1880. Cependant, les aliénés des classes favorisées pouvaient être pris en charge, hors du cadre de la loi de 1838, dans des maisons de santé.

¹¹⁰ Gilles Lunier, « De l'isolement considéré comme moyen de traitement dans les maladies mentales », *Annales Médico-Psychologiques*, VII, 1846, p. 290.

Aussi, dans les années 1860 apparaît la théorie de la dégénérescence, sous la figure de Bénédicte Augustin Morel (1809-1873). Cette théorie, proche du darwinisme social, invite l'aliéniste à agir directement au sein des familles, dans une visée prophylactique préservative : « en essayant de modifier les conditions intellectuelles, physiques et morales de ceux qui, à des titres divers, ont été séparés du reste des hommes »¹¹¹. Ainsi, l'action prophylactique, extériorisée de l'asile tout en soulignant les faiblesses du dispositif asilaire, vient renforcer la place de l'aliéniste dans le champ social et répond aux critiques acerbes. Une autre réponse des aliénistes français à la critique du dispositif asilaire est d'introduire la pratique du *non-restraint*.

Ainsi, en 1860, ce même Morel publie un essai, *Le non-restraint ou de l'abolition des moyens de coercition dans le traitement de la folie*. Rédigé suite à un voyage d'études en Angleterre, ce dernier présente les méthodes employées outre-Manche. Il y relate un fait datant de 1829 : suite à un décès dans un asile « survenu par suite de la fixation au lit à l'aide de la camisole, l'usage de celle-ci fut désormais défendu ». Cet événement, tout d'abord isolé, se généralisa à l'ensemble des asiles anglais. Morel débute sa démonstration par un panorama des pratiques asilaires anglaises du début du siècle, qui n'est pas sans rappeler l'état des asiles français de son époque :

« Des malades enchaînés aux murs par les bras ou les jambes. Le seul mouvement qu'il leur fut possible d'accomplir était de s'asseoir sur le banc fixé à la muraille. L'habillement consistait en une espèce de chemise qui n'était pas même fixée aux reins, et les pieds nus de ces malheureuses reposaient sur la dalle froide. Quelques-unes de ces aliénées étaient tombées en imbécillité, et leurs habitudes de saleté égalaient leur état ordinaire de fureur. Mais il en existait d'autres qui, complètement inoffensives et capables encore de comprendre leur triste situation étaient pareillement les victimes d'un état de choses aussi déplorable. L'intérieur des cellules offrait un spectacle affreux. Ces repaires comparables à des niches de chien, étaient occupés par des malades fixés aux murs par des chaînes en fer, qui remplaçaient généralement la camisole de force. »¹¹²

Puis, il poursuit en dressant, de manière idyllique, un tableau des bénéfices obtenus par la méthode du *non-restraint* : les couloirs des asiles sont remplis de tableaux et de salles communes où les aliénés lisent le journal. La démonstration de Morel suit un questionnaire sur les différences entre la France et l'Angleterre, un questionnaire relatif aux aliénés (« leur mentalité », leur nombre...) et aux structures asilaires. Ainsi, il note l'existence de plusieurs dispositifs de prise en charge des aliénés en fonction des classes sociales et il

¹¹¹ Robert Castel, *L'ordre psychiatrique*, ...op. cit., p. 266-279.

¹¹² Bénédicte Augustin Morel, *Le non-restraint ou de l'abolition des moyens de coercition dans le traitement de la folie*, Victor Masson et Fils, Paris, 1860, p. 14.

rapporte que la moitié des aliénés anglais sont en prison ou en *workhouse*¹¹³. Ce qui lui permet toutefois d'expliquer, partiellement seulement, la réussite du non-restraint, par la diminution de la pression démographique sur les asiles. Viennent ensuite les questions du dispositif asilaire : la présence médicale, la formation des infirmiers, l'alimentation des malades et l'architecture des structures. Ce dernier point semble essentiel à cette époque, comme en témoignent de nombreux rapports et mémoires : en France, on défend souvent l'idéal de la pièce éclairée et bien aérée qui contribue au bien-être des aliénés. C'est aussi une manière diplomatique, pour Morel et ses contemporains, d'introduire la question économique. Par ailleurs, Morel anticipe les réactions de ces futurs détracteurs :

« Si la camisole et les entraves n'existent plus ; si on ne met plus de frein aux mouvements incoercibles de certains malades, à leurs impulsions désordonnées, dangereuses, irrésistibles, on est obligé d'employer les mains des infirmiers, de changer ces derniers en camisoles vivantes ; ou bien encore, on n'a d'autre ressource que de renfermer ces malades dans leurs cellules, et dans ces deux cas, le non-restraint n'est qu'une autre forme du restraint. »¹¹⁴

Ce paradoxe est supportable si l'on envisage, avant tout, l'idée que le *non-restraint* est une approche selon laquelle *la violence entraîne la violence, y compris chez les aliénés*. En conclusion, et pour une mise en œuvre du non-restraint en France, Morel propose donc de désaturer le système asilaire avec la construction d'un asile par département, tel que la loi de 1838 le prévoit. Dans ce sens, il rappelle que le manque d'asile crée un entonnoir où seules les personnes les plus gênantes, pour leur famille ou pour l'ordre public, accèdent aux traitements asilaires. Une pression démographique moindre entraîne une meilleure répartition des aliénés dans les différentes structures de l'asile, travail essentiel des aliénistes.

Le travail des théoriciens du *non-restraint* revient essentiellement à changer les mentalités des agents qui travaillent auprès des aliénés. Ainsi, comme le propose Eugène Rouhier, élève de Magnan, lui-même disciple de Morel :

« Lorsqu'un cas de délire furieux s'y présente, des infirmiers choisis, intelligents et habiles, circonviennent le malade doucement, sans injures ni violences, le laissent se débattre quelque temps, ce qui est utile pour la sédation du système nerveux, puis le conduisent dans une cellule spéciale. Ces cellules destinées aux aliénés violents sont bien aérées, bien ventilées ; les murs en sont matelassés ; et la séclusion, qui est l'objet de la surveillance la plus rigoureuse, ne dure que le temps d'agitation, c'est-à-dire deux ou trois heures. »¹¹⁵

Cependant, la mise en œuvre du *non-restraint* ne fut pas immédiate, comme le confirme Tagle y Alfonso, lui aussi élève de Magnan :

¹¹³ Ibid., p. 17.

¹¹⁴ Ibid., p. 47.

¹¹⁵ Eugène Rouhier, op. cit., p. 15.

« C'est seulement en 1877, que ce système fut inauguré en France, et c'est à notre excellent maître M. Magnan, que revient le mérite d'en avoir été le promoteur. Déjà en 1867, lors de sa nomination comme médecin à l'admission de Sainte-Anne, il avait, avec M. Bouchevreau, substitué le maillot à poches latérales à la camisole, dont il avait été à même de constater les effets déplorables pendant le cours de son internat. Quoique partisan convaincu, dès cette époque, des avantages du non-restraint, il lui était difficile de supprimer d'emblée tout moyen coercitif ; il se serait alors exposé à soulever de nombreuses protestations, qui n'auraient pu que retarder la réalisation de l'idée qu'il poursuivait ; aussi ce ne fut qu'en 1879, qu'il introduisit définitivement ce mode de traitement dans toute sa rigueur à l'Admission. »¹¹⁶

Cette période de la remise en question de l'asile et de ces pratiques se conclut, d'une part, sur des réflexions concernant les moyens de coercition. Dans sa thèse traduisant une « démarche positiviste », Eugène Rouhier démontre les méfaits de l'immobilisation en plus de son inefficacité. D'autre part, l'introduction du *non-restraint* en France n'a en rien modifié le principe de l'isolement-enfermement au sein de l'asile.

En revanche, le mouvement pour l'arrêt de l'emploi des moyens de coercition dans les asiles va engendrer l'amplification de la répartition des malades dans des pavillons spécifiques, en fonction de leur état et de leurs moyens financiers : « les pavillons de traitement et de surveillance continue » ou les « pavillons de chroniques »¹¹⁷ permettent ainsi la répartition des moyens humains de surveillance. Ainsi, à partir des années 1860, chaque nouvel asile construit verra son architecture déterminée, en plus de la séparation en divisions par sexe, par un enchaînement de pavillons devant accueillir une population prédéterminée : les « alcooliques délirants », les « épileptiques », les « psychoses intermittentes », etc.

Le développement des typologies de malades, en parallèle du développement asilaire, voit l'émergence problématique pour les asiles de deux nouvelles catégories de malades : « les malades dangereux » et « les fous criminels ». Ainsi, ces malades se retrouvent à saturer les « sections d'agités », les anciens « pavillons de force » ou les quartiers cellulaires qui ont vocation à être des lieux d'accueil transitoire. Ces catégories conduisent à des réflexions sur la nécessité de créer des unités spécialisées dans le traitement des malades dit « dangereux », qui « troublent la tranquillité des autres malades dont la liberté se retrouve restreinte à cause des mesures de protection qu'exigent ces aliénés ». Tel fut le cas en 1910 à Villejuif, avec l'ouverture officielle du premier « quartier de sûreté » par Henri Colin : ce dernier ne souhaite rassembler dans son service « que les aliénés vicieux qui sont une cause de troubles pour les

¹¹⁶ Manuel Tagle y Alfonso, *Contribution à l'étude du Non-restraint*, Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier éditeurs, Paris, 1885, p. 48.

¹¹⁷ Paul Sérieux, *Notice avec plans et dessins sur les pavillons de traitement et de surveillance continue*, Maison spéciale de santé de Ville-Évrard, département de la Seine, 1913.

services ordinaires »¹¹⁸ ; le conseil général de la Seine lui imposera d'y admettre également les « aliénés criminels »¹¹⁹.

2.3. Soigner médicalement, avec l'isolement

La mise en pratique du *non-restraint* dans les asiles est parallèle à la théorisation de la psychothérapie des hystériques et des neurasthéniques dans les hôpitaux généraux. À partir des figures de proue que furent Jean-Martin Charcot (1825-1893) à la Salpêtrière ou Weir Mitchell (1829-1914) aux États-Unis, des neurologues théorisent « les avantages de la solitude comme mode de traitement » et « le rôle malfaisant du médecin et de l'entourage qui fixent le symptôme » chez l'hystérique et la neurasthénique. Ainsi, comme nous l'indique Jean Keller en 1906, dans sa thèse de médecine citant Mitchell :

« Il faut rompre, dit-il, le cercle magique où se maintient la victime, il faut l'arracher violemment aux sympathies exagérées et nuisibles de son entourage et lui ôter l'envie de jouer une comédie perpétuelle, en supprimant les spectateurs dont la complaisance l'encourage. À persévérer dans son rôle. »¹²⁰

Ce dispositif d'isolement est construit contre « l'isolement des aliénés (...) réalisé de longue date, mais en vue surtout de la protection de la société ». C'est la séparation de la malade avec son entourage, où « une seule personne gouverne, son médecin qui doit être psychothérapeute »¹²¹, qui définit l'isolement thérapeutique.

Cette pratique fut donc systématisée à la Salpêtrière par Jules Déjerine, à la suite de Charcot ; il obtint la création de salles spéciales et de pièces où les hystériques étaient isolées et où, en plus, elles pouvaient rester alitées. Malgré une littérature peu abondante, il apparaît que pendant une vingtaine d'années, les élèves de Déjerine ont perpétué son enseignement et ses méthodes.

D'autre part, le système asilaire, tout en continuant de se reproduire, se fissure. En 1920, s'ouvre le premier lieu de soins psychiatriques non régi par la loi de 1838 : le centre Henri Roussel ; de même qu'en 1937, un nouveau régime d'hospitalisation, le placement libre, lui aussi hors loi 1838. C'est cette même année que les asiles sont renommés hôpitaux

¹¹⁸ Véronique Fau-Vincenti, « Le concept d'« aliénés difficiles » à la source des UMD », *Santé Mentale*, n° 154, janvier 2011, p. 15.

¹¹⁹ Jean-Luc Senninger, « Plaidoyer pour un dispositif global de prise en charge des malades dangereux », *Nervure*, tome XIX, mars 2006.

¹²⁰ Jean Keller, *Isolement et psychothérapie dans la cure des affections nerveuses et digestives*, thèse pour le doctorat de médecine, Paris, Librairie Jules Rousset, 1906, p. 13.

¹²¹ Jean Camus, Philippe Pagniez, *Isolement et psychothérapie. Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie, pratique de la rééducation morale et physique*, Paris, Félix Aclan éditeur, 1904, p. 15 et 25.

psychiatriques. Ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale, suite à *L'hécatombe des fous*¹²² et au constat d'échec définitif du dispositif asilaire¹²³, que l'internement en hôpital psychiatrique, en plus d'être dénoncé, ne sera plus l'unique possibilité de traitement des malades mentaux.

Ainsi, de jeunes psychiatres (entre autres : Georges Daumézon, Lucien Bonnafé, Philippe Kœchlin, Paul Sivadon, Le Guillant, etc.), témoins de « la misère des hôpitaux psychiatriques » sous l'Occupation et sensibles aux théories du sujet prônées par la psychanalyse, proposent la mise en œuvre de la psychothérapie institutionnelle¹²⁴ : cette théorie prône la transformation du lieu asilaire en lieu de soins, où tout acte doit relever d'une dimension soignante. Tous les actes, y compris coercitifs, sont reformulés sous l'angle de la mise en œuvre de soins relationnels et l'hôpital psychiatrique peut être considéré comme un être malade qu'il faut traiter. Selon ces jeunes psychiatres, bon nombre de malades pourraient être traités en dehors de l'hôpital. La prévention primait sur l'hospitalisation systématique. Ainsi naît l'idée de *secteur*, mot prononcé pour la première fois par Lucien Bonnafé (1912-2003), en 1945, aux Journées psychiatriques nationales¹²⁵.

La forme des hôpitaux psychiatrique est donc discutée, l'ensemble des pratiques mise en débat, de même que la pratique de la mise en cellule et la contention des malades :

« La condamnation de la cellule en tant que telle appartient chez nous aux idées reçues. Cependant, pour qui a pu visiter un grand nombre de services d'HP, on doit se rendre à l'évidence : il en est bien peu qui ne comportent un « quartier cellulaire » en activité et ces institutions anachroniques ne sont souvent pas loin d'égaliser en horreur les « cabanons » des hôpitaux non spécialisés, ou l'infirmerie spéciale du dépôt. Cette persistance tenace d'appareils carcéraux en dépit de leur condamnation pose un problème qui me paraît d'une complexité méconnue (...) Si les appareils carcéraux subsistent dans les HP au-delà de ce qu'il serait raisonnable de tolérer, c'est qu'on ne sait pas par quoi les remplacer. »¹²⁶

Dans cet article de *L'information psychiatrique*, publié en 1949, Bonnafé est le premier à interpellier le corps des psychiatres sur la nécessité de penser *l'isolement comme une thérapeutique*, s'appuyant sur les travaux des neurologues du début du siècle. Une thérapeutique impliquant par conséquent une prescription et une posologie, au même titre que tout acte médical. La contention se restreint alors aux situations où « on n'a pas le

¹²² Isabelle Von Bueltzingsloenwen, *L'hécatombe des fous, La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, champ histoire, Flammarion, Paris, 2007.

¹²³ Robert Castel, *L'ordre psychiatrique*, ...op. cit., précisément p. 266 à 293.

¹²⁴ George Daumézon, « Les fondements d'une psychothérapie collective », *L'évolution psychiatrique*, Vol. XIII, n°3, 1948, p. 57-85.

¹²⁵ Lucien Bonnafé, « Secteur et méconnaissances », *Vie Sociale et Traitement*, n°35, 1994, p.15.

¹²⁶ Lucien Bonnafé, « Réflexions sur l'isolement thérapeutique », *L'information psychiatrique*, n° 5, juin 1949, p. 173.

choix ». Cette proposition de Bonnafé introduit une forme de rationalisation médicale de la coercition.

À partir de l'expérience pilote du 13^e arrondissement de Paris, la sectorisation psychiatrique va remplacer l'offre de soins monolithique des hôpitaux psychiatriques : ce principe se fonde, en parallèle de ses impératifs de « luttés contre les maladies mentales », sur le rapprochement des unités de soins et des lieux de vie de ses usagers. Un secteur psychiatrique fut défini comme une zone géo-démographique (un secteur pour 67 000 habitants) permettant de référer chacun des habitants à une équipe chargée, sur ce territoire, d'assurer une mission de prévention et la continuité des soins, dans et hors de l'hôpital, sous la responsabilité d'un médecin chef. La sectorisation psychiatrique fut officialisée par la circulaire du 15 mars 1960.

Cette circulaire est issue d'un double mouvement. Le premier est lié au travail de psychiatres progressistes argumentant que le travail de prévention des hospitalisations est essentiel, et que l'hospitalisation ne doit pas être une fin en soi, mais simplement une étape dans la prise en charge des malades mentaux. Le second mouvement est issu de la volonté du premier gouvernement de De Gaulle de réformer l'État et ses institutions. Dans cette perspective, la mise en place du secteur vient organiser rationnellement la prise en charge des malades mentaux en organisant le quadrillage du territoire. Selon Marcel Jaeger, en saisissant les principales propositions des psychiatres, l'État renforce son contrôle de la déviance avec « une nouvelle technologie », que représente la sectorisation, et rentabilise les équipements, « l'économie étant déterminante en dernière instance »¹²⁷.

Le *secteur* comme pratique d'une psychiatrie libérale permet ainsi, en France, de neutraliser une partie des mouvements critiques émergeant dans les années 1960 et consécutifs aux publications telles que *Histoire de la folie à l'âge classique*, de Michel Foucault, ou *Asiles* d'Erving Goffman. Par conséquent, le mouvement antipsychiatrique n'eut pas la postérité qu'il eut outre-manche¹²⁸. Pourtant, la sectorisation psychiatrique ne déroge pas à ce qu'écrivait Goffman, à la même époque, au sujet des missions de la psychiatrie : « L'une des missions de l'hôpital psychiatrique consiste à protéger la collectivité contre le danger et la nocivité de certains comportements aberrants, fonction de gardiennage qui revêt

¹²⁷ Marcel Jaeger, *Le désordre psychiatrique*, ...op. cit., p. 159.

¹²⁸ David Cooper, *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Seuil, Paris, 1970.

une importance majeure si l'on en juge par les dispositions légales ou les pressions de l'opinion publique auxquelles l'hôpital psychiatrique n'est pas insensible. »¹²⁹

L'émergence de la sectorisation psychiatrique coïncide avec une découverte capitale, en 1952, permettant une accélération de sa mise en œuvre : les neuroleptiques. En effet, ces derniers permettent ce que beaucoup ont appelé « une révolution », qui a radicalement transformé l'ambiance des hôpitaux psychiatriques. Nous renvoyons à l'ouvrage de Jean Thuiller, *Les dix ans qui ont changé la folie, la dépression et l'angoisse*. Ayant été interne dans le service de Jean Delay au moment des premières utilisations de neuroleptiques à Sainte-Anne, il y fait une description précise de cette transformation.

Avec l'avènement des neuroleptiques au sein de l'hôpital, les questions de « gestion des agités » par l'utilisation des moyens de contention et d'isolement s'effacent des discours. Ainsi, contrairement aux manuels d'instruction des infirmiers des années cinquante¹³⁰, où était thématifiée la technique de mise en contention, le *Manuel de l'infirmier en psychiatrie*, écrit par Paul Bernard, médecin chef à Sainte-Anne en 1972, ouvrage réédité trois fois jusqu'en 1977, ne fait nulle mention de l'isolement ou de la contention. L'utilisation des moyens de coercition s'effectue alors pour la mise en œuvre des thérapeutiques médicamenteuses. Ainsi, seul un chapitre sur les comportements agressifs indique seulement dans son annexe :

« L'agitation comme tout syndrome psychiatrique est une conduite de malade qui commande comme premier geste une conduite thérapeutique, par l'attitude du soignant lui-même » aussi « Un abord calme, ferme et rassurant bien souvent peut faire tomber l'agitation. Une attitude contraire pourrait l'entretenir. [...] La thérapeutique médicamenteuse consiste d'abord dans les neuroleptiques : une ou deux ampoules de 25 mg de Largactil* en injection intraveineuse ou une injection de Nozinan* de 25 mg en intramusculaire. »¹³¹

La période postérieure à la découverte des neuroleptiques et surtout des traitements retard représente une « époque glorieuse » pour la psychiatrie de secteur. On assiste à une diminution importante des durées d'hospitalisation ; l'enfermement est plus une fin. À partir de ce moment charnière que constituent la mise en œuvre de la sectorisation et la découverte des neuroleptiques, la coercition physique s'efface des discours et l'isolement-séclusion

¹²⁹ Erving Goffman, *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Minuit, Paris, 1968, p. 406.

¹³⁰ Jean-Louis Gérard, *Infirmier en psychiatrie : nouvelle génération*, Lamarre, Paris, 1993.

¹³¹ Paul Bernard, *Manuel de l'infirmier en psychiatrie*, Masson, Paris, 1977, p. 49. Puis, il propose d'autres « cocktails » et conclut le chapitre par : « Il est inutile de rappeler qu'une grande prudence, notamment dans les doses, doit être observée à l'égard des personnes âgées. La contention mécanique (camisole) est devenue tout à fait exceptionnelle et souvent elle est à proscrire parce que dangereuse (notamment chez les alcooliques). »

devient « isolement thérapeutique », énoncé allant de soi et presque « performatif » pour les acteurs de la psychiatrie.¹³²

2.4. Restreindre la fermeture, tout en la conservant

2.4.1. Normaliser la psychiatrie, propager la santé mentale

De l'unique dispositif asilaire, élaboré au cours du XIX^e siècle, nous avons aujourd'hui de multiples structures de soins dédiées à la psychiatrie et à la santé mentale. Initiée après la Seconde Guerre mondiale, la sectorisation psychiatrique¹³³ vient remplacer l'offre de soins monolithique des hôpitaux psychiatriques. Cette dernière, cœur et levier des politiques de désinstitutionnalisation, a pour fondement, en parallèle de ses impératifs de « luttes contre les maladies mentales », le rapprochement des unités de soins des lieux de vie de ses usagers. Elle entraîne une radicale extériorisation de l'hôpital des pratiques psychiatriques : ainsi en 2003, 86 % des patients (contre 79 % en 1989) étaient suivis en ambulatoire¹³⁴. Cette extériorisation est rendue possible par la normalisation économique de la psychiatrie sectorisée au sein des structures sanitaires françaises, au milieu des années 1980. Parallèlement, on assiste à la normalisation de la formation des psychiatres¹³⁵ au sein de la médecine, et à la fin d'une formation spécifique des infirmiers exerçant en psychiatrie¹³⁶, en 1992.

Cette normalisation-intégration de la psychiatrie française au sein du système de santé va de pair avec une diversification de ces offres. Ainsi, plusieurs rapports commandités par le ministère de la Santé au cours des décennies 1980-1990 et rédigés par des psychiatres, invitent à déployer l'offre de soins psychiatriques et à la prolonger au sein des hôpitaux généraux, tout en continuant d'appuyer le déploiement de l'offre sectorisée. La psychiatrie apparaît dans les Services d'accueil des urgences (SAU) ou se développe à l'hôpital général, au sein de services de « psychiatrie de liaison ». Ailleurs, des secteurs entiers sont introduits dans des hôpitaux généraux.

¹³² John L. Austin, *Quand dire, c'est faire*, Seuil, Paris, 1970.

¹³³ Un secteur psychiatrique est une zone géo-démographique permettant de référer chacun des habitants à une équipe chargée, sur ce territoire, d'assurer une mission de prévention et la continuité des soins, dans et hors de l'hôpital, sous la responsabilité d'un médecin chef. Il est mis en place par la circulaire du 15 mars 1960 et confirmé par la loi du 25 juillet 1985.

¹³⁴ Magali Coldefy, op cit., p. 26.

¹³⁵ Pinell Patrice, « La normalisation de la psychiatrie française », *Regards sociologiques*, n° 29, 2005, p. 3-21.

¹³⁶ Jean-Louis Gérard, *Infirmier en psychiatrie : nouvelle génération*, Lamarre, Paris, 1993.

Toutes ces transformations ont induit une forte augmentation du recours aux dispositifs psychiatriques et de santé mentale ; ainsi, en 2003, le nombre de patients pris en charge sur les secteurs de psychiatrie atteint 1 200 000 personnes, soit une augmentation de 74 % par rapport à 1989. De même, on mesure une accélération des prises en charge : la durée moyenne d'une hospitalisation à temps plein a constamment diminué, passant de 86 jours en 1989, par patient, à 41 jours en 2003, avec plus de 300 000 hospitalisations à temps plein¹³⁷. Cette donnée doit être mise en corrélation avec la forte diminution du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein (de 76 000 en 1989 à 37 321 en 2003).

En revanche, ces rapports dressent les limites de la sectorisation pour des prises en charge spécifiques, relatives aux troubles du comportement alimentaire ou aux patients alcooliques ou toxicomanes, et plaident pour une mutualisation des moyens : en effet, le développement de réponses adaptées à des populations ciblées peut prendre la forme d'intersecteur, de département ou de fédération. Au cours de cette période, on constate également l'émergence de nouvelles demandes nécessitant des prises en charge adressées à la psychiatrie sous différentes figures, telles que le traumatisme psychique ou la précarité. Aussi, il émerge une nouvelle figure de patient : le *patient chronique*¹³⁸ ou, pour les auteurs anglais, le *revolving-door patient* ; c'est-à-dire la répétition et la courte durée des hospitalisations pour un même patient¹³⁹.

2.4.2. Rationaliser les pratiques d'enfermement

Au moment de la rédaction de ce mémoire, c'est la loi 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 », qui organise le champ psychiatrique¹⁴⁰. Cette loi est venue parachever un long processus « intégration de la psychiatrie dans le système général de santé »¹⁴¹, en créant le statut d'Hospitalisation libre (HL). Elle entérine de fait la pratique du placement libre, coutumière, devenue majoritaire avec la mise en œuvre de la sectorisation.¹⁴²

¹³⁷ Magali Coldefy, op. cit., p. 32.

¹³⁸ La lutte contre la chronicité fut aussi à l'origine de la sectorisation, voir Robert Castel, *La gestion des risques, de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*, Minuit, Paris, 1981. Ou, Georges Lantéri-Laura, « La chronicité dans la psychiatrie française moderne », *Annales E.S.C.*, n°3, 1972, p. 548-568.

¹³⁹ François Sicot, « La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? », *Déviances et sociétés*, Vol. 30, n°2, 2006, p. 203.

¹⁴⁰ Notons qu'à partir du mois de mars 2011, un projet de loi relatif « aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » est en discussion au Parlement. Ce texte est ratifié depuis le 5 juillet 2011.

¹⁴¹ Lettre de mission confiée au docteur Massé par M. Durieux, ministre délégué à la Santé en 1992.

¹⁴² Près de 87 % des hospitalisations en 2003.

Désormais, les malades mentaux en Hospitalisation Libre (HL) ont les mêmes droits que les autres usagers du service public hospitalier.

Toutefois, la loi de 1990 conserve deux modalités d'hospitalisation sous contrainte : l'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) d'une part, l'Hospitalisation d'Office (HO) d'autre part. Ces modalités concernent les personnes dont les « troubles rendent impossible [leur] consentement » pour les HDT ; pour les HO, les personnes concernées sont celles « dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes ». Subsiste donc toujours le maintien de la tension entre surveiller et soigner. C'est dans une circulaire que cette tension est révélée explicitement.

Trois ans après l'adoption de la loi de 1990, un incendie mortel dans une unité fermée fait adopter par le ministère de la Santé une circulaire¹⁴³ (dite « circulaire Weil ») venant expliciter l'esprit de la loi de 1990. Cette circulaire présente l'intérêt de mettre en tension les différentes modalités d'hospitalisation et les réponses institutionnelles. Ainsi, elle stipule qu'une des conséquences de la loi de 1990 est l'interdiction d'hospitaliser une personne en HL dans une unité fermée. Toutefois, cette règle reste nuancée par des mesures dérogatoires :

« (...) en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte. »

Cette circulaire rappelle également que l'enferment ne doit plus être la norme, y compris pour les personnes hospitalisées sous contrainte :

« Si le placement d'un patient au sein d'une unité fermée peut se révéler indispensable dans certaines circonstances, ces circonstances doivent être exactement appréciées et la durée du placement limitée à ce qui est médicalement justifié. Ainsi l'hébergement d'un malade dans une unité fermée doit-il répondre à une indication posée par un médecin, et non pas relever d'une simple commodité du service ; il doit pouvoir être remis en cause à tout moment en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. »

Cette circulaire va progressivement avoir des effets concrets sur les espaces de soins hospitaliers. On assiste alors à l'essor de l'ouverture des pavillons et à une transformation de l'organisation du travail. L'architecture des unités de soins est repensée : par exemple, sont mis en place des sas d'entrée pouvant être surveillés par des agents, ou des systèmes d'ouverture contrôlés à distance. Ces solutions facilitent la liberté d'aller et venir des patients en HL (tout en la contrôlant) et limitent celle des patients sous contrainte.

¹⁴³ Circulaire n° 48 D.G.S./SP3/ du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.

Avec la circulaire Weil, qui pose les limites de l'enfermement pour le patient sous contrainte, et ce dans un cadre médical justifié, le rapport du nombre de patients devant être enfermés avec ceux qui doivent pouvoir circuler s'inverse. Ainsi, l'enfermement des patients en HL est interdit, quand celui des patients sous contrainte doit être strictement contrôlé par les médecins.

Cette circulaire, qui avait été produite en conséquence d'un événement ponctuel et dramatique, contribue à réinterroger l'ensemble des pratiques liées à l'enfermement, à commencer par les pratiques d'isolement et de contention.

Ainsi se constitue une actualité de « l'isolement thérapeutique » et de la contention en psychiatrie. En 1996, à l'hôpital Esquirol, Val-de-Marne, se tint un colloque intitulé naturellement *L'isolement thérapeutique en psychiatrie*. Des revues professionnelles produisent des numéros spécialement consacrés au sujet ; d'autres publications, telles que thèses de médecine ou ouvrages de rationalisation, sont faites : par exemple, Jérôme Palazzolo consacre un chapitre de son ouvrage aux « objectifs thérapeutiques de l'isolement et de la contention »¹⁴⁴. Il réalise ainsi une typologie des objectifs positifs de l'isolement et de la contention. A une nuance près, l'isolement et la contention ne doivent pas être *punitifs*¹⁴⁵. A cela, il faut mettre en perspective les nombreux articles ou ouvrages de dénonciation de ces pratiques, produits par d'autres professionnels.¹⁴⁶

C'est dans cette dynamique que l'isolement en psychiatrie comme « pratique dont la légitimité nécessite des interrogations ¹⁴⁷ » va être saisi par *la démarche qualité*. Mais, comme l'indique *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie* : « L'évaluation de l'isolement thérapeutique a pour objectif prioritaire l'amélioration de la qualité des soins dispensés ». Cette démarche n'a pas à interroger la notion « de thérapeutique » dans l'isolement. Ce qui fait dire à Dominique Friard : « Étonnant, non ? Quelle peut être la valeur de recommandations qui renoncent à s'interroger sur l'efficacité et l'efficience d'une pratique dont la légitimité suscite des interrogations ? Imagine-t-on le tollé soulevé par un laboratoire qui proposerait un médicament dont ni l'efficience, ni l'efficacité n'auraient été testées ? C'est évidemment impensable. »¹⁴⁸ Ce questionnement peut être mis en lumière par la réflexion sur les « nouveaux régimes d'évaluation », menée en 2009 lors

¹⁴⁴ Palazzolo Jérôme, op. cit., p. 43.

¹⁴⁵ Je souligne.

¹⁴⁶ Voir, Philippe Clément, *La forteresse psychiatrique*, Flammarion-Aubier, Paris, 2001. ou Dominique Friard, *L'isolement séquestration ou soin ?*, Masson, Paris, 2002.

¹⁴⁷ Dominique Friard, *Isoler l'isolement ou le ...* op cit., p. 345.

¹⁴⁸ Idem.

d'un séminaire sur les politiques des sciences à l'EHESS. Ainsi, pour Richard Rechtman, la démarche qualité dans le domaine de la santé est un mode de « gouvernance plus pacifiée », pouvant neutraliser certains rapports de classes ou de pouvoirs ; d'autre part, elle est représentée comme une « politique de l'évaluation plus que d'une évaluation de son objet »¹⁴⁹. Dans ce sens, l'objectif n'est pas de transformer les discours ou les pratiques mais de les neutraliser. La démarche qualité, appliquée à l'isolement en psychiatrie, constitue un mode de contrôle de ce qui devrait être fait et qui pourrait être mobilisé dans le cadre d'un contentieux.

In fine, il s'agit, en plus de la circulaire Weil, de rationaliser les moyens mis à disposition du champ psychiatrique. La démarche qualité, associée à la transformation des pratiques impliquant une réduction importante du nombre de lits, la diminution de la durée de séjours, et la limitation de l'utilisation d'unités de soins fermées, nous permet de poser l'hypothèse suivante : la diminution des lieux d'enfermement a engendré la concentration des malades nécessitant des soins dans des structures fermées. C'est donc le phénomène de concentration des patients hospitalisés sous contrainte, dans un même lieu fermé la plupart du temps, qui va rendre visible les pratiques d'isolement et de contention sur la scène sociale.

2.5. Relocaliser et redéfinir ceux pour qui on ferme la porte

Dans ce mouvement de réduction de l'enfermement psychiatrique, une « niche écologique »¹⁵⁰ apparaît : « l'alcoolique dangereux pour autrui ». La loi du 15 avril 1954 prévoyait le traitement des « alcooliques dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui » dans des centres ou des sections de rééducation spécialisés. Cette mesure nous intéresse dans la mesure où ce qui rend la personne dangereuse est clairement identifié : l'alcool. Supprimer l'alcoolisme revient à supprimer le danger. Cette mission, confiée à la psychiatrie, fut difficile à mettre en œuvre : tout d'abord, se posait la problématique des « carences en équipement sanitaire » ; ensuite, cette mesure crée une confusion entre « une conduite répressive et conduite thérapeutique qui placent le médecin dans un rôle ambigu. »¹⁵¹. En revanche, cette mesure rappelle que, aux prémices du mouvement de libéralisation de la psychiatrie, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, la tension entre soin et sécurité, de même que la participation de la psychiatrie à l'ordre public, ne s'est pas dissipée.

¹⁴⁹ Richard Rechtman, « Verbatim 2/6 », *Séminaire les Politiques des sciences*, EHESS, 2 décembre 2009. [En ligne].

¹⁵⁰ Ian Hacking, *Les fous voyageurs*, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 2002.

¹⁵¹ Julien Daniel Guelfi, *Psychiatrie*, PUF, Paris, 1987, p. 847.

Une autre population spécifique met en lumière cette tension : « Les malades difficiles ». Cette catégorie n'est pas uniforme et a aussi évolué depuis son émergence au milieu du XIX^e siècle.

2.5.1. Construction et déplacement de la catégorie de malade difficile

Avec les « malades difficiles », cette tension s'est redéployée au sein des hôpitaux psychiatriques et a été reformulée, dans un premier temps, par une dialectique entre les patients pouvant avoir des soins en « milieu ouvert » et les malades difficiles.

Ainsi, dix ans avant le développement de la sectorisation psychiatrique, la circulaire n° 109 du 5 juin 1950 du ministère de la Santé publique prévoit, d'une part, des subventions pour la construction d'équipement pour le traitement des « malades mentaux difficiles », et propose d'autre part une classification de ces malades en trois catégories :

« 1- Les malades agités qui, en raison de leurs réactions destructrices, constituent un élément perturbateur constant dans les services où ils sont placés.

2- Les déséquilibrés antisociaux, médico-légaux ou non, qui présentent des troubles du comportement les rendant très difficiles à supporter par les autres malades sans exiger essentiellement des mesures de haute surveillance.

3- Les grands déséquilibrés antisociaux généralement médico-légaux qui ont des troubles du comportement plus graves avec possibilité de réactions criminelles préméditées et complétées. »

Cette circulaire reprend à son compte les catégories définies au début du siècle par Henri Colin, à l'origine du quartier de sûreté de l'hôpital de Villejuif qui, par la suite, sera nommé « 3^e section » (les deux premières étant celle des hommes et celle des femmes) : elle transforme simplement le mot d'aliénés en malades mentaux¹⁵². Cette circulaire accompagne l'ouverture et clarifie l'objet de structure dédiée « aux malades difficiles ».¹⁵³

Par la suite, une autre circulaire émanant de la Direction générale de la Santé et relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique du 9 mai 1974, va proposer une différenciation quant aux lieux de prises en charges des malades difficiles.

À l'origine, cette circulaire a pour objectif « d'apporter les précisions » sur la mise en œuvre de la reconversion des grands services de psychiatrie des hôpitaux psychiatriques. Or,

¹⁵² Henri Colin, « Le quartier de sûreté de Villejuif (aliénés criminels, vicieux, difficiles, habitués des asiles) », *Annales Médico-Psychologiques*, n°2, 1912.

¹⁵³ La première créée est celle du centre hospitalier de Villejuif en 1910, suivie par trois autres : Montfavet (Vaucluse) en 1947, Sarreguemines (Moselle) en 1956, Cadillac (Gironde) en 1963.

elle reprend à son compte les trois catégories de malades difficiles citées par la circulaire de 1950.

Puis, reprenant les principes de la circulaire de mars 1960, qui restent relativement sans effet pendant près de 10 ans¹⁵⁴, elle consacre un chapitre aux équipements dont doivent bénéficier les secteurs concernant les équipements hospitaliers. Ainsi, chaque secteur doit impérativement disposer d'une unité d'hospitalisation. Chacune d'elle doit être organisée sur une base de 25 lits et viser la suppression des dortoirs dans une perspective d'« humanisation des conditions d'hospitalisation ».

En revanche, « ces conditions réalisées, il convient alors d'examiner l'opportunité d'installer de petites unités de soins intensifs, pouvant éventuellement être fermées ». Cette proposition s'adresse aux « malades posant des problèmes particuliers dont l'état requiert momentanément une restructuration en espace clos » ; cela dit elle ne justifie pas pour autant leur renvoi vers des services spécialisés pour malades difficiles. Ainsi, ces « unités de soins intensifs » doivent être dédiées aux malades correspondant aux deux premières catégories définies par la circulaire de 1950. Pour la troisième catégorie, il s'agit de mettre en place des « services complets » pour malades difficiles.

Ces services furent clairement codifiés par un décret du 14 mars 1986, lui aussi relatif à la sectorisation psychiatrique, et qui définit le rôle et les attributions des Unités pour malades difficiles (UMD)¹⁵⁵. Les UMD ne font pas partie de la sectorisation, mais ont une « vocation interrégionale ». Par ailleurs, le décret de mars 1986 redéfinit la population pouvant y être admise comme suit : « les patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mis en œuvre que dans des unités spécifiques ». Cette définition du malade difficile est beaucoup large que la troisième catégorie de la typologie de 1950 et s'appuie sur les concepts de « malades dangereux » et de « dangerosité psychiatrique ».

La « dangerosité psychiatrique » renvoie à l'« état dangereux » d'une personne, c'est-à-dire une personne menaçant la sécurité d'une autre personne ou d'une chose, et qui a un pouvoir de nuire. Le concept de dangerosité est problématique, car il se trouve à la croisée de plusieurs champs : juridique, criminologique, social et psychiatrique. Aussi, il n'y a pas de

¹⁵⁴ Selon Marcel Jaeger dans *Le désordre psychiatrique...* op. cit.

¹⁵⁵ Aux quatre premiers « services de sûreté devenus » UMD en 1986, se rajoute l'UMD de Plougnevel (Bretagne), ouverte en 2008. Notons avec Véronique Fau-Vincenti, que l'acronyme UMD « prête à une confusion récurrente (dans la presse ou à la radio) qui consiste à substituer le D de "difficile" à un D qui désignerait "dangereux" ».

définition unique et univoque, comme le propose un dictionnaire, récent, des sciences criminelles : « la dangerosité d'un individu ne suppose pas uniquement la présence de certaines dispositions qu'il aurait en lui mais également la rencontre du sujet avec des situations particulières ».¹⁵⁶

2.5.2. Rétablir des dispositifs « modernes » pour enfermer

Ainsi, si la figure du « malade difficile » est conservée, elle est limitée au seul patient « dangereux pour autrui » et admis en UMD. En effet, les autres malades ne pouvant être pris en charge de façon satisfaisante dans les services ouverts de psychiatrie générale, se retrouveront dans des unités fermées. Car pour être admis en UMD, le patient doit être en Hospitalisation d'Office (HO). Le temps d'admission peut prendre plusieurs mois et nécessite l'accord du médecin chef de l'UMD, de la préfecture du département dont dépend l'établissement d'origine du patient, mais aussi de la préfecture du département où se situe l'UMD. La lourdeur administrative, le manque de places (un peu plus de 400 à l'heure actuelle) et le temps d'attente font que les nombreuses demandes émanant des services ne peuvent être honorées.

Aussi, dès 1976, la Commission des maladies mentales, près du ministre de la Santé publique, préconise une diversification des unités de soins : le secteur doit répondre « à toute demande psychiatrique de la population qui y réside »¹⁵⁷. Pourtant, il a été mis en évidence un certain nombre de difficultés pour gérer ceux que la commission qualifie encore de malades « difficiles », c'est-à-dire des malades pour qui, « au moins à certains moments, les troubles se manifestent en mettant en cause la sécurité de leur environnement, soit qu'ils soient déjà passés à l'acte, soit qu'ils risquent de le faire, appelant de notre part des attitudes de protection ou "d'enfermement". »¹⁵⁸

Les problèmes posés par ces « malades difficiles » ont pris, selon la commission des maladies mentales, une « acuité particulière » depuis la mise en place de la sectorisation. Cette nouvelle donne serait due, d'une part à la mixité des personnels dans les pavillons, d'autre part à une organisation plus libérale, qui relâche « la barrière séparant le dedans et le dehors », mais aussi à « la jeunesse » du dispositif de secteur. Cette commission propose,

¹⁵⁶ Gérard Lopez et Stamatios Tzitzis (sous la Dir.), *Dictionnaire des sciences criminelles*, Dalloz, Paris, 2007, p. 221.

¹⁵⁷ Philippe Cujo, Jean Desseigne, Michel Horassius, Philippe Kœchlin, « Le secteur et les malades difficiles », *L'information psychiatrique*, Vol. 54, n° 2, février 1978, p.127.

¹⁵⁸ Idem.

dans un premier temps, de développer la formation des personnels et de conserver au moins un tiers d'hommes dans le personnel infirmier. Elle prévoit également la création d'une zone « de soins » dans chaque service « où pourraient entre autres, être gardés et soignés des malades posant des problèmes aigus de dangerosité ».

Des écrits professionnels font écho à ce phénomène : ainsi, un article fut publié en 1978 dans les *Annales Médico-Psychologiques*, revue faisant autorité en matière de psychiatrie, la plus ancienne de ce champ. Il raconte l'ouverture d'une unité fermée de 14 lits au Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, fin décembre 1976. À travers son titre, *Intérêt d'une unité fermée dans un service de psychiatrie*, les auteurs se placent, en premier lieu, du côté de la légalité, en rappelant les circulaires de 1950 et de 1974. Ensuite, ils font la promotion des pratiques psychiatriques en structure fermée tout en se protégeant de leurs détracteurs :

« Il peut sembler surprenant que 30 ans après le début de la libération des services de psychiatrie, il ait fallu créer une unité fermée (...) il est évident que sans connaître de telles unités, sans les avoir visitées, sans les avoir vu vivre, il y aura des gens pour critiquer au nom de toutes sortes de principes. Nous n'avons jamais renoncé aux grands principes des droits de l'Homme mais qu'est-ce que la liberté du psychotique ou du toxicomane ? Que signifie la liberté du sujet en état de violence ou de confusion mentale ? Que devient la liberté du sujet faible et sans défense personnelle, s'il n'est pas protégé par la loi ? De telles unités évitent que ne s'installe la loi de la jungle. »¹⁵⁹

Pour ces auteurs, le fait de « donner une image libérale » de la psychiatrie doit se situer plus au niveau de l'efficacité du système, par l'association d'un service hospitalo-universitaire, donc de la recherche de pointe, avec les pratiques du secteur. Ainsi, « une unité de soins fermée, de faible capacité, apporte un élément positif dans une politique d'ensemble de la santé mentale. Elle permet de soigner confortablement « des sujets mal supportés dans les unités ouvertes »¹⁶⁰. La double casquette de ce service, hospitalo-universitaire et de secteur, entraîne un recrutement d'une population hétérogène dans le registre de la « demande de soins » et du « consentement ». Dans cet article, la distinction se fait au sein de la répartition des patients entre les unités ouvertes et fermées. Ainsi, comme le faisait remarquer Robert Castel dans *La gestion des risques* : « Il existe en psychiatrie une sorte de division du travail entre certaines interventions qui relèvent d'une demande plus ou moins libre de la part des bénéficiaires, et des tâches correspondant à des fonctions sociales pour lesquelles

¹⁵⁹ Régis Pouget, D. Castelnau et J. Puget, « Intérêt d'une unité fermée dans un service de psychiatrie », *Annales Médico-Psychologiques*, n°2, juillet 1978, p. 941-950.

¹⁶⁰ Nous soulignons.

l'intervention du psychiatre est obligatoirement requise »¹⁶¹. Ces malades pour lesquels l'intervention du psychiatre est requise, ces malades ne consentant pas aux soins posent les limites à l'ouverture complète des structures psychiatriques. Dans ce service, c'est l'ouverture d'une unité fermée qui devient la solution à la prise en charge des « malades posant des problèmes aigus de dangerosité », ou des « patients présentant des troubles majeurs du comportement »¹⁶². Cette solution fut quasi généralisée puisque, en 2003, 87 % des services de psychiatrie de secteur disent avoir conservé des unités fermées.¹⁶³

Néanmoins, la politique de diminution des lieux d'enfermement, accompagnée de la rationalisation économique des moyens dévolus à la psychiatrie, conduit à l'émergence d'un nouveau type de dispositif de prise en charge des patients devant être fermés : les unités intersectorielles de soins intensifs.

Ainsi, en 1991, une première unité de ce type a été créée au centre hospitalier spécialisé de Cadillac. Cet hôpital bénéficie déjà de la présence d'une UMD, lui conférant une expertise en la matière. L'unité fut ouverte pour accélérer la prise en charge, en Gironde, des malades « candidats » à l'admission en UMD : en effet, pour être admis dans l'unité intersectorielle, seul un accord médical entre deux médecins suffit pour le transfert d'un patient.¹⁶⁴

En 1993, une Unité pour malades agités et perturbateurs (UMAP) s'ouvre à Nice. Cette dénomination renvoie au patient posant de graves problèmes de comportement dans les unités classiques.¹⁶⁵

Pourtant, c'est le terme d'Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie (USIP) qui a été préféré à UMAP, dans la mesure où il renvoie aux modèles des unités de soins intensifs des soins généraux, souvent symbole de l'excellence. De plus, les unités de soins intensifs du champ de la médecine somatique, tels que définies par le code de la Santé publique, leur garantissent un minimum de dispositifs techniques et de personnels pour mener à bien leur mission.

¹⁶¹ Robert Castel, *La gestion des risques*, ...op. cit., p. 53.

¹⁶² Expression caractéristique pour définir les personnes que l'on peut enfermer. On la retrouve dans *L'audit clinique*, dans des manuels de psychiatrie, dans les discussions concernant l'élaboration de la loi du 5 juillet 2011, etc. et dans les articles de promotion des Unités intersectorielles de soins intensifs en psychiatrie.

¹⁶³ Magalie Coldefy, Julien Lepage, *Les secteurs de psychiatrie générale en 2003*, DREES, série et études, n°70, novembre 2007, p. 22.

¹⁶⁴ Patrick Le Bihan, « L'unité psychiatrique intersectorielle départementale : l'expérience d'une unité de soins contenant en Gironde », *L'information psychiatrique*, n° 3, mars 2005.

¹⁶⁵ R. Capéran, « À propos d'une unité de malades agités et perturbateurs, synergie institutionnelle », *L'information psychiatrique*, n° 6, juin 1997.

En choisissant le sigle USIP, ces équipes cherchent une reconnaissance et une légitimité sociale dans l'optique de leur développement. L'objectif est d'autre part de garantir un encadrement médical et paramédical plus important que dans les unités de psychiatrie générale. Dans cette perspective, une association nationale est créée en 2005 : l'Association Nationale des Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (ANDUSIP), qui regroupe l'ensemble des services se reconnaissant sous l'emblème USIP. L'ANDUSIP ambitionne de s'insérer dans le dispositif de santé mentale en tant qu'échelon intermédiaire entre les services de psychiatrie de secteur et les UMD. Cet objectif avait été proposé dans les rapports Barrès-Fuchs sur *les Unités pour malades difficiles* (1990), Massé sur *La psychiatrie ouverte* (1992) et le Plan de santé mentale consécutif « au drame de Pau » (2005)¹⁶⁶. L'ANDUSIP a construit un règlement intérieur type en 2007 et, depuis 2008, tient annuellement une journée de travail.

L'intérêt proclamé d'une USIP par rapport à une UMD est la vitesse de la réponse. Elle permet d'admettre un patient rapidement, soit en moins de trois semaines. Aussi, dans le règlement intérieur, la durée d'hospitalisation en USIP ne doit excéder deux mois. À ce terme, le patient doit retrouver son service d'origine. Les patients admis peuvent, pour certains, être admissibles en UMD : dans ce cas, le temps en USIP sert de transition pour les services d'origine. Les missions principales de ce type d'unité sont de « permettre des soins dans des conditions de sécurité satisfaisantes (...), de bonnes conditions de surveillance, l'aménagement, dans un espace clos, devant éviter les facteurs de risques »¹⁶⁷. Elles sont destinées aux pathologies suivantes : « schizophrénies paranoïdes ou indifférenciées, des troubles bipolaires, notamment maniaques ou mixtes, des troubles de la personnalité, limites surtout ; les troubles du développement ou liés à un dysfonctionnement cérébral sont des affections parfois rencontrées. L'abus ou la dépendance à des substances et les troubles de la personnalité sont fréquemment associés. »¹⁶⁸. Autrement dit, elles concernent quasiment toutes « les pathologies » auxquelles la psychiatrie peut avoir affaire, avec cependant la nuance suivante, qui spécifie la population devant être reçue en USIP : « l'intensité des symptômes, le déni de la pathologie avec refus de soins, l'impulsivité et l'intolérance à la frustration, les fugues, les conduites agressives envers eux-mêmes ou autrui et la recherche de

¹⁶⁶ M. Barres et D. Fuchs, *Les Unités pour malades difficiles*, rapport pour le ministère de la Solidarité et de la Santé, Direction des hôpitaux, 1990 ; Gérard Massé, *La psychiatrie ouverte - Une dynamique nouvelle en santé mentale*, ENSP, Rennes, 1992 ;

¹⁶⁷ Patrick Le Bihan, Jean-Benoît Naudet et al, « Place des unités de soins intensifs psychiatriques dans le dispositif de soins », *Annales Médico-Psychologiques*, n° 167, janvier 2009, p. 143-147.

¹⁶⁸ Idem.

limites caractérisent souvent ces patients. Il existe souvent une résistance au traitement pharmacologique et ou une mauvaise observance ».

Enfin, notons qu'un nouveau dispositif psychiatrique fermé, dédié aux personnes incarcérées, responsables pénalement et présentant des « troubles majeurs du comportement », a été mis en œuvre récemment : les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA).¹⁶⁹

2.6. Passer derrière la porte

Comment une personne entre-elle en chambre d'isolement ? Qu'est-ce qui fait qu'une personne va être placée en contention ? Nous présenterons ici les justifications données dans l'espace social par les professionnels qui motivent le placement en chambre d'isolement et en contention. Ainsi, lorsqu'on parcourt la littérature professionnelle et *L'audit clinique*, une première constante émane quant au statut de la personne en isolement et en contention : cette personne est hospitalisée sans consentement, ou est en passe de le devenir, ceci en accord avec la législation et la circulaire Weil. La première question que nous nous posons devient alors : comment devient-on un patient hospitalisé sans consentement ?

2.6.1. Devenir patient sans consentement

Notre expérience de terrain s'étant déroulée en région parisienne, nous nous consacrerons uniquement au processus qui conduit à l'entrer en psychiatrie sans consentement à ce niveau local. En effet, Paris présente la particularité d'être à la fois une commune et un département. Cette spécificité parisienne, en plus de l'importance de sa population, conduit le département à bénéficier d'une préfecture de police, dispositif unique sur le territoire français. Cette préfecture est responsable et à l'origine de la majorité des mesures d'Hospitalisation d'Office.

A Paris, il existe 29 secteurs de psychiatrie adultes, répartis sur cinq établissements hospitaliers. Par ailleurs, il existe un certain nombre de structures privées ou associatives, ainsi qu'une offre conséquente en psychiatrie libérale, dont un service d'urgence psychiatrique à domicile. Le recours à une hospitalisation en psychiatrie relève d'une décision médicale. Les hospitalisations sont soit programmées à l'issue d'un rendez-vous avec un

¹⁶⁹ Créées par la loi Perben de 2002, les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) sont intégrées aux hôpitaux mais rattachées à la psychiatrie pénitentiaire ; la sécurité est sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire. La première a été ouverte au CH Le Vinatier, en mai 2010.

psychiatre, soit effectuée « aux urgences », sans rendez-vous. Ainsi, un individu, seul ou accompagné, peut venir consulter un psychiatre ou une équipe psychiatrique, pour évaluation. Si le médecin consulté juge une hospitalisation nécessaire, deux cas de figure se présentent : soit la personne consent complètement au soin et est dirigée en HL, soit elle ne consent pas au soin, auquel cas une mesure de contrainte (HDT ou HO) sera mise en œuvre. Par ailleurs, si un patient consent au soin, mais que le psychiatre pense que ce consentement peut évoluer trop rapidement, il arrive qu'une mesure d'hospitalisation sous contrainte soit quand même prise.

A Paris, les « urgences psychiatriques » se structurent autour de différentes institutions, qui font toutes parties du service public. D'un point de vue historique, la première est l'Infirmerie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP), qui existe depuis 1872. Anciennement Infirmerie du dépôt, sa mission est de faire une évaluation psychiatrique sur 24 à 48 heures des individus interpellés par la police et placés en garde à vue, et dont le commissaire pense qu'ils relèvent de la psychiatrie. Arrivée à l'IPPP, la personne est vue par un psychiatre et prise en charge par une équipe mixte de soignants et de surveillants de police. En fonction de l'évaluation psychiatrique, cette personne sera soumise, soit à une mesure d'hospitalisation d'office, soit d'hospitalisation à la demande d'un tiers, soit d'hospitalisation libre. Dans ce cas, le commissaire peut demander que la garde à vue soit poursuivie, ou bien que la personne retourne en garde à vue si l'hospitalisation n'est pas indiquée. Le certificat de demande d'HO est rédigé par le psychiatre de l'IPPP, suivi d'un arrêté d'HO pris par le préfet de police de Paris. L'IPPP est aussi responsable des personnes interpellées aux deux aéroports internationaux d'Île de France. Elle est la seule structure, pour la ville de Paris, où sont rédigés en première intention les certificats de demande d'Hospitalisation d'Office.

La seconde institution, le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA) est un lieu ouvert 24 h / 24. Il se situe dans l'enceinte du Centre hospitalier Sainte-Anne (14^e arrondissement). Créé en 1953 par Georges Daumézon, il vient en lieu et place du pavillon d'admission de l'asile clinique de Sainte-Anne, datant de l'ouverture de l'institution en 1863 et dont la mission était de répartir les patients aliénés au sein des différents asiles de la Seine. Le CPOA est un lieu où n'importe qui peut venir consulter pour un problème que la personne pense être psychiatrique. Le CPOA est par ailleurs responsable de la répartition des personnes dites hors secteurs pour le département de Paris et des nouveaux départements issus de celui de la Seine (Val de marne, Seine-Saint Denis, Haut de Seine).

Les roulements des hors secteur : répartir les patients

En France, c'est l'adresse de la personne liée inévitablement à un secteur qui détermine prioritairement le lieu où elle va être hospitalisée, avec ou sans consentement¹⁷⁰. Ainsi, cette organisation se confronte à des situations où une personne devant être hospitalisée est, soit très éloignée de son hôpital de secteur (dans le cadre d'un voyage par exemple), soit sans adresse permettant la sectorisation ; dans ce sens, certains lieux de vie tels que les foyers Sonacotra ou de demandeurs d'asile, les hôtels au mois, n'ont pas été attribués à un secteur. Ces personnes sont dites Hors Secteur (HS).

Aussi, la circulaire de mai 1974 précise que ces sujets « sans domicile fixe dits « hors secteur », hébergés ou non dans des établissements (...) doivent être répartis aussi également que possible entre les différents services et hôpitaux (...) de plus, chaque fois qu'une hospitalisation s'impose, il faut s'efforcer de faire bénéficier au malade une permanence d'admission dans le service qui l'a précédemment traité ».

A Paris, cette problématique des HS est particulièrement importante, au regard de son attractivité touristique et de la densité de population sans domicile fixe, ou « précaire ». C'est le Centre psychiatrique d'accueil et d'orientation (CPOA) qui se voit confier cette mission de répartition des « HS ». Après qu'une mesure d'hospitalisation est décidée, la personne « en HS » se voit attribuer un secteur, dans une logique d'une continuité des soins, qui devra le prendre en charge systématiquement en cas de nécessité. Après attribution d'un secteur, la personne peut être « re-sectorisée » si on lui retrouve une adresse « valable » ou si, pendant cinq ans, elle n'a pas eut recours à des soins psychiatriques sur le secteur qui lui a été attribué. De même, toute personne faisant « une rechute de moins de trois mois », c'est-à-dire nécessitant de nouveau des soins hospitaliers, sera ré-adressée sur le secteur l'ayant pris en charge, bien qu'entre-temps on ait pu trouver une adresse valable pour sa sectorisation.

Ainsi, il existe trois roulements de « hors secteur », en fonction du régime d'hospitalisation : celui des HL, celui des HO et celui des HDT. Pour chaque roulement, une liste détermine les secteurs, parmi les 29 secteurs parisiens, en fonction du nombre de HS déjà attribués, dans un souci d'équité.

Depuis la fin des années 1990, une nouvelle offre de consultation en urgence est proposée en complément des offres de secteurs. Ainsi, les établissements chargés des secteurs de Paris ont passé des conventions avec l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, afin que des psychiatres et infirmiers issus des établissements psychiatriques travaillent au sein des Services d'accueil des urgences (SAU) des hôpitaux généraux. D'autres structures peuvent faire fonction d'« urgence psychiatrique », mais contrairement aux précédentes, l'accueil est

¹⁷⁰ Une personne en HL, en théorie, peut choisir son lieu d'hospitalisation. Dans les faits, si elle n'exprime rien, elle sera adressée à l'unité ouverte de son secteur.

spécifique aux personnes relevant du secteur où se situe la structure : il s'agit du Centre d'accueil et de crise (CAC).

La catégorie des « urgences psychiatriques », dans les manuels, traités et autres guides pratiques en psychiatrie, est étendue : elle « ne saurait répondre à une nosographie (...) ceux sont des situations avant d'être des entités ou des structures psychopathologiques ». Ces situations diffèrent selon les lieux où elles se déroulent (voix publique, domicile, cabinet, etc.), « on n'y voit nulle part les mêmes faits ».¹⁷¹

Si la définition des « urgences psychiatriques » n'est pas précise, plusieurs critères la caractérisent : l'agitation, le risque suicidaire, les états réputés dangereux, la crise anxieuse paroxystique, les états stuporeux. Nous reprenons ici les items du chapitre « Urgences », figurant dans le *Guide pratique de psychiatrie* de Serge Triboulet, à l'adresse des internes en psychiatrie¹⁷². Ces critères relèvent de situations où l'hospitalisation est requise, mais dont l'urgence « n'est établie avec certitude qu'après coup ». Par conséquent, la catégorie d'urgence psychiatrique devrait conduire systématiquement à une hospitalisation, ainsi que les manuels le conseillent, puisqu'elle concorde avec des situations de « troubles graves du comportement », qui motivent une hospitalisation sans consentement dans la loi.

2.6.2. Être non consentant jusqu'à passer derrière la porte pour être soigné

L'isolement et la contention ne s'appliquent pas à tous les patients hospitalisés sans consentement. Soumis à un régime d'obligation, ils doivent en premier lieu rester dans l'unité, le service, jusqu'à ce qu'un avis médical leur permette de sortir. L'obligation se révèle être la même pour l'équipe qui reçoit le patient : en effet, elle a l'obligation de maintenir la personne dans l'unité le temps qu'un avis médical permette la sortie. Ce dernier est subordonné, après un temps d'observation, à la mise en œuvre, voire à l'acceptation par le patient d'un « projet de soins » défini par l'équipe psychiatrique d'accueil. Le projet de soins constitue le traitement psychiatrique : c'est un ensemble d'actions réalisées par les agents ou le patient, et qui prend la forme d'entretiens, de prise de médicaments, d'écrits, d'ateliers thérapeutiques, etc.

Donc, en l'absence de consentement, la mise en œuvre de ce « projet de soins » est impossible, et c'est la confrontation des « troubles majeurs du comportement » avec le

¹⁷¹ Henri Grivois, « Soins intensifs et psychiatrie des urgences », *L'évolution psychiatrique*, Vol. 43, n°1, janvier-mars 1978, p. 171-190.

¹⁷² Serge Triboulet, *Guide pratique de psychiatrie*, Heure de France, tome 1, 5^e édition, Paris, 2000, p. 107-133.

« projet de soins » qui induit la mesure d'isolement ou de contention. Toutefois, le projet de soins peut être en soi une mesure d'isolement. L'impossibilité de mettre en œuvre ce « projet de soins » est liée aux conditions locales : le patient présente un risque de fugue et l'unité n'est pas fermée ; l'ouverture sur un jardin facilite la sortie sans autorisation ; le patient est agité et perturbe le déroulement des activités du service ; le patient présente un risque suicidaire immédiat que le personnel ne peut prévenir qu'en maintenant le patient sur son lit ; etc. Il est impossible de lister l'ensemble des situations menant à un isolement ou une contention, celles-ci dépendent de la forme du dispositif d'accueil. Rappelons qu'à cela s'ajoute toujours le non consentement de la personne.

La visibilité que prennent aujourd'hui l'isolement et la contention s'explique pour nous, d'une part par l'accélération des prises en charge, autrement dit la diminution de la durée des hospitalisations, et d'autre part par la politique d'ouverture des lieux de soins psychiatriques conduisant à la concentration des patients indociles au traitement psychiatrique. Ainsi, l'isolement et la contention en tant que techniques psychiatriques, ont évolué. Du traitement de la folie au XIX^e siècle, elles sont utilisées dans les unités de soins comme solution pour mettre en œuvre le « projet de soins » chez des patients non consentants. A présent et en nous basant sur les données de notre travail de terrain, nous allons explorer et décrire ce qui se passe, au plus près des patients et des agents, en chambre d'isolement et pour la personne contenue. Comment sont utilisés isolement et contention pour faire un travail psychiatrique.

Chapitre trois : la production psychiatrique de la docilité.

« La discipline « fabrique » des individus ; elle est la technique spécifique d'un pouvoir qui se donne les individus à la fois pour objets et pour instruments de son exercice (...) L'exercice de la discipline suppose un dispositif qui contraigne par le jeu de regard ; un appareil où les techniques qui permettent de voir induisent des effets de pouvoir, et où en retour, les moyens de coercition rendent clairement visibles ceux sur qui ils s'appliquent. »

Michel Foucault, *Surveiller et punir*, p.200-201.

Dans ce chapitre, après une présentation des coordonnées du terrain, des acteurs, de leurs actions et aux modes de recrutement de la population pris en charge, nous nous intéresserons aux missions de l'unité où j'ai effectué mon travail de terrain. Cette unité fermée accueille des patients qui ne peuvent être pris en charge « convenablement » dans les autres unités de l'hôpital. Ces personnes sont étiquetées comme « patient en crise », catégorie empirique forgée par les agents de notre terrain, qui décrit l'état dans lequel sont les patients pour arriver dans l'unité.

Cette catégorie de « patient en crise » englobe tous les patients hospitalisés sans consentement qui posent des problèmes de mise en œuvre du « projet de soins » d'une équipe psychiatrique. Ainsi, nous saisissons que c'est la situation de confrontation entre le traitement psychiatrique, le projet de soins et la personne hospitalisée, qui conduit à une mesure d'isolement ou de contention.

De plus, les dispositifs d'isolement et de contention permettent de gérer et de neutraliser les risques induits par le « patient en crise » et créer une situation où la personne sous le regard exclusif des agents est évaluée moralement afin d'être située sur un continuum, que nous proposons, allant de « l'intentionnalité complète » à un « corps impulsif ». Aussi, nous discernons que le travail psychiatrique sur le « patient en crise », dans cette unité, n'est pas tant un travail sur le psychisme du patient, telle que l'idée même de psychiatrie le laisse imaginer, qu'un travail sur le corps des personnes « les plus en crise » puis un travail de production de la docilité de ces personnes afin qu'elles puissent quitter l'unité fermée.

3.1. Replacer l'isolement et la contention dans un espace social.

3.1.1. Un théâtre pragmatique des pratiques psychiatriques.

3.1.1.1. Une scène, une unité subordonnée.

L'institution, où j'effectue mon travail de terrain, est un Etablissement Public de Santé (EPS) dédié à la psychiatrie ; historiquement, il s'agissait d'une structure asilaire, construite en 1869 et située à 30 kilomètre de Paris, habilitée à recevoir les personnes internées du département de la Seine¹⁷³. En octobre 2004, dans le cadre de la politique de rapprochement entre lieux de soins et lieux de résidence, une grande partie des activités de cet établissement déménagea, en bordure de Paris¹⁷⁴, dans un immeuble monobloc (une ancienne clinique médico-chirurgicale) de huit étages. Cette nouvelle structure offre une capacité de 144 lits d'hospitalisation à temps plein pour adultes, complété par 114 lits préexistant répartis entre le site historique et des foyers de postcure situés dans Paris, au sein des secteurs.

L'EPS emploie 136 médecins et près de 1100 personnels non médicaux dont 755 soignants. La file active, c'est-à-dire le Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année, est de 6397 patients (4 417 adultes et 1980 enfants) pour l'année 2009. Sur le site principal, où j'ai effectué mon terrain, lieu privilégié de l'hospitalisation adulte, le nombre de personnes hospitalisées par an est d'environ 1600 (1550 en 2007 ; 1643 en 2008 et 792 pour les six premiers mois de 2009). La majorité des patients est suivi uniquement en consultation. Pour l'ensemble de l'établissement, 32% des patients ont été hospitalisé sous contrainte ce chiffre est de 55% lorsqu'il s'agit d'une première admission.

L'entrée principale du site, peu ornementée, est constituée d'une porte coulissante avec déclenchement d'ouverture au mouvement suivie d'un sas circulaire. Un interphone relié à l'équipe d'accueil, située dans le hall, permet de faire rentrer une personne à la fois par le sas qui s'ouvre en demi-cercle. Ainsi, lors de ma première venue, pour la négociation du

¹⁷³ Lors de son ouverture, sa capacité d'accueil s'élevait à 600 malades mais, au début du xx siècle, on relevait plus de 1000 occupants. Les principes de sa construction respectaient la symétrie asilaire et les divisions en pavillons spécialisés qui bénéficié tous d'un jardin avec perspective.

¹⁷⁴ Cet immeuble monobloc est coïncé dans un quartier de transit ; y figure une plateforme d'interconnexion de transports en commun (tramway, métro et bus), le boulevard des Maréchaux, une avenue donnant accès à une route nationale, et le périphérique. C'est une aire anciennement de relégation dans laquelle il fut interdit de construire sur une bande de 300 mètres de 1791 à 1915. Après la première guerre mondiale, elle devient une zone de construction où fleurirent les premiers logements sociaux (Habitations à Bon Marché), auxquels vint s'ajouter, à la fin des années 1960, la construction du périphérique. Le site est entièrement clos, il existe cependant un petit jardin accessible aux patients, sans perspective.

« terrain » avec le chef de service, je n'ai pas su me tenir sur le rond vert, peint au sol, qui permet à la porte de se refermer afin que l'autre demi-cercle puisse s'ouvrir. Ensuite, dans le hall, le personnel d'accueil demande le nom du visiteur et appelle le service concerné. Pour l'USI, seul service dit « fermé » et situé au 6^e étage, un agent (généralement un infirmier) descend chercher le visiteur car cet étage est accessible par ascenseur uniquement en étant muni d'un badge. Pour sortir du bâtiment, il y a le même type de contrôle. Le site est pourvu de trois autres entrées ; celle des personnes munis d'un badge, située un peu plus loin sur l'avenue (que j'allais emprunter durant mon « stage »), donne sur une cour où sont stationnées les véhicules de l'hôpital ainsi qu'à un bâtiment d'un étage, siège administratif¹⁷⁵. Celle des livraisons, est localisée à l'arrière du bâtiment principal¹⁷⁶. La dernière entrée concerne les ambulances, elle donne accès à l'Unité Intersectorielle d'Admission (UIA).

Actuellement sur les huit étages, six seulement sont utilisés pour l'accueil des patients. Depuis 2004, le septième étage, dédié à l'accueil d'une unité fermée, attend son ouverture du fait d'un manque de personnel et des restrictions budgétaires. Le huitième, à l'origine prévu pour être un espace de soins et le lieu de réalisation des Electro-Convulsivo-Thérapie (ECT), est utilisé pour des réunions et accueille le Département d'Informatique Médicale (DIM) ainsi que des bureaux du personnel d'encadrement.

Les cinq premiers étages sont constitués de cinq unités d'hospitalisation à temps complet, des cinq secteurs qui dépendent de l'établissement. Comme toute unité d'hospitalisation psychiatrique, on y retrouve des chambres (25 lits par étages), des bureaux, des postes de soins, des salles d'activités, une salle « télé », etc. en dehors du petit déjeuner, les repas sont pris au rez-de-chaussée dans un réfectoire. Chaque secteur possède deux chambres d'isolement qui en fonctionnement normale ne sont pas utilisées pour accueillir les patients ne le nécessitant pas. Par moment, le nombre de patients hospitalisés est supérieure aux capacités d'accueil de chaque service ce qui entraîne qu'un patient y soit « couché » en attendant qu'une chambre se libère. Chaque étage a sa couleur dévolue ce qui permet la facilitation de la circulation des patients dans le bâtiment par les ascenseurs. La circulation des patients des étages inférieurs est dite « libre » entre les unités d'hospitalisation de chaque étage et le rez-de-chaussée, où se trouve, en plus du réfectoire et du hall d'accueil, des lieux comme les salles d'activités d'ergonomie, de psychomotricité, une cafeteria et le petit jardin

¹⁷⁵ Où sont situés les bureaux de la Direction Générale, la DRH, la Direction des soins et ceux de la Commission Médicale d'Établissement.

¹⁷⁶ Cette zone est entièrement isolée des lieux d'accueil du public et des personnels soignants. Seul le personnel technique peut y accéder. Les livraisons sont acheminées dans les sous-sol du bâtiment avant leurs distributions

L'unité fermée où j'effectue mon travail de terrain est située au sixième étage. Les patients ne peuvent en sortir qu'accompagnés. L'accueil se fait, théoriquement « pour une période limitée à trois semaines des patients en état de crise psychopathologique sévère et active »¹⁷⁷. Aussi, pour y accéder, en ascenseurs, il faut être muni d'un badge, par les escaliers, des clefs sont nécessaires. Cette localisation fut déterminée par la nécessité de « la libre circulation » des patients des autres étages comme le prescrit la circulaire Weil.

L'Unité de Soins Intensifs possède dix chambres dont quatre aménagées en chambre d'isolement, c'est-à-dire qu'elles respectent des normes techniques comme des accès multiples à chaque chambre et à leurs salles de bain, un lit fixé au sol, des matelas ignifugés, le contrôle par l'extérieur des arrivées d'eau, etc. Les six autres chambres sont similaires à celles des autres étages. C'est-à-dire qu'elles possèdent toutes un coin sanitaire et un lit médicalisé (réglable en hauteur et dossier redressable), un petit bureau et une chaise.

L'unité s'étale sur l'ensemble de la surface de l'étage, elle est desservie par deux escaliers, un part pignon, et de trois ascenseurs : un de service pour le circuit du linge et de l'alimentation, des livraisons en matériel de soins ; celui du centre réservé pour l'ensemble du bâtiment pour les agents (et les patients accompagnés par les agents) et le dernier est celui des patients pour l'ensemble des cinq premiers étages qui ne peut être utilisé au sixième étage. Ainsi, lorsqu'une personne arrive à l'USI, elle doit attendre la fermeture de l'ascenseur derrière elle pour garantir que les patients n'en profite pas pour monter dedans, cela crée des situations cocasse où dans la vie de tous les jours quand on sort d'un ascenseur notre regard s'oriente vers la direction où l'on va puis on se met en route, ici, on doit s'arrêter au seuil de l'ascenseur, regarder dans le couloir, à droite et à gauche et attendre que la porte se ferme, ceci prenant quelques secondes.

Les couleurs du couloir sont chaudes entre le jaune et le blanc et les murs sont décorés çà et là de reprographies d'artistes contemporains comme dans tout le bâtiment. En sortant, de l'ascenseur centrale, on se trouve au milieu d'un couloir traversant l'ensemble de l'étage de part en part avec à l'extrémité des baies vitrés ce qui donne une luminosité importante. En empruntant le couloir par la droite, on trouve de chaque côté les chambres. Dans ce couloir, du côté droit s'enchaînent les quatre chambres d'isolement (numéroté de 610 à 607), avec au milieu une salle de bain avec baignoire ; de l'autre côté, les chambres dites normale (601 à 606), avec au milieu, la salle de détente du personnel. Au fond du couloir, sont situés les vestiaires du personnel et des locaux techniques pour le linge, le nécessaire de ménages.

¹⁷⁷ Projet de mise en œuvre des Unités de Soins Intensifs Intersectorielles, document interne, avril 2004.

Dans l'autre sens, en sortant de l'ascenseur, on retrouve sur la droite, une salle d'ergothérapie utilisé aussi pour des réunions et les pots de départs, cette salle ainsi que la salle de détente du personnel donne sur un balcon extérieur où les agents peuvent fumer. Ainsi, les agents pendant leur temps de travail n'ont pas à quitter l'unité. Après la salle l'ergothérapie¹⁷⁸, on trouve le « poste de soins » possédant deux accès, une sur le couloir, l'autre donnant sur la salle commune et le réfectoire de l'unité. Le « poste de soins » est divisé en deux salles. La première, la plus petite couvre un angle, est un bureau construit sur le modèle de « l'aquarium » ses fenêtres donnant de part et d'autre, il permet de voir ce qui se passe dans le couloir et la partie salle commune, on y trouve les dossiers de soins, un plan de travail avec ordinateur, et où peuvent écrire deux personnes. C'est aussi la pièce où sont rangé l'ensemble des documents administratifs d'une unité de soins, et les cigarettes des patients. En arrière du bureau se trouve, après une porte, la « salle de soin » où se déroule le « staff », « le retour » et les soins « technique ».¹⁷⁹ En face du poste de soins, de l'autre côté du couloir, se trouve un bureau d'entretien, utilisé par les psychologues et les médecins et le bureau du cadre de santé. S'ouvre ensuite la salle commune et le réfectoire. La fin du couloir est composée du secrétariat médical, d'un bureau d'entretien et du bureau du chef de service. En face de ce dernier se trouve une grande salle de réunion utilisées par l'ensemble de la structure (DRH, formation continu, ...), on y accède avec des clefs, de temps en temps, on assiste à un balai de personne extérieur à l'unité se dirigeant vers la salle de réunion, après voir emprunter le couloir à partir de l'ascenseur centrale qui peut s'accompagner de commentaires des agents l'USI sur l'aberration de ces passages dans une unité de soins intensif. A l'arrière de cette salle se situe une terrasse donnant sur l'avenue et le périphérique seule terrasse du bâtiment, elle est sécurisé par un système de claustrât en bois. La terrasse est partagée en deux avec ces même claustrât, une partie est réservé aux patient du 6^{ème}, où ils y accèdent par une porte dérobée dans le fond du réfectoire, leur permettant d'aller fumer ou prendre l'air sans quitter l'unité.

3.1.1.2. Des acteurs, personnels et patients de l'USI.

En premier, la catégorie « des agents en blouse », la plus visible et la plus nombreuse, est composé de 20 infirmiers, quatre minimum chaque jours et de deux la nuit, de quatre aides-soignants (AS) et quatre Agents de Services Hospitaliers (ASH), un à deux par jour pour chacun. L'équipe infirmière est relativement jeune, une seule infirmière a plus de 45 ans

¹⁷⁸ Lors de mon terrain, cette salle ne fut jamais utilisée directement pour le bénéfice des patients.

¹⁷⁹ Dans les discours infirmiers est un soin technique tous soins qui nécessite plus que la parole ...

et il n'y a aucun agent ayant bénéficié de la formation d'ISP (à l'exception du cadre de santé). Ces « agents en blouse » portent donc un uniforme blanc, composé d'une tunique et d'un pantalon. Cet uniforme qui est une marque du monde hospitalier, a été justifié par la nécessité de « créer un cadre, clair évident » et de créer des distinctions entre les malades et ceux qui s'en occupent physiquement, loin du « cadre unique » et de la psychothérapie institutionnelle. Les autres agents de L'USI, psychologues, cadre, médecins et assistante sociale n'en ont pas. En revanche, les agents intervenant à l'USI mais pas en poste fixe portaient tous la blouse blanche lors de mon terrain. Les « agents en blouse » travail en roulement de 12 heures, de 7h à 19h ou de 9h à 21h pour ceux « de jours ».

Ensuite, les « en civil » : deux médecins psychiatre en poste fixe (Dr Faouet et Dr Donelli), un cadre de santé (Mr Damon), un médecin responsable de pôle - chef de secteur (Dr Lessong) ; deux psychologues (Martin et Léo). D'autres intervenants travaillent auprès des patients mais ne sont pas en poste fixe dans l'unité comme les kinésithérapeutes, le médecin généraliste, les psychomotriciennes et les psychiatres « des étages ». Ces agents interviennent dans l'unité à la demande l'équipe de L'USI, mais à l'exception du généraliste, ils ne voient pas les patients « en crise ». Mr Damon, présent tous les jours dès 9h, est réputé pour rester tard dans l'unité au moins jusqu'à 19 heures. Les deux psychologues sont présent les mardis (9h -13h) et vendredis de 9h jusqu'à 16h. Les médecins sont présent tous les matins de 9 à 13 heures sauf le vendredi après-midi où se réunissent l'ensemble de l'équipe. Le Dr Lessong, lui, n'a pas d'horaire, il peut venir à n'importe qu'elle moment, en revanche, il annonce systématiquement quand il part.

Dans l'unité et ce pendant les deux premières années, il n'y avait pas d'homme autres que deux médecins. Cette situation fut redéfinie, rationalisé, par la nécessité de créer « un bain d'affect » ou comme me le dit une infirmière « elle pouvait mater ». Lors de mon « stage », il y avait trois infirmiers hommes, tous volontaire (un quatrième arriva sur les dernières semaines), deux aides-soignants et un agent des services hospitaliers, ainsi que le cadre infirmier, nouvellement recruté, et les deux médecins à l'origine de l'unité en 2004. Le « bain d'affect » a toujours été accompagné par la possibilité d'appeler « les renforts ». L'appel de renforts, procède de deux dispositions pour faire venir des agents des « étages ». Ainsi, les infirmiers peuvent soit de manière programmées appeler par téléphone des agents des étages afin d'effectuer un soin à une heure prédéterminé, soit en appuyant sur un bouton rouge situé sur les « DECT » (nom du téléphone portable interne à l'institution) qui déclenche une alarme sonore et visuelle dans l'ensemble du bâtiment. L'alarme s'accompagnant sur un bandeau lumineux, situé dans chaque poste de soins, donnant la

localisation de l'urgence. Ainsi, cinq, six personnes « débarquent » pour aider, pour « faire le nombre ». Les agents de l'USI, hommes ou femmes sont aussi amené à aller « faire le nombre » dans d'autre unité quand sonne une alarme.

L'USI accueil environ 170 personne par an (146 en 2007, 194 en 2006, 183, en 2008, 185 en 2009). En 2008, sur les 183 patients accueillis, 126 arrive directement de l'UIA et 54 des « étages ». La durée moyenne de séjour à l'USI est d'une quinzaine de jours (14,6 jours en 2008, 17,5 en 2007, 14,9 en 2009, 14,3 en 2006), alors que la durée moyenne de séjour du site est comprise en 28 et 24 jours pour les années étudiées. A l'USI, 44% des admissions sont Hors Secteurs (HS) ce qui représente entre 15% et 24% de plus d'admission en HS, en fonction des années, que les autres unités du site.¹⁸⁰

Pour accéder à l'USI, un patient a ordinairement deux circuits possibles. Le premier est celui des « étages ». L'admission du patient à l'USI se fait après concertation entre le médecin de l'étage inférieurs et les médecins de l'USI sur des « indications clinique basée sur une sémiologie psychiatrique précise », et « si la crise ne peut pas être gérée dans le secteur d'origine et si leur état clinique nécessite l'institution d'un traitement créant la régression ».¹⁸¹ Ces indications rencontrés au cours de mon « stage » seront : le risque de fugue, le risque de consommation de toxique ou d'alcool qui circule dans l'établissement, les passages à l'acte auto et hétéro-agressif. Les médecins de l'USI s'assurent que le patient est bien « en crise » et que son statut d'hospitalisation lui permette d'être dans une unité fermée. S'il y a lieu de « monter le patient » à l'USI mais qu'il est en HL, c'est à l'équipe de secteur de transformer le régime d'hospitalisation libre en hospitalisations sous contrainte. De plus, « il est impératif qu'un membre de l'équipe soignante du secteur d'origine fasse une présentation détaillée du patient et de son anamnèse dans les 48 heures » quel que soit son parcours. Afin que l'arrivée d'un patient à l'USI s'accompagne de l'anticipation de sa sortie.

Le second circuit est celui des admissions « directe » via l'Unité Intersectorielle d'Accueil (UIA). L'UIA est l'unité qui reçoit l'ensemble des personnes devant ou souhaitant être hospitalisé sur le site¹⁸². Ouverte 24/24h, elle dispose de bureaux de consultation, d'un poste de soins, d'un secrétariat et de sept lits. L'ensemble des patients, d'où qu'ils viennent doivent théoriquement passer par cette structure avant leur répartition dans « les étages » ou à l'USI. La personne y est administrativement admise. Une admission est prononcée soit par un

¹⁸⁰ Rapport annuel de secteur de psychiatrie générale fait par le Département Informatique Médicale de l'établissement pour l'agence régionale de santé.

¹⁸¹ Projet de mise en œuvre des Unités de Soins Intensifs Intersectorielles, document interne, avril 2004.

¹⁸² L'arrivée à l'UIA peut se faire de différentes manières ; le patient peut se présenter de lui-même s'il connaît déjà la structure, il peut y être conduit par une ambulance provenant d'une structure extra hospitalière ou d'une structure d'urgence SAU, CAC, CPOA, l'IPPP, etc.

psychiatre en poste à l'UIA soit les week-ends et les soirs après 18h par le Praticien Hospitalier de garde. Pour l'accession à l'USI, les personnes doivent être devenues des « patients sous contraintes » après passage dans un dispositif d'urgence ; cette décision d'hospitalisation sous contrainte peut être aussi prise ou confirmée à l'UIA par un nouvel examen psychiatrique. Cependant, il est arrivé à plusieurs reprises lors de mon terrain qu'une personne puisse aussi y accéder quand « il n'y a plus de lit sur l'hôpital », cette situation était problématique sur le plan administratif au regard de la circulaire Weil, car certains patients pouvaient arriver en HL directement à l'USI¹⁸³. Il est aussi arrivé une fois durant mon « stage » qu'une patiente soit hospitalisée en HL à l'USI, pendant deux semaines, son mari étant hospitalisé également dans les étages.

3.1.1.3. Des règles de jeu

Une unité de soin intensif en psychiatrie est d'abord une scène du service public qui est un « prestataire de services » comme me l'avait annoncé Dr Lessong. Et comme dans toute institution « La première règle (...), c'est qu'il y a des règles », nous allons tenter de lister l'ensemble des règles et des normes de fonctionnement local qui président aux pratiques de l'USI. Toutes ne sont pas explicites par le règlement intérieur et certaines ne sont même jamais convoquées.

Les premières règles sont celles du service public hospitalier et les droits fondamentaux de la personne. Aussi, la charte du patient hospitalisé est affichée et visible par les patients et les agents, des exemplaires papiers sont fournis dès l'arrivée dans l'unité, si la personne n'est pas en chambre d'isolement. Chaque personne hospitalisée sans consentement reçoit une notification de son statut d'hospitalisation avec les recours qui lui sont possibles, Ceci, même quand elle est en isolement et contention. Dans ce sens, à deux reprises, j'ai assisté à la visite du procureur de la République et du juge des libertés venus dans l'unité écouter les patients qui en avaient fait la demande. Cette visite s'accompagne d'une vérification systématique d'un registre, auprès de l'administration, qui rassemble tous les actes médico-légaux (certificat d'HDT et d'HO, de sortie d'essai...). Aucune de ces visites n'a conduit à la remise en question d'une hospitalisation sous contrainte.

Un règlement intérieur de l'unité existe depuis l'ouverture en 2004, il a été remanié, en 2009, en équipe pour être présenté aux instances de l'hôpital lors de la révision du projet d'établissement et pour suivre le règlement intérieur type des USIP adopté lors de l'assemblée

¹⁸³ Dans ces cas, le règlement intérieur de l'USI prévoit que « ce ne pourrait s'envisager que pour un temps déterminé d'observation inférieur à 48 h. au-delà, une hospitalisation sous contrainte est impérative ».

générale de l'ANDUSIP de juin 2008. Dans ce « Règlement intérieur de L'USI », il est précisé en onze articles le « cadre générale » d'une prise en charge. Ainsi, les patients doivent être en pyjama, et ne disposent pas de leurs effets personnels qui « seront inventoriés et rangés dans un vestiaire (...) les papiers et les valeurs seront déposés au coffre de l'unité ». Il est « interdit de fumer dans l'enceinte »¹⁸⁴, d'y introduire des objets dangereux, des boissons alcoolisées, des substances illicites, (jusqu'ici, c'est comme dans tout établissement recevant du public), des denrées périssables et « les briquets et allumettes ne sont pas à disposition » des patients.

Les derniers articles du règlement intérieur sont modulable par les agents : « Les visites des familles sont soumises à autorisations médicales et se déroule l'après-midi entre 14h et 18h », « L'utilisation de la chaîne hi-fi, de la télévision, du magnétoscope se fait en accord avec l'équipe qui décide de la mise en fonction » et « l'accès au téléphone est contrôlé et soumis à autorisation médicale ».

Ce règlement intérieur « cadre général » et commun à tous les patients va être complété par l'ensemble des prescriptions médicales individualisées. Ces dernières sont écrites, datés et signés et prennent des formes variés : prescriptions de médicaments, d'isolement, « faire la sieste », donner ou recevoir un appel téléphonique par jour, recevoir de la visite, aller en entretien avec un psychologue, etc. Dans l'unité, il y a deux supports pour les prescriptions médicales : l'informatique pour l'ensemble des thérapeutiques issue de la pharmacie et une feuille de consignes médicales rangée dans le « dossier de soins ». Les prescriptions médicales s'imposent aux infirmiers dans le cadre de leur décret de compétence professionnelle, aussi elle fond figure de loi.

Le dernier registre de « règles de l'unité » est celui que nous appelons les « règles d'ordre public local ». Ces règles ne sont pas écrites et variable. elles dépendent de « l'ambiance » de l'unité, c'est-à-dire de la « dynamique du groupe », « du comportement » des patients, de celle de l'équipe, du moment de la journée... par exemple, les cris ne sont jamais permis dans le couloir, en revanche il ne seront pas signifié comme interdit quand cela se passe dans une chambre. Dans ce même répertoire, le volume sonore autorisé de la télévision est variable en fonction des horaires et des activités des soignants ; tous les matins jusqu'à 8h30, c'est le silence qui domine dans l'unité, puis de 13h30 à 15h30 pendant les temps de sieste. Les « règles d'ordre public locales » régissent aussi les rapports des patients entre eux, par exemple, les rapports sexuels sont interdit (celle-ci est inscrite dans le

¹⁸⁴ Les cigarettes sont conservées et dispensées par les agents, une à une, les patients devant après quelle soit allumée, par l'agent, se diriger rapidement vers la terrasse.

règlement intérieur de l'USI) et amplifié par l'interdiction des contacts physique en dehors des poignées de main. La circulation des malades pendant la visite est non souhaité car un certain nombre de discussion des agents se déroule dans le couloir en sortant des chambre. Aussi, « L'ordre public local » rassemble les règles de vie quotidienne de l'unité, c'est-à-dire des horaires relativement fixe pour le réveil des patients, leur couchés, les repas, l'accès aux sanitaires (pour ceux qui n'en ont pas en chambre) ; Les draps et les pyjamas doivent être changés de manière bihebdomadaire sauf en cas d'incident (énurésie, par exemple), ou de sortie définitive, etc.

L'ensemble de ces règles, de droit, les prescription médicales et règles « d'ordre local » vont constituer « le cadre » dans lequel une équipe propose le « projet de soins ». Ce « cadre » n'est pas entièrement formalisé et accessible instantanément pour les patients. Il est explicité oralement à chaque fois qu'un patient le questionne et est rappelé à chaque fois qu'un patient l'enfreint. Aussi, inlassablement, le travail des agents est de « rappeler le cadre ». Cette expression, une des plus communes à l'USI, se retrouvent tant oralement que dans les écrits des professionnelles.

3.1.2. Actions et temporalités

3.1.2.1. Le cycle journalier

En se plaçant au milieu de la scène, au milieu de l'USI, nous allons décrire les actions d'une journée type. Aussi, après minuit, généralement, les patients dorment, aucun bruit, une lumière faible provient des plaintes éclairant le couloir, tous les quatre ou cinq mètres. A sept heures, les premiers agents de jour, arrivent et vont se changer puis autour d'un café en salle de détente font les transmissions avec les deux agents de nuits. Vers 7h20, l'ASH et l'aide-soignant se rendent dans la petite « office relais » qui jouxte le poste de soins, dans le réfectoire, et mettent « en chauffe » les petits déjeuners composés, en plus d'une boisson chaude et d'un jus d'orange, de la portion hospitalière standard de pain accompagnée de beurre et de confiture. Les deux infirmiers vont, alors dans le poste de soins, préparer la journée, les médicaments du matin, et organiser les soins techniques : prise de sang, Electro-Cardio-Gramme (ECG)... La lumière du couloir s'allume vers 8 heures, un « premier tour » est réalisé par un des infirmiers et l'aide-soignant pour commencer le réveil des patients, « jeter un coup d'œil » dans les chambres d'isolement et voir ceux qui seraient contenus. Certains patients, déjà réveillés, circulent dans le couloir. Le silence est de mise. Aussi, les premiers réveillés doivent prendre leur traitement médicamenteux. Le chariot des

médicaments préparés est poussé le long du couloir par l'infirmier qui les a préparés. Après la prise, les patients vont au réfectoire et prennent un petit déjeuner (café, thé chocolat ... Pain beurre, confiture) servi par l'ASH et l'AS, ce dernier se devant de se rendre disponible pour les patients en chambre d'isolement et en contention à qui les infirmiers dispensent les traitements « per os » (i.e. en gouttes ou en comprimés) ; les injections, si il y en a, seront réalisées un peu plus tard. Les patients en chambre d'isolement et en contention mobilisent plus de personnel et les agents regroupent l'ensemble des tâches qu'ils ont à effectuer, ainsi, le petit déjeuner, la réfection du lit, les soins d'hygiène la dispensation du traitement se feront lors d'une même séquence avec l'ASH, un ou deux infirmiers et un AS. Les traitements en injection sont faits dans les chambres avec, le plus souvent, des renforts programmés ou les deux autres infirmiers qui débutent leurs services à 9h.

Cette dernière est aussi l'heure de prise de service des psychologues, du cadre infirmier et des médecins, qui commence par un café et attendent que le temps des traitements et les petits déjeuners se termine. Les psychiatres, praticiens hospitaliers (PH) de l'unité, ont préalablement fait "le point sur les lits et les entrées" avec les PH de l'UIA. Alors, tout le monde se retrouve dans le « poste de soin » : le staff, c'est une réunion où on fait le « tour des patients », chaque patient est présenté ou représentée par un infirmier, on y relate les événements de l'après midi et de la nuit, un point administratif sur les certificats est fait, ainsi, qu'un point sur les besoins en soins somatiques. Dans ces moments, les patients semblent livrer à eux-mêmes tant qu'un cri ou un bruit anormal ne fasse pas lever au moins trois « agents en blouse ». Après « le staff », les agents en blouse font une « pause-café » et éventuellement vont fumer une cigarette en salle de détente. Les discussions du staff sont souvent complétées par des anecdotes sur les patients.

Vers 10 h, « la visite » commence, tous les patients sont vu en chambre, les jours ouvrés, par les médecins de l'USI et au moins un infirmier (afin de maintenir le lien et la transmission de l'information) et éventuellement des étudiants (infirmiers, psychologues, sociologues) ; les mardis et vendredis, les psychologues prennent par aussi à la visite et « en fonction de la clinique », les patients peuvent être vus en entretien individuel par l'un des psychologues, dans un bureau. L'ordre de la visite dépend de ce qui a été décidé « en staff », de la sédation des malades et du travail de l'ASH, d'un autre infirmier et de l'AS qui accomplissent une autre visite, non médicale, où ils s'assurent que chaque patient a fait ses soins d'hygiène et les stimulent dans ce sens. Ils « retapent les lits » et nettoient les chambres. Un troisième infirmier va s'occuper d'accueillir et d'accompagner les intervenants extérieurs : médecins généralistes, kinésithérapeute et psychiatres « des étages ». Le dernier infirmier

reste dans le bureau du poste de soin et va s'occuper de faire téléphoner les patients, de distribuer les cigarettes, et de veiller à ce qui se passe dans la salle commune.

Un peu avant midi, les ASH et AS repartent dans l'office « mettre en chauffe » le déjeuner. La visite se terminant, un infirmier va préparer les traitements de midi, et les autres font « le retour » dans le poste de soins ; « le retour » est de nouveau un temps de réunion où la parole sera prise en premier par les médecins qui annoncent les modifications qu'ils envisagent pour chaque patient : changement de traitement, augmentation ou diminution, mise en place de traitement correctif des médicaments psychotropes, changement « des consignes médicale », arrêt d'un isolement ou d'une contention, etc. A partir de treize heures, les médecins et les psychologues quittent l'unité, sauf les vendredis, jours de réunions. Quotidiennement, un certain nombre de patients vont faire la sieste prescrite, c'est-à-dire qu'ils doivent être dans leur chambre, fermées si besoin. Les « agents en blouses » vont déjeuner dans la salle de détente, à tours de rôle, il y a « deux services ». A partir de 14 h, un infirmier se rend disponibles pour s'occuper des visites. Il doit descendre chercher les visiteurs dans le hall et les installer dans un des bureaux (des psychologues ou des médecins) qui fait office de salle de visite. Un infirmier reste dans le bureau du poste de soin, il réceptionne les appels, distribue les cigarettes... un autre pendant ce temps écrit « ses trans » c'est-à-dire qu'il valide, dans chacun des dossiers des patients, les actes effectués depuis leurs réveils (traitement, surveillance de contention, d'isolement...), il note aussi ses observations ainsi que celle de ses collègues. De temps en temps, après la sieste, un infirmier propose des jeux de société en salle commune pour les patients. Vers 16 heures, il y a une collation, un verre de sirop servi avec un gâteau. La télévision fonctionne presque en continu depuis 10h avec une interruption pour le déjeuner, elle est éteinte à partir de 23h, la plupart des patients cessant de la regarder vers 21h, ceux qui passent la nuit en chambre fermés. Les visites vont se terminer, les infirmiers font une pause. Vers 18h30, un agent prépare et donne les traitements du soir, l'ASH met « en chauffe » et le couvert. À 19h, le diner suivi du départ des deux infirmiers ayant commencé à 7h. L'équipe de nuit arrive vers 21h30, pour faire la relève dans le poste de soin. À 22h, les somnifères, les hypnotiques sont distribués, selon la prescription médicale. Un premier tour est effectué à 23h, un autre à minuit pour voir si tout le monde dort.

Nous avons présenté ici, une journée type, mais elle serait incomplète si nous n'évoquions pas des nombreux appels de renforts qui adviennent dans une journée. Dès qu'un traitement injectable doit être réalisé pour un patient récalcitrant, dès que des soins nécessitant qu'un patient en contention soit détaché sans que ce soit l'arrêt de la prescription de

contention, l'équipe infirmière « fait monter les renforts ». De plus, il y a toutes les situations où « les renforts » vont être appelé en urgence pour « faire le nombre », le plus souvent dans le cadre d'une mise en contention. Aussi, la situation peut s'inverser et se sont les agents de L'USI qui descendent vers les autres unités quand alarme raisonne dans tout le bâtiment.

3.1.2.2. Un cycle d'hospitalisation.

Nous venons de voir un cycle journalier type à l'USI. Cependant, il doit être croisé avec d'autres cycles engendrés dans ce théâtre. Il existe le cycle, pour les agents, d'alternance de jours travaillés et de repos, qui les obligent à chaque reprise de travail de mettre à jours leurs connaissances des malades, de lire les dossiers, de rencontrer les nouveaux patients et réévaluer les anciens. Un autre cycle domine l'activité de L'USI : celui du « roulement des malades ». Une caractéristique de l'USI, au vue de la brièveté de la durée moyenne d'hospitalisation : deux semaines, c'est « qu'il faut que cela tourne » comme je l'avais noté dans mon carnet de terrain, après un mois de présence. Le service fourni par l'USI est de « gérer la crise » c'est-à-dire qu'elle doit produire des personnes qui « peuvent retourner dans les unités ouvertes » ou bien de quitter l'établissement qui rappelle le travail de Lorna Rhodes dans *Emptying beds* où « le comportement est traité comme une entité clinique à part entière » et où « l'intérêt principal de l'équipe est de changer suffisamment le comportement des patients pour qu'ils puissent aller ailleurs »¹⁸⁵. Ce cycle du « roulement des malades », issu de la mission de l'USI, se décompose en trois phases que nous nommons temporairement: admission, « travail psychiatrique », sortie du patient.

Les sorties de patients sont toutes programmées, il n'y a pas à l'USI de sortie contre avis médicale, du fait du statut hospitalisé sans consentement. Le plus souvent, les sorties sont réalisé en début d'après-midi, là où l'activité est la moins dense. On rassemble les effets du patient dans le poste de soins, accompagné de son dossier, les agents des étages montent chercher leurs patients. La chambre sera refaite au propre et prête à accueillir un nouvel entrant. Pour ce dernier, soit il est déjà attendu, dans ce cas un infirmier de l'USI va le chercher, il sera accompagné en retour par un agent de l'étage, à l'heure convenue, soit la chambre reste vide, souvent peu de temps. Dans ce sens, une manière de gérer les admissions est de garder les « lits pleins », c'est-à-dire que l'équipe retarde la sortie d'un patient d'un ou deux jours, ou de les faire sortir aux gouttes à gouttes alors que, par exemple, trois patients pourraient en même temps redescendre. Ainsi, lors d'une discussion autour du contrôle des

¹⁸⁵ L. Rhodes, *Emptying beds, the work of an Emergency Psychiatric Unit*, University of California Press, Los Angeles, 1991, p. 38. Notre traduction.

entrées, une infirmière m'explique que ne pas avoir de place permettait d'obliger le passage dans les étages pour que les services se débrouillent « parce qu'on a pas mal de patient tiré par les cheveux ». Ainsi, elle me relate ce qui s'était passé l'été précédent mon « stage » où « le 4ème avait des problèmes de gestions avec leurs patients toxico à qui ils disaient si ça va pas on vous le monte au 6^{ème} ».

Une autre manière de gérer les admissions est celle de s'assurer de la validité de « l'indication d'USI ». Ainsi, la première action d'un agent quand il reçoit un appel pour une admission est de savoir s'il respecte les règles locales d'admission. Le patient doit « être en crise ». Un certain nombre de questions de la part des infirmiers est adressé à leur interlocuteur : un nom complet, un statut d'hospitalisations : « Il est en HDT ? En HO ? » qui s'accompagne de questions clefs : « il est connu ? », « Il est agité ? » « A-t-il besoin d'une chambre d'isolement ? » (Pour certain agents la nécessité de la chambre d'isolement n'est pas forcément une indication d'USI dans la mesure où chaque étages dispose aussi de deux chambres d'isolement). Ensuite, « Comment est-il arrivé chez vous ? ». Cette question attend pour réponse l'histoire qui a conduit la personne à être hospitalisé. Pour tous les patients arrivant à l'USI, l'admission s'accompagne des éléments administratifs de base (identité, prise en charge sociale), de certificats, et des notes des professionnels ayant vu le patient avant son admission. Ce questionnaire et ses réponses constituent « l'étiquette d'entrée » qui sera reprise en transmission infirmière, puis en staff, avant d'être réélaborée dans une « construction de cas ».

En dernier lieu, « pourquoi l'USI ? ». L'indication d'USI annoncé et principale est celle de la « crise psychiatrique » définie comme nous l'avons proposé en introduction de ce chapitre, mais il y a un certain nombre de situation (comme les patients en HL) où l'admission au 6^{ème} n'est pas justifiée par la « crise ». Ainsi, Une des situations qui s'est posé régulièrement au cours de mon stage, c'est quand l'UIA, devant aussi « vider » ces lits, avant la nuit, pour accueillir les urgences, transfère ces patients sous contraintes vers l'USI en l'absence de place dans « les étages », l'USI faisant figure de soupape pour l'institution, l'USI, même en l'absence d'indication, se doit, par obligation administrative, d'accueillir les patients sans lits des étages. Toutefois, la plupart des « entrées directes » via l'UIA, admissions de patients en provenance de l'IPPP, du CPOA et des autres structures d'urgence, respectent « l'indication d'USI » définie par l'équipe. Pour ces entrées, il n'y a pas d'horaires réguliers.

3.2. Mr O., chronique d'un cas extra-ordinaire

Nous proposons de suivre le cycle d'une hospitalisation et de développer le cas d'un patient « extra-ordinaire ». Extraordinaire, dans la mesure où ce fut le premier patient admis à l'USI, par un Ordre de Placement d'Hospitalisations d'Office émis par un juge dans le cadre des dispositions de la loi de février 2008, dit loi Dati sur la rétention de sûreté. Dans son chapitre trois, cette loi permet ce placement judiciaire quand une instruction ne conduit pas à un procès suite à une décision d'irresponsabilité pénale en raison de l'article L122-1 du Code Pénal. Antérieurement à cette loi, Ces personnes, reconnues irresponsable pénalement au décours d'une instruction, pouvaient être confiées à l'autorité administrative qui prenait les mesures nécessaire en fonction de l'état de la personne ; le plus souvent, cela revenait à la prise d'un arrêté préfectoral d'Hospitalisation d'Office.

L'histoire du cas, que nous proposons est reconstituée à partir de l'ensemble des matériaux bruts que nous avons accumulés lors de notre terrain. La présentation de la situation de Mr O. avant son hospitalisation est reconstruite à partir des éléments d'une expertise psychiatrique diligentée par le Tribunal de Grande Instance de Paris ainsi que de *l'ordonnance aux fins d'hospitalisations d'office* émise par le juge. Notons que l'expertise dans son intégralité ne devrait pas avoir été retrouvée dans le service. Ces documents faisant partie d'un dossier judiciaire. Les données de son hospitalisations sont issues de son « dossier patients » (c'est-à-dire l'ensemble des écrits le concernant au sein de l'hôpital où a été réalisé mon terrain, dossier administratif, dossier médical, écrits infirmiers et autres paramédicaux) ainsi que par mes notes de terrain et des entretiens que j'ai réalisés avec les acteurs de l'USI.

Cette reconstitution est donc la plus aboutis des cas (j'ai assisté à près de 80 hospitalisations de patients différents à l'USI) concernant l'amont de l'hospitalisation par rapport à toutes les autres situations de personnes prises en charge à l'USI dont je n'ai profité que des notes médicales et des certificats d'hospitalisations émanant des services qui ont géré l'« urgence ». Plus que le statut de patient extra-ordinaire que nous avons attribué à Mr O., ce cas nous a semblé paradigmatique des pratiques d'isolement et de contention normalisées à l'USI.

3.2.1. D'une dangerosité caractérisée, à la crise : entrer à l'USI

Mr O. a une trentaine d'année, il est originaire d'Egypte. Il a été placé en détention en maison d'arrêt, le 10 septembre 2009, pour « Outrage à une personne dépositaire de l'autorité

publique, rébellion, violence ayant entraîné une incapacité totale de travail n'excédant pas huit jours, outrage à une personne chargée de mission de service public, entrée et séjour irrégulier d'un étranger en France ». Avant sa détention, début septembre 2009, Mr O. fut placé en Centre de Rétention Administrative (CRA) de la région parisienne, étant en situation de séjour irrégulier sur le territoire.

Au CRA, il agresse un autre retenu ainsi que deux fonctionnaires de police. Cela le conduit, en comparution immédiate pour ces faits, le 10 septembre, à être mis en examen. Il est placé en maison d'arrêt en attendant le jugement définitif après une expertise psychiatrique prévu courant octobre.

Le lendemain de son incarcération, il « agresse un membre féminin du personnel suivie immédiatement de troubles du comportement de type hétéroagressivité » ceci imposant son placement « en cellule disciplinaire ». Une évaluation psychiatrique sera réalisée du 6 au 13 octobre au sein de « l'unité de soins intensif hommes » d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR). Lors de ce séjour au SMPR, Mr O. est décrit comme un personne ayant « des attitudes de provocation récurrentes » et refusant « tout contact sur le mode de l'étrangeté avec un tableau d'allure psychotique ». Suite à nouvelle agression d'un membre du personnel pénitentiaire, il retournera dans le quartier disciplinaire le 13 octobre, « seul lieu » où il ne présente pas « de danger pour la sécurité des personnels ». L'expertise psychiatrique eut lieu le 12 octobre avec un interprète, les conclusions furent rendues le 18 octobre.

Les conclusions de l'expertise doivent répondre aux cinq questions suivantes : existe-t-il ou non d'une pathologie mentale ?, l'infraction est-elle en rapport direct avec cette pathologie ?, le patient présente-il un état dangereux au sens psychiatrique du terme ?, est-il accessible à la sanction pénale ?, nécessite-il un traitement actuellement ? À toute ces questions, l'expert-psychiatre a répondu par la positive mais il a par ailleurs pris soins d'intégrer à son propos et en gras à chaque réponse, les éléments de la question. Méthode qui permet à l'expert de coller parfaitement à sa mission. L'ordonnance de placement du 19 octobre précise qu'« il y a lieu de prendre en charge *sans délai* Mr O. ». Mr O. n'ayant pas d'adresse valable au regard de la sectorisation, la décision de son hospitalisation sur le site fut prise au regard du roulement des hors secteur. Le CPOA attribua Mr O. au « cinquième étage ». Mr O. n'a pas exprimé lors de son parcours au CRA, en maison d'arrêt puis au SMPR ni de demande de soin ni de refus de soin, il est placé en hospitalisation sans consentement par une autorité non médicale.

Aussi, le cadre infirmier et deux autres infirmiers partirent en ambulance directement à la maison d'arrêt, le 19 octobre, en début de soirée, pour aller chercher Mr O. Il n'est pas non plus coutumier que ce soit l'équipe d'accueil qui aille chercher un patient, seul les malades hospitalisés en UMD doivent être transférés par l'équipe de secteur à sa sortie de l'UMD. Le transfert fut réalisé en brancard où Mr O. fut maintenu en contention ; son installation dans le brancard n'a pas présenté de difficulté.

3.2.2. Définir en équipe le « cadre » de départ

Arrivé, à l'unité à 21h45, Mr O. fut immédiatement placé en contention dans la chambre 607, au fond du couloir, une des chambres d'isolement, après avoir mis un pyjama de l'hôpital, cela sans heurt, en présence des deux infirmiers qui avaient fait le transfert, du cadre infirmier et des deux agents de nuit qui réalisent en même temps l'inventaire de ses effets personnels. La mise en pyjama et le retrait des affaires personnelles des patients est systématique, cela constitue une *cérémonie d'admission* comme Goffman en fit la description dans *Asiles*, qui annonce à l'individu son entrée dans un autre cadre d'interaction sociale que celle de l'extérieur à l'unité, avec cette cérémonie initiale c'est l'imposition « des règles d'ordre local » qui est la prérogative.¹⁸⁶

A 22h30, Mr O. reçoit la visite du médecin de garde qui prescrit la mesure déjà réalisée par les agents : « prise en charge en chambre d'isolement sous contention avec surveillance du comportement et des constantes ». Mr O. reçoit un traitement sédatif en gouttes pour cette première nuit, qu'il boit sans réticence (savait-il ce qu'il buvait ?).

Le lendemain matin, à mon arrivée dans le service, dans la salle de détente autour d'un café, peu avant le staff. J'assiste à cet échange, avant d'avoir pris connaissance de l'entrée de la veille, je la note car jusqu'à présent je n'avais jamais perçu l'utilisation de ce type de vocabulaire qui dénotait et qui me laissait percevoir une ambiance inhabituelle :

-Martin, déclarant : « ici ce n'est pas tabou, il est dangereux ! ». ¹⁸⁷

-Mr Damon : « je suis restée jusqu'à, 22 heures ça a commencé à parler dans tous l'hôpital ».

-Léa, une aide-soignante, à Léo : « ça va être une UMD ici »

-Léo : « ça y ressemble »

¹⁸⁶ Erving Goffman, *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Minit, Paris, 1968, p. 59-72.

¹⁸⁷ Tous les dialogues sont issus de mes notes de terrain ou des entretiens que j'ai réalisés avec les agents de l'unité.

Dans la foulée, lors du staff, le Dr Lessong, contrairement à l'habitude du service commence, le rituel étant une présentation des patients par les infirmiers suivant l'ordre des chambres.

-Dr Lessong : « ce qui est important, c'est de me raconter le *transfèrement* de cette nuit ».¹⁸⁸

- Loïc, un jeune infirmier, présente brièvement Mr O. : « c'est un patient en HO suite à une levée d'écrou de la maison d'arrêt X suite à une agression d'agent et de patient, il est en situation irrégulière, et a été accusé de rébellion de coup de pied et de poing... Cette nuit il a été plutôt coopérant, à demander à être détaché, plutôt calme, pas d'agressivité envers nous »

- Martin, d'un ton affirmatif : « attention, expertise de Boissonnet »¹⁸⁹.

-Dr Faouet : « je te lis la conclusion (...) l'examen psychiatrique de Mr O relève l'existence d'une pathologie mentale (...) Mr O présente un état *dangereux*, au sens psychiatrique du terme (...) Mr O relève de la mise en place, en urgence de soins psychiatriques, les troubles psychiatriques dont il est atteint nécessitent une prise en charge en milieu hospitalier (...) il ne peut donc être considéré comme pénalement responsable des infractions pour lesquelles il est prévenu. »

-Le Docteur Lessong, après la lecture : « Boissonnet est passé par là... ».

- Doris, la secrétaire médicale, qui n'intervient pratiquement jamais en staff : « on devrait avoir un papier de l'IPPP ? Je ne l'ai pas ... »

-Dr Lessong : « on ne va pas être plus royaliste que le roi, on ne va pas le refouler parce qu'il n'a pas de papier »

- Doris : « les admissions vont nous emmerder »

- Dr Lessong, s'adressant aux médecins psychiatres : « Eh ! Les certificateurs en herbe faut faire attention ... car Boissonnet est passé par là... il faut être sûr de constater ce que vous allez constater ! »

-Martin : « Le personnel féminin doit se méfier c'est quelqu'un de terriblement dangereux... Boissonnet a fait une expertise où il y a rien à dire ... mais qu'est-ce que vous avez fait ? Normalement c'est Henry Colin ».

Cette dernière remarque dans le vide est adressée à ses collègues de la maison d'arrêt où il travaille à mi-temps. La visite de Mr O. fut réalisée par les Dr Faouet et Donelli, ce dernier menant l'entretien. Mr O. fut silencieux et ne répondit à aucune des questions simple en français, souriant malgré tout. Il ne fit qu'un mouvement simple avec sa main gauche, tentant de tendre son bras attaché. Le Dr Donelli informa Mr O. qu'il allait rester « en contention pour le moment » et qu'il allait devoir prendre un traitement médicamenteux.

Lors du « retour », dans le poste de soin, Le Dr Donelli prescrivit « mesure à maintenir, à détacher pour aller au WC », ainsi, qu'un traitement médicamenteux en gouttes. Avant de sortir du poste de soins et après avoir pris connaissance de la prescription du Dr Donelli, le Dr Lessong, d'un ton assuré, affirme : « la fonction de cette unité est de contenir la dangerosité... on a une admission direct quand la dangerosité est manifeste ou quand il y a des

¹⁸⁸ Notons qu'avec le mot *transfèrement* plutôt que *transfert* communément employé en psychiatrie quand il s'agit de déplacer un patient d'une unité à l'autre, le Dr Lessong emploie un vocabulaire de l'ordre pénitentiaire.

¹⁸⁹ Le Dr Boissonnet est un psychiatre expert auprès de la cour d'appel de Paris, ainsi qu'au Centre National d'Evaluation de Frénes (ex CNO) dont la mission est d'accueillir des détenus pour une évaluation de leur dangerosité dans le cadre du dispositif de rétention de sûreté. Cette affirmation posant le sérieux, la gravité de la situation.

antécédents... [à l'USI] on a une certaine technique ». Cette injonction, ce discours d'autorité conduit immédiatement le Dr Donelli à rédiger une autre prescription avec en son sein une injection de neuroleptique en intramusculaire.

3.2.3. Travailler le cas normalement

Mr O. est donc en isolement et contention, depuis son arrivée dans l'unité, il a reçu le 21 octobre, sa première injection intramusculaire d'un neuroleptique à action semi prolongé (normalement efficace sur 72 heures), complété par un traitement « per os » d'un autre neuroleptique dit « incisif » et d'une « benzo » c'est-à-dire un anxiolytique qui « potentialise les effets des neuroleptiques », et de « correcteur » : un antiparkinsonien qui corrige les effets « neurologiques extra pyramidaux des neuroleptiques » et d'une Héparine de Bas Poids Moléculaire (HBPM) qui doit fluidifié le sang en prévention des thromboses veineuses, possible quand on est en contention. Il n'a pas été détaché entièrement, seule la main gauche le fut le temps de ses repas. Il doit faire ses besoins dans un « bassin » et ou un « urinal ». La prescription du Dr Donelli permettant qu'il soit détaché pour aller aux toilettes, reste toujours à l'appréciation de l'équipe et de sa disponibilité.

Quatre jours après son entrée, le 23 octobre, Mr O est toujours en isolement et en contention. Il n'est plus au centre des préoccupations, d'autres entrées on eut lieu et la présentation des patients, au « staff » et « au retour », respectent alors le sens croissant des numéros de chambres, tels que cela se présente sur la « planification murale ». Cette dernière, située dans le poste de soins, est un tableau où sont inséré par colonne, une pour chaque chambre, des étiquettes. La première ligne correspond au numéro de chambre ; la seconde au nom du patient, son secteur et son médecin responsable puis chaque ligne donne pour chaque heure de la journée des états ou les actions à faire : MCI (Mise en Chambre d'Isolement), contention, repas en chambre, siestes, traitement per os, traitement IM (injection Intra-Musculaire), entretien, douche... Un regard permet en instantanée de mesurer, pour les agents de l'USI, leur charge de travail, avec le nombre de patient présent, le nombre patient en chambre d'isolement, etc. La « planification murale » permet sans passer en revue l'ensemble des dossiers de visualiser les consignes médicales.

Aussi, ce 23 octobre, un autre patient préoccupe l'équipe : Mr Diop. Ce patient connu de l'USI est arrivé en HO via l'IPPP, en provenance d'une maison d'arrêt, suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale, lui aussi. Aussi, lors du staff, il concentre les discussions.

-Rose, l'infirmière en reconversion, « On a été étonné de son arrivée, on pense qu'il serait en chambre d'isolement ». Le médecin de garde n'avait pas jugé nécessaire la mesure.

-Dr Lessong : « aujourd'hui c'était les retrouvailles...C'est un patient du 3^{ème}, parapsychopathe aussi intrusif que menaçant (...) Il est en train d'écrire le Gault et Millau des structures fermées (...) Ce sera une HO de longue durée qui va poser des problèmes institutionnel (...) Le médecin de garde aurait dû aller plus loin [que de ne pas prescrire une mesure de chambre d'isolement] en contestant le bien-fondé de la mesure, il a une fonction d'évaluation et doit prendre des décisions techniques et ici il y a des décisions prédictées (...) en taule, il y a une tolérance des faits plus importante qu'à l'HP mais ce n'est pas une raison pour le charger en médicament, pourquoi et sur quelle base il a été orienté ici ? Ici on a une fil active avec des pédiées et des passes droites ... C'est une bonne indication pour le 7^{ème} »

-Martin : « il faut se mettre en contact avec les autres ... » sous-entendu, avec l'équipe du SMPR d'où arrive le patient.

-Dr Lessong : « le sixième a une fonction critique, le 7^{ème} une fonction normative et cadrante, une fonction durkheimienne, ça c'est pour l'autre zèbre là-bas. Ici nous serions des néo-freudiens la haut ils seront des néo-durkheimiens ... mais avant que je ne parte, j'aimerais voir l'autre médicale »

- Martin : « c'est quelqu'un qui parle bien le français... »

-Annabelle, une infirmière : « il est, absolument pas sédaté, il attend que l'on soit dupe, même si on y va avec des gants ... pour l'instant, il n'y a pas de signe de violence, mais on le sent, ça va pas du tout le faire, on échange en français, il ne répond pas mais comprend, hier on a fait l'ECG, on l'a détaché... il ne supporte pas l'urinal ».

- Dr Lessong : « moi ce qui me paraît important, ce que les uns les autres doivent avoir dans la tête c'est qu'il est arrivé avec un comportement de taulard ... à se fabriquer des armes etc. ... on sait que ça va être une hospitalisation très longue durée ... Votre travail ça va être un travail d'évaluation... donné le change, repérer ses activités underground (para carcérale),... vous devez être en hyper vigilance ... vous n'avez pas le droit à vous exposer... ce n'est pas parce que vous êtes meilleur que les autres... avec ce patient, tout est en place... Respectons ce qui est écrit par notre ami [Boissonnet]...La préoccupation sécuritaire c'est une chose, la préoccupation de votre sécurité c'en est une autre... méfiez-vous là ! ».

-Annabelle : « hier, il a eu besoin qu'on lui tienne la main pour la pique et on a dû lui parler avec un ton de réassurance comme pour l'enfant qui craint les piqûres ».

-Mr Damon : « on peut dire il est dangereux mais on peut le dire ici car on connaît le cadre transférentiel ».

-Françoise, une infirmière : « hier il a été impulsif avec Edouard [un aide-soignant de l'équipe]... il a eu aussi un échange avec Laëticia [une ASH] où il semblait déconnecté, il a essayé de garder l'abaisse langue ».

-Mr Damon : « bien qu'il peut conclure des interventions par merci bien »

-Françoise : « ça fait terroriste, il a des liens et quand on va enlever les liens, ça va faire boom »

-Martin, d'un ton rassurant: « il a un traitement ... il a un syndrome d'influence ... »

-Dr Faouet : « dans son discours c'est pas sorti de propos islamiste »

-Annabelle : « il est bizarre, pendant l'entretien, il faisait tourner le bouton des attaches »

-Dr Donelli: « je préfère avoir un avis collégiale au sujet des entretiens en arabe ».

La veille le Dr Faouet avait conduit un entretien en arabe, qui permit au patient de parler de son parcours de vie, de son arrivée en France pour rejoindre un frère. Mais cet entretien en arabe pose des problèmes à l'équipe car seule la psychiatre pouvait alors comprendre les tenants et les aboutissants du dialogue.

-Dr Lessong : « Pour Mr O., on aménage un cadre, tout ce qui implique un traitement rapproché doit être fait avec les hommes », ensuite, le Dr Lessong quitte le poste de soins.

-Mr Damon : « c'est le week-end, il faut que la transmission ai bien lieu, car lui est en situation de nous observer »

La prescription d'isolement et de contention est renouvelé par le Dr Donelli, à une nuance près : « contention 2 jambes et bras gauche » « vigilance +++ ». Dans l'après-midi, Il reçoit une nouvelle injection intramusculaire du neuroleptique à action semi prolongé, qui permet « de couvrir » tout le week-end, c'est-à-dire de garantir une « imprégnation » par les neuroleptiques, l'observance d'un traitement en gouttes, ou « per os » n'étant pas garantie à cent pour cent, un patient pouvant se faire vomir ou recracher les gouttes.

Mr O. mange tous ses repas, accepte aussi le traitement « per os » et ne s'oppose pas physiquement à aucun « soins » y compris les injections réalisé en présence de renfort. Le lundi 26 octobre, Mr O. est depuis sept jours de contention, il a été régulièrement détaché pour aller aux toilettes et rattaché sans difficulté pendant le week-end, ceci toujours en présence de tous les agents en blouse de l'unité. Aussi, lors du staff du lundi, Charline, après avoir expliqué les actions réalisées avec Mr O. pendant le week-end, annonce d'un ton sûr : « Mr O., pas de problèmes particuliers ». Puis elle se souvient qu'au moment où elle parle : « il a la ventrale plus les pieds ... d'ailleurs il faut enlever la table du petit déjeuner ». Aussitôt, trois agents se lèvent pour se rendre dans la chambre de Mr O. ; Charline avait pris la décision de détacher la main droite le matin « comme le week-end c'était bien passé ». Quand les agents reviennent de la chambre de Mr O., il avait simplement poussé l'adaptable au bord de son lit. Les infirmiers ne rattachèrent pas la main droite, et le Dr Donelli valida cette décision dans la prescription qui suivit la visite. Il la compléta, le lendemain, par la prescription suivante : « MCI, contention ventrale et jambes, à mobiliser dans la chambre +++ ». Le 28 octobre, la prescription n'est plus qu'un « isolement simple » sans contention, une mise en chambre d'isolement, « MCI ».

-Loïc, de retour après un repos de quatre jours, présente Mr O. avec étonnement, au staff : « on l'a retrouvé complètement détaché hier en train de faire sa prière, on a vu avec le Dr Donelli qui a confirmé la levée des contentions, on a fait l'injection avec des renforts quand même ».

Mr O. n'avait pas de lui-même tenté de s'extraire du système de contentions, mais avait été détaché par l'équipe pour qu'il puisse se doucher, et il avait été laissé comme cela. Ce fut la dernière injection intramusculaire que reçut Mr O., celle-ci était un neuroleptique retard, celui que prenait Mr O. en gouttes depuis le début de son hospitalisation. Après, cette rapide présentation de Loïc, le Dr Faouet absente la veille interroge.

-Dr Faouet « qui était en entretien ? »

-Mr Damon « moi ... »

-Dr Faouet : « pour les sorties de chambre, Dr Lessong souhaite que l'on fasse très attention, on verra lundi, si le week-end se passe bien »

-Mr Damon : « il pourrait aller en salle de sport et y rester un quart d'heures... »

-Dr Lessong : « s'il accepte le parachute ventrale du neuroleptique retard, c'est qu'il est consentant au soins »

A ce moment, des cris proviennent du couloir et sortie en vitesse du cadre, Loïc, Françoise, les étudiants infirmiers...Seules le Dr Faouet, les psychologues et moi restons assis. Ces cris étaient ceux d'une patiente connue pour être démente qui s'était trompé de chambre et qui demandait de manière insistante au jeune patient présent dans sa chambre de la quitter. Mr O., plus en contention, depuis une journée, sortit donc un quart d'heure dans le début d'après-midi pour aller, accompagné par un agent, sur la terrasse où se trouve « un rameur », il regagna sans opposition sa chambre. Le mercredi 3 novembre, les sorties de chambre d'isolement seront d'une heure par jours, puis deux heures à partir du vendredi suivant. Ensuite, du 6 au 16 novembre, Mr O. sort de sa chambre comme suit : « sortie ½ le matin et 2 fois 1 h/j l'après-midi pour salle de sport et terrasse », il a toujours un traitement « per os » qu'il accepte, les dosages sanguins des médicaments montrant en plus qu'il les absorbe. A partir du 16 novembre, il n'est plus en chambre d'isolement, et a été placé en chambre 604, mange au réfectoire et circule librement dans l'unité. La crise est terminée.

3.2.4. Fin de crise, il faut que ça circule.

Le 03 novembre, lors d'un « Retour », dans le poste de soin, le Dr Faouet discute avec le psychiatre du 5ème étage qui devrait s'occuper de Mr O. à sa sortie de L'USI. Il s'avère que le frère de Mr O. qui n'avait plus de nouvelles depuis fin août, après avoir sollicité les services de police, s'est présenté à l'hôpital. Ce frère inquiet et soulagé de savoir que son frère est hospitalisé. Il signe, dès sa première visite, à la demande du psychiatre, une déclaration de domiciliation de son frère chez lui. Il réside dans un département voisin. Aussi, lors de l'entretien avec le frère de Mr O., il informe le psychiatre que Mr O. avait déjà bénéficié de soin psychiatrique sur le secteur où il réside. Aussi, lors d'un retour à l'USI, je saisi cet échange à propos de Mr O.

-Le psychiatre du 5èmes étages : « Oh, si c'est une rechute de moins de 5 ans, voilà ... ».

-Dr Faouet : « je vais explorer ça ... »

Mr O. quitta l'USI, le 1er décembre, pour un autre hôpital, non pour une rechute de moins 5 ans mais parce qu'en le domiciliant chez son frère, le patient releva, de manière

systematique, du secteur de résidence de son frère. Le médecin chef du secteur ne s'opposa pas à recevoir Mr O. dans son service, de plus, les préfets des deux départements ont autorisé son transfert. Pour que Mr O. quitte ce nouvel hôpital, il faudra qu'il subisse deux expertises concordantes de psychiatres qui évalueront à nouveau sa dangerosité afin que la mesure d'HO soit levée. Au cours de son séjour à l'USI, Mr O. n'exprima aucune hostilité envers les agents de l'USI et fut on ne peut plus docile.

3.3. Façonner la crise psychiatrique, produire de la docilité

Le cas que nous venons de suivre pose plusieurs questions sur la nature du travail psychiatrique, la conception de la personne, du malade mentale, et la dangerosité en psychiatrie. Que s'est-il passé avec Mr O. ? Présenté comme un patient dangereux, ne parlant pas le français, ayant commis des gestes dangereux ou menaçant pour les personnes s'occupant de lui, Mr O. va tout de même être pris en charge par l'équipe de l'USI pendant près de deux mois sans qu'aucune des pratiques de l'USI ne soient modifiées, bien que les discussions entourant son arrivée le furent. Comment Mr O. est-il devenu « un patient en crise » ? De quel travail a-t-il bénéficié à l'USI ?

3.3.1. Définir et circonscrire une crise psychiatrique

Le travail d'une équipe psychiatrique se décompose en actions soit elles portent directement sur la personne, par la parole ou en acte physique, soit ses actions sont le fruit des agents entre eux. Ces dernières regroupent ce que Robert Barrett dans *La traite des fous* a appelé la « construction des cas ».

3.3.1.1. Construction de cas chez Barrett.

Dans son ouvrage, Robert Barrett analyse une forme de « construction sociale de la schizophrénie » et présente cette « construction cas » comme le passage d'un « cas segmenté » par le regard, les écrits (« dossiers de cas ») et les discussions des différentes catégories de professionnels à une personne complète « le schizophrène », dans une synthèse de ces travaux. L'idée de « cas segmenté » est bâtit par l'auteur à partir de l'étude des « routines professionnelles de santé mentale ». Barrett montre comment une personne est perçue, décortiquée comme étant « un espace du cas » de maladie. Cet espace a « trois dimensions fondamentales » : une profondeur, une surface et une étendue. La première dimension évaluée par les psychiatres porte sur le psychisme du malade. La seconde, celle

des infirmiers porte sur le rapport à la réalité quotidienne, aux relations sociales du malade et la dernière dimension renvoi à la place sociale du malade dans son environnement. C'est l'ensemble de ces dimensions qui forme le « cas segmenté ». Puis, par une synthèse dirigée par le psychiatre, l'équipe psychiatrique constitue la personne malade.¹⁹⁰

Barrett a travaillé sur la schizophrénie « en tant que catégorie de savoir pratique »¹⁹¹ mais ses résultats et son analyse du travail psychiatrique relatif à « la construction de cas » sont transposables dans notre démarche. Ainsi, la construction de cas d'un « patient en crise » sur notre terrain suit des découpages formant un « cas segmenté » comparable à la démarche de Barrett.

3.3.1.2. Avoir besoin de soins et ne pas consentir : première dimension de la crise

« Arrivé hier, parce qu'il a renversé des scooters, il est en HO... il est bien... il y a pas vraiment d'indication pour l'USI... c'est un hébergement »
Charline, « en staff »

A l'USI, l'objet du travail n'est pas une maladie mentale ou un trouble psychique mais des personnes « en crise psychiatrique », c'est-à-dire des personnes ayant un trouble rendant leur consentement impossible à un projet de soins. Dans un premier temps, il s'agit de vérifier que la personne présente bien des troubles rendant leur consentement impossible. Ce point constitue une première dimension du cas de « patient en crise » qui le plus souvent est documenté avant l'entrée à L'USI.

Ainsi, Mr Fawadi, jeune afghan de 18 ans, en situation irrégulière, est entré à l'USI, en HDT, après un passage au CPOA et à l'UIA après une « tentative de suicide », le 6 octobre, où il aurait tenté de passer par-dessus bord d'une péniche pour se jeter dans la Seine alors qu'il résidait sur celle-ci. Le lendemain, l'entretien d'évaluation psychiatrique mené avec un interprète révèle que c'est l'annonce faite par une assistance sociale de l'association Emmaüs, propriétaire de la péniche, qu'un arrêté de reconduite à la frontière avait été pris le concernant ce qui aurait justifié son geste. Dans l'unité, Mr Fawadi est calme, silencieux, participe activement aux tâches ménagères et ingère le traitement anxiolytique qui lui a été prescrit. Il sort le 9 octobre directement de l'USI pour la péniche, au motif qu'il « ne présente pas de trouble du comportement » et qu'il avait déjà « une éducatrice et une assistance

¹⁹⁰ Robert Barrett, *La traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*, traduit de l'anglais par Françoise Bouillot, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1998, p.85.

¹⁹¹ Ibid. p.285.

sociale qui s'occupe de lui ». Mr Fawadi a été reconnu comme ayant une souffrance par l'équipe de l'USI, toutefois sa problématique ne relève pas d'une situation de crise.

3.3.1.3. Présenter des risques : un fondement local du cas de « patient en crise »

« J'avais demandé gestion du stress en formation continue, car quand on a un gros malabar qui arrive, on est tous dans le stress ».
Loïc, infirmier, en salle de pause.

La seconde dimension de la construction des cas de « patient en crise » est celle d'une évaluation des risques. Nous entendons par « risque » l'association d'un danger (le fait qu'un événement non souhaité advienne, qu'un dommage soit créé) avec la probabilité que celui-ci arrive. Les risques vont appeler des mesures de sécurité. Il y a trois dimensions dans la gestion des risques : la prévention, la protection et la prévision. La prévention consiste à tout mettre en œuvre pour qu'un danger identifié ne puisse arriver. La protection consiste à ce que le danger étant arrivé, on fasse tout pour que les conséquences soit les moins graves, les moins importantes possibles, et la prévision consiste à analyser une situation où l'événement non souhaité s'est réalisé malgré les mesures précédentes et on fait tout pour qu'il puisse ne se reproduire pas et ainsi, améliorer les mesures de prévention (la prévision n'est pas une dimension de la gestion des risques que l'on peut mobiliser sur notre terrain, cela relèverai plus d'une démarche épidémiologique).¹⁹²

En psychiatrie, les troubles rendant le consentement du patient impossible sont associés à l'idée de danger pour lui-même ou pour autrui (les patients consentant sont également le plus souvent associés à cette idée). Aussi, à partir d'une hospitalisation, un certain nombre « d'événements non souhaités » peuvent apparaître. Ils constituent ce que nous nommons une « dangerosité locale », la catégorie générale de « dangerosité psychiatrique », que l'on a sur la scène sociale de manière prégnante ces dernières années, n'est pas utilisée dans cette unité.

Aussi, cette « dangerosité locale » est redéfinie en risque à prévenir : « risque de non-respect du cadre des soins », « le risque de sortie sans autorisation médicale » ou « risque de

¹⁹²Ces définitions s'appuient sur les théories de management du « risque majeur » issu du monde industriel. Voir : Jean Dos Santos, Michel Lesbats, Pierre Perihlon, « Contribution à l'élaboration d'une Science du Danger - aspects globaux », *Actes des Assises Internationales des Sciences et Techniques du Danger*, Bordeaux, 1993. Pour une application concrète dans le monde de la santé : Isabelle Poulain et Frédéric Lespy, *Gestion des risques : guide pratiques à l'usage des cadres de santé*, Lamarre, Paris, 2002.

fugue », le « risque suicidaire », le « risque de passage à l'acte » auto ou hétéro-agressif, le « risque de non observance » du traitement, etc.

Dans ce sens, le Dr Lessong, à plusieurs reprises, m'a défini le travail de l'USI comme étant le lieu de traitement « des échecs de la psychiatrie traditionnelle », et que l'USI a des « techniques pour faire autre chose » quand il y a confrontation des « troubles majeurs du comportement » présentés par le patient avec le « projet de soins » proposé par l'équipe psychiatrique.

Les mesures de prévention et de protection vont être déterminées en premier lieu lors du moment inaugurale de la prise en charge d'un patient à l'USI : sa présentation « en staff » puis en « retour » qui fondent « l'étiquette d'entrée » (les actes préalablement réalisés sont le plus souvent décidés par un médecin extérieur à l'unité, bien que ce dernier respecte le plus souvent les indications des « agents en blouse » présents lors de l'admission).

Ainsi, pour tous les patients de l'USI, les troubles décrits dans les certificats, les motifs d'hospitalisation, le statut d'hospitalisation (HO ou HDT) et la nature du passage à l'acte (tentative de suicide, agression, menace...) à l'extérieur de l'USI sont des signes qui vont se compléter par la description des premières heures à l'USI, du premier contact. Des signes de risques précités que peuvent présenter les patients au sein de l'USI. Suite à ce travail sur « l'étiquette d'entrée », les discussions portent sur les mesures à mettre en œuvre. Ces mesures de prévention vont être la mise en pyjama des patients, la mise en chambre d'isolement et en contention, l'administration d'un traitement sédatif.

Le cas de Mr O. nous a montré la prise en charge d'une personne dont la « dangerosité psychiatrique » caractérisée, fut imposée à l'USI. La teneur des échanges de l'équipe portait sur la vigilance extrême que chacun devait avoir, des précautions que chaque agent devait mettre en œuvre vis-à-vis de lui, sans qu'il y ait eu d'innovation par rapport à d'autre prise en charge. En revanche, la majorité des cas admis à l'USI, l'évaluation des risques se fera essentiellement dans les interactions entre les agents et le patient. Les étiquettes d'entrée légitimant la place des patients à l'USI vont être déconstruites et reformuler.

Ainsi, Mme Ouila, 34 ans entrés en HO suite à une tentative de suicide par défenestration (ses parents à Toulouse n'ont pu signer d'HDT) était en contention au 3^{ème} étage car elle avait giflé le psychiatre qui s'occupait d'elle ; arrivée à l'USI, l'analyse des risques, que présentait cette femme, montra qu'elle ne giflait que les personnes de sexe féminin. Aussi, elle fut mise simplement en isolement et ce fut dans un premier temps le

personnel masculin qui s'occupa d'elle. Ce risque de passage à l'acte hétéro-agressif était circonscrit.

Mme Verdi, une femme de 63 ans, menue et décrite comme « frustrée », entre à l'USI, le 12 octobre, transférée du 5^{ème} étage par ce qu'elle avait mis le feu au lit de sa voisine de chambre « après que son psychiatre lui annonça qu'ils étaient à la recherche d'une place en maison de retraite » ce qui allait la séparer de son compagnon d'hospitalisation. Placée en chambre d'isolement à son arrivée, elle accepte sans difficulté son traitement médicamenteux. Le 14 octobre, les agents de l'USI en staff discutent son cas :

Charline : « le 5ème souhaite déjà la reprendre ; son copain alcoolique, psychotique du service, est sorti »

Dr Faouet : « elle a quand même mis le feu, non pas à son lit mais à celui de sa voisine ... à surveiller quand même moi je la sens dans un passage à l'acte »

Rose : « ici, il ne se passera rien, y a pas de briquet »

Charline : « ... dans l'unité ... déjà on peut la sortir de chambre d'isolement ? »

Dr Faouet : « oui s'il est possible de la mettre près de nous »

Charline : « oui, là 601 est libre »

La veille du 16 octobre, au soir, Mme Verdi a « balancé son plateau » ce qui a conduit les deux infirmiers présents à « la recadrer et à l'accompagner en chambre ». Le retour sur son secteur est prévu dans l'après-midi ; aussi, dans le poste de soins, avant le « retour », Charline et Loïc, présents la veille, interrogent le Dr Donelli sur la rapidité de son transfert sur son secteur.

Charline : « c'est confirmé pour cette après-midi le retour sur son secteur ? Car vu ce qui s'est passé hier, elle est toujours impulsive. »

Dr Donelli : « elle accepte son traitement ? ... oui ... alors pas de problèmes... »

L'impulsivité de cette patiente peut engendrer des dangers (comme le fait de balancer son plateau) mais la cause identifiée de l'incendie (risque majeur à l'hôpital) était la séparation d'avec son compagnon, résolue de faite. Mme Verdi ne faisait plus référence à cela depuis son arrivée à l'USI.

L'exemple suivant, Mme Efoix, est un cas où un risque suicidaire important est identifié, compliqué par des problèmes somatiques, ce qui change la nature de la crise. Cette femme de 49 ans est d'une maigreur extrême, « mutique », et décrite comme « opposante aux soins ». Elle est entrée le 5 novembre dans l'établissement, elle arrive à l'USI, le 13 novembre dans la matinée. J'assiste au retour. Le Dr Lessong raconte une histoire. C'est un interne en psychiatrie qui passe le concours du clinicat. Il doit présenter au jury un patient présent depuis 25 ans dans le service. Après le développement de son examen clinique il conclut son observation par : « nécessité de poursuivre les soins pour approfondissement

diagnostique ». Le Dr Lessong adresse son histoire à l'équipe et, en particulier, aux médecins car il défend que Mme Efoix est une : « patiente mélancolique- anorexique donc il y a urgence ... on ne va pas attendre qu'elle soit en phase agonique » (contrairement à ses collègues ?).

Dans l'après-midi, Mr Damon rapporte les propos du retour à une infirmière absente en réunion : « Lessong la voit cachexique alors que son médecin du CMP dit qu'elle a toujours été comme ça ... bon, aujourd'hui, c'est plein, c'est calme, mais on ne sait jamais ».

Le lendemain en « retour », Charline commente les résultats sanguins qui ne sont pas dans les normes.

Charline à ses collègues : « le médecin généraliste a appelé Cochin...il ne s'inquiète pas... elle ne veut pas appeler Bicêtre pour un second avis comme le veut Lessong ... Dr Faouet va le faire ... on a fait la prise de sang et posé un G5 (il s'agit d'un mélange d'eau et de sucre en perfusion)... on aurait à faire à une hystérie grave ça serait plus simple pour la transférer... en tout cas c'est le somatique la priorité ... Joëlle (une infirmière) a mis en place une feuille de MCI car les surveillances sont plus régulières... si on trouve pas de place en somatique, on lève l'HDT ce sera plus facile »

Annabelle : « ils le feront pas avec une mélancolie mais quand même sur le plan physique on a quand même un problème de formule (NFS) qui m'inquiète »

Charline : « elle embolise tout »

Annabelle, s'adressant à moi « Lessong et Mme Efoix sont en fusion... tu n'écris pas ça bien sûr ... »

Moi : « je me posais la question des motifs de sa contention ? »

Charline : « on craignait qu'elle arrache tout »

Mme Efoix est contenue et perfusée. Elle refuse toute alimentation et hydratation. L'équipe lui donne, en perfusion, en plus d'une hydratation, un traitement sédatif pour qu'elle n'enlève pas le dispositif intraveineux et un traitement antidépresseur. Il y a alors un conflit ouvert entre le Dr Lessong et le médecin généraliste. Ce dernier ne s'inquiète pas du problème d'anémie que présente la patiente, « il s'agit d'une anémie chronique » alors que pour le Dr Lessong : « il faut régler le problème de suite ».

Après quelques jours, « la patiente est cliniquement mieux » mais le Dr Lessong rappelle à l'équipe, et en particulier au Dr Faouet, ce qu'il faut faire : « attention à la queue de la mélancolie ». Dr Faouet était en train d'organiser le transfert de la patiente en hématologie au CHU de Bicêtre qui accepta la patiente sans que l'HDT soit levée, et à condition qu'un agent du service la surveille le temps de son séjour. La patiente aura un agent intérimaire à son chevet pendant tout son séjour à Bicêtre. Son retour fut direct à l'étage de son secteur. Cette situation nous montre que certains risques ne peuvent être gérés à l'USI, dont les problèmes somatiques identifiés comme grave. Pour cette patiente, il y a une tension entre le risque

psychiatrique que représente une tentative de suicide et le risque somatique dont l'USI ne peut prévenir.

L'évaluation des risques en fonction de « l'étiquette d'entrée » détermine l'ensemble des mesures des actions que vont mettre en œuvre les agents de l'USI au début d'une prise en charge. Cependant, cette évaluation des risques n'est pas figée, elle va être complétée par une « évaluation morale de la personne » participant de faite à la « construction du cas » donnant une troisième dimension au cas de « patient en crise ».

3.3.1.4 Evaluer moralement la personne, situer le « patient en crise » sur un « continuum de l'intentionnalité ».

« Quand ils sont en état de crise, ils sont tellement dans leur délire, leur souffrance, qu'ils ne peuvent pas être concentrés très longtemps »

Léa, aide-soignante.

Dans le travail de Barrett, la personne complète, « Le schizophrène », subit une nouvelle évaluation, l'assignation d'une valeur morale. Ainsi, à certains moments d'une prise en charge les patients sont affublés de volition et, à d'autres, ils sont complètement sous l'influence de la schizophrénie, dans une « construction déterministe » de leur comportement.

Aussi, Barrett relate que « si la rédaction clinique est le support de la construction de cas, le discours clinique est le support d'une évaluation morale ¹⁹³ » des personnes. A l'inverse de l'écriture, la parole « manque de permanence et n'entre pas dans les comptes rendus ¹⁹⁴ », elle est moins contraignante et permet le passage rapide d'un discours professionnel à un autre non-professionnel. Barrett s'est intéressé à la nature de ces discours non professionnels que l'on retrouve dans les salles de détente ou en « pause-café ». Il en fait l'analyse lexicale et a montré l'existence d'un continuum pour qualifier les patients de « off » à « settled », où « off » représente l'absence complète de volition chez la personne, et où « settled » l'attribue à la personne. Ce continuum permet de qualifier les différents états de comportement des patients. Ainsi, le glissement d'un patient de « off » vers « settled » est perçu par « l'équipe schizophrénie » comme une trajectoire normale, témoignant, par la même, de l'efficacité du travail de l'équipe ¹⁹⁵. Aussi, cette trajectoire, s'appuyant sur des valeurs, telles que le travail, le progrès, la souffrance, prend une valeur morale. Chez Barrett, s'il existe une trajectoire normale, c'est pour permettre aussi de distinguer une trajectoire anormale.

¹⁹³ Robert Barrett, op. cit., p. 159.

¹⁹⁴ Ibid., p. 160.

¹⁹⁵ Ibid., p.166.

Le continuum de « off » à « settled », chez Barrett, constitue ce que nous appelons *un continuum d'intentionnalité*. Celui-ci va de la personne douée d'une intentionnalité ; c'est-à-dire qui caractérise « l'attitude psychologique intentionnelle adapter à un projet, de quelqu'un qui fait exprès, à dessin »¹⁹⁶ ; à l'absence complète de volition, le corps d'un individu impulsif, en passant par la personne ayant un « trouble de l'intentionnalité », où tous les actes ne sont pas volontaires, la personne est impulsive,

En conséquence se pose la question de savoir comment évaluer cette intentionnalité ? ou comment font les agents de l'USI pour situer le « patient en crise » sur ce continuum ?

Erving Goffman dans *La folie dans la place*, après avoir défini les concepts d'individu, de personne et du moi dans une dimension interactionniste, propose une définition sociologique de la catégorie de maladie mentale ou de folie. Selon lui, le malade mentale est quelqu'un « qui enfreint les règles communes de l'interaction sociale ».¹⁹⁷

Dans ce sens, c'est le non-respect des places, des rôles qu'un individu doit prendre dans une interaction qui signe un trouble. Aussi, Goffman distingue trois formes fondamentales de contrôle social normatif, en premier lieu « le contrôle personnel », qui est sans doute le plus important ; l'individu se retient d'agir improprement en étant le policier de lui-même. Ensuite « le contrôle social informel », c'est quand l'individu commence à mal agir ; les parties offensées peuvent le prévenir qu'il s'égaré, qu'il s'expose à une désapprobation imminente, que s'il y continue il y aura des sanctions. A la suite de cet avertissement, l'offenseur, reprend ses esprits et agit de nouveau d'une façon qui affirme les conventions communément approuvées. Enfin, « la menace que l'offenseur représente pour l'ordre social peut être conjurée par une sanction formelle, administrée par des agents spécialisés et désignés à cette fin ».¹⁹⁸

A l'USI, nous avons les trois formes de contrôle social dans le même espace. « Les règles communes de l'interaction sociale » vont être déterminées par le « cadre général », ce que nous avons nommé précédemment : les « règles d'ordre public local ». Aussi, reprenons un des échanges autour de Mr O., révélateur de l'évaluation de l'intentionnalité :

- Martin : « c'est quelqu'un qui parle bien le français... »

-Annabelle, une infirmière : « il n'est absolument pas sédaté, il attend que l'on soit dupes, même si on y va avec des gants ... pour l'instant, il n'y a pas de signe de violence, mais on le sent, ça

¹⁹⁶ Définition du mot *intentionnalité*, in Rey Alain et Rey-Debove Josette (dir.), *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Le Robert, Paris, 2011.

¹⁹⁷ Erving Goffman, « Appendice - La folie dans la place », in *La mise en scène de la vie quotidienne, 2. les relations en public*, Minuit, Paris, 1973, p. 322.

¹⁹⁸ Erving Goffman, *La folie dans la place... op. cit.*, p. 323-324.

va pas du tout le faire, on échange en français, il ne répond pas mais comprend, hier on a fait l'ECG, on l'a détaché... il ne supporte pas l'urinal ».

- Dr Lessong : « moi, ce qui me paraît important, ce que les uns les autres doivent avoir dans la tête c'est qu'il est arrivé avec un comportement de taulard ... à se fabriquer des armes, etc. ... on sait que ça va être une hospitalisation de très longue durée ... Votre travail ça va être un travail d'évaluation... donner le change, repérer ses activités underground (para carcérale)... vous devez être en hyper vigilance ... vous n'avez pas le droit à vous exposer... ce n'est pas parce que vous êtes meilleurs que les autres... avec ce patient, tout est en place.... Respectons ce qui est écrit par notre ami [Boissonnet]...La préoccupation sécuritaire c'est une chose, la préoccupation de votre sécurité s'en est une autre... méfiez-vous là ! ».

-Annabelle : « hier, il a eu besoin qu'on lui tienne la main pour la piqûre et on a dû lui parlé avec un ton de réassurance comme pour l'enfant qui craint les piqûres ».

-Mr Damon : « on peut dire il est dangereux mais on peut le dire ici car on connaît le cadre transférentiel ».

-Françoise, une infirmière : « hier il a été impulsif avec Edouard [un aide-soignant de l'équipe]... il a eu aussi un échange avec Laëtitia [une ASH] où il semblait déconnecté, il a essayé de garder l'abaisse langue ».

-Mr Damon : « bien qu'il peut conclure des interventions par merci bien »

-Françoise : « ça fait terroriste, il a des liens et quand on va enlever les liens, ça va faire boom ».

-Martin, d'un ton rassurant: « il a un traitement ... il a un syndrome d'influence ... ».

Du registre du soupçon (« parle bien le français [finalement] », « il attend que l'on soit dupes ») qui lui attribue une volition complète, nous passons à un registre d'infantilisation puis à la description d'une personne impulsive. Il y a une oscillation dans l'évaluation morale de Mr O. Ce manque de certitude sur sa place dans le continuum d'intentionnalité va induire pour lui que les agents vont agir comme si il était un corps impulsif en prenant les mesures les plus énergiques pour contrôler les risques qu'il représente : la contention complète associée à un traitement injectable.

Pendant la période d'hospitalisation de Mr O., Mr Diop, qualifié dans l'arrêté d'HO, de personne qui « nécessite des soins en raison de troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou (...) l'ordre public » n'a pas reçu la même évaluation d'une personne ayant un trouble de l'intentionnalité alors qu'il était entré dans un contexte similaire à Mr O., en provenance de maison d'arrêt.

-Rose : « On a été étonné de son arrivée, on pensait qu'il serait en chambre d'isolement ».

-Dr Lessong : « aujourd'hui c'était les retrouvailles...C'est un patient du 3^{ème}, parapsychopatique aussi intrusif que menaçant(...) Il est en train d'écrire le Gault et Millau des structures fermées (...) Ce sera une HO de longue durée qui va poser des problèmes institutionnels... »

Un ou deux jours suivant l'arrivée de Mr Diop, je note la discussion le concernant entre un psychiatre des étages, responsable administrativement de Mr O., et le Dr Lessong. Cette discussion portait sur les conséquences de la loi Dati et de la mise ne place des UHSA.

Selon eux, la psychiatrie était « débordé par la logique sécuritaire ambiante ». Le Dr Lessong exprimait le fait que, contrairement à Mr O., Mr Diop, bien connu du service, avait « été envoyé à l'USI dans la logique de l'UHSA, et non dans la logique du soin ». Il ne reconnaissait pas la situation de crise pour Mr Diop, ni même l'intérêt d'une hospitalisation.

Mr Diop était « connu du service » et avait déjà bénéficié d'une évaluation morale de ses capacités à faire preuve de volition. Aussi, quelques jours après son admission, Mr Diop souhaite contester son HO mais dit avoir des problèmes d'écriture. Le Dr Lessong l'encourage à rencontrer Mr Damon, en tant que cadre de l'unité, pour l'aider à rédiger son courrier. Mr Diop n'était pas connu que du service mais aussi de son secteur. Ainsi, le cadre de son étage et son psychiatre référent, en visite à l'USI, avaient stipulé les difficultés qu'ils avaient eu avec ce patient, dont « une hospitalisation en milieu fermé de six mois serait nécessaire car sinon il passerait son temps en MCI ». La précédente hospitalisation de Mr D. avait duré six mois, dans contexte de sortie de prison également, pour « un état d'agitation avec refus de soins » qui avait conduit Mr Diop en isolement et contention dans son service et un transfert à l'USI. A l'époque, d'après les comptes rendu d'hospitalisation, Mr Diop était « menaçant, impulsif » avec « un vécu persécutif, un trouble de personnalité dans un registre psychopathique ». Il affirmait « son droit à se défendre et à vivre sans contrainte ». Il présentait « des pulsions agressives », contestait les règles « par une argumentation interminable » et avait des « attitudes intimidantes et harcelait les jeunes femmes ».

Lors de ce nouveau séjour à l'USI, rien de tout cela ne transparaissait. Mr Diop n'était pas « un patient en crise », décrit comme « calme et coopérant, somnolent à cause des sédatifs », il ne comprenait pas son hospitalisation. De plus, il « accepte d'être recadré » quand les agents lui signifient, par exemple, « on ne fait pas son footing dans le couloir ». Au bout d'une semaine, les agents se posent la question de son maintien à l'USI, voir de la nécessité de soins psychiatriques.

-Charline : « il est délirant ? ... »

-Mr Damon : « il n'aurait pas 6 ampoules d'haldol decanoas s'il ne l'était pas »

Après cet échange, il retournera dans son étage. Mr Diop ne s'opposait pas au cadre général des soins et s'il enfreignait une règle, un simple « recadrage » ou « contrôle social informel » suffisait pour qu'il respecte « l'ordre public local ».

3.3.2. Produire de la docilité

« Il dit qu'il n'est pas malade et veut sa sortie, le Dr Faouet lui a bien expliqué que si il va mieux c'était grâce au traitement introduit ici ».
Charline, en transmission infirmière.

La construction de cas du « patient en crise » n'a d'intérêt que pour orienter le travail des agents auprès des patients. Comme nous l'avons vu, les cas construits ne sont pas statiques ; une personne opposante peut devenir coopérante, une personne considérée comme impulsive peut glisser vers l'intentionnalité pour devenir une personne douée de volition. Comment se passe le travail concrètement de « contrôle social » ? Comment les agents font se déplacer la personne sur le continuum avec l'emploi des pratiques d'isolement et de contention ?

3.3.2.1. Ajuster le cadre aux dimensions du cas.

Notre cas extra-ordinaire relate une situation où le patient fut contenu avant même son arrivée à l'USI. Cependant, le plus souvent pour le patient identifié comme étant en crise, son admission est suivie de sa « mise en isolement pour observation ». Cette mesure évite les contacts du nouvel arrivant avec les autres patients de l'USI, comme nous la dit Rose « que ça fasse pas bouillon de culture » dans l'unité comme elle le craignait avec Mr Diop qui n'avait pas été mis en isolement par le PH de garde. Ainsi, l'isolement pour observation permet à l'équipe de saisir le patient en dehors de toute interaction que celle d'avec les soignants et où tous mouvements et toutes paroles sont interprétés comme signes permettant d'évaluer les risques et de situer la personne sur le continuum d'intentionnalité.

Ainsi, ce temps d'observation va être ponctué de plusieurs stratégies de dévoilement du comportement effectif des patients. Si le patient est arrivé dans l'après-midi précédente ou pendant la nuit, les infirmiers ne vont pas donner le traitement du matin, prescrit par le PH de garde, car comme me le dit Loïc quand ils ont « pris un traitement en garde ils sont ensuqués » afin que, lors de la visite, le patient soit bien réveillé et présente son comportement et ses « troubles réels ».

Dans ce sens, lors de la première « visite » de Mme Ouila en chambre d'isolement alors qu'elle était contenue à son étage, l'infirmière présente reçu une gifle, ainsi que le Dr Faouet, cela punctua l'entretien rapidement ; le Dr Donelli reprenant un peu plus tard la visite auprès de cette dame, elle put dire que « cela l'a dépassée », elle avait « en partie

conscience de ces actes ». Aussi, un isolement simple sans rencontre avec des agents de sexe féminin suffit comme cadre de départ, pour éviter que « certains d'entre nous soient plus exposés que d'autres » comme l'annonçait le Dr Lessong lors de la décision d'un isolement simple. L'équipe avait expérimenté le risque.

Aussi, la prise de risque n'est pas uniforme pour toutes catégories d'agent. Ainsi, bien que je sois stagiaire, je fus sollicité pour accompagner une infirmière et un médecin généraliste en chambre d'isolement (le patient était contenu) pour faire une consultation, les autres hommes de l'unité étant occupés. Il y a des règles pratiques pour aller voir un patient en chambre d'isolement « toujours être vigilant, toujours être deux quand tu rentres », disait une infirmière à une étudiante en soins infirmiers.

Mais la limitation des risques est la plus visible dans le registre de l'administration de traitement. Le Dr Lessong répétait régulièrement cette procédure : « il faut toujours commencer par une dose de charge élevée mais en monothérapie avec, comme en UMD, une potentialisation avec d'autres produits, ... c'est pour la sécurité pas la sûreté ! ».

Ainsi, le patient en chambre d'« isolement pour observation » a dans un premier temps une prescription de neuroleptique et d'anxiolytique (le potentialisateur) en gouttes à visée sédatrice qui peuvent être complétés par des médicaments de l'humeur (antidépresseur, thymo-régulateur). Ce traitement est accompagné d'une prescription de traitement en « injection si besoin » s'il refuse les gouttes. L'injection est alors à l'initiative des infirmiers après avoir testé lors de la dispensation des gouttes si le patient les « prenait bien ou pas ». Parfois, les médecins vont après l'entretien choisir directement le traitement en injection au vu de « l'opposition du patient ». Ce traitement, comme nous l'avons vu avec Mr O., est un neuroleptique d'action semi prolongée, c'est-à-dire qu'il va agir sur un à deux jours avant renouvellement de l'injection. La forme injectable garantit l'observance et « l'imprégnation ».

Cette imprégnation par les neuroleptiques est observable rapidement par des signes neurologiques (troubles de l'élocution, raideur musculaire...) et par la sédation du patient qui ne nécessite pas d'autre examen qu'un échange verbal. « C'est la première mesure à prendre » défendue continuellement par le Dr Lessong, « pour être sûr que l'impulsivité est sous contrôle ».

Dans ce sens, le « contrôle social formel » va s'établir par la quantité de sédatif que reçoit le patient en plus des mesures d'isolement et de contention.

Une autre dimension de l'ajustement du cadre est la connaissance du patient : « on le connaît ? » question adressé à l'UIA par une infirmière, « on le connaît pas » réponse transmise à l'équipe présente lors de la réception de l'appel. Un « patient en crise » « connu du service » ne bénéficiera pas des mêmes mesures initiales, comme Mr Diop, du même « cadre

de soins » qu'un patient dont c'est un premier passage par l'USI. La connaissance du patient est, ici, une connaissance supposée de régularités comportementales du patient dans le temps de la crise.

Ainsi, je fus surpris après avoir lu le dossier de Mr Tamano qu'il ne soit pas en isolement à son arrivé à l'USI, fin novembre. Il avait passé 135 jours en isolement à son étage où « toutes les tentatives de sortie de chambre d'isolement s'étaient soldées par un passage à l'acte ». L'équipe de son secteur souhaitant le transférer en UMD. Ce jeune homme de 25 ans, en HO, avait agressé le gynécologue de sa mère ainsi qu'un infirmier. Il était décrit par les agents de l'USI comme « tendu », « méfiant », refusant de s'alimenter car « doute de la préparation ». Il était passé par l'USI en avril lors de son admission sur l'hôpital, et avait alors bénéficié de l'isolement initial et d'un séjour de trois semaines qui « c'était bien passé » comme Loïc s'en rappelle. Je le trouvais menaçant et j'avais pensé demander à être présenté par un agent directement. Pourtant, Mr Tamano respectait les consignes et les temps de sieste prescrits, il s'inquiétait de son diagnostic et prenait son traitement sans difficultés. Une injection de neuroleptique à Action Prolongée (AP) avait été faite la première semaine de son arrivée qui respectait le rythme de ce traitement (une injection tous les 4 semaines) prescrit par l'équipe des étages, qui faisait dire au Dr Lessong : « ils prescrivent les AP pour avoir la paix ». Le Dr Lessong annonçait explicitement en synthèse qu'il était « opposé au transfert de ce patient en UMD » mais qu'il n'allait « pas faire de l'ingérence ».

Cette situation est aussi révélatrice de la distinction qui est faite entre les « patients connus » et les autres. Mr Tamano avait été évalué lors de son premier passage, cette évaluation ne nécessitait simplement qu'à être affinée. Dans ce sens, « en staff », le Dr Lessong reconnaissait que Mr Tamano avait évolué depuis sa première admission : « ce n'est qu'une impression mais il a une relation différenciée, personnel... vous corroborez ? ». Avoir une relation différenciée, c'est-à-dire de « reconnaître l'autre comme pourvu de subjectivité » oriente fortement l'équipe sur l'intentionnalité de la personne. Toutefois, certains patients, doués de cette capacité de « relation différencié » sont aussi réputés pour en jouer et cherchent alors à « cliver l'équipe » et à tester « le cadre ». Après un mois à l'USI, Mr Tamano retourne sur son secteur, son séjour fut qualifié de « séjour de rupture » qui permit à « l'équipe d'en dessous de se reposer ».

3.3.2.2. Agir sur le corps.

« S'il mange et boit, on voit pour le traitement per os, ou ASP, s'il ne mange pas d'ici ce soir,
on perfuse et on attache ... »

Dr Donelli, pendant « une visite ».

Mlle Picquetry est une jeune femme d'une trentaine d'années, entrée, dans la nuit du 10 janvier en HDT signée par sa mère, pour un « état d'agitation maniaque » via l'UIA. Dès son admission, elle dit être enceinte et demande une échographie. Mise en pyjama elle fut placée dans une des quatre chambres d'isolement, dès sa première nuit. Le matin du 11 janvier, elle a un entretien avec le Dr Lessong dans sa chambre. Cet entretien, dans lequel le Dr Lessong lui signifie qu'elle allait rester ici, déclencha chez elle des cries (elle réitère sa demande d'échographie) ; ses cris conduisent l'équipe à la laisser en chambre d'isolement. Ils signent aussi son impulsivité. Aussi, et lors de sa présentation, au « retour » la discussion concernant son état n'évoque pas son maintien en chambre d'isolement, cela paraissait évident :

- Annabelle : « c'est une agitation en réaction ... avec l'entretien avec le Dr Lessong qui lui a dit qu'elle allait rester ici »

- Martin : « elle est très maniaque tout de même ».

Le lendemain, vers 11 heures, après qu'elle ait jeté son petit déjeuner et refusé de prendre son traitement en gouttes, les trois infirmiers présents, à ce moment-là, décident de la mettre en contention en faisant appel aux renforts, et avec dix personnes en blouse présentes dans la chambre ; (je reste à l'extérieur de la chambre avec les deux psychologues et la psychiatre dans l'entrebâillement de la porte). La patiente se débat mais le nombre d'agents permet d'attacher Mlle Picquetry sans que personne n'est reçu de coup et en protégeant la patiente de ses propres mouvements qui pourraient contraindre les agents à serrer plus fort leur préhension sur son corps et son pyjama.

Immédiatement après la « mise en contention » et le départ des « renforts », le Dr Faouet et les psychologues, accompagnés de Rose, rentrent dans la chambre pour faire un entretien. Je reste près de la porte ouverte :

-Dr Faouet : « elle est détachée, c'est normal ? C'est normal que la main gauche soit détachée ? » [Ton mêlant interrogation et inquiétude]

Rose sort alors de la chambre, suivie des trois autres personnes, et se dirige vers ses collègues.

-Rose : « elle s'est détachée ! » ce qui les fait revenir.

Arthur, l'aide-soignant, Rose et Charline, ainsi que les deux psychologues et la psychiatre, sont présents dans la chambre quand Charline repositionne la main de la patiente avec le système de contention, la seule qui était alors détachée.

L'entretien qui s'ensuit se déroule autour de son parcours de vie récent. Pour sa part, Mlle Picqueture réitère sa demande de ne plus être attachée :

-Dr Faouet : « on vous détachera quand vous serez plus calme ».

Le 13 janvier, à 9 heures, lors de la distribution des médicaments, la patiente pose encore des problèmes pour accepter de prendre un traitement médicamenteux en gouttes. La veille, elle avait reçu une injection « si besoin » d'un neuroleptique sédatif car Mlle Picqueture avait passé le début d'après-midi à crier.

-Françoise, d'un ton ferme : « il faut le prendre, sinon il va y avoir une injection »

La patiente ayant encore jeté son petit déjeuner, les agents la détachent et lui demande de rester dans un coin de sa chambre ; ce qu'elle fait. Pendant ce temps, Madeleine, Arthur, Sabrina (une ASH) et un étudiant infirmier refont son lit, et nettoient le chocolat au lait renversé sur le sol. Au vue de son état coopératif, ils la laissent en chambre d'isolement et elle se rallonge. Avant de sortir, Madeleine dit à la patiente : « là on va aller voir le médecin pour leur dire ce qui s'est passé. Allez reposez-vous un petit peu ». Elle ferme la porte à clefs. L'équipe se dirige alors vers le poste de soins pour le staff.

- Françoise : « et les traitements, elle les a pris ? »

- Madeleine à Françoise : « non, elle en a bu que la moitié. »

- Madeleine à tous : « Hier après-midi, avec l'injection et le traitement de midi elle s'est posée qu'une demi-heure ... Il a fallu la rattacher avec des renforts... elle ne tient pas seule en chambre ».

-Rose : « Elle ne s'est absolument pas posée »

-Madeleine : « la pensée est aussi explosive »

-Rose : « elle veut encore l'hôpital américain »

- Madeleine : « elle repart sur son histoire... je suis enceinte... »

-Dr Faouet : « la mère, que j'ai vu hier, est surtout dans les détails administratifs »

-Dr Donelli : « elle a trente et un an ... elle a été protégée par son épilepsie »

-Dr Faouet : « c'est une bouffée délirante que la mère banalise »

Il est décidé de lui refaire sans plus attendre un traitement par injection, cette fois-ci un neuroleptique à action semi -prolongée, utilisé dans l'unité. Françoise organise l'appel des renforts pour 11h, en appelant trois services et limitent leur nombre à deux infirmiers et une infirmière.

A leur arrivée, dans le couloir, Madeleine décrit ce qu'il va être fait : « On va lui faire prendre une douche et on va la rattacher, et lui faire son traitement ». Madeleine rentre la première

dans la chambre, accompagnée des renforts, de Rose, d'Arthur et Joseph (un ASH). Arthur donne un pyjama propre à Mlle Picquetry et ouvre la porte donnant sur la salle de bain. Rose et l'infirmière des étages se placent alors à l'entrée de la salle de bain, l'eau coule et Mlle Picquetry se douche. Les agents restés dans la chambre parlent de leur dernier bon repas. Après cinq minutes, Rose dit à la patiente : « il va falloir finir les collègues ne peuvent pas rester ». Arthur et Joseph ont refait le lit et réinstallé le « jeu de contention » prêt à accueillir Mlle Picquetry. Elle se brosse les dents et revient dans la chambre.

Voyant le lit refait, elle crie « non...non ... non, je ne veux pas »¹⁹⁹, les agents se rapprochent d'elle et saisissent ses bras. Madeleine lui dit qu'ils vont la rattacher et lui faire « une nouvelle piqure qui devrait [l'] apaiser ». Mlle Picquetry tente de se débattre et de faire lâcher prise aux mains qui la tiennent mais son petit gabarit et le nombre de personnes l'entourant, l'empêche de se mouvoir. Elle est rallongée de manière forcée et attachée de nouveau ; les membres inférieurs et la ceinture ventrale, en premier. Les deux infirmiers contrôlent les membres supérieurs et la tête. Elle crache sur les infirmiers et vocifère. La patiente crie toujours qu'elle veut : « une échographie et une prise de sang, je suis en enceinte attention ! ». Rose s'apprête à faire l'injection pendant que les agents maintiennent Mlle Picquetry sur son flanc. Les injections intra musculaire se font le plus souvent dans le haut d'une fesse. Fin de l'injection et fin des cris, la cadre supérieur, ayant entendu ces derniers, entre dans la chambre et s'adresse calmement à la patiente : « on va voir tout ça ».

Trois jours plus tard, Mlle Picquetry est encore contenue et a reçu de nouveau, la veille, le même traitement intra- musculaire d'action semi- prolongée.

Au staff suivant :

-Rose : « elle a un bon sommeil, elle fut coopérante pour le bilan sang »

-Une étudiante infirmière : « elle est moins sédatisée qu'hier »

-Madeleine : « plus polie, moins d'insultes »

-Dr Donelli : « et la nuit ? »

-Charline : « elle a bien dormi »

-Dr Donelli : « j'ai revu sa mère qui me demande, et en gros : c'est shooté la et faites la sortir »

-Dr Faouet : « est-ce qu'elle faisait des crises d'épilepsie partielles ? Y a-t-il un événement déclencheur ? Une dispute ? Qu'est-ce qu'on envisage pour elle comme traitement ? » ... pas de réponse ...

-Loïc : « hier, elle était encore réticente, voir opposante, après la douche, pour être de nouveau contenue, elle disait : « on est obligé ? » »

-Dr Lessong, répondant à Donelli au sujet de l'attente de la mère : « attention au passage de la contention au contentieux, on fait une cure de détente ».

¹⁹⁹ J'avais noté dans mon carnet de terrain que cette agitation était prévisible dès le « staff », dans la mesure où les agents n'avaient pas dit à Mlle Picquetry, lors du petit déjeuner, qu'elle serait probablement rattachée.

Il sera décidé de ne plus la contenir et de la faire sortir dans l'unité, accompagnée, une heure dans l'après-midi. De plus, il est prévu la visite de ses parents qui n'enthousiasment pas ; une infirmière annonce : « On ne la réveillera pas pour eux, ils la verront par le hublot ».

La patiente ne crie plus, seuls des gémissements peuvent être perçus dans le couloir.

Le 17 janvier, son cas est abordé brièvement en staff :

-Loïc : « les contentions ont été levées hier, elle est mieux, plus calme, coopérante. Hier elle demandait sa sortie au Dr Donelli »

-Dr Lessong : « c'est quand même marrant que l'épileptique demande sa décharge ».

Quelques minutes plus tard, lors de la présentation d'un autre patient, Sabrina entre dans le poste de soins et demande de l'aide car Mlle Picquette souhaite qu'on lui ouvre ses toilettes : « je n'ai pas le droit d'aller en iso ... ». Loïc se lève et la rejoint.

Trois jours plus tard, Mlle Picquette n'est plus au centre des préoccupations, elle est calme et circule librement dans l'unité. Il est prévu qu'elle descende le lendemain dans l'après-midi, après l'épreuve du Diplôme d'Etat des étudiants infirmiers qui ont décidé de présenter son cas en examen.

Le cas de Mlle Picquette nous montre comment cette « patiente en crise » a bénéficié des dispositifs d'isolement et de contention au sein de l'USI. En « isolement pour observation », elle est présentée comme « impulsive » par les agents, elle ne prend pas le traitement « per os » prescrit, et ses cris, son opposition, ses actes la situent à l'extrémité du *continuum d'intentionnalité*. Aussi, l'équipe va travailler sur son corps, elle fut contenue et sédaturée jusqu'à « imprégnation ». La contention puis l'imprégnation par les neuroleptiques entraînent l'impossibilité, pour les patients, d'effectuer des gestes qui transgressent « les règles communes de l'interaction sociale », qui enfreignent « l'ordre public locale » de l'unité. Le dispositif de contention permet d'attendre l'imprégnation par les neuroleptiques. A partir de l'imprégnation, le corps de la patiente devient inoffensif physiquement.

En parallèle des mesures sur le corps, les agents font appel au respect des règles de l'unité : « on vous détachera quand vous serez plus calme », « il faut le prendre, sinon il va y avoir une injection » ; demandes adressées à Mlle Picquette avec comme marche de manœuvre « le bâton ou la carotte ? ». Ceci fait preuve du « contrôle social informel » pour qu'elle mette en œuvre « son contrôle social personnel » si elle veut que le dispositif de contrainte se relâche. Bien qu'elle fut considérée au départ comme impulsive, les agents, pour conduire la patiente à être docile, ont optés pour deux postures : la menace quand elle ne respecte pas « le cadre » et la valorisation quand elle s'y soumet.

3.3.2.3. Améliorer la docilité pour diminuer la contrainte

Mr O. était l'exemple type du « corps impulsif » indocile au départ. Il ne parlait pas, il était étranger et il avait agressé des personnes à plusieurs reprises. Aussi, il lui a été appliqué un dispositif de contrainte maximum. Une contention complète avec un traitement sédatif par injection. Dans le tableau suivant nous avons regroupé l'enchaînement des prescriptions des mesures de contraintes pour Mr O. Celui-ci est semblable pour tous les patients qui se retrouvent à un moment ou à un autre en contention complète ; que ce soit après la phase d'observation en isolement simple ou qu'ils soient en contention à l'USI dès leur arrivée. Un tableau similaire pourrait être construit pour les patients qui ont bénéficié de prescriptions d'isolement simple, en commençant le tableau à partir de la prescription : « MCI » pour Mr O. La prescription de « MCI si besoin », dernière ligne de ce tableau, est commune à l'ensemble des patients de l'USI, qu'ils furent contenus, isolés ou pas.

date	Prescription écrite pour Mr O.
19/10	« isolement contention avec surveillance du comportement et des constantes »
20/10	« mesure à maintenir » « à détacher pour aller au WC »
23/10	« contention 2 jambes et bras gauche » « vigilance +++ »
26/10	« MCI, contention ventrale et jambes »
27/10	« MCI, contention ventrale et jambes, à mobiliser dans la chambre +++ »
28/10	« MCI »
03/11	« MCI, sortie 1 h/j pour salle de sport et terrasse, surveillée++++ »
05/11	« MCI, sortie 2 fois 1 h/j pour salle de sport et terrasse »
06/11	« MCI, sortie ½ le matin et 2 fois 1 h/j l'après-midi pour salle de sport et terrasse »
16/11	« fermée sieste et nuit »
24/11	« chambre fermée si agitation »
25/11	« MCI si besoin »

En suivant ce tableau, nous observons que les prescriptions médicales suivent une logique qui va de la contrainte maximale ; soit la maîtrise totale du corps, dans le cas de Mr O. ; à la circulation libre dans les limites de l'unité, suivant une échelle dégressive des contraintes. Cette échelle des contraintes fut la même pour tous les cas que nous avons présentés. Les prises en charge diffèrent en fonction de l'endroit où le patient est situé sur l'échelle des contraintes à partir du travail de construction de cas. Ainsi, Mr Diop entra directement sur le dernier barreau, Mme ouilla se retrouva à la moitié de échelle avec un isolement simple et Mlle Picquette parcourut l'ensemble de l'échelle ... Mme Efoix, quant à elle, partit du début de l'échelle et quitta le dispositif pour des raisons somatiques, avant de passer par les autres étapes.

Ainsi, c'est quand le patient a franchi tous les barreaux qu'il est prêt à quitter l'USI. Le passage de chaque barreau, de chaque étape est soumis à une évaluation, dans l'interaction et par l'observation des agents. Aussi, il faut, en premier lieu, qu'une imprégnation par les médicaments soit objectivée, puis que le patient respecte « les règles d'ordre public locale » en faisant preuve d'un « contrôle social personnel » témoin de leur intentionnalité, en acte, par le respect des consignes que leur donnent les agents de l'USI. Dans ce sens, au sujet du retour de Mr Tamano à son étage, le Dr Lessong annonçait en réunion : « si les modifications de son comportement sont durables, elles lui sont imputables, si elles ne le sont pas alors ces modifications seront imputables à nous ». Ces propos signent que la satisfaction des attentes des agents de l'USI suffit à « rendre sortant » un patient du dispositif.

Dans ce sens, c'est la docilité du patient, sa disposition à céder, à obéir sur laquelle porte le travail des agents de l'USI. Leur discours psychiatrique ne porte pas sur le psychisme en tant qu'objet premier du travail des agents mais en tant que source des comportements à risques. Ces derniers sont l'objet premier de l'USI. Ainsi, parmi les métaphores du Dr Lessong, au sujet de son service, une est particulièrement forte pour décrire ce qui s'y passe : « Ici, c'est la dialectique du maître et de l'esclave... c'est un espace qui n'est pas consenti donc qui implique le passage à l'acte... les explications [des patients] ne sont à interpréter que quand elles évitent le passage à l'acte... l'impulsion ça se traite, et sans état d'âme.. ». (En salle de détente, le 2 octobre, au sujet de Mme ouilla).

Conclusion

Issue d'une indignation, d'une posture militante dénonciatrice des pratiques, d'isolement et de contention, et traversée par les références « du monde des freudiens » et des discours critiques de la psychiatrie qui s'appuient sur les travaux de Goffman sur « les institutions totales » ou ceux de Foucault sur « le pouvoir psychiatrique », ma recherche a débuté par un questionnement de l'adjonction, qui me semblait paradoxale, du mot thérapeutique à celui d'isolement. Selon moi, il n'était pas possible pour les acteurs de la psychiatrie de démontrer l'efficacité thérapeutique de ces pratiques avec les méthodes actuelles de *l'evidence based médecine* ou d'études randomisées puisque « on isole quand on pas le choix », comme me l'avait suggéré un psychiatre du service où j'exerçais alors.

Postuler que « ce n'était pas thérapeutique » relevait d'une posture morale personnelle que nous devions dévoiler. Celle-ci était liée à l'espace social dans lequel nous étions inscrits en tant qu'infirmier, formé au début des années 2000 et travaillant dans un « service psychiatrique lacanien ». Ainsi, les concepts de « démocratie sanitaire », de respect de la liberté individuelle, de recherche systématique du « consentement éclairé » du patient aux soins sont les valeurs qui dominent le champ de la santé, aujourd'hui. Selon nous, il en devait être de même pour les patients en psychiatrie. Nous étions face à un dilemme entre les valeurs annoncées et des pratiques restrictives de liberté.

Aussi, « pris » dans ce dilemme, et après l'interrogation de nos propres valeurs, dans une démarche « réflexive réflexe », comme le propose Pierre Bourdieu, nous avons dû suspendre notre jugement moral afin d'interroger ces pratiques pour en faire une « description qui réussit à apprendre à un tiers comment des hommes agissent effectivement. »²⁰⁰

Par ailleurs, nous avons accompagné notre distanciation morale d'une distanciation épistémologique à partir d'un travail généalogique des pratiques d'isolement et de contention qui permet de repérer les transformations des valeurs associées à ces pratiques. Ceci dans le sens où les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie apparaissent toujours en creux dans les travaux sur les dispositifs psychiatriques et l'enfermement. Elles n'ont pas été interrogées directement par les sciences sociales dans une dimension empirique.

De ce fait, si placer une personne dans une pièce fermée, plus ou moins attachée pour la soigner, est une évidence, aujourd'hui, sur la scène sociale, son apparition n'est que

²⁰⁰ Jean Bazin, *Des clous dans la Joconde, l'anthropologie autrement*, Anacharsis, Toulouse, 2008, p. 378.

récente. Les pratiques d'isolement et de contention (fermer la porte et attacher la personne) sont pourtant existantes depuis l'origine de la psychiatrie moderne au début du XIXe siècle. Dans ce sens, notre travail généalogique des discours portant sur ces pratiques a décelé que nous sommes passés d'un isolement-séparation de l'aliéné avec ses habitudes, comme principe du traitement, à un isolement-enfermement dans la loi 1838, suivi rapidement d'une critique des coercitions physiques des aliénés, jusqu'à la notion médicalisée d'« isolement thérapeutique » des hystériques à la fin du XIXe siècle qui préfigurent les discours contemporains.

Par conséquent, leur apparition et leur questionnement sur la scène sociale sont liés à des transformations inédites des dispositifs psychiatriques : mise en place de la sectorisation psychiatrique et des modifications législatives et réglementaires. Ces mutations visent à réduire les lieux d'enfermement pour soins et à donner un statut de sujet de droit aux malades mentaux. En revanche, elles ont induit une concentration des personnes qui relèvent « d'hospitalisation sans consentement » dans des mêmes lieux fermés.

Nous avons effectué une description d'un de ces lieux, où se déroulent des pratiques d'isolement et de contention. A partir de notre ethnographie, nous avons pu présenter que les pratiques locales d'isolement et de contention sont liées à la prise en charge de « patients en crise », construite à partir de la prise en compte de différentes dimensions. La première est celle du non-consentement aux soins. La seconde est orientée par une identification de risques à prévenir que présente le patient pour lui-même, pour autrui et pour l'institution. La dernière dimension des cas de « patient en crise » s'appuie sur une « évaluation morale » de ces patients en les plaçant sur un continuum qui va de la « personne complète » douée d'intentionnalité jusqu'à « un corps impulsif » d'un individu, en passant par la personne ayant des « troubles de l'intentionnalité » et la personne « impulsive ».

Les mesures de contraintes suivent alors inversement ce continuum de la mesure de « contention complète » à la circulation libre dans l'unité, contingent d'un travail sur le « contrôle social personnel » des patients. Aussi, l'enjeu de ces pratiques n'est pas tant la folie ou la maladie mentale que la docilité des personnes arrivant dans cette unité fermée ; l'objectif final étant de renvoyer la personne vers un « dispositif ouvert » de psychiatrie.

Actuellement, infirmier dans un « centre de crise et de soins spécialisés pour adolescents », des patients de 12 à 18 ans arrivent dans des conditions de « non demande de soins », soit à la demande de leurs parents ou de leurs tuteurs, soit du juge des enfants. Ainsi, nous sommes régulièrement amenés à contenir certains patients lors de « crise clastique » où s'exprime le plus souvent leur opposition aux soins. Les mesures de contrainte ne durent pas

plus de quelques heures et ne sont jamais suivi d'un « isolement thérapeutique ». La docilité des patients est acquise bien plus rapidement. Aussi, quand nous sommes amenés à aller « en renfort » aux urgences psychiatriques de notre hôpital, les adolescents sont systématiquement isolés, placés en chambre fermées, non dans le sens « d'un isolement thérapeutique » mais pour les protéger du contact des patients adultes, ici la docilité de ces jeunes gens poserait des problèmes pour leur sécurité. Aussi, à partir de ces deux situations nous pensons qu'il serait intéressant de développer un travail sur les dispositifs d'isolement et de contention auprès de la population adolescente, « des sujets en devenir », pour approfondir la question des tensions entre soins, contraintes et docilité en psychiatrie.

Bibliographie

Ouvrages et chapitres d'ouvrages

J. Austin, *Quand dire, c'est faire*, Seuil, Paris, 1970.

R. Barrett, *La traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*, traduit de l'anglais par Françoise Bouillot, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1998.

J. Bazin, *Des clous dans la Joconde, l'anthropologie autrement*, Anacharsis, Toulouse, 2008.

S. Beaud, F. Weber, *Guide de l'enquête de terrain*, La Découverte, Paris, 2008.

A. Béliard et J.-S. Eideliman, « Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », in A. Bensa, D. Fassin (dir.), *Les politiques de l'enquête, épreuves ethnographiques*, La découverte, Paris, 2008.

A. Bensa, « Remarque sur les politiques de l'intersubjectivité », in A. Bensa, D. Fassin (dir.), *Les politiques de l'enquête, épreuves ethnographiques*, La découverte, Paris, 2008.

P. Bernard, *Manuel de l'infirmier en psychiatrie*, Masson, Paris, 1977.

P. Bourdieu, *Sciences de la science et réflexivité, Raison d'agir*, Paris, 2001.

J. Camus, P. Pagniez, *Isolement et psychothérapie. Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie, pratique de la rééducation morale et physique*, Félix Aclan éditeur, Paris, 1904.

R. Castel, *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Minuit, Paris, 1976.

R. Castel, *La gestion des risques, de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*, Minuit, Paris, 1981.

R. Castel, « Présent et généalogie du présent une approche non évolutionniste du changement », in *Au risque de Foucault*, Centre Pompidou, Paris, 1997.

P. Clément, *La forteresse psychiatrique*, Flammarion-Aubier, Paris, 2001.

D. Cooper, *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Seuil, Paris, 1970.

P. Coupechoux, *Un monde sans fous, Comment notre société maltraite ses malades mentaux*, Seuil, Paris, 2006.

N. Dugravier-Guérin, *La relation de soin : approches éthiques et philosophiques*, Selim Arslan, Paris, 2010.

A. Ehrenberg et A. Lovell, « Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie ? », in A. Ehrenberg, A. Lovell (dir.), *La maladie mentale en mutation*, Odile Jacob, Paris, 2001.

- A. Ehrenberg, « L'ordinaire de la psychiatrie : une sociologie des relations entre patient et professionnels », in L. Velpy, *Le quotidien de la psychiatrie, sociologie de la maladie mentale*, Armand Colin, Paris, 2008.
- J.-E. Esquirol, *Aliénation mentale, Des illusions chez les aliénés, suivi de Question médico-légale sur l'isolement des aliénés*, Librairie médicale de Crochard, Paris, 1832.
- S. Estroff, *Le labyrinthe de la folie, Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1998.
- D. Fassin et P. Bourdelais, « Les frontières de l'espace moral », in D. Fassin, P. Bourdelais (Dir.), *Les constructions de l'intolérable, Etudes d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*, La Découverte, Paris, 2005.
- J. Favret-Saada, *Les mots, la mort, les sorts*, Gallimard, Paris, 1977.
- D. Friard, *L'isolement séquestration ou soin ?*, Masson, Paris, 2002.
- D. Friard, « Isoler l'isolement ou le contextualiser ? » In A. Caria (dir.), *Démarche qualité en santé mentale, une politique au service des patients*, In Press, Paris, 2003.
- E. Freidson, *La profession médicale*, Payot, Paris, 1984.
- M. Foucault, *L'ordre du discours*, Gallimard, Paris, 1971.
- M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1972.
- M. Foucault, *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris, 1976.
- M. Foucault, *Les anormaux, cours au Collège de France, 1974-1975*, Seuil/Gallimard, Paris, 1999.
- M. Foucault, « Le sujet et le pouvoir », in *Dits et écrits, II, 1976-1988*, Quarto, Gallimard, Paris, 2001.
- M. Foucault, *Le pouvoir psychiatrique, cours au Collège de France, 1973-1974*, Seuil/Gallimard, Paris, 2003.
- J.-L. Gérard, *Infirmier en psychiatrie : nouvelle génération*, Lamarre, Paris, 1993.
- E. Goffman, *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Minuit, Paris, 1968.
- E. Goffman, « Appendice - La folie dans la place », in *La mise en scène de la vie quotidienne, 2. les relations en public*, Minuit, Paris, 1973.
- B. Good, « Avant-propos », in R. Barrett, *La traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1998.
- J. D. Guelfi (dir.), *Psychiatrie*, PUF, Paris, 1987.
- I. Hacking, *Les fous voyageurs*, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 2002.

- M.-C. Hardy-Bayle., J.-M. Chabot, *L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie*, Masson, Paris, 2008.
- E. Hughes, *Le regard sociologique*, EHESS, Paris, 1996.
- M. Jaeger, *Le désordre psychiatrique, des politiques de la santé mentale en France*, Payot, Paris, 1981.
- G. Lantéri-Laura, *Psychiatrie et connaissance*, Sciences en situation, Paris, 1991.
- J. Léonard, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs, Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, Aubier, Paris, 1981.
- S. Lézé, « Réflexivité », in J.-P. Cazier (Dir.), *Abécédaire de Pierre Bourdieu*, Sils Maria, Mons, Belgique, 2006.
- S. Lézé, « Résister à l'enquête », in A. Bensa, D. Fassin (dir.), *Les politiques de l'enquête*, La Découverte, Paris, 2008.
- S. Lézé, *L'autorité des psychanalystes*, PUF, Paris, 2010.
- G. Lopez, S. Tzitzis (dir.), *Dictionnaire des sciences criminelles*, Dalloz, Paris, 2007.
- N. Maillard-Déchenans, *Pour en finir avec la psychiatrie, Des patients témoignent*, Les éditions libertaires, Paris, 2008.
- B. A. Morel, *Le non-restraint ou de l'abolition des moyens de coercition dans le traitement de la folie*, Victor Masson et Fils, Paris, 1860.
- J. Palazzolo, *Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie*, Masson, Paris, 2002.
- P. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, seconde édition (1809), présenté et annoté par Garrabé Jean et Weiner Dora, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 2005.
- I. Poulain et F. Lespy, *Gestion des risques : guide pratiques à l'usage des cadres de santé*, Lamarre, Paris, 2002.
- C. Quétel, *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*, Taillandier, Paris, 2009.
- C. Quétel, J. Postel (dir.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, Paris, 2002
- M. Renneville, *Crime et folie, deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Fayard, Paris, 2003.
- J. Revel, *Le vocabulaire de Foucault*, Ellipses, Paris, 2002.
- A. Rey Alain, J. Rey-Debove (dir.), *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Le Robert, Paris, 2011.

L. Rhodes, *Emptying beds, the work of an Emergency Psychiatric Unit*, University of California Press, Los Angeles, 1991.

G. Swain, M. Gauchet, *La Pratique de l'esprit humain. L'Institution asilaire et la révolution démocratique*, Gallimard, Paris, 1980.

M. Tagle y Alfonso, *Contribution à l'étude du Non-restraint*, Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier éditeurs, Paris, 1885.

J. Thuillier, *Les dix ans qui ont changé la folie, la dépression et l'anxiété*, Erès, Ramonville, 2003.

S. Tribolet, *Guide pratique de psychiatrie*, Heure de France, tome 1, 5^e édition, Paris, 2000.

L. Velpry, *Le quotidien de la psychiatrie, sociologie de la maladie mentale*, Armand Colin, Paris, 2008.

I. Von Bültzingsloewen, *L'hécatombe des fous, La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, champ histoire, Flammarion, Paris, 2007.

F. Weber, *Manuel de l'ethnologue*, PUF, Paris, 2009.

Articles de sciences sociales

S. Bateman, « L'expérience morale comme objet sociologique », *L'année sociologique*, Vol. 54, n°2, 2004.

R. Castel, « Le traitement moral – thérapeutique mentale et contrôle social au XIX^e siècle », *Topique*, n°2, 1969.

A. Ehrenberg, « Les guerres du sujet, Introduction », *Esprit*, Vol. 309, n° 11, novembre 2004.

A. Ehrenberg, « le grand renversement », *Annales Médico-Psychologiques*, Vol. 163, n°3-4, 2005.

V. Fau-Vincenti, « Le concept d'« aliénés difficiles » à la source des UMD », *Santé Mentale*, n° 154, janvier 2011.

M. Jaeger, « La naissance de la profession d'infirmier en psychiatrie », *Vie Sociale et Traitement*, CEMEA, n° 3, mai-juin 1988.

G. Lantéri-Laura, « La chronicité dans la psychiatrie française moderne », *Annales E.S.C.*, Vol. 27, n°3, 1972.

J. Legrand, «Quasi-markets and social policy», *The Economic Journal*, Vol. 101, n° 408, September, 1991.

S. Lézé, «An exploration of the possibility of a sociology of mental health: An historical epistemological examination of the subfield in France», *Journal of mental health*, Londres, Vol. 16, n°3, juin 2007.

P. Pinell, « La normalisation de la psychiatrie française », *Regards sociologiques*, n° 29, 2005.

F. Sicot, « La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? », *Déviances et sociétés*, Vol. 30, n°2, 2006.

R. Rechtman, « L'hallucination auditive : un fondement paradoxal de l'épistémologie du DSM », *L'Évolution psychiatrique*, Vol. 65, n°2, 2000.

D. Terré, « Droit, morale et sociologie », *L'année sociologique*, Vol. 54, n°2, 2004.

Ressources en ligne/internet

D. Cefaï, « Les politiques de l'enquête (I) : Le travail de l'altérité », *La Vie des idées*, 22 mai 2009. ISSN : 2105-3030. URL : <http://www.laviedesidees.fr/Le-travail-de-l-alterite.html> (consulté le 02 octobre 2011)

D. Cefaï, « Les politiques de l'enquête (II) : Vers une anthropologie critique », *La Vie des idées*, 18 mai 2009. ISSN : 2105-3030. URL : <http://www.laviedesidees.fr/Vers-une-anthropologie-critique.html> (consulté le 02 octobre 2011)

F. Coste, P. Costey et L. Tangy, « Consentir: domination, consentement et déni », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, n° 14, 2008. URL : <http://traces.revues.org/365> (consulté le 02 octobre 2011)

P. Dardot, C. Laval, « La nouvelle raison du monde, Essai sur la société néolibérale », *Revue du MAUSS permanente*, 4 février 2009. URL : <http://www.journaldumauss.net/spip.php?article462> (Consulté le 20 juillet 2011).

B. Eyraud, « Consentir sous tutelle. La place du consentement chez les majeurs placés sous mesures de protection », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, n° 14, 2008. URL : <http://traces.revues.org/365> (consulté le 02 octobre 2011)

Présidence de la république, Discours du 2 décembre 2009 à l'hôpital d'Antony : URL : http://www.elysee.fr/download/%3Fmode%3Dpress%26filename%3D02.12_Hospitalisation_milieu_psychiatrique.pdf (Consulté le 26 février 2011).

R. Rechtman, « Verbatim 2/6 », Séminaire les Politiques *des sciences*, EHESS, 2 décembre 2009. URL : <http://pds.hypotheses.org/278> (Consulté le 30 mars 2010).

A. Sarradon-Eck, « Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique », *ethnographies.org*, n° 17, novembre 2008. URL : <http://ethnographies.org/./2008/Sarradon-eck> (consulté le 10 juin 2009).

Articles de périodiques professionnels psychiatriques

S. Bahadori, B. Castro, P. Valente, « Soins intensifs et chambre d'isolement », *Nervure*, Vol. 19, n°6, 2006.

L. Bonnafé, « Réflexions sur l'isolement thérapeutique », *L'information psychiatrique*, n° 5, juin 1949.

L. Bonnafé, « Secteur et méconnaissances », *Vie Sociale et Traitement*, n° 35, 1994.

R. Capéran, « À propos d'une unité de malades agités et perturbateurs, synergie institutionnelle », *L'information psychiatrique*, Vol. 73, n° 6, juin 1997.

H. Colin, « Le quartier de sûreté de Villejuif (aliénés criminels, vicieux, difficiles, habitués des asiles) », *Annales Médico-Psychologiques*, n°2, 1912.

P. Cujo, J. Desseigne, M. Horassius, P. Kœchlin, « Le secteur et les malades difficiles », *L'information psychiatrique*, Vol. 54, n° 2, février 1978.

G. Daumézon, « Les fondements d'une psychothérapie collective », *L'évolution psychiatrique*, Vol. XIII, n°3, 1948.

H. Grivois, « Soins intensifs et psychiatrie des urgences », *L'évolution psychiatrique*, Vol. 43, n°1, janvier-mars 1978.

P. Le Bihan, « L'unité psychiatrique intersectorielle départementale : l'expérience d'une unité de soins contenant en Gironde », *L'information psychiatrique*, Vol. 81, n° 3, mars 2005.

P. Le Bihan, J.-B. Naudet et al, « Place des unités de soins intensifs psychiatriques dans le dispositif de soins », *Annales Médico-Psychologiques*, n° 167, janvier 2009.

G. Lunier, « De l'isolement considéré comme moyen de traitement dans les maladies mentales », *Annales Médico-Psychologiques*, Vol. VII, 1846.

J. Palazzolo, J.-M. Chignon, J.-P. Chabannes, « Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie : enquête prospective », *Encéphale*, vol. 25, n°5, 1999.

R. Pouget, D. Castelnau et J. Puget, « Intérêt d'une unité fermée dans un service de psychiatrie », *Annales Médico-Psychologiques*, n°2, juillet 1978.

C. Rumen C, P. Valente, « La chambre d'isolement est-elle soluble dans la démocratie ? », *Journal français de psychiatrie*, vol. 23, 2005.

J.-L. Senninger, « Plaidoyer pour un dispositif global de prise en charge des malades dangereux », *Nervure*, tome XIX, mars 2006.

Rapports et Documents officiels

Agence Nationale d'Accréditation d'Evaluation en Santé, *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*, ANAES, Paris, 1998.

M. Barres et D. Fuchs, *Les Unités pour malades difficiles*, rapport pour le ministère de la Solidarité et de la Santé, Direction des hôpitaux, 1990.

M. Coldefy, *La prise en charge de la santé mentale*, *Recueil d'études statistiques*, Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, Études et statistiques, 2007.

J. Dos Santos, M. Lesbats, P. Perihlon, « Contribution à l'élaboration d'une Science du Danger - aspects globaux », *Actes des Assises Internationales des Sciences et Techniques du Danger*, Bordeaux, 1993.

DREES, *Un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005*, Études et Résultats, n° 605, octobre 2007.

F. Grégoire, Y. Halimi, G. Necchi, A. Pidolle (dir.), *Le souci de sécurité en psychiatrie : un droit des patients, un droit des soignants, un droit des citoyens*, « Acte du colloque », Editions d'Orbestier, Château d'Olonne, 2005.

G. Massé, *La psychiatrie ouverte - Une dynamique nouvelle en santé mentale*, ENSP, Rennes, 1992.

R. Marquier, S. Idmachiche, *Les débuts de carrière des infirmiers diplômés en 2001*, DREES, Série Etudes, n° 59, mai 2006.

Ministère de l'intérieur et des cultes, *Législation sur les aliénés et les enfants assistés*, tome I – aliénés, recueil des lois, décrets et circulaires ministérielles (1790-1879), Berger-Levrault, Paris, 1880.

Ministère de l'intérieur et des cultes, *législation sur les aliénés et les enfants assistés*, tome II – aliénés, discussion de la loi sur les aliénés à la chambre des députés et à la chambre des pairs (1837-1838), Berger-Levrault, Paris, 1881.

Ministère de l'intérieur et des cultes, *législation sur les aliénés et les enfants assistés*, tome III – aliénés, discussion de la loi sur les aliénés à la chambre des députés et à la chambre des pairs (1837-1838- suite et fin), Berger-Levrault, Paris, 1884.

P. Sérieux, *Notice avec plans et dessins sur les pavillons de traitement et de surveillance continue*, Maison spéciale de santé de Ville-Évrard, département de la Seine, 1913.

Mémoires et thèses

J. Keller, *Isolement et psychothérapie dans la cure des affections nerveuses et digestives*, Thèse pour le doctorat de médecine, Librairie Jules Rousset, Paris, 1906.

S. Le Rouzic, *Entre trajectoire du patient et temps thérapeutique : Analyse sociologique du monde de la psychiatrie à partir de la chambre d'isolement*, Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé, Centre Hospitalier Sainte Anne, Paris, 2006.

M. Noury-Ou-Sirrou, *La mise en chambre d'isolement en psychiatrie : vécu du patient*, Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé, Centre Hospitalier Sainte Anne, Paris 2000.

M. Riou, *La chambre d'isolement en milieu psychiatrique : aspect historique et état actuel de la question*. Thèse pour le doctorat de médecine, Caen, 1994.

E. Rouhier, *De la camisole ou gilet de force*, Thèse pour le doctorat de médecine, imprimerie Pillet fils aîné, Paris, 1871.

Articles de presse générale

E. Favereau, « L'enfermement revient en force dans les hôpitaux psychiatriques », *Libération*, 27 novembre 2009.

F. Gruhier, « La France médaille d'or des pilules du bonheur » *Le nouvel observateur*, 5-11 septembre 1996.

Annexe

Les 23 critères des qualités *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie ANAES/ Juin 1998, p.44* :

1. Les données concernant l'identité, les dates et heure de début et de fin de MCI sont renseignées.
2. Si le patient vient d'une autre unité de soins, dans le cadre de ce qui est appelé un prêt de chambre d'isolement, le dossier du patient et toutes les informations nécessaires sont fournies, en temps utile.
3. La MCI est réalisée sur prescription médicale, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la prescription doit être réalisée dans l'heure qui suit le début de l'isolement.
4. L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de 24 heures.
5. Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de MCI et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique.
6. Les contre-indications somatiques de la MCI sont identifiées et notées.
7. Les facteurs de risque éventuels (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux et liés à la thermorégulation) sont repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place.
8. La conformité de la MCI avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription.
9. L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la CI ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.
10. L'entrée et la sortie du patient sont signalées aux services de sécurité incendie en temps réel.
11. La MCI est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.

12. Le patient reçoit les explications nécessaires sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement. La nécessité d'informer l'entourage est examinée.
13. En cas de recours à la contention physique, celle-ci est réalisée avec les matériels adéquats, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort.
14. Une visite médicale est assurée dans les deux heures qui suivent le début de l'isolement.
15. Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour.
16. Le rythme programmé de surveillance de l'état psychique est respecté.
17. Le rythme programmé de surveillance de l'état somatique est respecté.
18. La surveillance biologique prescrite est réalisée.
19. Le séjour du patient en CI est interrompu par des sorties de courte durée, durant la journée.
20. Un entretien centré sur le vécu du patient en CI est réalisé à la fin du processus.
21. L'hygiène du patient est assurée durant toute cette phase de soins.
22. L'état de propreté de la chambre est vérifié au moins deux fois par jour.
23. Les documents (feuille de surveillance, rapport d'accident ...) sont intégrés au dossier du patient.

