

UNIVERSITE DE PROVENCE
Aix-Marseille I
U.F.R. Psychologie & Sciences de l'Education

Mémoire de Master 1
de psychologie clinique et psychopathologie

LE PATIENT PSYCHOTIQUE
EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

Sous la direction de Mr Jean Louis PEDINIELLI
Professeur de Psychologie clinique et Psychopathologie
à l'Université d'Aix-Marseille 1

Soutenance le mardi 10 juin 2008, en présence du jury :

Mr le Professeur Jean Louis PEDINIELLI
Mr le Maître de Conférences Georges ROUAN

Laurent GIRAUD
N°étudiant : 20503628

U.E. Psy R10
Année 2007/2008

UNIVERSITE DE PROVENCE

Aix-Marseille I

U.F.R. Psychologie & Sciences de l'Education

Mémoire de Master 1

de psychologie clinique et psychopathologie

LE PATIENT PSYCHOTIQUE
EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

Sous la direction de Mr Jean Louis PEDINIELLI

Professeur de Psychologie clinique et Psychopathologie

à l'université d'Aix-Marseille 1

Soutenance le mardi 10 juin 2008, en présence du jury :

Mr le Professeur Jean Louis PEDINIELLI

Mr le Maître de Conférences Georges ROUAN

Laurent GIRAUD

N° étudiant : 20503628

U.E. Psy R10

Année 2007/2008

**« Sans la reconnaissance
de la valeur humaine de la folie,
c'est l'homme même qui disparaît »**

François Tosquelles

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
I. Revue de la littérature	9
A. Approche descriptive de la situation	9
1. Historiquement	9
2. L'isolement : une pratique qui fait débat	14
a. Définitions et situation	15
b. Rôle des soignants et vécu des protagonistes	22
B. De la contention à la contenance : Approches psychanalytiques	26
1. A partir des fonctions maternelles de D. W. Winnicott.....	27
2. « Le Moi-peau » de D. Anzieu	29
3. Approches théoriques de la « Capacité de rêverie »	32
C. La psychose et la schizophrénie.....	39
1. Critères des Psychoses.....	40
2. Abord sémiologique.....	40
a. Rappel historique	40
b. Symptomatologie principale de la schizophrénie	41
c. Les formes cliniques de la schizophrénie.....	42

3.	Abord psychopathologique	43
a.	Selon S. Freud	43
b.	Les propositions de M. Klein	46
c.	Apports de W. R. Bion.....	47
d.	L'approche synthétique de J. Bergeret.....	50
II.	Problématique et Hypothèse	54
A.	Problématique.....	54
1.	De l'intérêt supposé de l'isolement.....	54
2.	A propos d'une rêverie soignante.....	56
B.	Proposition d'hypothèse.....	58
1.	Formulation	58
2.	Opérationnalisation des variables.....	58
III.	Présentation de la méthodologie	60
A.	Choix de la population	60
B.	Choix de l'outil	61
1.	Approche théorique de l'entretien semi-directif de recherche.....	61
2.	Application dans notre recherche	63
3.	Le guide d'entretien	64

IV. Présentation des résultats	65
A. Le groupe des patients	66
1. L'entretien avec Mr A.....	66
2. L'entretien avec Mr B.....	70
3. L'entretien avec Mr C.	74
4. Synthèse	77
B. Le groupe des infirmier(e)s	79
1. L'entretien avec Me N.....	79
2. L'entretien avec Me K.....	84
3. L'entretien avec Mr H.	89
4. Synthèse	93
V. Discussion	95
A. Retour à l'hypothèse	95
B. Ouverture	99
CONCLUSION	103
BIBLIOGRAPHIE	104
ANNEXES	111
Annexe 1 : Principes généraux de la Charte de la personne hospitalisée.....	112

Annexe 2 : Référentiel de pratique en 23 critères sur l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie (ANAES).....	114
Annexe 3 : Guide d'entretien pour les patients.....	116
Annexe 4 : Guide d'entretien pour les infirmier(e)s	117
Annexe 5 : Entretien avec Mr A.....	118
Annexe 6 : Entretien avec Mr B.....	122
Annexe 7 : Entretien avec Mr C.....	124
Annexe 8 : Entretien avec Me N., infirmière	127
Annexe 9 : Entretien avec Me K., infirmière	131
Annexe 10 : Entretien avec Mr H., infirmier	135
Annexe 11 : Thématiques des patients	139
Annexe 12 : Thématiques des soignants	140
Résumés	141

INTRODUCTION

La mise en chambre d'isolement de patients est une réalité concrète qui existe depuis longtemps dans les unités de soins à l'hôpital. Cela se rencontre aussi bien dans les services d'urgences qu'en psychiatrie. Pourtant, cette pratique pose question et n'est pas anodine.

Pour ma part, durant plusieurs années comme infirmier diplômé d'état en service de psychiatrie, j'ai soigné de nombreux patients psychotiques qui étaient isolés dans ce lieu spécifique. C'est alors au regard de cette expérience, et, de ma position actuelle d'étudiant en psychologie clinique, que je me suis interrogé sur cette situation où, au nom du soin, on porte atteinte à la liberté fondamentale d'aller et venir. Il n'y a, en effet, que la prison qui puisse elle aussi enfermer les personnes.

D'où, pourquoi utiliser la contention pour soigner, et comment cela peut-il s'opérer ?

Cela m'a amené à la question de départ suscitant mon intérêt :

« Au-delà de l'enfermement physique, qu'est-ce qui peut être "contenant" pour un patient psychotique hospitalisé en chambre d'isolement ? ».

J'ai alors mené mon travail de recherche sur mon lieu de stage de Master 1, en service de psychiatrie adulte dans un pavillon dit « d'entrants », en allant à la rencontre des patients et des soignants concernés par ce moment d'hospitalisation si particulier.

Ainsi, nous allons aborder notre objet d'étude en commençant par une analyse de la situation sous ses diverses dimensions : historique, actuelle et théorique. Cela nous conduira à une tentative d'explication puis à une discussion sur les phénomènes existants dans la réalité clinique.

I. Revue de la littérature

Un constat premier s'impose à partir des recherches récentes : les questions soulevées par la chambre d'isolement ne sont traitées qu'au travers d'études psychiatriques essentiellement descriptives. Ainsi, après avoir eu une approche à travers l'histoire, nous nous proposons d'utiliser dans ce travail le paradigme psychanalytique pour aborder notre sujet. Nous espérons pouvoir ainsi dégager une réflexion autre sur le patient psychotique en situation d'isolement physique.

A. Approche descriptive de la situation

1. Historiquement

A travers les âges, la question de la folie et de sa maîtrise a toujours existé. Dès l'Antiquité, des écrits parlent de la nécessité d'exercer un contrôle physique sur les personnes agitées. On citera Célius Aurelien (Vème siècle ap. J. C.) qui, reprenant les idées de Soranos d'Ephèse (IIème siècle), recommandait en effet de faire usage de liens, mais sans violence, si les maniaques étaient agités. Soranos était en fait opposé à Celse (1^{er} siècle) qui estimait qu'un traitement brutal avait pour effet de faire sortir par la peur le malade de sa pathologie. Celse enchaînait alors les individus, les affamait, les isolait dans une obscurité complète et leur administrait des cathartiques. *A contrario*, Soranos, considérant la contention comme un mal nécessaire, recommandait de parler avec le malade de ses occupations ou de tout autre sujet susceptible de l'intéresser.

On comprend alors que l'opposition entre ces deux personnages de l'Antiquité, perdurant d'une certaine manière de nos jours, reposait sur deux conceptions différentes du malade mental. Chez Celse, il apparaît comme totalement envahi par sa maladie, où seul un traumatisme violent peut l'en sortir. Pour Soranos, l'individu n'en reste pas moins un sujet, bien que malade.

Par la suite, comme le rappelle Foucault (1961) : « Au Moyen Age et jusqu'à la Renaissance le débat de l'homme avec la démence était un débat dramatique qui l'affrontait aux puissances sourdes du monde » (p.II).

Toutefois, à l'époque moyenâgeuse, le malade mental reste le plus souvent à domicile, où il est alors nécessaire de l'attacher. Ces moyens de contention permettent alors non pas de l'isoler, mais de le maintenir dans sa famille ou la communauté.

Puis, nous retiendrons deux évènements importants dans l'histoire de la Folie : 1657 avec la création de l'Hôpital Général et le « grand renfermement », et, 1794 avec la libération des enchaînés de Bicêtre. Entre ces deux dates importantes, on pourra citer la circulaire de 1785 instaurant les hôpitaux psychiatriques et la psychiatrie. Elle s'intitulait « Instructions sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés ». On voit alors mêler de façon inextricable, psychopathologie et comportement, thérapeutique et institutions soignantes (Reynaud, 1991).

Mais avant cela, c'est un Edit Royal au milieu du XVIIème siècle qui va instituer ce désormais célèbre « renfermement », où les « fous » vont participer à ce grand rassemblement au côté des miséreux et des autres fauteurs de troubles. Il s'agira donc d'enfermer les errants et les déviants de toutes sortes. L'isolement et la contention vont alors être utilisés pour assigner une place, pour emprisonner, pour exclure. Friard (2002) souligne que « au siècle des Lumières, un peu partout en Europe, les furieux sont enfermés, parfois nus, dans d'étroits cachots [...] On utilise des camisoles de force et des chaînes fixées au mur et au lit pour immobiliser les malades en se fondant sur la théorie que plus la contention est douloureuse, meilleurs sont les résultats obtenus. » (p.6). On voit alors que les propositions antiques de Celse étaient toujours d'actualité. De même, Foucault nous dit qu'à cette époque « l'internement cache la déraison, et trahit la honte qu'elle suscite ; mais il désigne explicitement la folie ; il la montre du doigt » (p.87). A ce propos, on pourrait peut être se demander si quelque part cette désignation ne perdure pas de nos jours quand on enferme un patient en chambre d'isolement.

Ensuite, c'est à la Révolution Française avec sa remise en cause de l'arbitraire royal interdisant les lettres de cachet, et différenciant l'insensé du prisonnier, que le fou devient un malade qu'il faut traiter. Il se distingue alors des aliénistes comme Pinel (1745-1826) qui brisent les chaînes des aliénés, et préconise leur regroupement dans des asiles. Foucault nous narre d'ailleurs le récit célèbre de leur délivrance à

Bicêtre. Recherchant des suspects dans l'hôpital, Couthon fut conduit par Pinel « au quartier des agités où la vue des loges l'impressionna péniblement. [...] Se tournant vers Pinel : "Ah ça citoyen, est-ce que tu es fou toi-même de vouloir déchaîner de pareils animaux ?" Pinel lui répondit avec calme : "Citoyen, j'ai la conviction que ces aliénés ne sont si intraitables que parce qu'on les prive d'air et de liberté. – Eh bien, fais-en ce que tu voudras, mais je crains bien que tu ne sois victime de ta présomption". [...] Le grand philanthrope se mit aussitôt à l'œuvre. » (p.249). Sans doute, Pinel a-t-il délivré les fous de leurs chaînes mais c'est dans la mouvance d'un processus prolongé, à la suite d'une pratique dont on usait déjà en Angleterre, et à la suite également de son surveillant Pussin qui avait entamé ce processus bien avant l'arrivée de Pinel à Bicêtre.

Puis, Tuke (1827-1895), inspiré par Pinel, fonde le York Retreat et jette les bases du traitement moral. Il élabore un code de déontologie où l'on bannit les contentions sauf cas d'agitations extrêmes. L'isolement est alors utilisé comme moyen alternatif par lequel le malade doit devenir responsable de lui-même. Toutefois, Foucault tient à préciser à cet égard : « Il faut donc réévaluer les significations qu'on prête à l'œuvre de Tuke : libérations des aliénés, abolition des contraintes, constitution d'un milieu humain [...] les opérations réelles ont été différentes. En fait Tuke a créé un asile où il a substitué à la terreur libre de la folie, l'angoisse close de la responsabilité ; la peur ne règne plus de l'autre côté des portes de la prison, elle va sévir maintenant sous les scellés de la conscience [...] l'asile ne sanctionne plus la culpabilité du fou [...] mais il fait plus, il l'organise. » (p.255).

De son côté, Esquirol (1772-1840) définit l'isolement comme agissant « directement sur le cerveau et force cet organe au repos en soustrayant l'aliéné aux impressions irritantes [...] en modérant l'exaltation des idées et des impressions » (Giloux 2006, p.71). C'est alors qu'apparaît peu à peu chez les aliénistes la notion d'isolement comme mesure thérapeutique, et non plus coercitive. Mais, on peut aussi relever des avis contradictoires, dont celui d'Edouard Toulouse (1865-1947) qui écrivait en 1897 « le séjour permanent dans une cellule, loin d'être efficace pour emmener l'apaisement de l'agitation chez l'aliéné, a, au contraire, pour effet d'entretenir et d'augmenter l'agitation » (Ibid.).

Il est intéressant de remarquer qu'il demeure de nos jours, et ce dans les recherches très récentes sur le sujet, les mêmes positionnements opposés sur la question.

Mais notons qu'avant Toulouse, la loi du 30 juin 1838¹ va institutionnaliser l'isolement en créant l'asile, pour répandre et légaliser cette méthode. Chaque département doit avoir un asile dont la direction est exercée par l'autorité publique, où les placements sont réglementés.

En 1949, Lucien Bonnafé (1912-2003) nous propose un célèbre article qui se veut très critique sur l'isolement des patients en psychiatrie, évoquant clairement « le problème des "cellules" et des chambres à l'hôpital psychiatrique ». Il rejette vivement l'idée « thérapeutique » de l'isolement : « quant à moi, je ne pense pas que l'on puisse, depuis Pinel, nommer isolement ce qui est réclusion. Ce dernier terme est juste pour qualifier les aspects carcéraux de la vie asilaire, plus spécialement le fait d'*enfermer* le malade dans un local étroit » (p.176). Il continue en pointant que l'isolement est prescrit « dans bien des cas sans une intention thérapeutique délibérée » (Ibid.). Il renforce son propos en avançant que « il est impossible de donner aux techniques d'isolement un sens vraiment thérapeutique ; au contraire, elles sont surtout pathogènes, pour le malade individuellement, et pour le service » (Ibid. p.182). Il parlera de « véritable inversion de la thérapeutique collective » (p. 186) où finalement l'isolement du patient profite aux autres malades de part son éloignement, menant alors à un « maintien de l'ordre » qui n'a rien de médical ou de thérapeutique. Au-delà de ces aspects, Bonnafé amène aussi un autre argument contre l'isolement pour le moins intéressant, que nous pourrions rediscuter par la suite dans notre travail : « le fait de pouvoir être soumis à la réclusion la plus arbitraire, dans l'asile, prend le sens d'une condition profondément aliénée [...] créant ce que l'on pourrait nommer la « sur-aliénation » » (Ibid. p 179-180). Même si

¹ Les textes législatifs peuvent être retrouvés avec plus de précision sur les sites internet : www.legifrance.gouv.fr, et, www.sante.gouv.fr.

ces considérations sont un peu anciennes au niveau historique, il est intéressant de remarquer que c'est toujours le même débat qui anime la pratique de l'isolement en psychiatrie. De plus, l'auteur met en lumière le statut même du patient « enfermé ».

Ces remarques font aussi écho pour nous à deux mouvements qui ont agité l'hôpital psychiatrique à notre époque contemporaine.

Concernant la « psychothérapie institutionnelle », elle fut nommée sous cette appellation par G. Daumezon et Ph. Koechlin en 1952, pour désigner une forme de psychothérapie s'exerçant dans le cadre d'une institution, et qui vise à réformer cette dernière en privilégiant une relation dynamique entre les soignants (Roudinesco et Plon, 1997). François Tosquelles (1912-1994) en fut le premier inspirateur, et a d'ailleurs été remplacé à la clinique St Alban par Lucien Bonnafé. Oury (2007) précise que la psychothérapie institutionnelle n'est pas un état mais « un "mouvement" qui met en cause pratiques et conceptions du champ psychiatrique » (p.110). Ce dernier nous explique qu'à ce moment-là il était question d'une transformation radicale de la pratique psychiatrique qui ne pouvait être envisagée qu'avec la participation du personnel infirmier et des différents secteurs professionnels de l'hôpital. Comme nous le rappelle Moreau Ricaud (2004) : « Le mot d'ordre de la psychothérapie institutionnelle - que l'hôpital soit hospitalier, thérapeutique – nécessite de le transformer radicalement pour en faire un lieu de vie » (p.96). Elle inspira de nombreuses expériences en France, notamment celle de la psychiatrie de secteur, puis celle de la clinique de La Borde (à partir de 1953) où « il s'élabora autour de Jean Oury et de Félix Guattari une approche lacanienne et libertaire de la folie » (Roudinesco, p.872). On comprend alors que ces propositions amènent un abord de la maladie mentale et de son soin qui va à l'encontre de l'idée d'un isolement thérapeutique.

Cela nous mène à l'évocation de « l'antipsychiatrie », qui fut la suite logique et l'aboutissement, par certains côtés, de la psychothérapie institutionnelle. Terme créé par David Cooper, il servit à désigner un mouvement politique de contestation radicale du savoir psychiatrique entre 1955 et 1975. Roudinesco nous explique alors : « Si la psychothérapie institutionnelle avait tenté de réformer l'asile et de transformer les relations entre les soignants et les soignés dans le sens d'une large ouverture au monde de la folie, l'antipsychiatrie visa à supprimer l'asile et à éliminer

la notion même de maladie mentale. » (p.53-54). Elle explique alors combien ce fut une sorte d'utopie où la folie devenait alors un mode de vie, un voyage, une manière d'être un autre et d'être de l'autre côté de la raison. L'isolement, l'enfermement pour soigner, n'ont alors plus de sens ici. Et même si ce courant n'a pas eu une large portée en France, il a tout même permis de réfléchir un temps sur de nouvelles propositions.

Pourtant, en ce début de XXIème siècle, nous pouvons faire le constat que ni la découverte des neuroleptiques dans les années 1950 (permettant de « casser le délire » et de sédater l'agitation), ni l'utilisation des psychothérapies, ni les propositions à visée réformatrice, ni le développement du secteur psychiatrique n'ont permis d'abolir la contention et l'isolement, notamment dans les situations de grandes violences.

Le Sujet redevient-il alors « le fou » d'antan, qui fait peur et qu'il faut « renfermer » ? Peut être est-il aliéné par la psychiatrie, qui confirme ainsi son étrangeté en codifiant la folie?

Nous aurons l'occasion de discuter ces questions au regard du problème de l'isolement, après avoir étudié ce qu'il en est aujourd'hui, avec notre recherche sur le terrain.

2. L'isolement : une pratique qui fait débat

Quand on aborde la problématique de l'isolement physique à l'hôpital, on se trouve face à deux dimensions distinctes : l'isolement dans une chambre sécurisée fermée, et, la contention par des sangles sur un lit. Nous avons fait le choix ici dans notre travail de n'étudier que le premier aspect du problème, et ce pour plusieurs raisons.

D'une part, par souci de précision concernant l'objet d'étude, nous devons circonscrire un aspect spécifique pour que notre travail soit pertinent et réalisable. La contention du malade à son lit amène en effet d'autres questions, éthiques notamment. D'autre part, même si cette pratique existe toujours dans certains services hospitaliers, nombre de médecins ne veulent plus l'utiliser. Ainsi, sur le lieu de notre recherche, cette méthode coercitive n'est pas appliquée. Nous allons donc nous concentrer sur ce qui entoure la notion de chambre d'isolement en psychiatrie.

a. Définitions et situation

Il nous semble utile de débiter par la définition de ce que peut être cette notion d'isolement, pour bien cerner notre sujet.

Selon le Petit Robert, « Isolement » vient de « isdé », issu du latin *insula* « île », et de l'italien *isolato* terme d'architecture qui veut dire « séparé comme une île ». Être isolé, c'est alors être séparé des choses de même nature. A la deuxième moitié du XVIIème siècle, cela va signifier « qui est séparé des autres hommes ». Concernant notre sujet, l'isolement correspond à la volonté sociale de mettre à part, dans un lieu séparé, le malade mental.

Puis, on pourra évoquer la circulaire N°48 D.G.S./S P3/ du 19 juillet 1993 rédigée par Simone Veil pour spécifier l'isolement à l'hôpital. Ainsi, il est dit :

- Des patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans les services fermés à clef, ni à fortiori dans des chambres verrouillées,
- L'atteinte à la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indication médicale,
- Il doit y avoir adéquation entre des soins portant atteinte à la liberté et les modalités d'hospitalisation.

On peut donc considérer que tout patient dans une chambre dont la porte est verrouillée est séparé de l'équipe de soins et des autres patients, et se trouve de ce fait en isolement. Cet isolement ne peut être qu'à but thérapeutique conformément à la mission de soin des établissements de santé.

Il est par ailleurs intéressant de relever que selon les individus (aussi bien soignants que soignés) et les lieux de soins, cette « chambre d'isolement » comme nous la nommons de façon conventionnelle ici, peut avoir plusieurs vocables. Ils se répartissent alors selon deux thématiques. De façon non exhaustive, on peut d'abord entendre des noms se rapprochant de la notion de soin : « chambre d'accueil », « chambre de soins intensifs », « chambre d'observation », « isolement thérapeutique », « iso », « CI », « chambre de réflexion ». Puis, on trouve des appellations plus carcérales : « chambre de sécurité », « cellule », « le trou »,

« à l'ombre », « le cachot », « le gnouf »... Cela nous montre qu'on oscille entre une représentation thérapeutique et une autre beaucoup plus coercitive et punitive.

On peut en venir alors à la description des chambres d'isolement du service de psychiatrie où s'est déroulée la recherche. Elles sont au nombre de deux, côte à côte, en rez de chaussée (le service comptant un étage avec notamment des chambres), proche du bureau de l'équipe soignante. La chambre d'isolement fait environ 15 m². Il y a une ouverture sur l'extérieur, mais elle est constituée de carreaux opaques épais et renforcés, qui ne laisse passer que la luminosité, et non une vue sur l'extérieur ; la lumière naturelle est ainsi présente dans la chambre, mais ne peut être contrôlé par le patient. Le mobilier y est limité et sécurisé. Le lit est scellé au sol, tout comme les toilettes. La porte qui referme cette pièce est blindée, et possède un petit volet extérieur permettant au personnel d'avoir un accès visuel. Ces deux chambres donnent sur un petit couloir qui peut se fermer par des portes, servant de sas si besoin. Il est à noter également qu'une salle de bain est attenante aux chambres. Elle permet aux patients hospitalisés dans ces lieux de faire leur toilette, sous la surveillance plus ou moins rapprochée des infirmier(e)s. Quand il est hospitalisé dans ce lieu, le patient est mis systématiquement en pyjama, et il ne lui est laissé qu'une bouteille d'eau et du papier toilette. Malgré ce, des travaux sont régulièrement réalisés pour remettre en état ces chambres, car souvent dégradées par les patients. On soulignera aussi que l'interaction entre le patient et l'équipe soignante se fait selon deux situations : le patient tape à la porte ou crie, et/ou le personnel passe régulièrement le voir (notamment lors des soins d'hygiène, repas, ou cigarettes...). A ce propos, un protocole journalier de surveillance est mis en place dès qu'un patient est admis dans ce lieu. Un médecin doit alors passer au moins une fois par jour pour évaluer l'état du malade et parler avec lui.

Enfin, sans s'étendre sur l'aspect législatif, notons qu'un patient en Hospitalisation Libre ne peut rester plus de 24 heures enfermé contre son gré dans une chambre ; il doit être alors mis sous le régime de l'hospitalisation sans consentement. En effet, en France, ce type d'hospitalisation est régie par la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 (modifiée par la loi « Kouchner » du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé), qui a remplacé la loi de 1838. Ces textes sont repris dans les articles L3212-1 et suivants et L3213-1 et suivants du Code de la santé

publique. Donc, outre l'hospitalisation libre (HL), ces textes définissent de façon restrictive le champ d'application des mesures d'hospitalisation sans consentement qui comporte deux modalités : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT, ancien "placement volontaire"), et l'hospitalisation d'office (HO, ancien "placement d'office"). Il est aussi important de préciser qu'une commission administrative, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), et les tribunaux civils et administratifs sont chargés de veiller à ce que le maintien à l'hôpital du patient s'effectue dans le respect des lois et ne relève ni de l'arbitraire ni de la rétention abusive. De plus, le patient peut contester la nécessité son hospitalisation devant le juge des libertés et de la détention (depuis la loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes; auparavant, c'était le président du tribunal de grande instance qui était compétent). Le juge des libertés et de la détention peut maintenir l'hospitalisation sans consentement, ou ordonner la sortie. Le patient peut aussi en contester la légalité devant le tribunal administratif au moyen d'un recours pour excès de pouvoir. C'est donc lors des moments d'interaction avec le malade, que les équipes soignantes et le médecin doivent prendre en compte les requêtes médico-légales des patients. Enfin, le psychiatre décidera à un moment donné, en fonction de l'état psychique du patient, de le faire sortir d'isolement, et même lever la mesure de contrainte (HO ou HDT).

Par ailleurs, il nous paraît pertinent de relater l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement, qui s'est déroulé au Centre Hospitalier Valvert (Marseille), (Roche et coll. 2003).

Ainsi, selon les experts, « la mise en chambre d'isolement (MCI) est un aspect des soins qui n'est jamais enseigné et qui s'opère donc ça et là, certainement de manière plus ou moins intuitive, empiriquement et traumatisante » (p.33). De plus, « l'isolement thérapeutique » représente un processus de soins complexes, justifié par une situation clinique initiale avec de nombreux actes et par une équipe pluridisciplinaire.

De cette étude essentiellement descriptive et quantitative, on pourra retenir :

- La surface moyenne d'une chambre d'isolement est de 12 m²,
- Leur état général est de qualité médiocre,

- Une formation du personnel sur l'utilisation des CI n'a pas été réalisée dans les années précédentes et n'est pas systématique pour les nouveaux membres,
- La tranche d'âge 20/30 ans est la population la plus représentée, avec une prédominance masculine à 70%, et en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) à 48%,
- L'isolement dure dans 71% des cas entre 1 et 4 jours, mais quand un patient est mis en CI on ne peut pas déterminée à l'avance la durée de son séjour, et ce dans 89% des cas,
- La prévention d'une violence imminente envers lui-même ou autrui et lorsque les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces, ni appropriés, est l'indication la plus fréquente de MCI, qui est toujours prescrite par le médecin,
- Dans 69% des cas une intervention verbale a suffit à la MCI,
- L'information délivrée au patient sur les raisons et les buts de la MCI est réalisée dans 81% des cas,
- Le patient bénéficie dans 79% des cas d'au moins 1 visite médicale journalière,
- Un entretien de sortie de la CI, dans lequel les raisons et les buts de la MCI sont repris ainsi que le vécu par le patient de son séjour, n'est effectué que dans 55% des cas,
- L'utilisation des moyens de contention physique n'est quasiment jamais utilisée dans la pratique.

Dans ce contexte hospitalier, il est intéressant aussi de faire référence aux « Principes généraux de la Charte de la personne hospitalisée » (Cf. Annexe 1), qui dans ce type de situation peuvent poser question. En effet, nous portons particulièrement notre attention sur le point 3 : « L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent », et, sur le point 7 : « 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 ». On peut alors comprendre ici combien dans le cas de l'isolement en psychiatrie, la liberté du patient, au vu de certains de ses droits, est entravée. Mais l'information qui lui est due (et les soins qui l'accompagne) demeure essentielle et centrale.

Concernant l'utilisation de la chambre d'isolement en psychiatrie, un référentiel de pratique de 23 critères (cf. Annexe 2) a été publié en 1998 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Il vise à améliorer les pratiques dans ce domaine et assurer la sécurité des patients. Comme l'explique Bahadori (2006) cette démarche, dans un souci d'humanité, a eu l'intérêt de valider la pertinence d'une mesure controversée, jugée tantôt thérapeutique tantôt aliénante. Il est intéressant de relever les indications que donne l'ANAES pour l'isolement des patients :

- La prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui, alors que les autres moyens de contrôle ne sont pas efficace ou non appropriés,
- La prévention d'un risque de rupture thérapeutique,
- L'isolement intégré dans un programme thérapeutique,
- L'isolement en vue d'une diminution des stimulations, jugée bénéfiques pour les patients souffrant de schizophrénie en phase productive.
- L'isolement à la demande du patient, après qu'un médecin ait jugé la pertinence de cette demande.

La mise en chambre d'isolement doit donc intervenir sur prescription médicale, pour des interventions précises.

A travers ce référentiel on peut noter le souci de l'ANAES d'insister sur la sécurité des patients (et des soignants). Mais aussi, elle évoque cette étape de l'hospitalisation du patient comme « une phase de soins », où « les explications », « l'information », et « le vécu du patient » sont importants et doivent être pris en compte.

On ajoutera que lors de la publication de ce référentiel, le Pr. J-L Terra rappelait au sujet de la chambre d'isolement : « bien que son acceptabilité pour les patients et son caractère approprié soient souvent remis en cause, ce soin reste fréquent avec plus de 1500 chambres dédiées à cette fonction » (in Caroli 1998, p.6).

On voit ici qu'il est mis en exergue d'emblé son caractère polémique qui pose question et qui demande une réflexion sur la pratique. D'où, cette série de mesures proposées par l'ANAES, sur un niveau concret, pour améliorer la qualité de « ce soin ». En effet, il est précisé que les indications retenues pour la mise en chambre d'isolement sont uniquement thérapeutiques. Ce qui met à l'écart et condamne « toute utilisation de cette solution à titre de punition, ou pour réduire l'anxiété de l'équipe de soins, ou à cause du manque de personnel [...] il doit s'agir d'une alternative de dernier recours » (Ibid.). L'auteur mentionne aussi que plusieurs études ont permis de décrire le profil du patient isolé : âge médian de 31 ans, homme jeune et schizophrène.

De plus, une étude de Palazzolo (1999) nous propose un panorama de la situation de la chambre d'isolement dans un Centre hospitalier Spécialisé, portant sur un large groupe de patients (460) pendant 1 an. Nous ne retiendrons ici que quelques éléments permettant d'éclairer la pratique de l'isolement en psychiatrie.

L'analyse des comportements ayant motivé la mise en chambre d'isolement met en évidence une prédominance d'agitation psychomotrice. Sur cette population de patients, il apparaît que les accès maniaques, les psychoses productives et les bouffées délirantes aiguës, ainsi que les conduites suicidaires par rapport à une mélancolie, constituent les pathologies les plus fréquemment rencontrées dans ce cas là. L'auteur précise qu'il s'agit d'une « décision thérapeutique guidée par un souci de protection du patient et de mise en place de soins adaptés à un état pathologique aigu, et dans aucun cas d'une mesure coercitive » (p.478). Il note qu'une amélioration a été notée dans 88% des cas. Selon Palazzolo, cela souligne l'intérêt de l'isolement comme outil thérapeutique à part entière, associé à une chimiothérapie *ad hoc* et le maintien d'un relationnel de qualité. Le séjour dure en moyenne 15 jours (avec une amplitude de 1 à 68 jours). L'auteur relève par ailleurs « l'importance du contact répété au cours de la journée avec le personnel soignant dans le contexte des épisodes aigus, qui ne peut qu'aider le patient à se

restructurer » (p.480). Cela s'accompagne aussi de la visite quotidienne du médecin au moins une fois par jour, dans 97,5 % des cas.

Puis, en 2001, le même auteur propose une revue de la littérature internationale existant sur le sujet depuis 1965. Il ressort alors notamment que :

- L'isolement et la contention ont une réelle efficacité dans la maîtrise de l'agitation et la prévention des blessures physiques,
- La prise en charge institutionnelle des patients les plus gravement malades ne peut se faire sans l'application d'une certaine forme de contention.

Ils concluent en mettant l'accent sur le fait «d'accompagner cet isolement, de privilégier la relation thérapeutique » (p.575).

Plus tard, Noavitch (2002), psychiatre en « pavillon fermé », nous rappelle que chez les patients admis dans ce type d'unité : l'agir, le manque d'élaboration (ou une élaboration psychique en grand décalage avec la réalité), les mécanismes de défenses archaïques, sont au premier plan. Par ailleurs, quand il évoque la chambre d'isolement, plusieurs éléments s'en dégagent :

- La chambre d'isolement est appelée de « sécurité », en lien avec la notion de « protection » du patient,
- La fonction « pare-excitante » de ce lieu est mise en avant, car « isolant » le patient des stimuli,

Il avance aussi qu' « elle signifie, en outre, que l'on reconnaît une grande souffrance au patient puisqu'on utilise " les grands moyens", qui nécessitent une attention plus soutenue de l'équipe soignante auprès du patient » (p.36). Selon lui « c'est par l'élaboration et la mise en perspective de ce que le patient peut déposer au sein de l'équipe que nous pouvons lui en restituer les différents aspects, en paroles autant que par des actes, l'aidant ainsi à mieux gérer ses tensions internes, sources d'agitation. » (p.38). Cette dernière considération envisage la chambre d'isolement comme mesure qui permet de mettre en œuvre une certaine « capacité » aux soignants ; mais peut être aussi une mise en acte qui aliène le patient dans une certaine position.

De même, Giloux (2006) explique que des études anglo-saxonnes ont montré le bien fondé de l'isolement thérapeutique, notamment dans les cas de schizophrénie en

phase productive ; ici l'isolement n'a pas été défini comme un soin en lui-même mais « comme un moyen d'instaurer les soins et une relation thérapeutique efficace dans un climat sécuritaire hypostimulant et apaisant » (p.71). C'est en effet sur la dimension relationnelle qu'elle insiste dans cette situation : « le soin en isolement doit être un soin relationnel spécifique, professionnel dans un contexte sécurisé mais non dépersonnalisant et non stigmatisant » (p.72).

Cela nous permet alors d'aborder plus particulièrement ce qui se vit et se joue au niveau « soignant/soigné », dans cette chambre d'isolement.

b. Rôle des soignants et vécu des protagonistes

Friard (1997) positionne d'emblé l'équipe de soins en psychiatrie comme « l'ultime rempart susceptible de contenir l'hétéro-agressivité de patients » (p.10), amenant une des questions centrales ici : « comment à partir d'une situation de contrainte physique estimée nécessaire, créer un espace qui pourra être thérapeutique ? » (Ibid.). Cette remarque amène réflexion : peut-on entendre le fait de contenir un tel patient, dans un sens autre que « physique », qui permettrait ainsi l'instauration de cet espace de soin pour le patient ?

L'auteur a d'ailleurs rappelé que : « [même si] l'isolement fait partie des mesures thérapeutiques utilisées dans la prise en charge de l'hétéroagressivité des patients. La CI a parfois été utilisée davantage comme une commodité institutionnelle que comme un authentique lieu de soin » (1995, p.6). Friard précise aussi que « soins et mise à l'index s'excluent mutuellement, ce n'est qu'en rompant l'isolement, qu'en établissant un dialogue avec un patient considéré comme sujet qu'on peut lui permettre de se soigner » (1997, p.10). On s'éloigne alors ici des notions d'isolement thérapeutique « contenant » car « pare-excitative », comme il est décrit dans d'autres études. L'auteur prône en effet ici l'aspect « thérapeutique » de la mesure que s'il existe en parallèle un dispositif d'accompagnement qui permette au patient et à l'équipe de faire retour sur ce qui s'est passé, ce qui a motivé l'isolement, donc de substituer « à un acte imposé par la situation une parole qui permette à chacun d'exprimer sa vérité, son ressenti » (Ibid. p.11). D. Friard dans cet article nous fait part de l'étude qu'il a mené auprès de 10 patients qui ont connu l'isolement. Il relève que « les sujets des études sur l'isolement gardent en général un souvenir négatif de

leur expérience à l'exception de ceux qui ont eu un encadrement de bonne qualité et/ou qui ont pu faire avec les soignants un retour sur leur vécu et sur les raisons motivant l'isolement » (Ibid. p.12). De même, il explique que dans l'après-coup, l'image des soignants qui ont pris le temps de les écouter semble se détacher positivement. Toutefois, dans son enquête il relève aussi que la notion de soin est totalement absente du discours des patients concernés et qu'ils ne la perçoivent pas.

De même, Palazzolo (2000, 2004) s'est aussi penché sur l'expérience des soignants, puis sur celle des patients, concernant la chambre d'isolement.

L'auteur s'est intéressé à l'utilisation de l'isolement dans le cadre de la prise en charge des situations de crise en psychiatrie adulte. Il a étudié la perception de l'isolement par les infirmiers, dans quelle condition il est utilisé, et, le cadre conceptuel qui peut émerger de cette pratique.

D'abord, il fait une série de remarques sur la situation, à partir d'études antérieures. L'isolement thérapeutique est perçu différemment par les patients et par les professionnels de santé : les premiers le considérant comme une méthode de soin anachronique, et les autres comme un outil thérapeutique indispensable face à la gestion de crise. Puis, il souligne la rareté des travaux de recherche sur l'impact de l'expérience de l'isolement sur les patients et le personnel, peut être lié à une connotation dérangeante et asilaire pour l'institution. Ainsi, les quelques résultats sur la nature et/ou l'efficacité de l'isolement thérapeutique en psychiatrie n'ont pas révélé d'uniformité dans la pratique de cette mesure aux États-Unis, en Europe et en Australie. Mais, Palazzolo prend alors appui sur les propositions de Gutheil (1978) pour tenter une explication. Ce dernier insiste sur l'importance de fondements théoriques solides et sur la nécessité de réflexions concernant la particularité des relations interindividuelles et la diminution de la stimulation sensorielle.

Enfin, pour en venir alors aux conclusions de cette étude, l'isolement est perçu, par les infirmiers, comme un outil nécessaire, une procédure thérapeutique efficace, dont l'emploi est légitimé par l'existence d'un protocole qui fournit le cadre légal de son utilisation. L'élément majeur lié à l'utilisation de ce type de procédure est la notion de maîtrise et de contrôle de l'individu, pour maintenir l'homéostasie d'un milieu thérapeutique. Pour les soignants, l'objectif est de contenir et maintenir la sécurité du service. « La surveillance » est une autre catégorie regroupant l'ensemble des perceptions des soignants. Elle permet, selon eux, une évaluation continue afin

d'encourager l'évolution favorable de l'état psychique du malade. Cela passe alors par un travail relationnel soignant/soigné. Enfin, « protéger » est la troisième catégorie retrouvée, faisant référence aux procédures associées à l'initiation de l'isolement et à la prise en charge globale d'un sujet isolé. Palazzolo pointe ici que les capacités d'appréciation, de négociation et de dialogue semblent essentielles lors de l'approche d'un patient ayant un comportement violent avant une MCI : « expliquer au patient ce qui se passe » dans ces moments-là « le fait de répreciser régulièrement le cadre, de resituer le type de comportement acceptable, de rassurer, et d'établir un dialogue avec le patient, sont des composantes à part entière des soins » (p.89-90).

De plus, comme nous l'avons indiqué, l'auteur a aussi étudié les témoignages de patients hospitalisés en psychiatrie, ayant été placés en chambre d'isolement (2004). Il nous rappelle à cette occasion que cette pratique amène un débat d'idées contradictoires au travers de sa revue de la littérature, mais qu'il a peu été question jusqu'ici de l'éprouvé de ces patients. Il fait alors une étude descriptive du ressenti de ces sujets par rapport à leur expérience de l'isolement. Il est parti des idées de Gutheil qui avance que l'apport thérapeutique d'une telle mesure repose sur 3 principes généraux :

- La fonction de contenant, imposant des limites matérielles au patient « devenu incontrôlable » (p.277), lui procurant alors une sensation de sécurité et de réassurance,
- L'isolement physique, permettant d'endiguer une certaine anxiété « quand le tourment interpersonnel devient intolérable » (p.278) et de bénéficier d'un soulagement par rapport à « la difficile gestion des émotions procurées par le monde extérieur » (Ibid.),
- La diminution de l'intensité des stimulations sensorielles, permettant « d'éprouver un apaisement notable ».

Pour Palazzolo, les résultats obtenus, à partir d'entretiens semi-structurés, permettent de corroborer la théorie de Gutheil selon laquelle l'isolement thérapeutique est une procédure efficace dans le cadre de la gestion et de la

prévention des troubles du comportement de type auto- voire hétéro-agressif. Parmi les émotions ressenties par le patient avant la MCI, c'est la colère qui est prédominante. Durant l'isolement, il relève que 31% des sujets font part de sensations pouvant s'apparenter à une expérience hallucinatoire. L'auteur note que les émotions ressenties évoluent très vite au cours du séjour en chambre d'isolement, où la colère, l'anxiété et la culpabilité laissent place à un sentiment d'amélioration, de soulagement et d'apaisement. Il existe également une tonalité anxieuse chez 67% des patients, qui « soulignent avoir appelé les soignants à de nombreuses reprises dans le seul but de parler » (p.276). De même, 85% des sujets se souviennent du prénom des infirmiers qui les ont pris en charge. Palazzolo conclut en rappelant que l'expérience de l'isolement est vécue de manière traumatique par bon nombre de sujets, et qu'il est « très important de délivrer au sujet isolé une information claire et précise concernant les raisons qui ont motivé son placement en chambre fermée, cette démarche permettant l'obtention d'une certaine alliance thérapeutique » (p.283).

On remarquera ici que l'auteur évoque malgré tout l'importance de la dimension « relationnelle » soignante, même si sa thèse se fonde sur les propositions de Gutheil et se focalise sur la chambre fermée elle-même et les conséquences qu'entraîne ses caractéristiques spatiales.

Nous pensons, pour notre part, qu'il est utile de s'arrêter sur cette dimension intersubjective entre le patient et les soignants, en chambre d'isolement. En effet, Millard et Rajablat (2000) évoquent l'importance pour les soignants d'avoir « [...] une interrogation permanente sur les ressources de chaque personne, et surtout sur notre capacité à contenir avec nos corps, nos mots, notre pensée et nos rêves, les forces délétères que les patients projettent sur nous » (p.16). Cela rejoint alors la pensée de Noavitch (2002) parlant du « [...] débordement des capacités de contenance d'une équipe soignante [qui] se trouve dépassée dans son rôle de soignant et souvent contaminée par la peur » (p.35). Il revient en effet plusieurs fois sur cette capacité contenante que peut avoir (ou pas) une équipe de soin dans sa prise en charge du patient. On retrouve cette idée chez Morasz et coll. (2004), où la violence du patient psychotique, mise souvent en exergue dans les justifications de son isolement "thérapeutique", « [...] est avant tout une affaire de contenance avant d'être une question de contention. [...] L'enjeu central du soin face à la violence se

trouve donc dans l'éprouvé d'un travail possible de transformation et de détoxication psychique qui commence par l'accueil et finit par la symbolisation des conflits qui la sous-tendent» (p.255-256). Il explique alors que selon lui : « [...] la capacité de contenance dépend de notre capacité à penser et cette capacité de mise en pensée dépend directement de la qualité des capacités de rêverie des soignants » (p.256). On voit alors ici l'introduction par l'auteur de la « capacité de rêverie », concept théorique psychanalytique bionnien, appliqué à une situation clinique. On retrouve cette thèse chez Constantini-Tramoni (1994) à propos de l'inter-relation entre des soignantes et des enfants autistes en hôpital de jour. Cette notion a été aussi amenée par Urwand (2001) qui s'est inspirée des travaux psychanalytiques de Bion et plus particulièrement ceux concernant ses recherches sur les groupes, sur le concept de « capacité de rêverie maternelle », ainsi que sur ses avancées concernant l'identification projective et la psychose. Elle travailla alors sur une extension possible de cette métaphore au niveau institutionnel.

D'où, à partir de ces propositions, nous nous posons la question de l'existence d'une telle « capacité de rêverie » chez les soignants intervenant auprès du patient psychotique en chambre d'isolement. Cela veut alors dire que nous passons de la proposition d'isolement « contenant » par les limites des murs physiques de la chambre, à une « contenance » psychique.

Mais pour mieux comprendre et aborder cette proposition, nous devons en étudier plus précisément les ressorts théoriques.

B. De la contention à la contenance : Approches psychanalytiques

A partir de l'idée d'un basculement métaphorique vers la « fonction contenante » à l'égard de la chambre d'isolement, nous nous proposons d'avoir un point de vue conceptuel sur la question, selon le paradigme psychanalytique. Nous aurons alors une approche multifocale mais cohérente, selon différents auteurs. Cela nous mènera, par la suite, à l'étude de la psychose et de la schizophrénie.

Ainsi, du latin *continere*, il y a une première définition, dans l'acception que nous lui donnons ici, qui renvoie à l'idée de maintien, au fait de retenir, de faire tenir dans

certaines limites. Il vient alors la notion de « contenance ». Selon nous, diverses propositions psychanalytiques peuvent être rattachées à ce concept.

1. A partir des fonctions maternelles de D. W. Winnicott

Pour ce pédiatre anglais de formation analytique, une part entière de sa théorie concerne le développement de l'environnement parallèlement au développement de l'individu à partir de son enfance. Nous n'allons évidemment pas présenter ici toutes ses propositions, mais celles qui nous paraissent s'apparenter à la notion de contenance.

Pour Winnicott, l'environnement est constitué non seulement des attitudes des personnes s'occupant de l'enfant, mais aussi de l'ensemble des soins courants. Selon lui, « le nourrisson et les soins maternels forment une unité [...] Chaque fois qu'il y a un nourrisson, on trouve des soins maternels et que, sans soins maternels, il n'y aurait pas de nourrisson » (1960, p.361). Il expliquera d'ailleurs plus tard, au sujet de la mère et de son rôle : « si personne ne se trouve là pour faire fonction de mère, le développement de l'enfant s'en trouve infiniment compliqué » (1971, p.204). Il énonce alors ce qu'implique la fonction de l'environnement, en distinguant trois séries d'actes que cette « mère suffisamment bonne » doit prodiguer à son enfant :

- « - 1. *Holding* (la manière dont l'enfant est porté) ;
- 2. *Handling* (la manière dont il est traité, manipulé),
- 3. *Object-presenting* (le mode de présentation de l'objet). » (Id.).

En effet, le « Holding » décrit l'apport environnemental indispensable au développement émotionnel de l'enfant. Il est traduit en français par « soutien », ou « maintien ». Le Holding fourni par la mère comprend « toute la routine des soins » (1960, p.371), et a fondamentalement un rôle de protection contre les expériences difficiles. Ainsi, pour l'auteur, au départ : « dans "maintien", il y a surtout une forme d'amour. C'est peut être la seule façon par laquelle la mère peut montrer à son enfant qu'elle l'aime » (Id.). Ce terme désigne alors non seulement le fait que l'enfant soit tenu et porté par la mère, mais aussi tous les moyens qui donnent un support psychique à son moi naissant. Cette mère a alors son « enfant à l'esprit », et ce dernier s'appuie totalement sur sa présence à elle. Gueniche (2002) souligne alors

que la mère « [...] le tient, lui assure un contenant corporel grâce à son propre corps et introduit son petit corps dans l'espace » (p.23). Il est intéressant de noter que Davis et Wallbridge (1981) nous explique que Winnicott appliquait ce concept à la cure psychanalytique, où « [...] au cours de laquelle c'est l'apport d'un environnement soutenant fourni par l'analyste qui permet à l'analyse d'aller au-delà des psychonévroses jusqu'à des éléments plus fondamentaux de la personnalité » (p.31).

Concernant le « Handling » (ou traduit par « maniement »), il désigne les soins et les manipulations de l'enfant par la mère, lui procurant ainsi des sensations tactiles, mais aussi les soins affectifs et gratuits. A cette occasion, il se constitue une intériorité et des limites corporelles. En effet, pour Winnicott « [...] les soins favorisent la tendance innée de l'enfant à habiter son corps et à prendre plaisir aux fonctions corporelles, à accepter la limitation fournie par la peau, cette membrane-frontière qui sépare le moi du non-moi » (Id., p.26). C'est donc un autre aspect important de l'environnement soutenant au début de la vie.

Enfin, l'« Object-presenting » (ou « présentation de l'objet ») désigne l'introduction progressive de la réalité des objets par la mère à l'enfant. Il a, à travers elle, accès aux objets simples, puis aux objets de plus en plus complexes, et enfin au monde. Cette présentation doit alors se faire « à petites doses », et l'objet doit être mis à la disposition de l'enfant (sans retard ni précipitation) au moment précis où celui-ci en a besoin. Ainsi, cet objet est en même temps « trouvé et créé » par l'enfant.

Nous voyons alors à travers ces fonctions maternelles, de soutien et de maintien amenant une présentation contrôlée de l'objet, un certain aspect de la notion de contenance. L'idée de Winnicott que la mère « rassemble » les parties de l'enfant, s'ajoutant ainsi ensemble pour former une unité, peut être rapprochée de ce que nous dit Néri de la fonction contenante. Elle peut être définie, selon lui, comme « une modalité à travers laquelle sont tenues ensemble des parties ou fragments, ou encore comme un processus à travers lequel prend forme et consistance quelque chose qui auparavant était complètement informe » (2006, p.66).

Ainsi, nous allons voir, que notamment à partir de ces propositions, il s'est développé un courant conceptuel important, autour de la notion de « peau psychique ».

2. « Le Moi-peau » de D. Anzieu

Dans un premier temps, nous allons nous intéresser à l'approche d'E. Bick concernant la « peau psychique » avant d'étudier les différentes caractéristiques du modèle de D. Anzieu, pour ainsi mieux l'appréhender.

C'est en effet peu avant l'élaboration du « Moi-peau » (1974), que Bick (1967) a proposé un court article concernant « l'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces ». On y trouve des notions intéressantes qui prennent support sur les travaux kleinien. Selon elle, chez le nourrisson, à un moment précoce de son développement, les parties de son psychisme ne sont pas unifiées, et « [...] doivent de ce fait être tenues passivement ensemble grâce à la peau faisant office de limite » (p. 135). C'est alors que l'introjection de l'objet externe qui a une fonction contenante va permettre par la suite l'instauration de la fonction interne de contenir les parties du Soi. On retrouvera dans la proposition de Bick la notion d'étayage de cet objet contenant concrètement par l'expérience de la peau (notamment au cours de la tétée). Cet objet contenant introjecté a alors une fonction de « peau psychique ».

Dans le cas contraire, où les fonctions contenantes n'ont pas été introjectées : « le concept d'espace à l'intérieur du self ne peut survenir » (Id.). Ce sera ici une identification projective pathologique qui va prédominer amenant des troubles dans la suite du développement du psychisme et des confusions d'identité. Elle parle alors d'états de non-intégration et « d'angoisses catastrophiques ». L'enfant va alors chercher « frénétiquement » un objet qui lui permettra de faire l'expérience au moins momentanément, comme nous l'explique Anzieu (1985), de maintenir ensemble les parties du Soi. Bick parlera de « seconde peau musculaire » remplaçant la première qui fait défaut, créant ainsi une pseudo-indépendance à l'objet, et donc un substitut à la fonction contenante de la peau.

Ce concept de « première peau » nous amène alors à celui de « Moi-peau ». C'est un modèle théorique, qui aborde lui aussi la notion de « fonction contenante », et qui permet une nouvelle approche de la structuration du psychisme, ainsi que des troubles psychiques associées. Le Moi-peau est une métaphore du Moi qui s'étaye sur la peau elle-même, le « tactile », la surface du corps. Cela figure le Moi de l'enfant au cours de son développement précoce. Il correspondrait à la fois à un moi

originaires et à une instance dont le rôle persiste au cours de l'existence du sujet (Bideau et coll., 1993). Anzieu, auteur de cette modélisation, s'appuie sur les travaux de « l'école anglaise » (Klein, Bion, et Winnicott) et nous en donne une définition : « Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (1985, p.61). Selon lui, le Moi enveloppe l'appareil psychique comme la peau le fait pour le corps physique.

De cette analogie de départ, Anzieu va développer huit « fonctions » :

1. La fonction de maintenance du psychisme :

Le parallèle est fait avec le « holding » de Winnicott, dans le sens où cette fonction psychique se développe par intériorisation du holding maternel. A ce sujet, l'auteur insiste sur le fait qu'il s'agit d'une identification primaire « à un objet support contre lequel l'enfant se serre et qui le tient » (p.122). Le Moi pourra ainsi développer ses premiers mécanismes de défenses archaïques comme le clivage et l'identification projective.

2. La fonction contenante :

A nouveau, Anzieu prend comme référence un concept winnicottien : le « handling » maternel. Ainsi, le Moi-peau est issu des jeux entre « le corps de la mère et le corps de l'enfant ainsi que des réponses apportés par la mère aux sensations et aux émotions du bébé » (p.124). On reconnaîtra ici également les idées de Bion, que nous aborderons par la suite, concernant la « fonction alpha » de la mère face à son enfant. Nous préciserons plus tard la distinction que fait Kaës avec la notion de « fonction conteneur ». Enfin, d'un point de vue psychopathologique, l'altération de l'enveloppe contenante, dans la schizophrénie, est à mettre en lien avec les angoisses de morcellement et de vidage (Pardinielli et Gimenez, 2002).

3. La fonction de pare-excitation :

Elle protège le sujet contre les excitations et stimulations extérieures. Mais l'auteur va plus loin en s'appuyant sur le concept d'enveloppe psychique,

ayant deux couches différentes (il parle aussi de structuration du Moi en double feuillet) : une tournée vers le monde extérieur, et une interne plus mince ayant une fonction réceptrice permettant l'inscription des traces. Toutefois, il n'existe qu'un seul pare-excitation qui est tourné vers l'extérieur. A nouveau des excès ou carence du pare-excitation va amener des angoisses particulières dans la clinique de la psychose.

4. La fonction d'individuation :

Elle apporte le sentiment d'être unique et de se distinguer d'autrui. On retrouvera ici des angoisses schizophréniques importantes et particulières, en cas de déficit de cette fonction.

5. La fonction d'intersensorialité :

Elle permet la liaison des sensations entre elles pour aboutir à la constitution d'un sens commun. Sa carence sera elle aussi à la base d'angoisses psychotiques spécifiques.

6. La fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle :

Anzieu fait ici l'analogie avec la peau du bébé comme l'objet par la mère d'un investissement libidinal. Ainsi, par cette fonction, « des zones érogènes peuvent être localisées, la différence des sexes reconnues et leur complémentarité désirée » (p.127). Ce sont ces « différences » qui font justement défaut, dans la psychose et notamment la schizophrénie.

7. La fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique :

Comme la peau surface de stimulation, le Moi-peau permet le maintien de la tension énergétique interne et sa répartition.

8. La fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles :

L'auteur la met en lien avec « l'object-presenting » de Winnicott, qui la renforce. Il va parler d'une sorte de mémoire de la peau, de trace cutanée.

On retiendra au vu de ces différentes fonctions : la notion de contenance des contenus psychiques, l'instauration des différentes limites (dedans-dehors, intérieur-extérieur), et la protection/communication avec l'environnement. Anzieu nous dit d'ailleurs que le Moi-peau fonde la possibilité même de la pensée (p.62). Il s'actualise au cours de la relation entre le nourrisson et son environnement. On comprend alors les répercussions psychopathologiques en cas de défaillances d'une ou plusieurs fonctions, que l'on retrouvera dans la clinique de nombreuses affections mentales dont la psychose.

Enfin, cet abord spécifique du Moi s'appuie, comme nous l'avons indiqué, sur les propositions bioniennes de « contenant/contenu ». Il nous faut donc étudier plus précisément les apports de Bion dans ce domaine, et notamment ce qu'il nomme « capacité de rêverie ». Dans la suite de notre travail de recherche, cette approche conceptuelle nous permettra alors d'appréhender les relations intersubjectives entre les patients psychotiques, et, les soignants.

3. Approches théoriques de la « Capacité de rêverie »

Pour aborder ce concept selon Bion et comprendre ce qui peut être en mouvement au niveau psychique dans ce cas, il nous semble opportun de faire, dans un premier temps, un détour vers le concept d'identification projective de Melanie Klein. C'est en effet ce mécanisme central dans sa théorie qui nous mènera alors vers les concepts bionniens de « fonction alpha », de « capacité de rêverie » et « d'appareil à penser les pensées ». Par ailleurs, il est intéressant de relever, compte tenu de la thématique de notre recherche, que si Bion a fondé ses idées sur l'identification projective, c'est essentiellement en partant de l'analyse des patients psychotiques (Quinodoz, 2007).

Ainsi, comme nous le rappelle le Vocabulaire de la psychanalyse (p.192-193), l'identification projective est un mécanisme qui a été amené par M. Klein et qui se traduit par des fantasmes omnipotents, où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler. Ce type de mécanisme fait référence à la position paranoïde-schizoïde de la petite enfance.

En effet, Klein dans « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes » (1946) nous explique notamment que dès la première enfance :

- il existe des angoisses caractéristiques des psychoses,
- Le premier objet est clivé en bon et mauvais sein, aboutissant à la séparation de l'amour et la haine,
- Le premier moi manque d'intégration et de cohésion,
- L'introjection et la projection sont, avec le clivage, les mécanismes de défenses utilisés par le moi contre l'angoisse.

Elle amène alors son concept d'identification projective : « ... des parties clivées du moi sont aussi projetées sur la mère ou, pour mieux dire, *dans* la mère [...] ces parties mauvaises du sujet sont censés non seulement blesser l'objet, mais aussi le contrôler et prendre possession de lui » (p.282). On est alors face à une forme particulière d'identification, où la mère concernée devient *la* mauvaise mère. Par la suite, on voit que le système kleinien est envisagé de façon dynamique, avec une alternance de projections *et* d'introjections. Klein dit d'ailleurs de ce dernier mécanisme qu'il est « une condition préalable du développement normal » (p.283). Ferro (2007) ajoute que « l'identification projective est reconnue comme étant l'une des activités de base de l'appareil psychique de l'homme pour communiquer » (p.28)

Cette première présentation du concept d'identification projective nous mène, dans un deuxième temps, vers l'approche de W. R. Bion.

Tout d'abord, on peut remarquer que dans son article « Une théorie de l'activité de pensée » (1962a), il revient sur cette notion d'identification projective dans la relation entre la mère et l'enfant, notamment quand ils sont « ajustés l'un à l'autre » (p.130).

Il dit alors que « la personnalité du petit enfant est par elle-même incapable d'employer des données des sens ; elle doit évacuer dans la mère, en comptant sur elle pour faire tout ce qui doit être fait pour les convertir en une forme appropriée à leur utilisation en tant qu'éléments- α . » (p.131). Par la suite, il aborde la dimension « excessive » du mécanisme selon la conception kleinienne : « En tant qu'activité réaliste, elle prend la forme d'un comportement raisonnablement calculé pour éveiller chez la mère des sentiments dont l'enfant désire se débarrasser. Si le petit enfant a le sentiment qu'il est entrain de mourir, cela peut éveiller chez la mère la peur de le

voir mourir. Une mère bien équilibrée peut accepter cette peur et y répondre de manière thérapeutique : c'est à dire de manière à donner au petit enfant le sentiment que sa personnalité effrayée lui revient, mais sous une forme désormais tolérable : les peurs peuvent être prises en charge par la personnalité du petit enfant. Si la mère ne peut tolérer ces projections, le petit enfant en est réduit à continuer l'identification projective avec une force et une fréquence de plus en plus grandes » (p.130).

Bion ajoute à ce sujet que le bébé réintrojecte alors dans ce cas « non pas une peur de mourir devenue tolérable, mais une terreur sans nom » (p.132).

On comprend dans ce premier passage comment l'auteur nous amène vers la « capacité de rêverie de la mère ».

Ainsi, dans son ouvrage « Aux sources de l'expérience » (1962b), il envisage l'identification projective comme étant la forme précoce de « pensée ». Bion précise que cette forme d'identification « ne peut exister sans sa réciproque, à savoir une activité introjective destinée à produire une accumulation de bons objets internes » (p.49).

Il va amener le concept de « fonction-alpha » qui opère sur toutes les impressions des sens et sur toutes les émotions dont le sujet a conscience : elle transforme les impressions des sens en « éléments-alpha ».

Ces derniers ont été « digérés » et mis à la disposition de la pensée. Quand la fonction-alpha est perturbée, le sujet se trouve face à des impressions de sens et des émotions inchangées, ressenties non pas comme des phénomènes, mais comme des "choses en soi" (ce qui désigne selon Bion les objets qui ne peuvent pas être connus de l'homme, en référence à Kant) : ce sont les « éléments-bêta ».

Bion explique alors que ces éléments-là sont susceptibles d'être utilisés dans l'identification projective. Quinodoz (2007) précise quant à lui que les expériences les plus primitives sont régies par les éléments- β , qui sont formés par les expériences sensibles et émotives à l'état brut « dans lesquelles le physique et le psychique ne peuvent être distingués. Ces éléments vont être projetés dans le sein, qui a la faculté de les transformer en éléments- α , éléments porteurs de sens qui peuvent être stockés, refoulés, élaborés et finalement symbolisés. » (p.67). D'Apruzzo (2006) nous explique que les éléments β n'ont pas la capacité de s'unir entre eux et restent des objets non transformables, qui doivent être évacués : « l'individu accumule des éléments β , lesquels se structurent comme un écran qui empêche un contact avec la

réalité et l'élaboration des impressions ; il en découle une incapacité à distinguer entre sommeil et rêve, entre conscient et inconscient. "*L'écran β constitue la caractéristique du lien psychotique*" (L. Grinberg et coll., 1972) » (p.35). Nous étudierons d'ailleurs plus tard les propositions psychopathologiques bioniennes concernant la psychose.

Au vu de tous ces éléments, nous comprenons que pour Bion, cette fonction α est capitale : « en transformant l'expérience émotionnelle en éléments- α , la fonction α joue un rôle déterminant, parce que le sens de la réalité importe autant à l'individu que le fait de manger, de boire, de respirer ou d'éliminer les déchets » (1962b, p.59).

En d'autres termes, Pedinielli et Gimenez (2002) nous rappellent que la fonction-alpha est une fonction de transformation élaborative, une capacité symbolique primordiale qui permet de « digérer » les expériences émotionnelles afin de permettre à la psyché de croître par le processus d'apprentissage par l'expérience.

Le but de la fonction α est donc de comprendre la réalité de telle façon que celle-ci puisse être mémorisée et utilisée pour penser : pour ce faire, la fonction α agit sur les impressions sensorielles et sur les émotions qui parviennent à la conscience ; la fonction α , en opérant sur la réalité, emmagasine des éléments α qui vont être utilisables pour les opérations de la pensée (D'Apruzzo, 2006).

De plus, selon Bion, les éléments α forment une « barrière de contact » entre conscient et inconscient, c'est pour lui « un point de contact » entre les deux et « le passage sélectif d'un plan à l'autre » (1962b, p.35). Ainsi, il nous explique que « la fonction α de l'homme, dans le sommeil ou l'état de veille, transforme les impressions des sens liées à une expérience émotionnelle en éléments α qui s'assemblent à mesure qu'ils prolifèrent pour former la barrière de contact » (1962b, p.34). A ce propos, il nous paraît intéressant de souligner brièvement (avec D'Apruzzo, 2006) que Bion attribue une autre signification au terme « inconscient » que celui de Freud. Il ne considère pas le conscient et l'inconscient comme deux régions du psychisme, mais comme des états transitoires et réversibles de l'expérience mentale déterminés par la fonction α .

Selon Bion, la fonction α est avant tout un processus qui est étroitement lié à la relation que l'enfant établit avec sa mère. Étant encore immature et ne pouvant discriminer les stimuli, il les projette dans sa mère afin que celle-ci puisse les recueillir et les comprendre. Bion va alors aborder le rôle essentiel de la mère grâce

à sa « capacité de rêverie ». A ce propos, il est intéressant de relever comment il définit la « rêverie » dans un premier temps : « le terme "rêverie" peut s'appliquer à n'importe quel contenu. J'entends le limiter ici à un contenu empreint d'amour ou de haine » (1962b, p.54). Cette remarque permet alors de ne pas sombrer dans une interprétation pour le moins "édulcoré" de ce concept bionnien ; la haine peut faire partie du processus et la mère ne pas répondre adéquatement à son enfant. Il nous rappelle en effet que : « si la mère nourricière n'est pas capable de dispenser sa rêverie ou si la rêverie dispensée ne se double pas d'un amour pour l'enfant ou pour le père, ce fait sera communiqué au nourrisson, même s'il lui demeure incompréhensible » (1962b, p.53). C'est aussi cet aspect que souligne Green (1987) : « l'originalité de la position de Bion est de considérer *la rêverie comme support de l'amour (ou de la haine) de la mère* dans sa relation à l'enfant » (p.1301). En effet, « quand les émotions sont aussi empreintes de violence [...] les éléments en relation réciproque, les significations et les émotions, vont être "dépouillés" de vitalité et de sens sous l'effet d'un processus de "désintégration" et de perte vitale » (Bertolone 2006, p.25).

De plus, Bion explique que la « rêverie » maternelle est « un état d'esprit réceptif à tout objet provenant de l'objet aimé [...] capable [...] d'accueillir les identifications projectives du nourrisson, qu'elles soient ressenties par lui comme bonnes ou mauvaises. Bref, la rêverie est un facteur de la fonction-alpha de la mère » (1962b, p.54). C'est donc la réponse de la mère aux projections de l'enfant qui procure une signification à ce dernier.

On comprend alors le mécanisme :

- Les « contenus » selon Bion : sentiments mauvais, peurs infantiles, sont projetés *dans* la mère.
- La mère devient alors le « contenant » qui va accueillir les identifications projectives du nourrisson, les « détoxiquer », les transformer grâce à sa « capacité de rêverie ». On parlera aussi d'élaboration psychique.
- Les contenus peuvent alors être repris par le bébé en lui. Ils sont ressentis comme ayant été modifiés et l'objet réintrojecté « apparaît tolérable à la psyché du nourrisson » (p.110).

On voit donc que chez Bion, le problème essentiel est de transformer une impression des sens en expérience émotionnelle.

De plus, comme le fait remarquer Bertolone (2006), on comprend que l'enfant ne projette pas seulement dans sa mère ses éléments internes, mais il se comporte de façon à susciter en elle la présence de ces sensations désagréables que lui n'entend pas avoir parce qu'il ne peut les supporter et dont il veut se débarrasser. C'est ainsi qu'on parlera de la fonction d'élaboration et de contenance qu'a la mère à l'égard des expériences émotives que l'enfant n'arrive pas à supporter. Elle doit posséder la capacité, aussi bien, d'accueillir et de transformer les éléments (violents et primitifs) projetés en elle sans se laisser dévaster par eux, que la capacité de les lui restituer une fois rendus plus tolérables.

Il nous paraît intéressant d'apporter ici une précision donnée par Anzieu (1985) sur cette « fonction contenante ». Il explique alors la proposition donnée par Kaës avec la notion de « conteneur ». Selon ce dernier, le « contenant » s'apparente à un « [...] réceptacle passif au dépôt des sensations-images-affects du bébé, ainsi neutralisées et conservées. Le "conteneur" correspond à l'aspect actif, à la rêverie maternelle selon Bion, à l'identification projective, à l'exercice de la fonction α qui élabore, transforme et restitue à l'intéressé ses sensations-images-affects rendues représentables. » (p.124).

Une telle distinction amène à nouveau l'idée d'une « réponse » maternelle qui pourrait ne pas être adéquate où l'aspect « contenant » ne devenant alors pas suffisant.

Mais dans le cas contraire et grâce à la fonction maternelle, les états d'angoisse de l'enfant sont apaisés. De plus, en expulsant ses sensations désagréables et persécutoires dans sa mère, il intériorise du même coup les réponses rassurantes de celle-ci. D'où, cette « activité partagée par deux individus » est introjecté pour former chez le nourrisson une partie de l'appareil de la fonction-alpha, c'est-à-dire un appareil donnant la capacité de prendre en soi les impressions de sens et d'en prendre conscience. Il surgira alors « l'appareil pour penser les pensées », qui permet de contenir les pensées et de les utiliser. Il se développe donc à travers le va-et-vient incessant de projections et d'introjections entre l'enfant et la mère. Cet appareil « contenant-contenu » devient alors le propre appareil de pensée du petit enfant. Comme le note Bertolone (2006), on comprend aussi à cet endroit, que pour

Bion l'existence de « pensées » n'est pas une condition suffisante pour faire de l'individu un penseur : il faut en effet que celui-ci possède aussi cet appareil pour « traiter » les pensées.

Toutefois, comme évoqué plus haut, si la mère n'est pas disposée à opérer cette transformation, à supporter tous ces « contenus toxiques », un sentiment de détresse va alors envahir le bébé. À ce propos, Bion explique que la transformation de l'expérience émotionnelle en éléments-alpha joue un rôle déterminant dans le développement de la personnalité. L'incapacité d'utiliser cette expérience provoque un désastre, dont font partie selon lui « les différents degrés de détérioration psychotique » (p.59). Ainsi, l'absence « d'appareil à penser les pensées » va amener à recourir massivement à l'identification projective « seul mécanisme susceptible de traiter les pensées » (p.104).

On peut préciser aussi que Bion parlera d'identification projective pathologique amenant la production « d'objets bizarres ». C'est alors la situation où l'objet est perçu comme fragmenté en petits morceaux, contenant chacun des parties projetées du moi ressenties comme très hostiles. D'où, comme nous l'explique H. Segal (1969) : « il s'établit un cercle vicieux, dans lequel le caractère douloureux de la réalité conduit à l'identification projective pathologique, qui rend à son tour la réalité de plus en plus persécutrice et douloureuse » (p.68) ; on retrouvera ce mécanisme psychopathologique dans la psychose. Pour Bertolone (2006), Bion a ainsi amené des élargissements à propos de la notion d'identification projective kleinienne. On peut y voir des aspects cognitifs, où la mère élabore les vécus de l'enfant et les lui restitue modifiés et dotés de significations ; et en même temps elle est en mesure de lui transmettre aussi une part de ses propres capacités d'élaboration.

Green (1987) de son côté fait remarquer, que contrairement à la position kleinienne où tout se passe du côté de l'enfant ; Bion, comme Winnicott, part du couple mère-enfant : « c'est du côté de la mère qu'il situe la genèse de la fonction α chez l'enfant » (p.1301).

Enfin, on peut dire que Bion ne décrit plus le phénomène d'identification projective seulement comme un fantasme omnipotent, mais plutôt comme un véritable transit de pensées et d'émotions d'un sujet à l'autre. Ainsi « Bion [...] considère l'identification projective [...] comme un mécanisme mis en œuvre *pour communiquer* ses propres expériences émotionnelles, qui opère plutôt avec les objets externes qu'avec

les objets internes [...] comme une opération psychique qui provoque *réellement* chez l'autre un bouleversement émotif » (Bertolone, 2006 p.23). Bion avait en effet mis en lumière comment les processus psychotiques visent non seulement à enfouir massivement dans l'analyste les objets mauvais, mais aussi à déterminer en lui des émotions particulières (1962b).

Cette évocation de la psychose nous mène alors à son étude plus précise, d'une part dans une dimension sémiologique, puis psychopathologique.

C. La psychose et la schizophrénie

Le terme « psychose » fut introduit en 1845 par le psychiatre autrichien Ernst von Feuchtersleben pour remplacer celui de folie et définir les maladies de l'âme dans une perspective psychiatrique. Le mot apparaît en France en 1869, et sera repris comme concept par Freud dès 1894.

Pedinielli et Gimenez (2002) nous rappellent que différentes dimensions qui peuvent exister. On parle de « Psychose » par rapport aux caractéristiques apparentes et latentes (comme s'il existait un trouble fondamental irréductible à tout autre), et, « des psychoses » pour spécifier les particularités de chaque forme de psychose. De même, il y a deux types de classifications : les syndromiques qui s'appuient sur la description des signes et de leur fréquence (type DSM IV), et, les étio-pathogéniques (perspective psychopathologique) qui abordent les mécanismes ou les conflits des troubles qu'on estime à leur origine.

Pour notre part, c'est avec un souci de pertinence et d'exhaustivité que nous allons circonscrire la thématique de la psychose. Nous nous attacherons alors à présenter les propositions qui nous paraissent en lien avec notre objet d'étude. D'où, nous aborderons d'abord les signes principaux de la symptomatologie psychotique, ainsi que la sémiologie de la schizophrénie. Cela nous mènera, par la suite, à adopter un point de vue psychopathologique.

1. Critères des Psychoses

Si l'on adopte un point de vue général, il semble que deux critères se retrouvent dans toutes les psychoses (Pardinielli, Gimenez, 2002). D'une part, il y a les troubles de l'identité. Ils se caractérisent par un rapport au corps, et sa propre image, qui est perturbé. Le sujet peut alors ressentir une perte de ses repères corporels, des modifications de l'image de son corps, un sentiment d'étrangeté concernant l'intégrité même de son corps. Son identité sexuelle peut être perturbée en ce sens, de même que des doutes sur son patronyme (et une façon inappropriée de se désigner).

D'autre part, la perte du contact avec la réalité est sans doute le trouble majeur des psychoses. Cela fait référence alors à une réalité communément partagée par la culture à laquelle appartient le sujet. Ce phénomène se manifeste par la disparition du sens des choses, ou par le délire qui va alors traduire une tentative de reconstruction du lien avec la réalité (à laquelle le sujet va adhérer).

On ajoutera à ces deux éléments majeurs dans la clinique de la psychose, d'autres signes distinctifs, comme la méconnaissance de l'état morbide, la présence d'angoisse spécifique, et le côté invalidant des troubles

2. Abord sémiologique

La sémiologie des troubles psychotiques concerne deux formes principales: la schizophrénie, et, les délires chroniques. Nous nous attarderons sur la première, car elle est en lien avec notre travail de recherche sur l'isolement en psychiatrie.

a. Rappel historique

Le terme « schizophrénie » a été introduit par Bleuler (1857-1939) en 1911, suite aux travaux de Kraepelin (1856-1926). Ce dernier avait travaillé sur la « *dementia praecox* » en mettant l'accent sur l'évolution de la maladie et en isolant les principaux traits caractéristiques. Bleuler a mis en lumière la caractéristique principale de cette pathologie : la dissociation. Étymologiquement, schizophrénie vient du grec *phrên* (esprit) et *schizen* (fendre, couper). Pour lui, le critère essentiel est alors la *Spaltung*.

Nous allons à présent nous pencher sur la description des principaux symptômes de la schizophrénie.

b. Symptomatologie principale de la schizophrénie

Pedinielli et Gimenez (2002) nous expliquent que dans la tradition française, la dissociation est le critère pathognomonique de la schizophrénie. Elle est souvent accompagnée du délire et de l'autisme.

Concernant la dissociation, elle est définie comme la rupture de l'unité psychique. Elle se repère à partir de l'existence de plusieurs signes : les bizarreries, l'hermétisme, le détachement de la réalité et l'ambivalence. En fait, ce sont les phénomènes de discordance qui révèlent l'existence d'une dissociation. Cette dernière est donc un processus non observable, mais qui produit des effets observables dans le fonctionnement intellectuel, la vie affective et le comportement.

Ainsi, la discordance de la sphère de la pensée peut se manifester par des troubles : du cours de la pensée, du langage et du système logique. La discordance affective va se manifester notamment par : l'indifférence, le négativisme, l'ambivalence, un comportement « adhésif », une incongruence entre les affects et la situation. Puis, la discordance dans la sphère corporelle s'exprime par l'indécision, le maniérisme, les mouvements automatiques, autres troubles de l'expression mimiques et gestuelles.

Quant au délire dans la schizophrénie, il est dit « paranoïde ». Il est polymorphe, peu systématisé, possédant des mécanismes et des thèmes multiples, et souvent hallucinatoire et non congruent à l'humeur.

Enfin, le terme « autisme » employé ici, fait référence au repli sur soi du sujet. Il désigne alors la perte de contact avec la réalité (apragmatisme, désintérêt...) et la prédominance de la vie intérieure sur la réalité (rêverie, absence d'intérêt pour le monde extérieur...).

c. Les formes cliniques de la schizophrénie

Cette maladie se compose de plusieurs formes cliniques, dont nous ne détaillerons que les plus courantes.

Dans la « schizophrénie paranoïde », le délire du même nom est au centre du tableau clinique, accompagné de discordance. De plus, il existe des expériences de dépersonnalisation fréquentes, comme de transformations corporelles. On retrouve également des troubles du cours de la pensée et du comportement.

Puis, il existe « l'hébéphrénie », qui est dominé par un syndrome dissociatif, et où le délire est absent ou peu exprimé. L'évolution se fait ici par poussées, au cours desquelles il y a installation puis accentuation d'un état déficitaire.

La « schizophrénie catatonique » se repère par la prédominance des troubles dissociatifs dans la sphère psychomotrice. On observe alors des stéréotypies motrices, un négativisme, et une stupeur catatonique (état d'immobilité et de mutisme presque total). Mais, *a contrario*, des accès de « fureur catatonique » peuvent aussi exister.

Enfin, il est décrit d'autres formes que nous ne détaillerons pas : la dysthymique, l'héboïdophrénique et la pseudo-névrotique.

On ajoutera, par ailleurs, les propositions des classifications internationales qui sont devenues incontournables au niveau médical. Ainsi, pour n'en citer qu'une, le DSM-IV-TR (2000) situe la schizophrénie dans une section nommée « Schizophrénie et Autres Troubles psychotiques » (p.149 à 162). La maladie doit être alors déclinée en « sous-types » : paranoïde, désorganisé, catatonique, indifférencié, résiduel. Le DSM amène aussi d'autres troubles se rapprochant de la schizophrénie, des troubles dit : « schizophréniforme » (p.154), et « schizo-affectif » (Id.). De plus, nous citerons que cette classification décrit des « Troubles de la personnalité », dont certaines pourraient, à certains égards, être associées à la notion de schizophrénie : « la personnalité schizoïde » (p.287), et, « la personnalité schizotypique » (p.288).

Après cette rapide présentation descriptive de ce qui entoure la schizophrénie, nous allons à présent nous intéresser à la dimension psychopathologique psychanalytique.

3. Abord psychopathologique

Le modèle psychanalytique tente d'expliquer la psychose à partir de l'histoire du sujet et des difficultés dans l'organisation libidinale, objectale ou pré-œdipienne (Pardinielli & Gimenez, 2002).

Nous avons fait le choix ici d'évoquer seulement quelques auteurs qui sont en rapport avec notre thématique et notre paradigme.

De même, pour rester exhaustif dans le cadre de ce travail, nous aurons une approche synthétique à l'égard de leurs propositions.

a. Selon S. Freud

Racamier fait la remarque que « Freud a parlé de *la* psychose ; il y jetait un regard d'aigle » (1980, p.53). En effet, ce dernier a peu évoqué la schizophrénie, en délaissant même les nouvelles nosologies proposées par ses contemporains ; il préférait alors parler de « paraphrénie ». On retrouve toutefois chez Freud une distinction bien établie entre psychose et névrose, dès ses premiers écrits en 1894, dans sa correspondance avec W. Fliess. De plus, la seule étude qu'il rédigea sur un cas de psychose fut le commentaire sur « Les mémoires d'un névropathe » de Schreber.

Mais le souci majeur de Freud n'a pas été de délimiter névrose et psychose, mais de mettre en évidence le mécanisme psychogène de ces affections. Il parlera notamment dans ses classifications de « névroses actuelles », « psychonévroses de transfert », et de « psychonévroses narcissiques ». Il accorda cependant beaucoup d'attention à la névrose considérée comme guérissable, au détriment de la psychose qu'il estimait le plus souvent incurable. Dans le cadre de sa première théorie de

l'appareil psychique et des pulsions, Freud reprend dans les années 1911-1914², la question sous l'angle de la relation entre les investissements libidinaux et les investissements des pulsions du moi sur l'objet.

En 1914, il parle alors des schizophrènes : « Ces malades, que j'ai proposé de désigner du nom de paraphrènes, présentent deux traits de caractères fondamentaux : le délire des grandeurs et le fait qu'ils détournent leur intérêt du monde extérieur (personnes et choses) » (p.82). Le sort de la libido est différent entre la névrose et la psychose. Dans la première, l'investissement objectal persiste dans le fantasme, alors que dans la seconde, l'investissement peut stagner dans le moi (autisme) ou servir à édifier une néo-réalité (délire). Il précisera d'ailleurs à cette occasion, que ces « paraphrènes » sont inaccessibles à la guérison par la psychanalyse. Il dira aussi plus tard qu'ils sont inaptes au transfert et « [inaccessibles] à la thérapeutique qui en résulte » (1915, p.110) du fait du repli de la libido sur le moi et du désinvestissement du monde extérieur. Il réaffirmera par la suite : « Nous constatons alors qu'il faut renoncer à essayer sur les psychotiques notre méthode thérapeutique. Peut être ce renoncement sera-t-il définitif, peut être aussi n'est-il que provisoire et ne durera-t-il que jusqu'au moment où nous aurons découvert, pour ce genre de malades, une méthode plus adaptée.» (1938, p.41).

La libido qui a été alors retirée, ne cherche pas un nouvel objet, mais se replie dans le moi où elle se fixe, provoquant une stase de la libido dans le moi. Freud précise : « la libido retirée au monde extérieur a été apportée au moi, si bien qu'est apparue une attitude que nous pouvons nommer narcissisme » (1914, p.82-83). Il s'agit ici du narcissisme primaire. Le moi régresse et se rétablit à un état anobjectal primitif du narcissisme. Il décrit ensuite une « tentative de restitution » (1914, p.92) dans laquelle le moi investit à nouveau des objets mais sur un mode délirant.

² Notamment avec « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Dementia paranoides. (Le Président Schreber) », et , « Pour introduire le narcissisme ».

Il aborda aussi le rapport particulier du schizophrène au langage, qui subit « nombre d'altérations » (1915, p.110), avec une « prédominance de la relation de mot sur la relation de chose » (Id., p.116), mais aussi la notion de « langage d'organe » (p.112), et de la perte de la dimension métaphorique de certaines expressions.

Puis, Freud (1924a) montre que dans la psychose il y a un conflit spécifique : « il m'est venu une formule simple concernant la différence génétique peut être la plus importante entre la névrose et la psychose : la névrose serait le résultat d'un conflit entre le moi et son ça, la psychose, elle, l'issue analogue d'un trouble équivalent dans les relations entre le moi et le monde extérieur » (p.283). Dans cet article, Freud considérait alors que ce qui différenciait les deux affections, c'était que dans la psychose le moi refusait de percevoir la réalité extérieure et que dans la névrose il l'acceptait. Mais, il va nuancer son propos par la suite (1924b), en considérant qu'il existe une perturbation de la perception du monde réel dans les deux cas, mais qu'elle est de nature différente. Il va alors préciser que dans la névrose : « [...] le moi, en situation d'allégeance par rapport à la réalité, réprime un fragment du ça (vie pulsionnelle), tandis que le même moi, dans la psychose, se met au service du ça en se retirant d'un fragment de la réalité [...] la perte de la réalité serait, pour la psychose, donnée au départ » (p.299). Dans la névrose, il y a alors une perte de la réalité, qui est suivie de la formation de compromis, le symptôme. C'est donc le fragment de réalité évité qui produit le refoulement. Pour la psychose, il avance la notion de « déni » de la réalité. Il nous explique alors : « [...] deux temps seraient à distinguer, le premier coupant le moi, cette fois, de la réalité, le second, en revanche, essayant de réparer les dégâts et reconstituant aux frais du ça la relation à la réalité » (p.300). Ce deuxième temps vient alors compenser la perte de la réalité, en en créant une nouvelle. Comme le remarquent Pedinielli & Gimenez (2002), c'est cette reconstruction avec laquelle nous sommes en contact, quand nous rencontrons des patients psychotiques. Rappelons alors ce que Freud avançait en 1911 à propos de Schreber « ce que nous prenons pour une production morbide, la formation du délire, est en réalité une tentative de guérison, une reconstruction » (p.315).

Il nous donnera une autre formule désormais célèbre : « la névrose de dénie pas la réalité, elle veut seulement ne rien savoir d'elle ; la psychose la dénie et cherche à la remplacer » (1924b, p.301). Mais pour Freud, névrose et psychose possèdent un caractère commun quant à la réaction d'angoisse qui accompagne les symptômes.

Dans la névrose elle provient du retour du refoulé, et dans la psychose du retour de ce qui a été dénié. Il conclut alors en nous indiquant : « [...] pour la névrose comme la psychose, la question qui vient à se poser n'est pas seulement celle de la perte de la réalité, mais aussi celle d'un substitut de la réalité » (p.303).

Ce bref rappel des premières idées freudiennes à l'égard de la psychose nous mènent alors vers celles de ses successeurs, et notamment ce qu'on nomme « l'école anglaise ».

b. Les propositions de M. Klein

Mélanie Klein fut le principal maître à penser de la deuxième génération psychanalytique mondiale et transforma de fond en comble la doctrine freudienne classique (Roudinesco & Plon, 1997). C'est à partir de 1934 date à laquelle elle formule son concept de « position » qu'il se produit un changement important dans son approche théorique. Mais nous nous en tiendrons ici qu'à évoquer les concepts kleinien en relation avec la psychose.

Selon Klein, au début de la vie le moi est en grande partie inorganisé, labile, sujet à des changements, mais il est capable d'éprouver de l'angoisse, d'employer des mécanismes de défenses et d'établir des relations primitives d'objets dans le fantasme et la réalité. Elle expliquera d'ailleurs : « [le moi primitif] existe, selon moi, dès le début de la vie néo-natale, mais sous une forme rudimentaire et peu cohérente [...] la menace d'anéantissement par l'instinct de mort au-dedans représente [...] l'angoisse primordiale » (1957, p.32). Comme nous l'explique Segal (1964), ce sont les caractéristiques de l'angoisse et des relations d'objet qui ont conduit Klein à nommer cette phase du développement « position paranoïde-schizoïde ». En effet, l'angoisse prédominante est paranoïde, et, le stade du moi et de ses objets (se caractérisant par le clivage) est schizoïde. Rappelons simplement que le soi n'est pas différencié du non-soi, les limites entre l'intérieur et l'extérieur ne sont pas établies, et, l'objet n'existe pas pour lui-même mais comme « bon » ou « mauvais », c'est-à-dire comme source de satisfaction ou d'insatisfaction. Le bon objet est alors introjecté, mis à l'intérieur, et le mauvais est clivé, séparé du bon et projeté à l'extérieur. De ce fait, le moi est uniquement en contact avec des objets tout bon (idéalisés) ou tout mauvais (persécuteurs).

Elle conçoit alors les psychoses comme des régressions aux époques les plus archaïques du développement psychique, plus précisément à cette position schizo-paranoïde (que nous avons abordée précédemment avec l'identification projective). Elle avance en effet : « Dans la première enfance surgissent des angoisses caractéristiques des psychoses, et elles amènent le moi à mettre en œuvre des mécanismes de défense spécifiques. A cette période on peut retrouver les points de fixation de tous les troubles psychotiques » (1946, p.275).

Pour synthétiser notre propos, on dira alors que cette position correspond à un mode de fonctionnement où l'objet est partiel, l'angoisse est paranoïde et les défenses sont de l'ordre du clivage, de la fragmentation, de la projection, de l'identification projective et de l'idéalisation narcissique.

Enfin, dans son dernier travail théorique, Klein aborde la notion d'Envie et de Gratitude (1957). Cette Envie, implique alors une relation duelle, et, est très liée à l'identification projective. Klein explique alors que l'envie s'attaque « à la plus archaïque de toutes les relations humaines : la relation à la mère » (p.11). Elle fait alors le lien avec la formation anormale de la position schizo-paranoïde, qui est la conséquence d'une envie excessive. Segal nous dit alors à ce sujet : « lorsque les pulsions hostiles et envieuses sont intenses, l'identification projective se passe différemment. La partie projetée éclate et se désintègre en fragments menus, qui sont projetés sur l'objet, le désintégrant à son tour en des fractions minuscules » (1964, p.67). Segal fait alors le lien entre les propositions de Klein, et les développements de Bion. Cela nous mène à aborder les prolongements qu'il a apporté à la théorie kleinienne.

c. Apports de W. R. Bion

A partir des propositions de Mélanie Klein, sur la position schizo-paranoïde, le clivage et l'identification projective qu'on a pu voir précédemment, Bion a exploré le champ de la psychose d'une façon spécifique. Il avance en effet la notion de « personnalité psychotique et non psychotique » (1957) existant chez chaque sujet, mais à des degrés différents : « les patients suffisamment atteints pour être déclarés psychotiques contiennent dans leur psyché une partie non psychotique de la personnalité, [...] et une partie psychotique de la personnalité, qui est à ce point

dominante qu'elle cache la partie non psychotique qui en est comme le négatif » (Ibid., p.55). Il précise cependant que chez ces patients le contact avec la réalité n'est jamais totalement perdu, ce qui explique l'existence d'une personnalité non psychotique, mais cachée par la psychotique. Cette partie psychotique fonctionne alors dans la position schizo-paranoïde.

C'est donc dans cette optique qu'il aborde la schizophrénie et ses mécanismes associés. Selon lui, le trouble schizophrénique prend sa source dans l'interaction entre l'environnement (qu'il écarte dans son explication théorique), et, la personnalité devant présenter 4 traits essentiels :

- La prépondérance de pulsions destructrices,
- La haine de la réalité interne et externe,
- La terreur d'une annihilation imminente,
- La formation précipitée et prématurée de relation d'objet « tenue mais tenace » (1956, p.45)

Il souligne alors : « le schizophrène est aux prises avec un conflit, jamais résolu, entre la destructivité et le sadisme » (Id., p.44) ; de même « entre les pulsions de vie et les pulsions de mort » (Id., p.45). La partie psychotique de la personnalité se débarrasse de la conscience douloureuse qu'elle a de la réalité, des liens et des pensées, faisant naître une trop grande souffrance psychique.

Par la suite, il nous explique que « le psychotique clive ses objets (et simultanément toute cette partie de sa personnalité qui lui permettrait de prendre conscience de la réalité qu'il hait) en fragments excessivement minuscules » (1957, p.55). Ainsi, toutes les fonctions qui constituent une réponse au principe de réalité (attention, conscience des impressions sensorielles, mémoire...) ont subi les attaques sadiques par clivage, fragmentation en particules puis expulsion. Ces « particules expulsées du moi mènent une vie indépendante et incontrôlée » (Id., p.56) et la sujet va se sentir environnée « d'objets bizarres » (Id.). D'où, pour l'auteur, « les attaques sadiques contre le moi et contre la matrice de la pensée, auxquelles s'ajoute l'identification projective des fragments, font qu'à partir de ce point la divergence entre les parties psychotique et non psychotique de la personnalité ira toujours en s'accroissant » (Id., p.59). De plus, il nous paraît intéressant aussi de citer la notion d' « attaques contre

la liaison » (1959) en marche dans la psychose. Bion insiste sur « les attaques destructrices que le patient dirige contre tout ce qui a pour fonction, selon lui, de lier un objet à un autre objet » (Id., p.105). Il parlera alors du lien entre le patient et l'environnement (dont notamment le sujet et l'analyste), mais aussi entre différents aspects de sa personnalité. Il explique alors : « la psyché du patient contient un objet interne qui conteste et détruit tous les liens quels qu'ils soient, du lien le plus primitif aux formes les plus sophistiquées de la communication verbale et artistiques » (Id., p.122). Selon Bion, c'est donc une dimension à prendre en compte dans la relation avec un patient psychotique, dans le sens où le clinicien est lui-même appelé à établir un lien avec lui au moyen de la communication verbale, notamment : « ce lien est au départ de leur relation créatrice et nous devrions être en mesure, par conséquent, d'apercevoir les attaques qui sont portées contre elle » (Id. p.106).

Enfin, le concept de « fonction α », que nous avons largement étudié précédemment, a une part importante dans l'explication bionienne de la psychose. En effet, selon Bion, « l'activité de pensée dépend de l'issue heureuse de deux grands développements psychiques. Le premier est le développement des pensées. Celles-ci requièrent un appareil capable d'y faire face. Le second [...] concerne donc cet appareil [...] c'est pour faire face aux pensées que l'activité de pensée doit apparaître. » (1962a, p.126). Il ajoute alors que si le développement de l'appareil de pensée est perturbé : « il se produit un développement hypertrophié de l'appareil d'identification projective. » (Id., p.128). Or la fonction α est la fonction de « l'appareil à penser », avec lequel elle s'institue et qu'elle édifie progressivement. L'auteur précise alors : « l'absence d'une capacité de penser s'explique donc par un double défaut : l'absence d'éléments- α et l'absence d'un appareil pour utiliser les éléments- α qui pourraient exister » (1962b, p.104). Il donne alors l'exemple d'un patient psychotique dont la fonction α est rétablie (et donc sa capacité de rêver) mais qui reste dans l'incapacité de penser malgré tout : « il a alors recours à l'identification projective, seul mécanisme susceptible de « traiter » les pensées » (Id.).

D'où, selon Bion, dans la partie psychotique de la personnalité, cette fonction α est perturbée et inopérante. Le sujet se trouve face aux éléments β . Bion nous explique alors : « j'attribue à un échec de la fonction α l'apparition des éléments- β , les objets bizarres qui y sont étroitement liés et les troubles graves généralement associés à un

envahissement excessif par les éléments psychotiques de la personnalité. » (1962b, p.73). D'où, cet échec de la fonction α signifie que les impressions des sens demeurent inchangées et sont ressenties non comme des « phénomènes », mais comme « des choses en soi » qui n'ont d'autre destin que d'être évacuées. Le psychotique souffre alors de « faits non digérés », il est aux prises avec les choses elles-mêmes, et non plus avec leurs représentations visuelles ou verbales.

Toutes ces considérations assez spécifiques ont été des prolongements de la théorie kleinienne, elle-même partant des idées de Freud en la matière.

Et c'est avec une approche plus contemporaine de la psychose que nous allons terminer. On peut dire que Bergeret a en fait réuni toutes les propositions que nous avons vu, pour donner une version génétique (au sens de psychogénèse), mais aussi très didactique, de la psychose et de la schizophrénie.

d. L'approche synthétique de J. Bergeret

Pour décrire et tenter d'expliquer l'organisation psychique d'un sujet (fut-il psychotique), l'auteur est tout d'abord attaché à la notion de « structure ». Il se réfère alors à Freud faisant une analogie entre un bloc de cristal (qui se briserait selon des lignes de clivage invisibles mais déterminées), et, la structure psychique.

Bergeret nous explique alors : « peu à peu, à partir de la naissance (et sans doute avant), en fonction de l'hérédité pour certains facteurs, mais surtout du mode de relation aux parents dès les tout premiers moments de la vie, des frustrations, des traumatismes et des conflits rencontrés [...] le psychisme individuel s'organise, se "cristallise" [...] tout comme un cristal minéral, avec des lignes de clivage originales et ne pouvant plus varier par la suite » (1972, p.151). Si à la suite d'un événement le « cristal » vient à se briser, cela se fera « [...] selon les lignes de force (et de rupture) préétablies dans le jeune âge [...] le sujet de structure névrotique ne pourra développer qu'une névrose et le sujet de structure psychotique qu'une psychose. » (Id.). Chaque structure est alors exclusive, inconsciente et n'implique pas l'existence de symptômes clairement repérables.

Puis, il relie ce positionnement psychopathologique (qui ne fait cependant pas l'unanimité) avec un point de vue génétique. Il évoque alors une structuration qui se

ferait par étape, selon une « lignée ». Ainsi, dans la « lignée psychotique », l'organisation est prégénitale. Après l'indifférenciation somato-psychique, la période pré-structurante se situe au niveau du stade oral. Bergeret parle d'un point de départ marqué par des traumatismes ou des frustrations précocissimes. Il nous dit que la structure psychotique correspond à une défaillance de l'organisation narcissique primaire des premiers instants de la vie, « il y a impossibilité pour l'enfant d'être considéré comme un objet distinct de la "mère sujet" » (1974, p.73).

Il y a alors « fixation » précoce et massive à ce stade. Une telle « fixation » pré-œdipienne constituera un appel à la « régression » en cas de conflit psychique (ce n'est d'ailleurs pas sans rappeler les propositions de K. Abraham en 1924). A cette période de sa vie, l'enfant est dans une relation de continuité avec les objets et n'a pas encore intégré la capacité à tolérer la frustration liée à l'objet aimé. D'où, en avalant l'objet, l'enfant se sent uni à lui, ce qui entraîne qu'avoir l'objet en soi équivaut à être l'objet. Bergeret dit en effet : « la structure schizophrénique correspond spécifiquement à une organisation psychotique du Moi fixé à une économie prégénitale à dominante orale » (Id., p.77). Cela induit que le sujet n'aura pas accès aux effets structurants de l'Œdipe (notamment au vu de la différence des sexes et des générations). Par rapport à l'évolution du sujet dans cette « lignée », l'auteur va parler de « moi psychotique préorganisé » qui subira un silence évolutif pendant la période de latence et l'adolescence. Selon lui, dans la majorité des cas, ce Moi préorganisé va poursuivre son évolution au sein de la lignée psychotique, et s'organisera de façon définitive sous la forme de structure psychotique véritable et stable.

A partir de la description de cette « lignée » et de cette « structure », L'auteur définit l'organisation économique du psychisme en termes : de relation d'objet entraînant un certain type d'angoisse et des modes d'expression de symptômes spécifiques, avec des mécanismes de défenses particuliers.

Ainsi, dans le cadre de la psychose, et plus particulièrement de la schizophrénie, la relation d'objet est dite fusionnelle à l'objet maternel, rejoignant alors les caractéristiques du fonctionnement oral, dans lequel le sujet doit être collé à l'objet pour être satisfait. La notion de fusion fait alors référence à l'indistinction soi/autre, dans une relation où le sujet et l'objet sont un. De plus, cela renvoie à la notion de morcellement du Moi, telle qu'à pu l'exposer Bergeret dans la psychose: « Le Surmoi

n'est nullement parvenu à un rôle organisateur ou conflictuel de base. Le Moi n'est jamais complet ; d'emblée il se trouve morcelé, que ce morcellement soit apparent ou bien que les fragments demeurent (s'il n'y a pas décompensation) collés entre eux » (Id., p.73). En fait, le morcellement du Moi par éclatement véritable, n'est pas pour Bergeret un mécanisme de défense mais un processus de décompensation psychique achevé. Le Moi morcelé du schizophrène ne lui permet pas d'avoir une conscience claire du dedans et du dehors, du soi et du non-soi (Pedielli & Gimenez, 2002). De plus, pour le schizophrène l'objet est dit « partiel », faisant alors référence aux travaux de M. Klein.

Il vient ensuite une angoisse dite de morcellement : « c'est une angoisse sinistre, de désespoir, de repli et de mort » (Bergeret, 1972, p.222). Elle semble être une expression de l'immense tension ressentie par le sujet, face aux expériences émotionnelles qu'il n'arrive pas à traiter. Plusieurs auteurs d'inspirations psychanalytiques ont par ailleurs utilisés de nombreux qualificatifs pour rendre compte de cette angoisse si particulière, vécu par les patients.

Après la période de l'adolescence, et en lien notamment avec ses bouleversements pulsionnels, il se produit psychiquement une régression massive au stade oral, avec constitution du délire comme rempart contre une réalité extérieure perçue comme menaçante pour l'intégrité psychique. On retrouvera alors les symptômes principaux que nous avons évoqué tout à l'heure.

Enfin, selon l'auteur, des mécanismes de défenses psychotiques spécifiques sont employés : la projection, le déni de la réalité et le clivage du Moi (il parlera aussi de dédoublement du Moi). Selon Bergeret, ce dernier mécanisme lutte contre l'angoisse de morcellement et de mort. Avec lui, une partie du Moi va demeurer en contact opératoire avec la réalité, pendant qu'une autre partie va perdre tout contact avec ce qu'elle présente d'angoissant. Le sujet va alors chercher à dénier tous ces aspects difficiles et va au besoin reconstituer une néo-réalité plus rassurante. Il explique alors : « le dédoublement du Moi demeure donc le dernier rempart contre le grand éclatement psychotique, la perte des limites du Moi » (Id., p.121). D'où, « tous ces mécanismes concourent à la naissance de phénomènes de dépersonnalisation, de dédoublement de la personne, ou encore de simple déréalisation » (1974, p.73).

Sans détailler plus avant, on notera aussi dans la schizophrénie le clivage de l'objet et la projection sont instables (contrairement à la paranoïa). D'une part, les « bons

objets » sont toujours susceptibles de devenir « persécuteurs » (et inversement). D'autre part, l'instabilité de la projection est due à l'indistinction soi/non-soi, et ce qui est projeté fait retour de façon inorganisée, expliquant le caractère paranoïde des délires.

C'est avec ces considérations sur le psychisme du sujet schizophrène que nous terminons donc notre approche psychopathologique. La schizophrénie est justement ce dont souffrent les patients se trouvant en chambre d'isolement dans une grande majorité, comme nous l'avons vu. Notre revue de la littérature a eu pour objectif de rendre compte des recherches en cours sur ce sujet, mais aussi d'essayer d'appréhender le mode de fonctionnement mental du sujet schizophrène.

Cela nous mène alors vers une réflexion puis une proposition concernant les mécanismes à l'œuvre dans cette situation d'isolement en chambre, où le malade se trouve à l'intérieur, dans le but d'y être soigné.

II. Problématique et Hypothèse

A. Problématique

1. De l'intérêt supposé de l'isolement

L'isolement des patients souffrant de pathologies psychiatriques est une pratique ancienne dans notre histoire. Elle a suscité des débats contradictoires quant à ses effets, son intérêt thérapeutique et son humanité, comme l'ont montré notamment les positions d'Esquirol, de Toulouse et de Bonnafé.

De nos jours, ce sont toujours les mêmes interrogations qui animent la communauté psychiatrique sur la pertinence d'une telle mesure jugée tantôt thérapeutique tantôt aliénante. De plus, la mise en chambre d'isolement de patients souffrants de troubles psychiques, dont une majorité de psychotiques, perdure et se pratique tous les jours dans les hôpitaux en France. On peut le constater, par exemple, au travers de l'« Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement au Centre Hospitalier Valvert à Marseille » (2003). L'ANAES (1998) précise quant à elle les indications, les effets et les recommandations par rapport à l'isolement des patients. Elle évoque la notion de prévention de violence imminente du patient envers lui-même ou autrui, quand les autres moyens de contrôle ne sont pas efficaces ou non appropriés. L'isolement permet, selon l'ANAES, la diminution des stimulations, jugée bénéfique pour les patients souffrant de schizophrénie en phase productive. Cependant, elle envisage ce temps d'hospitalisation comme « une phase de soins », où « les explications », « l'information » et « le vécu du patient en chambre d'isolement » sont importantes et doivent être réalisées.

Ensuite, les différentes études récentes de Palazzolo (1999, 2000, 2001, et 2004) conduisent à des constats. D'une part, l'analyse des comportements ayant motivé la mise en chambre d'isolement met en évidence une prédominance d'agitation psychomotrice. D'autre part, l'isolement et la contention ont une réelle efficacité dans la maîtrise de l'agitation et la prévention des blessures physiques.

De plus, les résultats obtenus, à partir d'entretien semi-structuré auprès de patients ayant vécu l'isolement, permettent de corroborer la théorie de Gutheil selon laquelle

l'isolement thérapeutique est une procédure efficace dans le cadre de la gestion et de la prévention des troubles du comportement de type auto- voire hétéro-agressif.

Dans son étude sur le témoignage des soignants, les infirmiers ont fourni leur propre perception de l'isolement thérapeutique, à partir d'entretiens semi-structurés et de témoignages écrits. On peut voir que l'isolement est perçu comme un outil nécessaire, une procédure thérapeutique efficace, dont l'emploi est légitimé par l'existence d'un protocole qui fournit le cadre légal de son utilisation.

Nous pouvons cependant remarquer qu'au-delà des constatations plutôt partisans pour un isolement du patient psychotique en psychiatrie, Palazzolo ne néglige pas pour autant l'importance de la dimension relationnelle et intersubjective des soignants dans cette situation. Mais alors, à l'instar de Friard (1997), on peut se demander comment créer un espace qui pourrait être thérapeutique à partir d'une situation de contrainte physique jugée nécessaire. Ainsi, on s'éloigne des notions d'isolement thérapeutique « contenante » car « pare-excitative ». Friard prône en effet l'aspect « thérapeutique » de l'isolement *que* s'il existe en parallèle un dispositif d'accompagnement qui permette au patient et à l'équipe de faire retour sur ce qui s'est passé, ce qui a motivé l'isolement. Il s'agit donc de substituer à un acte imposé, une parole qui permette à chacun d'exprimer sa vérité, son ressenti.

Dans la même idée, Giloux (2006) ne définit pas l'isolement comme un traitement *en lui-même*, mais comme un moyen d'instaurer les soins et une relation thérapeutique efficace. Elle insiste donc sur la dimension relationnelle où le soin en isolement doit être relationnel et spécifique. Noachovitch (2002) de son côté aborde la capacité contenante que peut avoir (ou pas) une équipe de soin dans sa prise en charge du patient. Selon lui, c'est par l'élaboration de ce que le patient peut déposer au sein d'une équipe, et la restitution de ces différents aspects en paroles autant que par des actes, que le malade pourra mieux gérer ses tensions internes sources d'agitation.

Ce dernier aspect nous mène alors à considérer un certain type d'interaction entre le patient isolé et les soignants.

2. A propos d'une rêverie soignante

A partir de ces dernières propositions, nous passons de l'idée de chambre d'isolement qui serait « thérapeutique » pour le patient car « contenante » physiquement, à une supposée « fonction contenante » (ou plutôt « conteneur » selon Kaës) des soignants dans cette situation de soin.

D'où, à l'instar de Bion qui se sert de la fonction maternelle et de la relation mère-enfant pour expliquer l'analyse de patients psychotiques, nous proposons de faire de même pour tenter de comprendre ce qui se joue entre les soignants et ce patient en chambre d'isolement.

Nous pensons alors à Urwand (2001), qui en s'appuyant sur les travaux psychanalytiques de Bion et notamment sur son concept de « capacité de rêverie maternelle », avance l'hypothèse d'une possible extrapolation de ce concept au niveau institutionnel.

Nous posons alors la question de l'existence d'une certaine « capacité de rêverie » au niveau des soignants eux-mêmes. Comme la fonction α maternelle par rapport à l'enfant, la "capacité de rêverie des soignants" permettrait au patient psychotique isolé de faire face en partie à ses « contenus » difficiles, à la douleur et à la frustration ; elle interviendrait donc sur les expériences émotives désagréables, évacuées par le patient et les restituerait sous une forme modifiée et atténuée.

En termes bioniens, on dira que les soignants vont accueillir les « éléments β » projetés par le patient et les « convertir en éléments α ». Cela a donc à voir avec la perturbation de la fonction α chez le psychotique. Selon nous, les soignants y pallieraient par une certaine capacité à accueillir et à mettre leur réceptivité à la disposition de ses angoisses les plus primitives. La « rêverie » des soignants serait donc cet état d'esprit réceptif à tout objet provenant du patient, capable d'accueillir ses identifications projectives, qu'elles soient ressenties par lui comme bonnes ou mauvaises. Elle pourrait être envisagée comme la réponse des soignants aux projections du patient, lui procurant alors une signification.

Les soignants élaboreraient ainsi ce qu'amène le patient et le lui restitueraient modifié et doté de sens, et dans le même temps lui transmettraient une part de leur propre capacité d'élaboration.

De plus, ce mécanisme va engendrer selon nous deux situations.

D'une part, il faudra que les soignants arrivent à supporter tous ces « contenus toxiques », c'est-à-dire accueillir, puis « convertir », transformer les éléments (violents et primitifs) projetés en eux sans se laisser dévaster par ces derniers ; sans quoi ils pourraient se révéler « inopérants » à cet endroit. Cela rejoint aussi l'idée de Green (1987) selon laquelle la rêverie peut être aussi le support de la « haine ». Dans ce cas, l'isolement deviendrait peut être alors « aliénant » et perdrait en partie sa valeur thérapeutique.

D'autre part, si nous considérons l'identification projective comme un mécanisme mis en œuvre *pour communiquer* ses propres expériences émotives, comme une opération psychique qui provoque *réellement* chez l'autre un bouleversement émotif (Bertolone, 2006). Alors, comme Bion le soulignait pour l'analyste avec son patient psychotique, ce dernier aura la capacité de susciter des émotions chez les soignants. On trouve aussi chez Constantini-Tramoni (1994), et, Morasz et al. (2004) la notion d'un travail psychique de contenance et de transformation par les soignants. D'où, selon ce dernier, la contenance dépend de la capacité à penser des soignants, et cette capacité de mise en pensée dépend directement de la qualité de leurs capacités de rêverie.

Ainsi, la chambre d'isolement ne serait pas « contenante » et thérapeutique en elle-même *strictement*. Selon nous, l'amélioration de l'état psychique du patient dépend *aussi* de ce rôle spécifique tenu par les soignants. Il serait comme une dimension spécifique du « prendre soin » envers le patient.

En reprenant les termes de Friard (1998), on pourrait dire que ce qui différencierait un isolement « séquestrant » et un isolement « soin », ce serait justement cette intervention particulière des soignants.

D'où, l'idée que dans ce moment de décompensation psychotique, les soignants utiliseraient leur « capacité de rêverie » auprès du patient isolé.

B. Proposition d'hypothèse

1. Formulation

A partir des éléments précités, nous avons élaboré une hypothèse étudiant donc les relations existantes entre une certaine attitude de la part des soignants, et, un patient isolé en chambre, souffrant de psychose. D'où, nous formulons l'hypothèse selon laquelle :

« La "capacité de rêverie" des soignants permet de participer à la diminution de l'angoisse du patient psychotique en chambre d'isolement ».

2. Opérationnalisation des variables

Nous proposons de définir ici les différents indicateurs qui vont préciser et expliquer cette relation de cause à effet se produisant au niveau de l'hypothèse.

D'une part, en ce qui concerne « la capacité de rêverie des soignants », nous avons retenu 2 indicateurs :

➤ 1^{er} indicateur : *La réceptivité des soignants*, selon 3 critères :

- Avoir le sentiment d'être « disponible » dans la relation avec le patient en isolement,
- Ressentir des émotions particulières lors de la rencontre avec le patient, et, les supporter,
- Arriver à donner du sens au patient concernant son vécu avec des mots, une attitude.

Ce premier indicateur concerne seulement les soignants, et nous pensons qu'il faut une majorité de critères, soit au moins 2 sur 3 pour pouvoir le valider.

- 2^{ème} indicateur : Le vécu du patient par rapport à sa relation avec les soignants, selon 3 critères :
- Avoir eu la possibilité d'exprimer aux soignants son ressenti (avec des paroles et/ou un comportement),
 - Avoir été écouté, pris en compte par les soignants, dans ses difficultés et ses angoisses,
 - Avoir besoin des soignants pour réduire sa tension interne.

Ce deuxième indicateur concerne exclusivement le patient, et nous avançons qu'un minimum de 2 critères sur 3 doit être présent pour le rendre valide.

D'autre part, en ce qui concerne l'angoisse ressentie par le patient psychotique en chambre d'isolement, nous avons retenu 3 indicateurs :

- 1^{er} indicateur : *Le vécu effectif de l'angoisse par le patient lui-même*, et ce dans une acception large : entendu comme sentiment pénible d'attente, intense inquiétude ou ressenti plus intense encore, en lien avec les angoisses psychotiques.
- 2^{ème} indicateur : *L'observation de cette angoisse par les soignants*, à travers les attitudes et/ou les paroles du patient.
- 3^{ème} indicateur : *La diminution de l'angoisse du patient*, selon 3 critères :
- Le patient dit s'être senti plus apaisé après l'intervention des soignants,
 - Le patient dit avoir eu l'impression de mieux comprendre ce qui lui arrive, ce qu'il ressent, à ce moment-là,
 - Les soignants constatent une diminution de l'angoisse du patient.

Ce troisième indicateur concerne à la fois les soignants et le patient. Nous proposons alors qu'il soit nécessaire que les 3 critères soient présents.

III. Présentation de la méthodologie

A. Choix de la population

Au vu de notre problématique et de notre hypothèse, nous avons 2 groupes dans notre population étudiée : celui des soignants, et, celui des patients psychotiques.

Nous proposons alors d'affiner et de cibler précisément notre échantillon pour rendre notre travail réalisable et pertinent.

Concernant le groupe des « soignants », nous nous limiterons à la population infirmière qui intervient dans les soins auprès des patients en chambre d'isolement. Nous faisons le choix de ne pas étudier le groupe des médecins, car nous pensons que de nombreux biais pourraient intervenir :

- La formation des psychiatres est différente de celle des infirmiers, ce qui peut rendre difficile l'étude groupée des deux populations,
- Le psychiatre a un pouvoir décisionnel de prescription que n'ont pas les infirmiers : notamment par rapport aux médicaments et à l'isolement lui-même en chambre.
- La population infirmière est celle qui intervient au plus près dans ses soins par rapport au patient dans ce moment d'isolement, et ce d'une façon plus prolongée que le médecin.

Nous pensons aussi qu'il serait peut être intéressant d'introduire la mixité dans la population infirmière, pour avoir une possibilité de réponse et d'avis plus large concernant le vécu des soignants et des patients dans cette situation.

Concernant le groupe des « patients psychotiques », nous faisons le choix d'étudier des personnes souffrant de schizophrénie uniquement. Cette population spécifique est celle qui est la plus représentée en chambre d'isolement. De plus, la schizophrénie semble le plus se rattacher aux conceptions théoriques sur lesquelles repose notre problématique.

Enfin, notre étude se déroulera dans un service de psychiatrie adulte. Dans ce pavillon en effet se trouve réunies toutes les conditions pour mener à bien notre travail : présence de notre population dans ses 2 catégories, et existence de 2 chambres d'isolement.

Nous précisons, pour terminer, que pour augmenter la pertinence et la validité de notre étude, nous ferons intervenir le même nombre de sujets dans les deux groupes, en restant toujours dans le même lieu d'étude.

B. Choix de l'outil

Nous avons opté pour l'utilisation d'entretiens semi-directifs avec : des patients schizophrènes ayant connu l'hospitalisation en chambre d'isolement, et, des infirmier(e)s du même service intervenant dans cette situation.

1. Approche théorique de l'entretien semi-directif de recherche

Pedinielli et Rouan (1998a) nous rappellent que l'entretien est défini comme un acte de communication, un échange supposant une transmission symbolique par le langage, construisant ainsi une nouvelle réalité.

Concernant l'entretien clinique, il va lui bien au-delà du simple échange de paroles, dans un but conversationnel. Il peut être en fait considéré comme « une forme particulière de conversation, aux multiples finalités, dans laquelle deux personnes construisent un objet de discours permettant l'évaluation, l'affirmation, l'abréaction et le changement » (ibid. p.53). C'est en fait le principal instrument dont dispose le psychologue, qui se trouve alors dans une position asymétrique avec le sujet. Son travail consiste « [...] non seulement à savoir recevoir et écouter le discours qui lui est tenu par le sujet, mais aussi à le susciter, le soutenir, et à permettre son développement » (Pedinielli, 1994, p.36). Comme nous le rappelle l'auteur, le sujet humain est un être de langage, et la parole est déterminante dans sa constitution (ibid.). Il nous explique alors les différents buts de l'entretien clinique : « [...] permettre de dire, écouter, s'informer, faire dire, mais aussi dire quelque chose au

sujet. Il est producteur de faits de langage à partir desquels s'instaurent un échange, une reconstruction des faits réels, mais aussi une analyse des faits de discours » (p. 38).

A travers l'entretien, le sujet nous livre alors ses représentations du monde, son vécu. Cela fait référence alors à la notion d'expérience qui peut se révéler en situation d'entretien. Selon Pedinielli et Fernandez: « le "vécu" de la personne est un bon révélateur de "l'expérience". Le clinicien tente d'aider le sujet à exprimer et saisir comment il structure son monde » (2005, p.111). Travailler donc sur ce vécu-là fait alors référence à l'expérience et à la subjectivité. En effet, la notion d'expérience concerne à la fois ce que le sujet éprouve et les représentations qu'il produit (Ibid.). Quant à la subjectivité, elle est définie comme ce qui appartient au sujet, ce qui se passe à l'intérieur de l'esprit. On retrouve à nouveau dans ce concept la notion de vécu constituant la part subjective. Elle va se révéler d'une part sur un plan factuel, et aussi par rapport à la position du sujet à l'égard des faits. Enfin, il ne faut pas oublier que ce vécu s'inscrit dans un contexte souvent spécifique, à un moment particulier de l'histoire du patient, et dans le développement même de celle-ci

Cela nous mène à la notion d'entretien de recherche. C'est notamment à partir des narrations des sujets, de leurs discours, que le clinicien va travailler dans un objectif de recherche. Comme le dit Chilan : « dans l'entretien clinique [...] on ne fait que regarder et écouter, et parler pour mieux voir et entendre » (1983, p.10). Elle précise aussi qu'entre la clinique instrumentale et la clinique à mains nues, il se situe l'entretien effectué avec un guide d'entretien (Ibid.). Pedinielli et Rouan (1998b) nous explique que l'entretien de recherche peut être analogue à l'entretien clinique (où son contenu sera traité différemment), ou bien, « le recueil des données est soumis à une forme de standardisation répondant aux critères de validité du recueil des données et de validation des hypothèses » (p.99).

Ainsi, dans cette situation spécifique, le clinicien va lui-même solliciter un sujet qu'il a choisi en fonction de critères précis et n'est donc plus directement au service d'autrui (Chiland, 1983). La notion de recherche et de progression des connaissances prend alors le pas. La demande s'inverse : « l'un vient demander quelque chose à l'autre qui ne demande rien » (Ibid.). De plus, l'entretien de recherche n'a ni visée diagnostique, ni visée thérapeutique (Castarède, 1983, p.118). Pour Blanchet et

Gotman (1992) « l'enquête par entretien constitue ainsi une technique de recherche à part entière, à la fois sur le plan des résultats et des fondements théoriques » (p.7). Enfin, l'entretien de recherche peut aller d'une structure directive à une totalement non-directive. Mais, nous ne retiendrons ici que la forme dite « semi-directive » qui aborde une série de thèmes à partir d'un guide d'entretien, mais de façon assez libre. Pour Pedinielli & Rouan ce type d'entretien « permet de rendre compte de la dynamique des processus psychiques, le sujet pouvant organiser son discours comme il l'entend, tout en permettant une forme de standardisation » (1998b, p.102). C'est alors l'entretien semi-directif que nous avons choisi comme moyen d'enquête dans notre travail.

2. Application dans notre recherche

Pour réaliser notre étude, nous allons nous intéresser au vécu du patient et à celui des soignants par l'intermédiaire du langage, dans cette situation particulière de l'isolement en psychiatrie.

Nous avons choisi d'étudier ce qui *est passé*, et non d'aller recueillir du matériel clinique dans les chambres d'isolements quand le patient est en grande difficulté psychique. En effet, cette méthodologie nous paraîtrait aller à l'encontre des principes éthiques et déontologiques de la recherche et du psychologue.

D'où, il s'agira pour nous d'écouter le sujet isolé pour entendre son vécu dans l'après-coup, ainsi que les soignants qui interviennent dans ce moment de soin.

Notre analyse portera donc sur la parole des patients et celle des infirmiers, recueillie lors d'entretiens semi-directifs de recherche.

Par la suite, nous tenterons d'inférer à partir des narrations des patients ce qu'il en est de leur vécu quant à cette expérience d'isolement pendant ce moment de grande souffrance psychique, reliée à l'intervention des infirmiers.

De même, à partir des narrations des soignants nous tenterons de dégager leur expérience et les effets, selon eux, de leur action auprès du patient isolé.

3. Le guide d'entretien

A partir des choix concernant la passation des entretiens tant au niveau de notre population que dans sa forme, nous proposons un guide d'entretien se composant de 4 questions ouvertes. Elles sont symétriques quant à leurs thématiques, mais sont adaptées au groupe de population étudié. Ainsi, nous avons élaboré une série de questions ouvertes pour les patients (Cf. Annexe 3), et une pour les soignants (Cf. Annexe 4). Enfin, nous avons choisi volontairement un nombre limité de questions, car le thème abordé par notre recherche pourrait être difficile pour les participants, et donc nous privilégions une durée limitée de l'entretien. Ce dernier a commencé de façon non-directive avec une consigne de départ très large portant sur « la chambre d'isolement ». A la fin de cette phase, nous avons introduit dans le cours de l'entretien les questions, et ce de façon liée et pertinente. Mais pour plus de clarté, nous avons volontairement indiqué le guide tel quel dans le rendu écrit des entretiens.

IV. Présentation des résultats

Pour parvenir à l'obtention de résultats au niveau de notre recherche, nous allons effectuer une analyse qualitative des discours. Cela consistera à sélectionner et à extraire des données susceptibles, par la suite, de permettre la confrontation des hypothèses aux faits (Blanchet & Gotman, 1992). Cette étude va alors s'effectuer sur le *corpus*, qui a été retranscrit littéralement à partir d'entretiens avec trois patients ayant connu une hospitalisation en chambre d'isolement, et, deux infirmières ainsi qu'un infirmier s'occupant de ces mêmes patients. (Cf. Annexes 5 à 10). Les conditions de passation ont été identiques pour chaque participant (même consigne, même type de relances par rapport au guide d'entretien, et, prise de notes sur le moment sans enregistrement vocal). Il est important d'ajouter que tous les participants à ces entretiens ont été informés que leur discours allait être lu et exploité. De plus, nous avons anonymé les entretiens, et les initiales indiquées sont purement fictives.

Nous nous proposons de faire sur ces textes une analyse de contenu, qui « [...] apparaît comme un ensemble de techniques d'analyse des communications utilisant des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages » (Bardin, 1977, p.42). D'où, nous procéderons d'abord par une analyse de type verticale au niveau de chaque entretien, puis horizontale au regard de l'ensemble des témoignages du groupe concerné. Cela nous mènera par la suite à comparer les vécus de chaque population : patients et infirmier(e)s, lors de la discussion des résultats obtenus.

Enfin, par souci de clarté, nous avons regroupé sous forme de tableaux les thématiques récurrentes ressortant des discours des patients (Cf. Annexe 11) et des patients (Cf. Annexe 12).

A. Le groupe des patients

1. L'entretien avec Mr A.

Dans un premier temps, à partir du discours de Mr A. (Cf. Annexe 5), nous pouvons dégager 6 grands thèmes importants, que nous avons titrés et que nous illustrerons par des fragments de discours significatifs.

D'abord, le premier thème concerne « **le vécu négatif de l'isolement** ». Il nous paraît le plus important et le plus largement évoqué par Mr A. Nous l'avons segmenté en 4 sous-thèmes.

D'une part, il y a ce qui relève du « **ressenti corporel** ». Ici, le patient parle de ce qu'il a pu ressentir dans son corps. Il évoque plusieurs fois la notion « *froid* », mais aussi « *ça fait mal* », « *j'ai tout rendu* », « *mon cœur battait fort* »... On notera aussi une expression singulière : « *c'est casse-cœur* », qui peut faire penser à un néologisme et qui parle de son malaise intérieur, avec une référence au somatique.

Puis, deuxième sous-thème : le « **ressenti interne** ». Le patient emploie un champ lexical qui appartient au domaine de la souffrance interne, de la peur et de l'éprouvé difficile, avec souvent une connotation forte : « *c'est bouleversant* », « *mal-être* », « *c'était l'horreur* », « *c'est affreux* ». Nous pensons que l'expression « *casse-cœur* » peut se loger également dans cette sous-catégorie.

Ensuite, troisième sous-thème : « **l'incertitude** ». Nous faisons allusion aux nombreuses remarques dans son discours sur sa méconnaissance concernant ce qu'il va lui arriver durant son temps d'hospitalisation en chambre d'isolement. Cela concerne d'ailleurs sa relation avec les infirmiers. Mr A. dit alors : « *on ne sait pas comment on est traité...* », « *on ne sait pas quand on va manger, boire... comment on est* », « *on ne sait pas comment ils peuvent réagir ...* ».

Enfin, dernier sous-thème : « **vécu de la relation avec les infirmiers** ». Mr A. rapporte souvent un rapport avec ces soignants qui est vécu dans la contrainte. On voit cela quand il revient deux fois sur l'histoire de « *la cuillère* » ou « *l'heure exacte des cigarettes* ». Il dira même « *je me suis défendu* ». Mr A. parle souvent de cette relation avec eux en des termes forts : « *c'est comme si vous laissez tombé un*

africain qui a la lèpre... vous le laissez mourir... vous dites rien... vous le regardez... ». De plus, on remarquera à cette occasion que le patient nomme à plusieurs reprises les infirmiers par les pronoms « *il* » ou « *ils* ».

Cela nous mène vers un deuxième thème important dans son récit : « **les recommandations et attentes de soins** ». En effet, Mr A. évoque ce qu'il « *faut faire* » selon lui à un patient qui se trouve dans cette situation d'isolement, notamment au niveau relationnel. Ainsi, il dit « *faut faire une action de bonne volonté* », « *il faut une communication de l'un à l'autre...* ». Il parle aussi d'une « *bonne équipe* », mais sur le mode du passé « *avant il y avait une bonne équipe... [...] mais ils sont partis* ». Enfin, il évoque une seule fois « *le psychiatre* », quand il conclut l'entretien, qui « *devrait s'occuper au plus vite du rétablissement de la personne* ».

Ensuite, nous dégageons un troisième thème : « **l'enfermement** ». En évoquant la chambre d'isolement, Mr A. met l'accent sur l'aspect clos et carcéral : « *rester enfermer entre 4 murs* », « *ça fait prison* ». A noter aussi qu'il nomme cette chambre « *la CI* » dans tout l'entretien, « *qui rend encore plus malade* ».

Puis, pour le quatrième thème : « **la temporalité** », Mr A. évoque en effet à plusieurs reprises, la notion du temps, en lien avec la chambre d'isolement, ou sa maladie. Il parle alors « *de rester 1 semaine* », « *ils vont arriver 5mn après* », « *tout s'est remis il y a 2 ans* », « *on ne sait pas quand on va manger...* ». On peut ajouter à cela que le patient utilise la notion temporelle pour caractériser la qualité des soins : « *avant, il y avait une bonne équipe* », « *au départ, c'était dégradé la psychiatrie. Maintenant, c'est mieux qu'avant* ».

Dans le cinquième thème : « **la maladie et la mort** », le mot « *malade* » revient souvent dans son discours. Cela concerne directement Mr A. « *ça m'a rendu malade, ça m'a détruit la santé...* », « *j'ai même fait une tentative de suicide...* » ; ou bien les mots sont attribués à d'autres personnes, avec qui il fait une comparaison « *c'est comme si vous laissez tombé un africain qui a la lèpre...* ».

Enfin, dernier thème : « **la punition** ». Mr A. explique en fait que dans certain cas seulement il pourrait comprendre la mise en chambre d'isolement. Il emploie alors des mots forts faisant directement allusion au vol, au meurtre, au viol et aux sectes.

Cette classification par thèmes de l'entretien avec Mr A. nous mène, dans un deuxième temps, vers une analyse des moments marquants concernant l'enchaînement de son discours et sa formulation.

Ainsi, Mr A. s'inscrit d'emblée par rapport à la notion de vécu pour rapporter ici son expérience dans la partie non-directive de l'entretien. Il le débute en effet par « *j'ai un souvenir...* », où il s'implique lui-même directement, en continuant par « *un ancien infirmier m'a donné* ». On voit que la référence au passé se confirme par « *ancien* » et l'emploi du passé composé. Puis, il associe son ressenti physique « *froid* » (à deux reprises) à la relation avec un infirmier qui voulait lui faire avaler de façon forcée un médicament. Il s'ensuit alors un silence puis une expression qui surgit : « *c'est casse-cœur* ». Ce néologisme donne lieu à l'expression d'un vécu difficile, où Mr A. souligne « **la temporalité** » et « **l'enfermement** » « *entre 4 murs* ». Après ce temps de parole spécifique, on peut noter une pause dans son discours. Puis, il reprend en évoquant « *la peur* ». On notera ici comment il en parle « *ça fait peur* », qu'il associe avec la même construction syntaxique « *ça fait prison* », comme si l'aspect carcéral faisait écho en lui. Il continue ensuite par une formule intéressante : « *on ne sait pas comment on est traité* ». On remarquera ici le passage sur le « *on* » plus impersonnel, mettant une distance, et, l'emploi du présent de l'indicatif dans toute la phrase. L'incertitude est vécue par Mr A. dans le présent même de la rencontre avec les soignants. Cette incertitude semble d'ailleurs toucher jusqu'à son identité « *on ne sait pas quand on va manger, boire... comment on est...* ». Enfin, on note le retour du « *je* » quand Mr A. évoque selon lui les justifications possible pour la mise en isolement se rapportant alors à la thématique de « **la punition** ».

Ensuite, quand Mr A. aborde l'attitude des infirmiers, à la suite de la question du guide, il revient alors sur l'épisode de « *la cuillère* », en disant « *je me suis défendu* », faisant penser à un vécu d'agression. Son discours fait alors référence à la thématique de « **la maladie et la mort** ». A ce niveau, il nous paraît intéressant de relever les enchaînements dans ce paragraphe. Il souligne la notion d'abandon dans les soins : « *comme si vous laissez tomber...* », en lien rapidement avec « *vous le*

laissez mourir... vous dites rien... vous le regardez... ». Dans cette expérience, on peut faire l'hypothèse que le « *vous* » qui désigne s'adresse à ces soignants qui, selon lui, sont passifs devant la souffrance. Mr A. termine alors sur une phrase sans sujet : « *faire une action de bonne volonté* ». On retrouve ce même type de succession d'idées dans le paragraphe suivant, où il évoque son ressenti par rapport aux infirmiers : « *beaucoup de mal-être* ». Cela fait référence à la thématique du « **vécu de la relation avec les infirmiers** », où cela semble être inquiétant pour lui : « *on ne sait pas comment ils peuvent réagir* ». Il évoque à nouveau à ce moment là ce qui s'apparente au « **vécu négatif de l'isolement** », en continuant sur le thème de « **la punition** » pour essayer de trouver un sens au fait d'isoler en chambre une « *personne* » comme il le dit.

Puis il en vient alors à aborder le thème sur « **les recommandations et attentes de soins** », en commençant ses phrases par « *il faut* ». Mr A. insiste d'ailleurs sur « *la communication* », et la compare même à celle pouvant exister dans une famille « *comme font les parents avec les enfants... dans une famille* ». Puis, on relèvera la phrase « *c'est vrai je vais pas taper à la porte, car ils vont arriver 5 mn après...* ». On peut faire ici l'hypothèse d'une crainte de sa part ; s'il « *tape à la porte* », vont-ils venir ?

Puis, par rapport à l'intervention bénéfique supposée des infirmiers, Mr A. répond par la thématique « **ressenti interne** », n'ayant pas d'ailleurs une connotation agréable mais douloureuse. A la suite il enchaîne « *c'est dur... c'est drôle... c'est angoissant* », marquant peut être là une certaine ambivalence psychotique. Le patient utilise ensuite le pronom « *vous* » pour rendre compte de son vécu. Il attribue d'ailleurs l'aggravation de son état à la « *CI* ». Puis, il raconte un moment d'hospitalisation où le soignant aurait pu avoir une figure rassurante. Il emploie les mots « *une dame* » à la place d'infirmière puis « *m'a dit* » soulignant l'aspect communication tant attendu précédemment. Dans son vécu, cette « *dame* » semble lui parler avec précaution « *vous voulez rentrer dans la chambre ?* ». Mais alors il évoque une opposition douloureuse : « *cette chambre c'était un CI* », ce qui ravive chez lui des émotions difficiles, qu'on retrouve par la suite avec dans les thématiques de « **maladie et mort** » et « **ressenti corporel** ». A propos de ce dernier aspect, on notera la construction syntaxique particulière de la dernière partie de la phrase : « *ça m'a détruit la santé, le QI, le cerveau, le souffle qui avait du mal à avoir de*

l'oxygène... ». On mettra en lien cette formulation avec les termes précédents, et notamment « *casse-cœur* ». L'insistance chez Mr A. de ses termes faisant référence au corps de façon si particulière et même qui s'autonomise (ici c'est le souffle lui-même qui a des difficultés pour avoir de l'oxygène), semble faire référence au « langage d'organe » tel que Freud l'a décrite dans la schizophrénie. Mr A. conclut par l'aspect carcéral de la chambre d'isolement.

Concernant la question sur son vécu de l'isolement, on peut remarquer qu'il débute son récit par un vécu de contrainte par rapport à une prise de sang (il insiste d'ailleurs sur le mot « *sang* »). Puis il dit « *non, pas d'angoisse...* ». Mais cela nous fait penser à une dénégarion, car par la suite, l'expression de son ressenti progresse en intensité le long de son discours : « *je serais inquiet* », puis « *quand même peur* » ; où le « *quand même* » semble vouloir souligner ce sentiment potentiel.

Après cette évocation de la notion d'angoisse, on remarque alors une rupture dans son discours. Il fait silence et parle « *qu'avant il y avait une bonne équipe ... gentils* ». Mr A. fait alors pour la première fois dans son récit une référence positive aux soignants, que nous avons mis précédemment dans le thème « **recommandations et attentes de soins** ». Mais il en parle uniquement au passé, en concluant « *ils sont partis...* ».

Dans la fin de l'entretien (partie non directive), on pourrait voir dans la première partie de ce paragraphe un mouvement projectif chez Mr A. Il semble parler de l'évolution de la psychiatrie à l'image de lui-même : de « *dégradé* » à « *mieux qu'avant... moins de stress d'angoisse...* ». On peut constater aussi une progression dans sa narration, d'éléments généraux, vers des évocations plus personnelles (et peut être plus anxiogène pour lui) sur « *la scientologie* » qui mettent fin brutalement à son discours.

2. L'entretien avec Mr B.

A partir du discours de Mr B. (Cf. Annexe 6), nous avons relevé 5 grands thèmes que nous allons étudier successivement.

Le premier concerne « **le vécu de la relation avec les soignants** ». Il nous paraît le plus prégnant chez ce patient. Nous proposons de le scinder en 2 sous-catégories.

D'une part, il y a ce qui relève de « **la communication avec les soignants** ». On peut remarquer en effet que Mr B. utilise à de nombreuses reprises les verbes conjugués « *dire* » et « *répondre* » à l'égard du personnel infirmier : « *ils disent qu'ils vont parler avec moi...* », « *ils m'ont dit comme ça* », par exemple.

D'autre part, il existe aussi un « **vécu à valence positive** » dans ce rapport avec eux. Plusieurs fois, Mr B. explique, avec des superlatifs, comment il juge leur attitudes : « *très très bonne attitude* », « *souriant* », « *énorme gentillesse* ». De même, quand il aborde la mise en chambre d'isolement, moment souvent délicat, il dit « *ils m'ont accompagné en CI simplement* ».

Le deuxième thème important concerne « **l'enfermement** ». Du début à la fin de sa narration, Mr B. utilise un champ lexical faisant référence à la contention physique. Soit dans un sens carcéral d'enfermement à proprement parler : « *j'ai touché les rivets de la porte* », « *j'ai tapé comme au karaté contre la porte* », « *je faisais le tour de mon lit* ». Soit dans un sens de libération : « *délivrance* », « *relâchement* ». On notera enfin qu'il n'emploie que l'expression « *CI* » pour désigner la chambre d'isolement.

Ensuite pour le troisième thème : « **le vécu de l'isolement** », Mr B. explique son ressenti par rapport à ce moment d'hospitalisation. En fait, il ne l'évoque avec une connotation négative qu'à une seule reprise au début de son récit : « *c'était vraiment bizarre, oui c'est ça bizarre* ». Par la suite, il emploie des mots qui font plutôt appel au calme et à l'apaisement : « *Après je me suis calmé* », « *j'allais rester calme* », « *relâchement terrible* » et « *une sorte de délivrance* » (que nous avons déjà évoqué). On peut dire alors que c'est cette dernière tendance qui ressort de cette thématique.

Avec le quatrième thème : « **la punition** », Mr B. relate les faits qui l'ont mené en chambre d'isolement. On remarquera alors combien le vocabulaire employé s'inscrit dans le champ de l'agir et de la violence : « *y a Farid qui a commencé à crié. Alors je lui en ai mis un dans la tête* », « *au lieu de dire "excusez moi", je dis "laissez-moi le tuer* », par exemple. Il évoque aussi son comportement dans cette chambre avec un

vécu qui paraît délirant : « *j'ai crié "Romulus"...* » ; sur lequel il revient d'ailleurs à la fin de l'entretien.

Dernier thème qui émerge : « **la temporalité** ». Elle est souvent présente dans son discours, par rapport à l'enfermement : « *c'était une heure après que je sois arrivé* », « *demain matin on vous sortira* », « *à part les 1ères minutes quand j'étais dans la CI* », « *j'étais sûr que j'allais sortir demain* ». Mais aussi, il y fait référence à l'égard des soignants : « *ils venaient 10 mn après* », « *la cigarette du soir* ».

A partir de ce découpage thématique, nous allons étudier comment Mr B. dit et organise le récit de son vécu au fil de cet entretien.

Au début de l'entretien Mr B. commence sa narration en utilisant l'imparfait pour décrire son ressenti par rapport à la chambre d'isolement. Nous avons vu qu'il ne fait état qu'une seule fois d'un ressenti qui n'est pas positif « *c'était bizarre* ». L'emploi de ce temps laisse penser qu'il inscrit ce ressenti dans la durée. Car par la suite, il emploie le passé composé pour raconter son altercation avec un autre patient (« *Farid* »). On notera alors comment il décrit le moment de la mise en chambre d'isolement : « *ils m'ont accompagné simplement en CI* ». D'abord, on remarquera ici qu'à l'égard des infirmiers, Mr B. dit toujours « *ils* » dans tout son discours, sauf une seule fois où il nomme précisément un soignant par son prénom « *je me souviens surtout de Christophe* ». Puis, dans sa façon de raconter son entrée en isolement, il emploie le verbe « *accompagner* », suivi de « *simplement* ». Cela laisse entendre que cette mise en chambre d'isolement n'a pas été vécue violemment par Mr B., par rapport aux soignants. Il enchaîne alors par la sous-thématique de « **la communication avec les soignants** », où Mr B. retient ici l'importance de la parole à ce moment-là entre lui et les infirmiers. On peut voir aussi que le patient emploie le présent de l'indicatif à leur égard : « *ils disent qu'ils vont parler avec moi...* », comme pour souligner son vécu dans le présent de cette relation.

Puis, on remarquera l'opposition que Mr B. met dans son discours. Alors qu'il raconte sa réaction par rapport à Farid : « *laissez-moi le tuer !!* », il poursuit sur la réponse des infirmiers à une telle déclaration : « *ils m'ont répondu "demain on vous sortira"...* Enfin, *j'ai compris ça... je me souviens surtout de Christophe...* ». Nous pouvons voir ici que c'est précisément Mr B. qui interprète ce que les soignants lui

ont répondu à sa demande violente. Cela évoque d'ailleurs chez lui le souvenir d'un infirmier en particulier.

Ensuite, il continue par la narration d'un moment qu'on pourrait qualifier de délirant, puis par l'évocation de la thématique de « **l'enfermement** ». On remarquera comment il termine cette première partie de l'entretien : « *voilà, pas plus, pas moins...* », comme s'il voulait signifier qu'il avait tout dit. On voit que pour continuer il reprend d'ailleurs le terme « *attitude* » de la question N°1. Il qualifie très positivement les soignants : « *très très bonne attitude... souriant...* ». Il vient alors tout un passage où l'on pourrait parler d'identification aux soignants. Mr B. fait la remarque « *ils dégagent quelque chose...* » à leur égard, mais ne semble pas savoir précisément ce qu'il peut en être. A la fin de cette séquence, le patient nous explique qu'après ce temps relationnel singulier avec les soignants : « *je me suis calmé avec Farid...* ». Toutefois, dans la manière dont il raconte son vécu de ce moment, on peut se questionner sur la bienveillance des soignants. Sous couvert de la thématique « **vécu à valence positive** », on pourrait entrevoir une ambivalence, où la phrase « *ils dégagent quelque chose* » pourrait révéler de l'inquiétude.

Puis, suite à la question N°3 sur son ressenti par rapport aux infirmiers, on peut voir que Mr B. fait le lien entre « *ce qu'ils m'avaient dit* » et sa croyance, sa certitude sur ce qu'il va lui arriver et comment il va se sentir. Il emploie d'ailleurs par deux fois les termes « *j'étais sûr* » pour appuyer son propos : « *j'étais sûr que j'allais sortir... [...] que j'allais rester calme, qu'il n'y avait pas de problèmes, que j'allais pas frapper à la porte...* ». Cette certitude ne semble toutefois pas concerner « *les 1ères minutes* » en chambre d'isolement. Or, à ce moment du discours où Mr B. semble se remémorer quelque chose d'anxiogène, il enchaîne tout de suite par une formule rassurante « *tout s'est bien passé* ». Toutefois, il termine ce paragraphe par l'incident avec l'autre patient, ce qui semble un sujet difficile pour lui. Il met en avant de façon rapide une explication qui pourrait faire penser à un vécu dissociatif : « *c'était un autre moi...* ».

A la question sur son vécu de l'isolement, il y répond par la thématique de « **l'enfermement** ». Le verbe « *frapper* » revient par deux fois, à l'égard des limites physiques de la chambre. On remarquera qu'ici, Mr B. n'exprime pas d'angoisse mais plutôt une tension interne qui se traduit par une décharge motrice.

La dernière question sur son ressenti concernant l'intervention des infirmiers amène chez lui une série de propositions courtes sans verbe ni sujet. On relèvera ici l'expression d'un vécu très positif, mais formulée de façon singulière : « *un relâchement terrible.... Une énorme gentillesse... une sorte de délivrance ...* ». Le vocabulaire employé fait référence à la liberté en réaction contre l'enfermement, où les qualificatifs employés ont une connotation majorante importante.

Enfin, au moment de conclure l'entretien de façon non-directive, Mr B. revient à nouveau sur son expérience qu'on avait déjà supposé délirante. On remarque comment il parle de lui dans ce moment-là : « *Romulus* », puis « *je suis Astrida* » ; ce qui laisse supposer un certain trouble psychotique de l'identité. Il termine alors juste après, par une référence cinématographique, comme pour se défendre et mettre de la distance avec le récit qu'il venait de faire avant.

3. L'entretien avec Mr C.

A partir du discours du patient (Cf. Annexe 7), nous avons dégagé 5 grands thèmes.

Le premier concerne « **le vécu de l'isolement** ». On peut le décomposer en 2 catégories. En effet, Mr C. le décrit selon une valence positive, et, une négative. Pour la première, il explique souvent : « *je l'ai pas mal vécu* », « *je l'ai pas vécu comme un mal* », « *mais je l'ai pris positivement* », par exemple. Bien que nous reviendrons dessus plus tard, nous remarquons déjà qu'il exprime son ressenti pratiquement toujours pas des négations. Puis, pour la seconde, Mr C. exprime tout de même un vécu difficile concernant son passage en chambre d'isolement : « *ça peut être dégradant* », « *ça peut être humiliant* » ; il souligne notamment l'aspect de la dépendance qu'il a pu ressentir. Ici encore, on reviendra sur la construction particulière de ces phrases.

Le deuxième thème aborde « **la temporalité** ». Il revient souvent dans son discours des termes, des propositions faisant référence au temps qui passe en chambre d'isolement, mais surtout à la perte de la notion même du temps : « *on perd un petit peu la notion du temps* », « *on vous enlève la montre* », « *j'y suis resté 9/10 jours, je sais plus trop* », « *le temps est long* ».

Le troisième thème se rapporte à « **l'enfermement** ». Mr C. emploie tout un champ lexical appartenant à la coercition, et à la contrainte : « *on est confiné* », « *c'est contraignant* », « *rester seul* ». De plus, quand il parle de sa relation avec les infirmiers, il emploie le mot « *attachement* » par deux fois.

Ce qui nous mène vers le thème du « **vécu de la relation avec les soignants** ». Ici, Mr C. rapporte un rapport plutôt bon avec le personnel soignant lors de ce moment d'hospitalisation, en insistant sur le mot « *traité* » : « *j'ai été bien traité* », « *j'ai pas eu l'impression d'être maltraité, moi, ça s'est bien passé* » ; nous verrons que, malgré tout, la formulation de ce vécu est particulière chez Mr C.

On pourrait ajouter ici que parfois Mr C. rapporte un ressenti plus contrasté à l'égard des infirmiers. Il met en avant une dimension rigide et contraignante : « *on m'a expliqué : tout le monde à la même enseigne... quand c'est l'isolement, c'est l'isolement !* ». A cela se rajoute la notion de dépendance créée par les soignants, notamment par rapport à la thématique temporelle et aux soins qu'il attend de recevoir. Enfin, on notera que Mr C. se questionne à plusieurs reprises sur le sens même des mesures et leur degré d'intentionnalité : « *je sais pas si c'est fait exprès...* ».

Enfin, cinquième et dernière thématique : « **le manque de communication** ». Mr C. emploie à plusieurs reprises le mot « *communication* », ou ce qui s'y rattache, tant avec les autres patients qu'avec les soignants : « *c'était dur le manque de communication* », « *mais le fait de pas avoir de communication avec les autres patients, c'était dur* », « *rester seul* », par exemple.

Cet aperçu des différentes thématiques présentes dans le discours de Mr C. nous permette à présent d'envisager l'étude même de sa narration, pour en comprendre les ressorts.

Quand il commence à aborder de façon non-directive son vécu, il débute par l'aspect temporel, et notamment par un « *on* » peu impliquant. Puis il précise son ressenti, mais en utilisant la négation. C'est d'ailleurs un procédé que Mr C. va employer souvent quand il exprimera un vécu *a priori* positif. Puis, on voit que cela amène une interrogation sur le sens même des mesures appliquées en chambre d'isolement à son égard. C'est un questionnement qu'on retrouvera plusieurs fois dans son

discours. On notera dans ce passage la progression en intensité de l'expression de son vécu : de la dénégation « *mais je l'ai pas mal vécu* », à « *pour nous désorganiser* ». On remarquera aussi que Mr C. pondère son avis, en utilisant souvent les précautions verbales « *peut être* » ou « *je sais pas trop* ».

Puis, quand il lui est demandé plus directement de s'exprimer sur la période d'isolement, il utilise à nouveau la négation « *je l'ai pas vécu comme un mal... je l'ai vécu bien* ». On peut remarquer ici, outre ce qui pourrait être une dénégation, la construction de la deuxième phrase par rapport au mot « *bien* » arrivant en miroir par rapport à la première proposition, et lui donnant une certaine inauthenticité. D'ailleurs, Mr C. poursuit par l'expression d'un ressenti plus difficile, abordant la thématique du « **manque de communication** ». Il termine ce paragraphe en mettant de la précaution sur la valence positive de son vécu : « *comme quelque chose de positif* », « *qu'il fallait prendre du bon côté* ».

A la relance sur la question de l'angoisse, Mr C. y répond de façon intéressante. Il modère d'abord ce ressenti spécifique, puis on note une série de « *mais* » au début de chaque proposition. Mr C. explique alors son vécu de la relation avec les soignants, en employant notamment les termes « *a priori confiance* », pour finir sur l'expression d'une difficulté en lien avec le manque de communication qu'il a ressenti. On peut constater aussi quand Mr C. parle de l'attitude des infirmiers, il emploie la même construction dans sa narration. Il commence par un vécu plutôt positif, pour continuer ensuite sur des aspects plus douloureux. A ce niveau de l'entretien il parle de la notion de dépendance qui s'applique à tous les aspects de sa vie en chambre d'isolement ; il en vient à qualifier ce moment comme « *humiliant* » (tout en le minorant, comme tout à l'heure par un « *peut être* »).

On en vient alors à son ressenti à l'égard des infirmiers. Comme nous l'avons indiqué précédemment, il utilise le terme « *attachement* », avec toujours de la précaution. Nous pouvons peut être alors le relier à la thématique de « **l'enfermement** » présente dans son récit. Il continue sur ce sujet en qualifiant cette relation par une référence parentale « *une relation presque maternelle, paternelle* ». Cette dimension nous paraît singulière, et nous verrons plus tard à la lumière de quels concepts on pourrait l'interpréter. Puis, Mr C. poursuit sur la thématique de la « **temporalité** », en mettant en exergue à nouveau la dépendance créée par les infirmiers qui contrôlent d'une certaine manière le temps « *ils peuvent allumer la lumière ou l'éteindre, on sait*

plus si c'est le jour ou la nuit... » explique-t-il. On notera que ce passage se termine à nouveau sur une dénégation « *j'ai pas vécu de manière abominable* », alors que juste avant il exprimait, toujours avec précaution, combien ça l'avait « *désorganisé* ».

La dernière question du guide d'entretien sur l'effet bénéfique de l'intervention des infirmiers amène une réponse plus contrastée que les précédentes. D'abord, l'infirmier est nommé de façon anonyme : un simple pronom « *il* », puis, « *voir quelqu'un* ». Par la suite, Mr C. continue à nouveau par la notion de dépendance, mais avec ambivalence : « *on est entre les deux feux ... c'est un sentiment étrange...* ». A la suite de cette expression singulière, on remarque une rupture dans son discours, et Mr C. se met à parler de sa mise en chambre d'isolement, et semble vouloir se rassurer sur son comportement « *Moi je suis rentré à l'intérieur sans violence* ».

Enfin, sur la dernière partie non-directive de l'entretien, on peut remarquer que Mr C. revient en boucle sur les thèmes qu'il a déjà abordé précédemment (la temporalité, l'interrogation sur le sens véritable des mesures, l'enfermement) marquant peut être là une limite à la discussion. Toutefois, il souligne dans ce passage la notion de contrainte et le fait d'être « *en pyjama* ». A ce propos, ce « *pyjama* » semble avoir été vécu par Mr C. comme une nouvelle identité que les autres lui auraient collé : « *à la cafétéria ils ont la consigne de pas accepter les pyjamas comme ils appellent* ».

4. Synthèse

D'abord, le tableau « Thématiques des patients » en Annexe 11 nous donne une vision d'ensemble des trois entretiens.

Ainsi, nous retrouvons très nettement 2 thèmes communs aux trois entretiens : « **l'enfermement** » et « **la temporalité** ».

Pour le premier, les patients mettent en avant l'aspect clos, les limites physiques constituant cette chambre, avec souvent une connotation carcérale dans leurs discours. D'ailleurs c'est le terme « *Cl* » qui revient le plus souvent, et non « *chambre d'isolement* ».

Puis, c'est la notion temporelle qui est aussi très présente chez tous les patients. Cela s'exprime alors dans la façon qu'ils ont de raconter le temps qui passe dans ce

lieu, la perte de cette dimension, et, le rythme imposé par les différents soins et repas prodigués par le personnel infirmier.

Par la suite, nous avons dégagé 2 autres thématiques qui ressortent elles aussi des discours des trois patients, mais sous des modalités différentes.

D'une part, il y a « **le vécu de l'isolement** ». Mr A. l'évoque de façon franchement difficile et douloureuse. Par contre, pour Mr B. ses propos semblent plus nuancés en la matière, où la dimension d'apaisement paraît ressortir. Mr C. quant à lui exprime son ressenti de façon contrastée. Nous avons vu que la dénégation semblait en marche quand il exprimait un vécu plutôt positif. De plus, Mr C. parle de façon très négative aussi de son expérience d'isolement. Mais cette évocation chez lui s'en suit à chaque fois de précautions verbales dans l'entretien.

D'autre part, on peut relever le thème du « **vécu de la relation avec les soignants** » comme également important chez ces patients. Mr A. est le seul à décrire un vécu franchement négatif et douloureux, teinté de contrainte et d'absence de relationnel bienveillant. Ce patient nomme les soignants d'ailleurs presque toujours de façon anonyme, en employant le pronom « *ils* ». Par contre chez les deux autres patients, ce ressenti semble beaucoup moins difficile. Pour Mr B., ce vécu spécifique par rapport aux soignants est marqué par la communication et le relationnel. On notera toutefois que derrière l'expression à valence positive, il semble exister une ambivalence à l'égard des infirmiers. Enfin, tout en exprimant le fait d'avoir « *été bien traité* », Mr C. souligne une dimension particulière dans la relation avec les soignants, où les notions de dépendance et d'attachement (quasi filiale) ressortent assez nettement.

Après cette analyse des narrations de ces trois patients ayant vécu au moins une fois la chambre d'isolement durant une hospitalisation, nous allons étudier à présent ce qu'expriment des infirmier(e)s agissant dans cette même situation.

B. Le groupe des infirmier(e)s

1. L'entretien avec Me N.

Dans un premier temps, nous avons relevé 6 thèmes ressortant de cette rencontre (Cf. Annexe 8).

D'abord, Me N. évoque souvent ce qui se rapporte à « **la fonction contenante** », et ce dès le début de l'entretien : « *ça contient... un contenant* ». Mais, il existe selon nous 2 sous-catégories dans cette thématique.

D'une part, on retrouve tout ce qui concerne directement la notion même de « **la contenance** », liée alors à l'aspect clos de la chambre d'isolement, sur « *le patient psychotique* » : « *elle est très contenante pour lui...* », « *ça contient chez les psychotiques...* ». Elle fait même référence à la « *seconde peau* », et à l'« *enveloppe* ». Puis, à plusieurs reprises elle insiste aussi sur l'effet violent qu'a la sortie de la chambre d'isolement sur un patient en particulier : « *si on le sort il clache !* ». D'autre part, on retrouve un aspect plus douloureux pour le patient, relevant de « **l'intrusion** » : « *quand on rentre dans la chambre, on entre chez lui, on l'agresse* », « *on entre en lui* », « *il le vit comme une intrusion, un viol* ».

Le deuxième thème qui est prégnant dans le discours de Me N. concerne « **la difficulté du travail en équipe** ». L'infirmière aborde souvent combien il n'est pas évident d'effectuer un travail cohérent et harmonieux ensemble, entre collègues, à propos de la chambre d'isolement. Elle attribue cela à un manque de formation, notamment des nouveaux infirmiers : « *il y a le personnel qui défile* », « *ce qui est difficile au sein d'une équipe, on n'a pas tous le même vécu* », « *on peut pas en discuter avec toute l'équipe* », « *c'est pas facile d'avoir les mêmes avis ensemble sur la manière de faire* », « *depuis le nouveau diplôme on n'est pas préparé du tout par rapport à la chambre d'isolement* ». Nous nous pencherons plus précisément sur la manière qu'à Me N. d'évoquer ce sujet.

La troisième thématique qui émerge s'apparente à « **l'indication de l'isolement** ». Me N. revient à plusieurs reprises sur la justification et le sens même de l'acte

d'isoler un patient dans un service de soin à l'hôpital : « *des fois c'est nécessaire, heureusement qu'on les a* », « *il faut partir du principe que c'est pas un isolement abusif* », « *l'isolement total va à l'encontre de ce qui est recherché* », par exemple. On reviendra là encore sur la façon spécifique de Me N. pour en parler.

Ensuite, c'est « **la dimension relationnelle** » qui apparaît aussi dans son discours. Elle utilise tout un vocabulaire se rapportant à l'expression orale avec le patient, la communication, le dialogue : « *c'était quelqu'un avec qui on peut verbaliser* », « *ça peut être un temps de parole* », « *la manière d'aborder* », en sont des exemples.

Puis, d'une certaine façon c'est *a contrario* du thème précédent que Me N. évoque ce qui se rattache aux « **soins factuels** » strictes, où l'aspect concret prend le pas sur le relationnel : « *le faire fumer* », « *le goûter* », « *la nourriture qu'il y a sur le plateau* », « *faire des activités* », « *s'occuper de l'hygiène, du lit...* ».

Enfin, la sixième thématique que nous avons relevée concerne « **la temporalité** ». Elle parle alors du temps passé par les patients en chambre d'isolement, mais aussi de l'aspect temporel à prendre en compte dans les soins et de ce que le patient peut en faire : « *en isolement 24 sur 24, depuis des années* », « *après y avoir travaillé plusieurs années, 5 ans* », « *on n'a pas le temps* », « *quand on dit 2 heures, c'est 2 heures !...* ». On peut noter qu'elle relie ce thème notamment avec « **la dimension relationnelle** » : « *il y a un début de dialogue avec le patient, puis quand on revient 2 heures après on a la suite...* ».

Cette première approche du discours de Me N., nous mène à présent vers une analyse de son positionnement au fil de sa narration.

Ainsi, dès le début dans la partie non-directive de l'entretien, elle commence par mettre une précaution verbale concernant l'utilité supposée de la chambre d'isolement. Elle continue alors par sa « **fonction contenante** », un des thèmes importants dans son propos. Me N. fait alors appel à un souvenir personnel pour étayer et peut être même pour justifier cette notion de contenance. Elle explique que c'est son expérience du terrain qui lui a permis de tirer cette conclusion. Nous verrons par la suite que pour cette infirmière, cette proposition n'est pas aussi

évidente que cela. Pour l'instant, on peut remarquer à la fin de ce paragraphe que l'opposition entre « *elle est très contenante* », et, « *si on le sort, il clache !* » appuie d'une certaine façon l'avis de Me N.

Mais cette évocation de la fonction contenante et de la violence chez ce patient précède l'expression d'un vécu concernant la thématique « **difficulté du travail en équipe** ». En fait, on peut avancer d'ores et déjà que dans son discours, Me N. associe souvent cet effet contenant selon elle de la chambre d'isolement « *pour éviter l'éparpillement* », avec justement le manque de cohérence et d'unité à l'égard du groupe des infirmiers eux-mêmes dans leur manière de travailler et d'envisager les soins dans ce lieu.

A la suite de cela, Me N. enchaîne sur une expression d'affect qui paraît sienne par rapport à l'isolement d'un patient ; mais elle le dit avec une certaine distance en employant le pronom « *on* ». On remarquera aussi l'opposition et la construction syntaxique de cette dernière phrase entre « *on a beaucoup de peine pour ce patient* » et « *pour le contenir...* ». Nous faisons alors l'hypothèse que cette idée de contenance n'est peut-être pas si évidente et bienveillante pour Me N.

Puis, quand on lui demande de s'exprimer sur son propre ressenti par rapport au patient isolé, Me N. prend tout de suite de la distance en commençant par les propositions « *en général* » et « *il faut partir du principe...* ». Elle évoque alors la thématique de « **l'indication de l'isolement** », mais en employant une série de négations qui pourraient être interprétées comme des dénégations. Puis, elle continue par une tentative d'expression de soi sous forme d'interrogation « *qu'est-ce que moi je ressens ?* », comme un appel pour être étayée. Elle ne va pourtant pas aborder son ressenti, mais va plutôt parler d'une autre situation avec un patient. Me N. continue de marquer la distance en employant à nouveau le pronom « *on* » pour évoquer « **la dimension relationnelle** ». Cependant, elle semble reconnaître dans ce passage le vécu douloureux du patient : « *même s'il le vivait mal, il se rendait compte que c'était nécessaire* ». Cette insistance sur le côté « *nécessaire* » de l'isolement précède alors « **la contenance** » sur laquelle elle revient, comme pour la justifier. Il est intéressant de préciser que pour elle ce n'est qu'un « *départ* », et non une finalité. Puis, comme nous l'avons relevé tout à l'heure, Me N. associe dans son discours l'éparpillement du patient psychotique avec « **la difficulté du travail en équipe** ». Elle en donne alors une première cause selon elle qui s'apparente à un

problème de formation chez les infirmiers. A ce propos, on notera qu'auparavant, Me N. avait souligné combien son expérience de terrain en la matière avait été nécessaire pour ses « *idées toutes faites sur la chambre d'isolement avec que de la théorie* ». Nous pensons qu'il est intéressant de relever qu'après avoir évoqué cette thématique spécifique, elle aborde « **les soins factuels** » ; montrant peut être par là l'issue potentielle de ce manque de formation.

Me N. poursuit par une dénégation sur l'acceptation même de la chambre d'isolement, qu'elle relie alors aux problèmes d'équipes : « *la difficulté elle n'est pas d'accepter ou pas la chambre d'isolement, mais comment l'équipe va le vivre...* ». Elle se met alors à questionner le sens même du « *goûter* » : savoir si c'est un soin relationnel ou pas. Finalement, dans toute cette séquence qui devait concerner son ressenti à elle à l'égard des patients isolés, elle n'a pratiquement parlé que des difficultés à travailler ensemble et à avoir une action cohérente, et ce avec un grand renfort de dénégation sur l'indication même de cette chambre d'isolement. Cette « **fonction contenante** » tant sollicitée par Me N. ne semble pas se répercuter sur l'équipe soignante qui donne, elle, justement l'impression d'être « *éparpillée* ».

On en vient ensuite à la question sur son attitude à l'égard du patient hospitalisé. Comme précédemment, Me N. fait un appel pour être étayé, en employant l'expression « *la manière de l'aborder ?* », mais en marquant à nouveau une prise de distance. Sa phrase est en effet sans sujet, et elle va utiliser dans ce paragraphe le pronom « *on* » marquant l'indétermination pour parler de « **la dimension relationnelle** ». On note dans ce passage que, selon Me N., c'est le patient qui doit initier l'échange de parole, sinon cela devient des « **soins factuels** » escamotant quelque peu l'expression du vécu.

Puis, cela paraît à nouveau malaisé pour Me N. de s'exprimer à partir de son expérience personnelle quand il lui est demandé de rendre compte de l'observation des patients en chambre d'isolement. Elle commencera sa réponse par « *c'est difficile* », puis par l'emploi du « *on* » pour aborder la thématique de « **l'intrusion** », qu'elle fait alterner encore une fois avec « **la difficulté du travail en équipe** ». On notera qu'elle arrive à s'impliquer dans un ressenti, à la fin du paragraphe : « *alors qu'au début, je trouvais ça inhumain, je voulais le faire sortir...* ». Toutefois, quand à la fin de sa réponse elle argumente l'intérêt de la chambre d'isolement, elle mettra de

la distance dans son propos en revenant sur le « on » : « avec le recul, on se rend compte de l'intérêt de la chambre d'isolement ».

Ensuite, il lui est demandé de s'exprimer sur l'effet bienfaisant de son intervention auprès du patient. On remarque alors une entrée directe dans l'expression assez franche : « *ben oui !!!* », mais qui est suivie par une évocation de la notion de dangerosité : « *faut faire très attention...* ». Dans ce passage de l'entretien, Me N. insiste particulièrement sur « **la temporalité** », en lien avec la notion de soins et de la « **dimension relationnelle** ». Elle emploie à ce moment-là une formule particulièrement forte « *on va être jugé par les patients comme des tortionnaires* », faisant référence au pouvoir des soignants sur les malades dans une dimension carcérale et sadique, dépassant de bien loin la « **contenance** » citée plus haut.

Me N. amène alors une réflexion sur l'intérêt de la connaissance du temps qui passe par ces patients. Après cela, il fait suite une évocation de « **soins factuels** », qui l'amène alors à s'interroger sur la notion même de l'isolement. Il semble alors que l'isolement dit « *total* », sans « *contact avec l'extérieur* » soit pour elle dénué d'intérêt, perdant peut être alors sa « **fonction contenante** ». Elle termine d'ailleurs cette séquence par le récit d'une situation de soin faisant intervenir une autre infirmière. La « **dimension relationnelle** » est alors majeure, en lien aussi avec « **la temporalité** ». Elle achève son récit par « *ça l'a fait tenir* », rappelant sa précédente position sur l'isolement et sur le vécu difficile de « *Mr G.* ». On peut dire aussi que cette partie de l'entretien est opposition avec toutes les difficultés de travailler ensemble que Me N. a pu souvent décrire.

Enfin, quand on arrive à la dernière partie, non-directive, de l'entretien, Me N. parle encore longuement de façon intéressante. Ainsi, elle revient d'abord sur le problème du manque de formation des infirmiers. Elle donne alors une définition de la chambre d'isolement : « *c'est la grande inconnue !* ». Les problèmes de formation qu'elle soulève l'amènent dans son discours à avoir une représentation de la chambre d'isolement pour le moins difficile, en utilisant un champ lexical carcéral inquiétant. Nous relevons ici une formulation intéressante, construite de façon négative, pouvant faire penser à nouveau à une dénégation : « *c'est thérapeutique, c'est pas une cage où on enferme quelqu'un dedans !* ». A noter que tout ce passage dans l'entretien est toujours en lien pour Me N. avec « **la difficulté du travail en équipe** ».

De plus, nous proposons de relier le passage « *quand on ouvre une chambre d'isolement, on ne sait pas ce qui peut arriver... et je ne suis pas une froussarde !* » avec « *la grande inconnue* » citée précédemment. La chambre d'isolement semble recéler une part de mystère inquiétant, même pour la professionnelle expérimentée que semble être Me N. Elle termine ici en opposant la formation avec « *le terrain* ». Puis, après une relance sur le manque supposé de formation, Me N. s'explique par une série de propositions qui pourraient encore une fois être envisagées comme une succession de dénégations : « *l'isolement, c'est pas que isoler quelqu'un des autres [...] c'est pas qu'un isolement physique, c'est contenir quelqu'un...* ». Elles concernent alors l'isolement lui-même et l'argumentation de sa « **fonction contenante** ». Mais comme précédemment, l'évocation de la « **contenance** » de la chambre d'isolement amène Me N. à parler une fois encore de la difficulté qu'il peut exister de travailler de façon cohérente et unifiée entre infirmier(e)s. A ce propos, on notera la répétition de l'adjectif « *même* » dans ce dernier paragraphe de l'entretien, avec une référence à la notion de clivage opérée par les patients à l'égard des infirmiers : « *sinon, ils vont dire : "vous, vous êtes gentils"* ». Enfin, Me N. termine son discours sur une dimension plutôt factuelle des soins prodigués au patients : « *[...] sur la manière de faire...* » qui semble particulièrement difficile à atteindre de façon cohérente en équipe.

2. L'entretien avec Me K.

A partir du discours de cette deuxième infirmière (Cf. Annexe 9) nous avons dégagé 3 grandes thématiques prédominantes.

La première qui paraît importante dans le discours de Me K. semble être celle de « **l'indication de l'isolement** ». Au fil de l'entretien, elle revient souvent sur les indications d'une mise en chambre d'isolement, en utilisant d'ailleurs à plusieurs reprises le mot même d'« *indication* ». Elle rappelle souvent aussi que cette indication dépend des médecins, et non des infirmiers. Nous avons dégagé 2 sous-thèmes qui permettent d'affiner le propos de Me K.

Ainsi, on retrouve d'une part la notion de « **l'isolement comme soin** ». Elle commence d'ailleurs l'entretien par cela : « *la chambre d'isolement doit rester un*

soin », puis « *pour moi, c'est thérapeutique !* », « *pour moi c'est un réel soin* », en sont des exemples. Elle déplore d'ailleurs que parfois ce soit « *pseudo-thérapeutique [...] destinée à faire retomber la violence à l'égard des soignants* ».

D'autre part, on peut y voir aussi « **les définitions** » ; en d'autres termes c'est comment Me K. met du sens en employant des mots pour nommer ce que peut être la chambre d'isolement. Les propositions qu'elle utilise sont le plus souvent reliées à la notion de soin et de prise en charge infirmière : « *être le cœur de notre prise en charge* », « *être notre quotidien de notre travail infirmier* », « *un outil pour consolider la relation* ». Toutefois on peut relever quelques propositions où la représentation de la chambre d'isolement prend un aspect plus carcéral, notamment quand elle utilise les mots : « *au fond de sa cellule* », « *lieu de déversement* », « *outil* », « *isolement* », « *CI* », « *iso* », « *endroit* » où le patient peut « *taper contre les murs, crier* ».

Le deuxième thème s'apparente à « **la dimension relationnelle** ». Me K. explique et insiste sur toute la notion relationnelle et de mise en mots dans ce lieu spécifique, selon 2 modalités. Ainsi, nous y voyons d'abord une première sous-catégorie : « **la relation avec le patient** ». On trouve ici tout un champ lexical autour du langage et de l'échange de paroles : « *on prédétermine beaucoup de choses dans la relation avec eux* », « *pendant qu'ils mangent ils parlent de leurs parents* », « *cette arène de paroles* », « *quand il y a eu du travail de fait dans la parole* » par exemple.

Puis, il y a selon nous ce qui est de l'ordre du « **ressenti personnel** ». En effet, Me K. aborde souvent son « *ressenti* », en employant d'ailleurs ce mot à plusieurs reprises, par rapport au patient en chambre d'isolement : « *ça dépend de la pathologie, de ce que je lui renvoie, ce qu'il me renvoie* », « *j'ai pu ressentir de l'empathie* », « *un sentiment d'appréhension, de l'anticipation* », « *je l'ai souvent ressenti* », « *j'ai ressenti aussi souvent une espèce d'incompréhension* ». On trouve aussi dans son discours la même thématique, mais traitée par la négative : « *Moi je n'ai jamais eu ni pitié, ni peine ! Jamais j'ai ressenti ça !* ».

Le troisième thème concerne « **la difficulté du travail en équipe** ». Les propos de Me K. se rapportant à cette problématique peuvent être divisés également en 2 catégories. D'une part, il y a tout ce qui s'apparente aux « **maternage et oralité** ». En effet, l'infirmière revient plusieurs sur son désaccord avec ses autres collègues

sur la question du « goûter » et du « maternage » même. D'autre part, les regrets de Me K. portent sur « **la prise en charge relationnelle** », dont la qualité devrait être meilleure : « *la façon dont on s'occupe d'eux, on n'est pas au top !* », « *on n'y passe pas le temps qu'on devrait* ». Elle en viendra même à dire : « *ça dépend de l'équipe avec qui je me trouve* ».

Cette première approche de l'entretien avec cette infirmière du pavillon nous conduit à présent à l'étude de son discours et de sa manière spécifique de dire son vécu. Ainsi, Me K. débute la partie non-directive de l'entretien par « **l'indication de l'isolement** », en insistant sur la dimension thérapeutique. On note par ailleurs que d'entrée elle modère implicitement cet état de fait en utilisant la formule « *la chambre d'isolement doit rester un soin* ». Cela se confirme quand par la suite elle explique un autre type d'utilisation de l'isolement, « *pseudo-thérapeutique qui est destinée à faire retomber la violence à l'égard des soignants* ». Il est intéressant de remarquer qu'après ce constat plutôt négatif à ses yeux, elle enchaîne de façon franche, en s'impliquant fortement : « *pour moi c'est thérapeutique. L'indication est toujours claire !* ». Elle continue alors dans tout le paragraphe qui suit par ce qui se rapporte d'une certaine façon à « **la difficulté du travail en équipe** », mais de façon implicite. Elle utilise dans tout ce passage le conditionnel, et notamment à 3 reprises la proposition « *ça devrait être* ». De plus, Me K. s'inclut dans son propos par rapport au groupe des soignants en passant du pronom « *je* » à « *nous* » ; la formule « *ça devrait être le cœur de notre prise en charge* » prend peut être une dimension quelque peu affective. Elle termine cette partie par une phrase qui nous paraît en opposition avec ce que Me K. avait énoncé plus haut : « *mais pour moi c'est souvent un mal nécessaire, une contrainte...* ». Ce vécu plus difficile et négatif précède dans son discours un ressenti faisant référence à la séparation et à l'isolement des soignants eux-mêmes des autres patients, à cause justement de cette chambre d'isolement : « *quand on va voir le patient, on est hors le pavillon, hors les patients...* ». Elle relèvera d'ailleurs son lapsus à ce propos : « *les patients... oh le lapsus !!... les soignants, pardon, occupés, ne le sont pas pour les autres patients...* ».

Il vient ensuite une « **définition** » de la chambre d'isolement, mais par la négative, où d'ailleurs l'infirmière emploie le mot « *Cl* » : « *c'est pas une corvée* » ; alors que

précédemment il était question de contrainte et de sentiment implicite d'isolement parmi les soignants. A nouveau, cette expression lui permet d'aborder la thématique générale « **difficulté du travail en équipe** », où Me K. prend une certaine distance personnelle pour passer à une dimension groupale du problème. Elle emploie en effet dans ce passage les mots « *on* » et « *équipe* ».

Puis, Me K. continue en abordant pour une des seules fois dans son discours la question de la temporalité, qui a selon elle une « *conséquence sur l'hospitalisation* ». Elle relie en fait cette thématique qui n'est pas dominante dans son discours, avec celles de « **l'indication de l'isolement** » et de « **la difficulté du travail en équipe** » à nouveau. A la suite de cela, elle s'exprime sur « **la dimension relationnelle** » entre les soignants et le patient en isolement, en utilisant des termes marquant la proximité : « *c'est là que le patient te choisit ou te choisit pas* ». Elle avance ici un phénomène qu'elle reprendra également plus loin dans l'entretien. Selon elle la chambre d'isolement est un lieu spécifique qui permet l'instauration de liens importants avec le patient, n'existant nulle part ailleurs : « *c'est particulier, quand ils sont en CI, on prédétermine beaucoup de choses dans la relation avec eux et avec nous* ». Il est intéressant de noter qu'elle conclue ce paragraphe en insistant sur le vécu de contrainte groupal des soignants à propos de la chambre d'isolement.

Ensuite, à la question sur son attitude à l'égard des patients dans cette situation, elle y répond en commençant par une question : « *dans la relation ?* ». Elle poursuit alors par une série de phrases marquant diverses possibilités, notamment en utilisant par 3 fois les mots « *ça dépend* ». On retrouve ici les notions « **indication de l'isolement** » et « **difficulté du travail en équipe** ». Ce qui alors lui permet de prendre position sur l'attitude même des autres soignants, en mettant en cause ce que qui se rattache au thème « **le maternage et l'oralité** ». Elle oppose d'ailleurs ce comportement avec la notion d'autonomie qui doit être une mission importante des soignants. Elle argumente cette situation en mettant en relief les paradoxes chez ces infirmier(e)s.

A la suite de cette prise de position sur l'attitude des autres professionnels, elle revient à la sienne, en soulignant à nouveau la spécificité de chaque cas. Selon Me K. le relationnel ne peut s'envisager que selon une certaine réciprocité avec le patient, évoquant peut être l'importance du ressenti : « *ça dépend de la pathologie, de ce que je lui renvoie, ce qu'il me renvoie...* ». Mais elle continue dans son

discours en abordant à nouveau la question de « **l'indication de l'isolement** », où l'on notera qu'elle met la responsabilité du médecin en avant, et aussi une « **définition** » par la négative pour le moins intéressante : « *ce n'est pas un séjour dans une chambre fermée* » ; ce qui sur un plan factuel l'est pourtant. On voit alors que pour ce sortir de cette dénégation, elle avance une argumentation en lien avec « **l'isolement comme soin** ». Me K. revient d'ailleurs sur la spécificité relationnelle pouvant exister en chambre d'isolement : « *pendant qu'ils mangent, ils parlent de leurs parents par exemple, alors que pas forcément en dehors...* ». On notera ici la référence faite à nouveau à l'oralité et à la relation parentale. Elle continue en insistant sur « **la dimension relationnelle** », dont l'écueil semble être le maternage. Elle appuie son propos en parlant de « *face à face* », « *du travail de fait dans la parole* ». Pour Me K. ce moment de l'hospitalisation est déterminant dans le reste de la prise en charge, où même du clivage peut se mettre en place : « *c'est à ce moment qu'il te choisit ou qu'il te rejette* ». Elle explique alors la place de la violence pouvant exister dans les soins et ce que cela entraîne comme conséquences dans le rapport avec le patient.

A la question sur l'effet bénéfique de son intervention dans cette chambre, elle répond par une entrée directe dans l'expression : « *Ah oui !!! A 100 pour 100 !!!* », mais atténuée tout de suite après son propos. Elle se réfère alors à la difficulté du patient à comprendre l'intérêt de l'isolement et même cette proximité relationnelle : « *trouver cette arène de paroles...* ». Me K. continue son propos d'ailleurs par l'utilisation de tout un champ lexical faisant référence à la dimension carcérale et à la violence : « *un endroit [...] taper contre les murs, crier [...] exutoire [...] violence [...] lieu de déversement [...] pas seulement à maintenir, contenir* ». A cette occasion, elle remet en cause en cause la notion de la « *contenance* » au profit de la dimension relationnelle et en revenant à nouveau sur son aspect spécifique existant seulement dans cette situation : « *quand il y en a qui ont été en iso, ça va plus vite dans la relation avec nous...* ».

Puis, Me K. évoque la question du « **ressenti personnel** » avec la question N°2 de façon intéressante. Après un temps de latence, elle entre dans l'expression de façon franche et directe : « *Moi j'ai jamais eu ni pitié, ni peine ! Jamais j'ai ressenti ça !* ». Mais par contre, à la suite de cela, elle raconte une situation d'empathie, où l'on peut même faire l'hypothèse d'une dimension identificatoire, s'accompagnant d'un

ressenti fort. Toutefois, l'éprouvé d'angoisse est mis à l'écart par Me K. On note alors que cela la ramène à poser à nouveau la dimension de « **l'indication de l'isolement** », dans laquelle elle s'implique directement. A la fin de ce paragraphe, on pourra relever tout un vocabulaire s'apparentant à l'aspect carcéral et instrumental : « *outil* », « *spectaculaire* », « *punition* ». Cette dernière idée continue avec la question sur le comportement des patients en isolement. Me K. utilise des mots se référant à l'inquiétude et la contrainte qui déshumanise : « *peur* », « *animal traqué* », « *au fond de sa cellule, tu sais pas ce qu'il va faire...* ». A cette expression d'éléments anxiogènes, Me K. poursuit en cherchant une mise en sens, mais la question du « **ressenti personnel** » reste toujours présente dans son discours. Elle aborde alors la notion d'incompréhension des patients par rapport à l'isolement. Selon elle, ils l'envisagent comme « *une réponse* » qu'ils ne comprennent pas toujours, et sur laquelle d'ailleurs il est important de mettre des mots : « *il faut parler de leur vécu après...* ». Toutefois, quand l'isolement leur « *a fait du bien* », c'est que « *quelque chose [...] s'est créé* ».

Me K. va terminer l'entretien en soulignant que par rapport à la dimension relationnelle : « *c'est le patient qui insuffle ça... du lien, du vrai lien* », mettant alors en exergue que c'est de son côté à lui que le relationnel commence.

3. L'entretien avec Mr H.

L'approche thématique du discours de cet infirmier du pavillon (Cf. Annexe 10) nous permet d'envisager 3 grandes catégories.

Le premier thème se retrouve dès le début de l'entretien, ainsi que tout au long de sa narration, et se rapporte à « **l'angoisse et la peur** ». Selon nous, Mr H. l'aborde selon 3 dimensions. D'abord, il en parle par rapport au patient lui-même : « *son angoisse de morcellement* », « *c'est la peur que quelque chose sorte du trou* », par exemple. Puis, ce thème est mis en lien avec l'action des soignants : « *l'évaluer sur son état d'angoisse* », « *quand ils sont trop angoissés, ils viennent te demander de les isoler* », « *le fait de verbaliser leur angoisse* ». Enfin, Mr H. évoque aussi la position de l'infirmier face à ces émotions et ce ressenti : « *tu prends toute la souffrance des autres* », « *mais surtout, il ne faut pas avoir peur. Ils le sentent, ça*

peut accentuer leur angoisse », « j'ai jamais ressenti de peur avec les schizophrènes ».

Puis, dans cette même idée de souffrance psychique, nous avons dégagé un deuxième thème ayant une place importante dans son discours : « **la violence et l'agressivité** ». Le champ lexical se rattachant à cette thématique est important dans les propos de Mr H. De plus, nous y avons vu 2 sous-catégories.

D'une part, il y a ce qui concerne « **la gestion de l'agressivité par les soignants** » de ces moments de tensions ; Mr H. explique en effet : « *je suis calme mais je peux répondre à leur passage à l'acte. C'est-à-dire les maîtriser* », « *avec une attitude rassurante, même s'il est en phase d'agitation, tu arriveras facilement à faire tomber l'agressivité...* », « *les insultes sont fréquentes mais tu les prends pas pour toi* », « *il y a des situations très chaudes... il faut savoir les gérer...* », « *le premier qui entre s'en prend plein la tête* ».

D'autre part, on retrouve chez Mr H. « **la difficulté du travail en équipe** », mais selon l'approche spécifique de la différence des sexes entre soignants. En effet, cet infirmier ne cite qu'une fois le problème des « *jeunes DE [qui] font n'importe quoi...* », mais il insiste surtout sur le problème de ce qu'il appelle « *le culte du renfort d'hommes* ». D'abord, pour Mr H. l'appel au personnel masculin est trop systématique : « *si dans un quart dès qu'il y a des femmes, sans évaluer l'état clinique du patient, ils appellent systématiquement des hommes* ». Et puis, une présence féminine peut se révéler intéressante, selon lui, dans la gestion de l'agressivité *a contrario* parfois de celle d'un homme : il dit en effet « *la présence féminine peut diminuer la tension* », « *s'il voit que tu es costaud [...] ils te disent "tu veux te battre ? Viens !" ... c'est pas forcément la présence d'un homme...* ».

Enfin, le troisième thème qui ressort de l'entretien avec Mr H. concerne « **la prise en charge soignante** » d'un point de vue assez large.

Nous avons d'abord une première sous-catégorie s'apparentant aux notions « **évaluation, réassurance et cadre** ». Mr H. décrit en effet tout un champ se rapportant aux actions à l'égard du patient et aux règles importantes à respecter selon lui, par les soignants. Par exemple, il explique : « *normalement on le voit toutes les 2 heures [...] on y va pour le goûter, la cigarette...* », « *l'évaluer sur son état d'angoisse* », « *tu es là pour les rassurer...* », « *une attitude cadrante [...] une douce*

fermeté [...] surtout garder la distance thérapeutique », « une attitude que j'ai toujours employé : le vouvoiement », « surtout, il ne faut pas avoir peur », « mais il faut pas rentrer dans leur délire ».

Puis, la dimension de « **l'humour** » est importante dans le discours de Mr H. concernant le rapport avec le patient isolé. Il dit en effet : « *et savoir user de l'humour quand le patient y est accessible... l'humour est très important* », « *pour finir sur une touche rigolote* », « *en psychiatrie, il faut rire...* », « *les patients aussi c'est important de les faire rire...* ».

Cette première approche nous mène à présent vers une étude plus détaillée de l'entretien de Mr H. pour en saisir quelque peu les ressorts.

Il débute en fait l'entretien en reprenant la consigne non-directive. Cela l'amène à commencer par évoquer la chambre d'isolement comme « *un soin* », mais on voit alors de l'hésitation poindre dans son argumentation. Il emploie finalement un discours d'expert : « *... à calmer son angoisse de morcellement parfois...* », mais toujours avec précaution. Il évoque à ce moment-là la seule référence de l'entretien à la temporalité, qu'il met en lien avec la dimension carcérale de la chambre d'isolement : « *il faut pas qu'elle dure trop longtemps [...] il faut quelque chose pour supporter cet enfermement qui paraît carcéral* ». Cette dernière représentation, qui paraît en opposition avec celle du soin abordée précédemment, amène chez Mr H. à parler de la thématique de « **la prise en charge soignante** », selon 2 dimensions : les soins factuels (goûter, cigarettes) et l'évaluation clinique du patient par les infirmiers. A noter aussi qu'il relève de lui-même dans son discours les difficultés d'organisation dans le travail quotidien l'empêchant de réaliser comme il se doit les soins.

Puis, Mr H. continue par son observation du comportement du patient, en pointant un vécu intrusif à l'intérieur même de la chambre d'isolement. On s'éloigne alors de l'idée de contenance de ce lieu, décrite ailleurs. Toutefois, il précise tout de même que selon lui, l'isolement permet de mettre à l'abri les patients des « *stimuli, comme la télé qui leur parle, besoin d'un moment de sécurité...* ». On notera qu'à la suite de ce paragraphe, il revient sur l'angoisse d'intrusion qui peut exister tout de même en chambre d'isolement. Cela lui donne alors l'occasion d'aborder une autre facette de « **la prise en charge soignante** » à travers la notion de réassurance. Dans la suite

de son propos, il est intéressant de remarquer que quand il répond à la question sur l'intervention bienveillante, il modère quelque peu son point de vue en utilisant la précaution verbale : « *oui je pense que ça peut les rassurer [...] c'est pas évident qu'ils se livrent eux-mêmes* ». Il se détache alors de cette dimension, pour revenir sur l'évaluation infirmière. Enfin, on notera son hésitation en fin de réponse pour conclure sur la supposée intervention bienfaitrice des soignants ; il dira alors que ce qui rassure les patients c'est « *notre présence [...] car ils savent qu'on n'est pas loin* ».

Ensuite, quand il lui est demandé de préciser son attitude auprès des patients en isolement, on remarque son temps de latence pour répondre, avant de marquer à nouveau une précaution verbale. Il commence alors à aborder dans l'entretien la question des soignants masculins dans ce type de situation. Dans ce cas, cela amène chez lui une référence à la thématique « **évaluation, réassurance, cadre** », dans une optique de règles à poser et à respecter. Il évoque alors « *une attitude cadrante [...] une douce fermeté [...] la distance thérapeutique* ». Puis, il continue par « **la gestion de l'agressivité par les soignants** » : « *répondre à leur passage à l'acte [...] les maîtriser* ».

On peut remarquer qu'après avoir évoqué cette thématique violente, Mr H. conclue sa réponse par « **L'angoisse et la peur** ». Il explique en fait qu'il est important selon lui que les soignants n'éprouvent pas de peur car cela entraînerait une augmentation de l'angoisse chez les patients.

A la suite de cela, Mr H. reste cohérent dans sa réponse, quand on lui demande d'aborder la question du ressenti personnel : « *j'ai jamais ressenti de peur avec les schizophrènes* » explique-t-il. Il prône entre autre : « *une attitude rassurante* », et « *le vouvoiement* » par rapport à la notion de « **gestion de l'agressivité par les soignants** ». Il explique avoir conscience de ce nous appellerons la projection : « *les insultes sont fréquentes, mais tu les prends pas pour toi* ». Enfin, il termine par « **l'humour** » ce moment de l'entretien à nouveau riche de vécus liés à la violence, comme pour montrer peut être une autre facette moins difficile du soin, mais aussi s'échapper quelque peu des thématiques précédentes plutôt lourdes en affects.

Enfin, on remarquera que la dernière partie de l'entretien sur mode non-directif fut particulièrement riche. Mr H. revient à cette occasion sur ce qu'il appelle « *le culte du*

renfort d'hommes », et que nous avons apparenté à « **la difficulté du travail en équipe** ». Il regrette ici l'appel un peu trop systématique des infirmiers.

Or, selon Mr H., cela peut engendrer parfois des situations d'agressivité qui pourrait être évitées avec une femme comme personnel soignant. On peut noter que Mr H., comme précédemment, s'implique directement dans son discours, en insistant sur le fait qu'il a été souvent confronté en personne aux situations de violence. Il narre alors différentes stratégies entre collègues masculins, où la dimension physique semble être au premier plan. Toutefois, cela n'exclut pas chez lui la notion de ressenti : « *le premier qui entre en prend plein la tête [...] quand tu sais qu'il va y avoir passage à l'acte* », et la place de la parole dans ces situations de tensions avec les patients : « *il y a un seul interlocuteur, un seul qui parle. L'agressivité du patient doit se focaliser sur une personne...* ». C'est à ce moment-là que Mr H. se réfère pour la seule fois dans l'entretien à l'importance de l'expérience, et donc du problème de formation des jeunes diplômés. Après ce passage assez important sur ce thème difficile de la violence, Mr H. fait à nouveau appel à « **l'humour** » pour conclure l'entretien, tout en rappelant le respect de certaines règles : « *mais il faut pas rentrer dans leur délire* ». Il souligne alors cela quand il raconte une situation avec un patient en chambre d'isolement qui justement le fait participer à son histoire délirante.

Puis vers la fin de l'entretien, « **l'humour** » revient dans son discours, et Mr H. la présente comme un mécanisme de défenses à l'encontre des projections dont il est l'objet : « *en psychiatrie, il faut rire.... C'est tellement... ça te prend... tu prends toute la souffrance des autres... même si tu fais la bulle... entre collègues on en parle...* ». A ce moment-là, Mr H. met un terme à la discussion, mais il rajoute avant de partir qu'il est important « *de pas montrer que t'as peur, sinon, t'es foutu...* ». On peut penser alors que ce qu'avance Mr H. est différent du fait de ne pas avoir peur ; pour lui ce qui semble essentiel est que cela ne se voit pas (et/ou que l'autre ne le ressent pas), surtout par rapport au patient hospitalisé en chambre d'isolement.

4. Synthèse

L'étude des trois entretiens avec des infirmier(e)s du pavillon intervenant auprès de patient en chambre d'isolement nous permet de mettre en lumière des thématiques

récurrentes, et d'autres plus spécifiques donnant à chaque rencontre un caractère singulier. On peut d'ailleurs les retrouver dans le tableau « Thématiques des soignants » en Annexe 12.

Ainsi, « **la dimension relationnelle** » et « **la difficulté du travail en équipe** » semblent être des thèmes se retrouvant chez ces trois infirmier(e)s, et sont comme des idées directrices auxquelles se rattachent les thématiques plus personnelles de chaque discours. En effet, chez Me N. on peut mettre en relation « **la fonction contenante** » et « **la temporalité** » avec les 2 thématiques récurrentes. Il semble que pour elle l'équipe soignante manque d'unité et se trouve elle-même « morcelée » dans sa façon de travailler par rapport à la chambre d'isolement. D'ailleurs, nous avons pu voir que cette question de la « contenance » n'est pas si évidente *in fine* pour elle. De plus, la notion du temps est à prendre en compte dans les soins, mais que cela pose également problème au niveau des soignants. Pour Me K., on retiendra que le « **maternage et l'oralité** » est souvent mis en lien avec les aspects relationnels et les difficultés à travailler ensemble de façon cohérente dans cette situation spécifique. Enfin, du côté de Mr H., seul représentant masculin dans notre échantillon infirmier, c'est « **l'angoisse et la peur** » et « **la violence et l'agressivité** » qui sont spécifiques, et que l'on peut mettre également en rapport avec « **la prise en charge soignante** » (s'apparentant pour nous en partie à la « **dimension relationnelle** » des deux infirmières précédentes) et avec « **la difficulté du travail en équipe** ». En fait, Mr H. évoque un vécu où, en tant que personnel soignant masculin, il est confronté de façon plus directe, itérative et frontale à l'angoisse et à la violence des patients. Il déplore alors l'appel systématique « des hommes » au détriment « des femmes » qui ne semble pas toujours judicieux. On remarque que cette situation, par rapport à ses collègues féminines, oriente son approche relationnelle vers des attitudes cadrées et l'utilisation de l'humour. Cela a pour but de gérer et surtout supporter les projections violentes et angoissantes des patients en chambre d'isolement.

Après avoir détaillé les résultats obtenus à la suite de nos entretiens, nous allons à présent attribuer un sens aux données recueillies, et, les discuter au regard de notre problématique et du contexte général de l'hypothèse développée à l'égard de notre objet d'étude (Castro, 2000).

V. Discussion

A. Retour à l'hypothèse

A travers mon travail de recherche³, j'ai voulu étudier la situation spécifique et singulière du patient psychotique mis en chambre d'isolement à un moment donné de son hospitalisation en psychiatrie. Mon objectif a été alors de se dégager des premières considérations mettant en avant l'aspect « contenant » de cet endroit, de part ses limites physiques. J'ai voulu en effet aller au-delà du premier niveau de ce basculement métaphorique en me dirigeant vers l'idée d'une contenance psychique élaborative, en lien notamment avec la notion d'angoisse de morcellement du patient souffrant de schizophrénie. J'ai alors émis l'hypothèse de l'existence d'une certaine « capacité de rêverie » de la part des soignants, dans ce lieu particulier, qui permettrait alors de participer à la diminution de l'angoisse ressentie par ces patients.

Dans un premier temps, en ce qui concerne l'expérience des patients, restituée lors des entretiens, j'ai pu remarquer combien le vécu de la relation avec les soignants et celui de l'isolement font partie des thèmes importants dans leurs propos. Toutefois, ils apparaissent de façon contrastée selon les patients. Il n'y a en effet qu'un seul patient, Mr B., qui relate une dimension d'apaisement où le rapport aux soignants est marqué par la communication et le relationnel. Pour Mr A. son avis est franchement négatif et teinté de contrainte, tandis que Mr B. met en exergue la notion de dépendance au personnel infirmier qu'il vit difficilement.

³ Dans cette partie du mémoire de mise en relation des résultats bruts avec l'hypothèse, j'ai fait le choix de m'impliquer plus directement dans la narration en utilisant la première personne du singulier. Cela rend mieux compte à mon sens de mon engagement dans ce mémoire.

De plus, la dimension relationnelle avec les soignants apparaît dans leurs propos sous diverses formes : soit comme une attente, un souhait pour Mr A., soit comme une prise en charge effective chez Mr B. et Mr C., mais vécu dans l'ambivalence par ce dernier. On notera aussi que les deux autres thèmes clairement dominants chez les trois patients concernent : l'enfermement et la temporalité. Ces deux aspects semblent d'ailleurs prendre le pas dans leur vécu. Enfin, la notion même d'angoisse est ressortie dans leurs discours sous forme d'un ressenti qui se rapporterait à une tension interne importante. Les patients relient d'ailleurs cet état à l'enfermement même et à la contrainte physique.

D'où, au vu de ce rappel synthétique des résultats, je propose à présent de se tourner vers la partie de mon hypothèse qui concerne les patients.

D'une part, au niveau du deuxième indicateur de « la capacité de rêverie des soignants » se rapportant au vécu des sujets isolés, j'infère que 2 critères sur 3 sont présents, et ce à partir des narrations des patients. C'est-à-dire qu'à l'exception de Mr A., ils ont pu exprimer aux soignants leur ressenti, et, en retour avoir été écouté et pris en compte. Le 3^{ème} critère, concernant le fait d'avoir besoin des soignants pour réduire sa tension interne, ressort en fait sous la forme d'un désir éminent de communication de la part des patients en chambre d'isolement. Je conclus alors que ce deuxième indicateur est seulement en partie confirmé, car cela ne concerne pas l'ensemble des patients interrogés.

D'autre part, pour ce qui est de la notion d'angoisse, deux indicateurs sont à prendre en compte.

Il y a d'abord celui qui concerne le vécu effectif de l'angoisse par les patients. Mais comme nous l'avons constaté, il semble qu'ils aient de la difficulté à traduire cet éprouvé. Ils évoquent plutôt de la tension interne, qui s'est le plus souvent exprimé par de la décharge motrice ou même un ressenti corporel. Cela peut faire alors référence à la notion d'angoisse schizophrénique qui, comme l'expliquent Pedinielli & Gimenez : « [...] semble être une expression de l'immense tension ressentie par le patient face aux expériences émotionnelles qu'il ne parvient pas à traiter » (2002, p.86). Mais, l'indicateur se rapportant à la diminution de l'angoisse ne semble pas se vérifier. Les deux critères appartenant au vécu du patient ne se retrouvent pas de

façon franche dans les entretiens. En fait, je remarque que l'enfermement, la contrainte, l'isolement, et la coupure avec le temps social sont vécus de façon douloureuse. Cette expérience difficile se surajoute alors à leur tension interne et ne semble pas permettre aux patients d'accéder à un réel apaisement, par l'intermédiaire des infirmier(e)s.

Ces constatations concernant le vécu des patients mis en chambre d'isolement me mène à étudier, dans un second temps, la relation entre mon hypothèse de recherche et le vécu des soignants intervenant dans cette situation.

D'abord, il y a le premier indicateur concernant la notion de « capacité de rêverie des soignants », et qui se rapporte à leur « réceptivité ».

D'après l'analyse des entretiens des infirmier(e)s, j'infère que 2 critères sur 3 sont présents, rendant alors valide cet indicateur. En effet, le sentiment de disponibilité que j'avais envisagé comme critère n'est pas ressorti des entretiens, toutefois la dimension relationnelle émerge nettement des discours de ces soignants, où la parole, la mise en mots et l'échange se trouvent au premier plan. Il est intéressant de remarquer que cette chambre d'isolement est envisagée comme un lieu singulier où il semble se dérouler une relation spécifique qui n'existe nulle part ailleurs et qui a une dimension particulière. Mais il existe aussi des soins plus factuels et des moments de prise en charge de la violence où la dimension relationnelle est quelque peu escamotée. Je souligne également que pour ces soignants, cet échange relationnel doit être en fait initié par le patient lui-même, sinon ils se retrouvent apparemment en difficulté pour investir la relation. Enfin, les infirmier(e)s ont abordé leur ressenti dans la rencontre avec ce patient en isolement. Il paraît important de relever que cet éprouvé est souvent mis de côté, et déclenche même des mécanismes de défense. En effet, on pourrait y voir : du déni chez Me N. qui ne répond jamais directement aux questions qui s'y rapportent, de la dénégation chez Me K. et Mr H. dans leur façon d'évoquer les vécus internes difficiles, ainsi que l'humour pour ce dernier soignant servant peut être à tenter de mettre une distance avec la peur et l'agressivité. D'ailleurs, Mr H. évoque souvent comment il reçoit ces émotions et ce qu'il faut en faire selon lui pour éviter que l'autre le voit et/ou le ressente.

Ensuite, on en vient à étudier la question de l'angoisse selon le point de vue des soignants. Ainsi, le 2^{ème} indicateur portant sur l'observation de cette angoisse par les infirmier(e)s se retrouve dans leur discours, ainsi que le 3^{ème} indicateur concernant sa diminution. Mais ce dernier pose tout de même question. Ils répondent d'abord tous par l'affirmative de façon franche, puis aussitôt ils modulent leur propos, en paraissant indiquer que cela ne semble pas finalement si évident. Et pour cause, il a été montré précédemment que l'indicateur sur la diminution l'angoisse ressentie par les patients ne pouvait être validé.

D'où, à la lumière de ce travail d'analyse et de mise en relation, j'avance alors que les résultats appuient partiellement mon hypothèse, dans le sens où il a pu être mis en évidence l'existence, à ce moment précis de l'hospitalisation, d'une dynamique intersubjective particulière entre le patient en chambre d'isolement et les soignants. Au vu de sa nature et de la manière dont elle est vécue notamment par les infirmier(e)s concerné(e)s, on pourrait la qualifier de « capacité de rêverie ».

Mais le poids de la contrainte, de l'enfermement et de la rupture d'avec le temps social qui en résulte, semblent ne pas permettre cet effet pacifiant tant recherché sur l'angoisse. D'une part, les patients se plaignent d'une tension interne qu'ils attribuent à la contrainte physique, éloignant l'idée d'une « contenance » bienfaisante.

Et d'autre part, les soignants ont des difficultés à travailler ensemble de façon cohérente et unifiée, face à ce lieu qui les coupe des autres patients mais aussi de leurs pairs. Ce clivage régnant au sein des infirmier(e)s semble altérer leur disponibilité psychique, et ne pas permettre qu'un effet sur le patient puisse se produire, par l'intermédiaire de cette identification projective non toxique au service de la communication telle que Bion l'a décrite. Il semble également que cela a tendance à entraîner une prise en charge soignante qui s'attache aux soins factuels. Enfin, les soignants auraient des difficultés à élaborer leurs propres ressentis et leurs éprouvés, dans la rencontre avec le patient en isolement.

Ensuite, pour donner à ces résultats tout leur intérêt, il me semble important d'aborder ici les limites existantes dans ma recherche. Selon moi, elles se situent à plusieurs niveaux.

D'abord, en ce qui concerne les populations étudiées, la taille de l'échantillon est assez faible. Peut être alors qu'un nombre plus important de patients et de soignants interrogés aurait donné une dimension autre à l'analyse des résultats. De plus, j'ai fait le choix ici de n'étudier que le cas des patients souffrant de schizophrénie. Or, comme le font remarquer assez justement les infirmier(e)s interrogé(e)s (en particuliers Me K. et Mr H.), la mise en chambre d'isolement n'est pas réservée uniquement à ces patients-là, bien au contraire. Cela demanderait alors de reconsidérer la problématique en fonction de cet état de fait.

Puis, j'ai choisi l'entretien semi-directif pour recueillir le vécu des différents protagonistes, et donc d'utiliser l'analyse de discours pour traiter les données de chaque rencontre. Mais la méthodologie qualitative demande une certaine expertise en la matière, et je suis alors conscient que mon analyse n'a certainement pas révélé tous les résultats possibles permettant alors une approche plus fine de la situation.

A partir de toutes ces considérations, je propose à présent de se diriger vers d'autres champs de réflexions pour continuer à envisager le débat.

B. Ouverture

De nos jours, malgré l'accent légitime porté sur la prévention, les soins extrahospitaliers et les moyens d'éviter une prise en charge lourde et coûteuse à tout point de vue, l'hospitalisation demeure un moment déterminant dans le rétablissement du patient et dans la poursuite des soins (Bittolo, 2001). Cependant, cela ne doit pas faire oublier que cette hospitalisation psychiatrique a des enjeux sur le plan psychique. C'est alors dans ce contexte que j'ai inscrit le problème de la chambre d'isolement.

Mais dans mon travail, j'ai opéré une réification sur ce qui semblait exister entre les soignants et le patient isolé. Cette démarche a peut être alors laissé en friche une approche différente de la situation.

A travers ma recherche, il est ressorti combien il semblait difficile au personnel soignant d'arriver à une cohérence et à une proposition de soins commune. Je fais l'hypothèse alors que cela pourrait être dû en partie à ce que renvoie la notion même de l'isolement d'un patient dans un but thérapeutique.

Comme le rappelle Friard (1998), ce sont les soignants qui ont le pouvoir d'enfermer un patient et qui doivent alors gérer ce paradoxe où « soin et mise à l'index s'excluent mutuellement » (p.207). Il faudrait peut être alors revenir sur le fait même de « contenir », et questionner la pertinence d'utiliser « la contenance » en pareil cas. En effet, ce terme revêt une ambiguïté majeure, en oscillant entre : la contrainte physique assimilé à la répression et à l'isolement, et, la notion de « contenance psychique ». Il a été vu d'ailleurs à travers les entretiens des infirmier(e)s combien cette notion n'était pas évidente pour eux *in fine*, même si dans un premier temps il l'abordait avec un langage d'expert. Mr H. en particulier a souligné à plusieurs reprises combien le vécu d'une intrusion en chambre d'isolement pouvait demeurer chez certains patients.

De plus, cela questionne sur le statut même du sujet isolé. Comme le souligne Palazzolo (2002) à propos de « [...] cette prescription qui fait qu'un patient, le plus souvent psychotique, par un comportement "en rupture d'être", coupé de cet "avec l'autre", est amené à se voir confirmé dans son état d'"aliéné-étranger" par son isolement. » (p.16). Cette remarque se rapproche, selon moi, de la position un peu ancienne mais toujours intéressante de Mannoni (1970) en la matière.

Ainsi, dans cette volonté de « contenir » à tout prix « l'ingérable » en mettant ce patient devenu difficile à part des autres, ne peut-on pas craindre ce qu'elle nomme le « [...] risque d'objectivation (c'est-à-dire le risque pour le patient d'être traité comme un objet) » (p.225). D'où, on pourrait dire qu'à trop vouloir « contenir » physiquement ce patient, il en perd du coup une partie de son statut de Sujet au profit de celui du « fou à maîtriser ». Les soignants ont peut être alors des difficultés à le reconsidérer à une autre place. De plus, tout cela ne doit pas faire oublier pour autant que la rencontre avec un sujet psychotique n'est ni évidente, ni facile. Comme le dit Chartier, « sans être univoque la psychose constitue un univers psychique étrange inhabituel et inconnu » (1972, p.208). D'un point de vue psychopathologique, ce sujet en grande souffrance psychique n'a pas accès notamment à l'altérité. C'est alors peut être difficile pour ces soignants, par moments, d'avoir affaire avec un *autre* dans lequel ils ne se reconnaissent pas. D'ailleurs, dans les entretiens, j'ai pu constater combien leurs vécus de l'isolement étaient différents. En effet, les patients insistent tous sur l'enfermement et la temporalité, *a contrario* des soignants. Or, dans

le discours de ces derniers, l'aspect de la contrainte est chaque fois contourné au profit de considérations thérapeutiques, auxquelles finalement ils ont dû mal à adhérer. Il demeure en effet la notion du « soin » qui est mis en avant, car comme l'explique Brient (2007) : « Ce qui rassemble des soignants, c'est donc l'identification, entre eux, d'un même désir de soigner, d'un même idéal du soin. On reconnaît en l'autre un même idéal que le sien. » (p.66). Même s'ils se vivent divisés par rapport à la prise en charge du patient dans cette chambre, la dimension relationnelle demeure au centre des préoccupations des infirmier(e)s dans cette situation de soin si particulière. Mais comme les entretiens l'ont révélé, les infirmier(e)s, et surtout le personnel masculin, sont confrontés à devoir « gérer » la violence, l'agressivité et l'angoisse des patients dans cette chambre d'isolement. Brient à nouveau nous fait remarquer que « quand le soignant ne peut plus remplir sa mission, c'est toujours parce qu'une relation en miroir s'est instauré face au malade. [...] Comment faire résonner en nous la souffrance de l'autre sans être envahi par cette souffrance ? » (Id. pp.66-67). En effet, parfois la réponse donnée se calque sur l'agitation du malade et s'articule autour de la dimension physique et non plus de l'élaboration. Cela pose alors dans ce cas l'intérêt de l'existence d'un autre professionnel de l'équipe pouvant faire tiers.

Cela me mène alors, en tant d'étudiant en Master 1 de psychologie clinique en stage dans ce service de psychiatrie, à envisager la place du psychologue par rapport aux patients et aux soignants concernés par cette chambre d'isolement. En fait, dans cette unité, elle constitue une limite au champ d'action du psychologue et demeure le lieu de prédilection des médecins et des infirmier(e)s. Le psychologue intervient alors avant ou après, mais jamais pendant. Ce positionnement pourrait s'entendre différemment si l'on se trouvait dans un lieu de soin totalement clos (comme un secteur fermé). Car dans ce cas, l'enfermement ferait partie de la politique de soin du service dans son ensemble, pouvant s'appliquer potentiellement à toutes les chambres. Mais ici, le pavillon est dit « ouvert ». Cela induit alors que ce lieu d'isolement est utilisé pour « gérer » un moment de crise et de décompensations aiguës d'un malade.

Le psychologue, pour sa part, ne s'inscrit pas dans le « faire » comme les soignants, mais dans l'après-coup, dans l'écoute et la prise en compte du vécu du sujet.

On peut penser qu'il peut s'opérer un passage, comme l'explique Brient : « [...] du champ du regard, où domine l'observation d'un soigné devenu objet d'un discours médical, au champ de l'oreille, où l'écoute soutient un soigné alors sujet d'une parole à entendre. » (2007, p.68). C'est ce qui fait selon moi toute la spécificité du clinicien auprès du patient, mais aussi à l'égard des soignants avec qui il travaille en collaboration. Car dans une unité de soins en psychiatrie où est encore utilisé des chambres d'isolement, le psychologue a aussi une place, un rôle à tenir, à l'intérieur de l'équipe pour entendre et questionner ce qu'engendre cette pratique si particulière chez les soignants, et permettre d'aller vers toujours plus de mise en sens et d'humanisation.

CONCLUSION

Au fil de ce travail, nous avons pu voir que la mise en chambre d'isolement se pose comme un moyen de maîtrise des malades mentaux dans nos hôpitaux, et ce malgré l'évolution de la médecine, de la chimiothérapie, et de la recherche psychopathologique sur le psychisme humain.

Cette pratique peut concerner finalement une large population de patients ne s'inscrivant pas forcément dans le champ de la psychose. Cela appelle donc à élargir notre réflexion sur le sujet, tout en mettant en exergue la difficulté de se servir de propositions théoriques pour venir éclairer la clinique et la questionner.

De plus, nous avons vu que cet enfermement est difficile à supporter pour ceux qui s'y trouvent, ce qui signifie aussi que cette mise à l'écart ne saurait se passer d'un traitement médical approprié.

Toutefois, cette chambre d'isolement est souvent vécue par les soignants comme « un mal nécessaire », et ses effets thérapeutiques amènent le débat parmi eux.

D'une façon plus générale, elle vient peut être alors interroger quelque chose de plus profond en nous, et, notre rapport à l'autre qui devient étranger de part sa Folie.

Ainsi, pour rester dans une approche digne du soin, il nous paraît essentiel d'avoir une réflexion institutionnelle sur le sens que peut avoir cet acte si particulier pour le patient et pour les soignants.

Le respect de la personne humaine dans sa dimension psychique doit ainsi demeurer plus que présent dans cette situation si singulière.

Cela permettra peut être de ne pas banaliser cette pratique et de l'inscrire dans l'exceptionnel.

BIBLIOGRAPHIE

- ❖ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *Mini DSM-IV-TR, critères diagnostiques*, trad. GUELFY J.-D. et coll., Paris, Masson, 2004.
- ❖ ANZIEU D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, nouv. éd. revue et augmentée 1995.
- ❖ BAHADORI S. et coll. (2006), « Soins intensifs et chambre d'isolement », in *Journal de psychiatrie supplément à Nervure*, tome XIX, n°6 septembre, pp.27-30.
- ❖ BARDIN L. (1977), *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, 1^{ère} éd. 1977, 1^{ère} éd. Quadrige 2007.
- ❖ BERGERET J. et coll. (1972), *Psychologie pathologique, théorie et clinique*, Paris, Masson, 1^{ère} éd. 1972, 9^{ème} éd. 2004.
- ❖ BERGERET J. (1974), *La personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod, 1^{ère} éd. 1974, 3^{ème} éd. 1996.
- ❖ BERTOLONE S. et coll. (2006), « L'identification projective selon la révision bionienne », in NERI C., CORREALE A., FADDA P., *Lire Bion*, Ramonville St-Agne, éd. Erès, pp.20-28.
- ❖ BICK E. (1967), « L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces », in MEG HARRIS WILLIAMS, *Les écrits de Martha Harris et Esther Bick*, Toulouse, éd. du Hublot, coll. Tavistock clinic, pp. 135-139.
- ❖ BIDEAUD J., HOUDE O., PEDINIELLI J.-L. (1993), *L'homme en développement*, Paris, PUF, 1^{ère} éd. « Quadrige » 2004.
- ❖ BION W.R. (1956), « Le développement de la pensée schizophrénique », in *Réflexion faite*, trad. ROBERT F., Paris, PUF, 5^{ème} éd. 2^{ème} tirage. 2007, pp. 43-50.

- ❖ BION W.R. (1957), « Différenciation des personnalités psychotique et non psychotique », in *Réflexion faite*, trad. ROBERT F., Paris, PUF, 5^{ème} éd. 2^{ème} tirage. 2007, pp. 51-73.
- ❖ BION W.R. (1959), « Attaques contre la liaison », in *Réflexion faite*, trad. ROBERT F., Paris, PUF, 5^{ème} éd. 2^{ème} tirage. 2007, pp. 105-123.
- ❖ BION W. R. (1962a), « Une théorie de l'activité de pensée », in *Réflexion faite*, trad. ROBERT F., Paris, PUF, 5^{ème} éd. 2^{ème} tirage. 2007, pp. 125-135.
- ❖ BION W. R. (1962b), *Aux sources de l'expérience*, trad. ROBERT F., Paris, PUF, 1^{ère} édit. 1979, 5^{ème} édit. 2003.
- ❖ BITTOLO C. (2001), « Accueil hospitalier et processus psychiques : enjeux thérapeutiques et institutionnels en psychiatrie », in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, éd. Erès, N°37- 2001/2, pp. 143-159.
- ❖ BLANCHET A., GOTMAN A. (1992), *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan, Coll. 128.
- ❖ BONNAFE L. (1949), « Réflexions sur l'isolement thérapeutique (le problème des "cellules" et des chambres à l'hôpital psychiatrique) », in *L'information psychiatrique*, 25^{ème} année, 4^{ème} série, N°5, pp. 172-186.
- ❖ BRIENT P. (2007), « Du regard à la parole : la relation soignant-soigné en psychiatrie », in *Cahiers de psychologie clinique*, N°28, 2007/1, pp.61-68.
- ❖ CAROLI F. (1998), « L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie », in *Le journal de nervure*, N°8 novembre, pp. 6- 8.
- ❖ CASTAREDE M-F (1983), « L'entretien clinique à visée de recherche », in CHILAND C., *L'entretien clinique*, Paris, PUF, 1^{ère} éd. Quadrige 2006, 2^{ème} tirage 2007, pp. 118-145.
- ❖ CASTRO D. (2000), *Pratique du mémoire de recherche en psychologie*, Paris, éd. L'Esprit du Temps.
- ❖ CHARTIER J-P. (1972), « L'univers psychotique », in BERGERET J. et coll. *Psychologie pathologique*, Paris, Masson, 9^{ème} éd. 2004, pp.208-212.

- ❖ CHILAND C. (1983), *L'entretien clinique*, Paris, PUF, 1^{ère} éd. Quadrige 2006, 2^{ème} tirage 2007.
- ❖ COSTANTINI-TRAMONI M.L. (1994), « A propos du travail psychothérapique au sein d'un hôpital de jour pour enfant : l'intérêt de la reprise. Temps et espace psychique. », in *Les colonnes d'Epsos*, N°15 novembre.
- ❖ D'APRUZZO A. (2006), « Fonction alpha et éléments bêta », in NERI C., CORREALE A., FADDA P., *Lire Bion*, Ramonville St-Agne, éd. Erès, pp.31-38.
- ❖ DAVIS M., WALLBRIDGE D. (1981), *Winnicott, Introduction à son œuvre*, trad. PELSSER R., Paris, PUF, 1^{ère} éd.1992, 2^{ème} éd. Quadrige 2005.
- ❖ FERRO A. (2007), « Implications cliniques de la pensée de Bion », in GUIGNARD F. et BOKANOWSKI T., *Actualité de la pensée de Bion*, Paris, éd. In press, pp. 27-43.
- ❖ FOUCAULT M. (1961), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, éd.10/18.
- ❖ FREUD S. (1911), « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Dementia paranoides. (Le Président Schreber) » in *Cinq psychanalyses*, trad. BONAPARTE M., LOEWENSTEIN R. M., Paris, PUF, 1^{ère} éd. 1954, 23^{ème} éd. 2003, 3^{ème} tirage 2005, pp. 263-324.
- ❖ FREUD S. (1914), « Pour introduire le narcissisme », in *La vie sexuelle*, trad. BERGER D., LAPLANCHE J. et coll, Paris, PUF, 1^{ère} éd. 1969, 13^{ème} éd. 2002, 3^{ème} tirage 2005, pp. 81-105.
- ❖ FREUD S. (1915), « L'inconscient », in *Métapsychologie*, Trad. LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., Paris, éd. Gallimard, Folio essais, pp. 65-121.
- ❖ FREUD S. (1924a), « Névrose et psychose », in *Névrose, Psychose et Perversion*, Trad. LAPLANCHE J. et coll., Paris, PUF, 1^{ère} éd. 1973, 12^{ème} éd. 2002, 3^{ème} tirage 2005, pp.283-286.

- ❖ FREUD S. (1924b), « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose », in *Névrose, Psychose et Perversion*, Trad. LAPLANCHE J. et coll., Paris, PUF, 1^{ère} éd. 1973, 12^{ème} éd. 2002, 3^{ème} tirage 2005, pp. 299-303.
- ❖ FREUD S. (1938), « De la technique psychanalytique », in *Abrégé de psychanalyse*, Trad. BERMAN A., Paris, PUF, 1^{ère} éd. 1949, 11^{ème} éd. 1992, pp. 39-51.
- ❖ FRIARD D. (1995), « De l'isolement aux soins intensifs », in *Santé mentale*, N°3 décembre, p.6.
- ❖ FRIARD D. (1997), « Isolement et contention, comment ne pas en faire un acte de violence ? », in *Santé mentale*, N°16 mars, pp. 10-15.
- ❖ FRIARD D. (1998), *L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ?*, Paris, Masson, 2^{ème} éd. 2002.
- ❖ GILOUX N. (2006), « Introgénie et chambre d'isolement », in *Santé mentale*, N°109 juin, pp. 70-73.
- ❖ GREEN A. (1987), « La capacité de rêverie et le mythe étiologique », in *Revue française de psychanalyse*, tome LI, juillet/septembre, pp.1299-1315.
- ❖ GUENICHE K. (2002), *Psychopathologie de l'enfant*, Paris, Armand Colin, coll. 128, nouv. éd. 2006.
- ❖ KLEIN M. (1946), « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes », in M. KLEIN, P. HEIMANN, S. ISAAC, J. RIVIERE, *Développements de la psychanalyse*, trad. BARANGER W., PUF, Paris, pp. 274-300.
- ❖ KLEIN M. (1957), *Envie et gratitude et autres essais*, trad. SMIRNOFF V. et coll., Paris, Tel Gallimard, 1968.
- ❖ LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, éd. Quadrige, 4^{ème} édition 2004.
- ❖ MANNONI M. (1970), *Le psychiatre, son " fou " et la psychanalyse*, Paris, éd. du Seuil.

- ❖ MASTENGUE V. (2002), *La fonction thérapeutique de la chambre d'isolement dans la schizophrénie*, mémoire de Master 1 de psychopathologie et de psychologie clinique, Université Aix-Marseille 1.
- ❖ MILLARD R., RAJABLAT M. (2000), « Trompe la mort : cas clinique », in *Santé Mentale*, N°48 mai, pp. 14-17.
- ❖ MORASZ L., PERRIN-NIQUET A., VEROT J-P, BARBOT C. (2004), *L'infirmier en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie*, Paris, Masson.
- ❖ MOREAU RICAUD M. (2004), « Une "utopie" à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle », in *Topique* 2004/3, N°88, pp. 95-108.
- ❖ NOACHOVITCH F. (2002), « Agitation pathologique, approche thérapeutique dans une unité fermée », in *Soins Psychiatrie*, N°222 septembre/octobre, pp.34-38.
- ❖ NERI C. (2006), « Interaction contenant-contenu et contenance fusionnelle », in NERI C., CORREALE A., FADDA P., *Lire Bion*, Ramonville St-Agne, éd. Erès, pp.66-67.
- ❖ OURY J. (2007), « Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelle », in *Vie sociale et traitements* 2007/3, N°95, pp. 110-125.
- ❖ PALAZZOLO J. et coll. (1999), « Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie : enquête prospective », in *L'Encéphale*, Vol. 25 n°5 septembre-octobre, pp. 477- 484.
- ❖ PALAZZOLO J. et coll. (2000), « A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage des soignants », in *L'Encéphale*, Vol. 26 n°6 novembre-décembre, pp.84-92.
- ❖ PALAZZOLO J. et coll. (2001), « Isolement thérapeutique et contention en psychiatrie : bilan et perspectives », in *L'Encéphale*, vol. 27, pp. 570-577.
- ❖ PALAZZOLO J. (2002), *Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie*, Paris, Masson.

- ❖ PALAZZOLO J. (2004), « A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage de patients », in *L'Encéphale*, Vol. 30 n°3 mai-juin, pp. 276-284.
- ❖ PEDINIELLI J-L. (1994), *Introduction à la psychologie clinique*, Paris, Armand Colin, coll. 128, nouv. éd. 2005.
- ❖ PEDINIELLI J-L., ROUAN G. (1998a) « L'entretien psychologique », in CYSSAU C., *L'entretien en clinique*, Paris, In press éditions, 1^{ère} éd. 1998, 2^{ème} éd. 2003, pp. 47-53.
- ❖ PEDINIELLI J-L., ROUAN G. (1998b) « L'entretien de recherche », in CYSSAU C., *L'entretien en clinique*, Paris, In press éditions, 1^{ère} éd. 1998, 2^{ème} éd. 2003, pp. 99-105.
- ❖ PEDINIELLI J-L., GIMENEZ G. (2002), *Les psychoses de l'adulte*, Paris, Armand Colin, coll. 128, nouv. impression 2004.
- ❖ PEDINIELLI J-L., FERNANDEZ L. (2005), *L'observation clinique et l'étude de cas*, Paris, Armand Colin, coll. 128.
- ❖ QUINODOZ J.M. (2007), « L'identification projective : développements bioniens et post-bioniens », in GUIGNARD F. et BOKANOWSKI T., *Actualité de la pensée de Bion*, Paris, éd. In press, pp.65-77.
- ❖ RACAMIER P. C. (1980), *Les schizophrènes*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1^{ère} éd. 1980, nouv. éd. 2001.
- ❖ REY-DEBOVE J., REY A. (1967), *Le petit Robert de la langue française 2006*, Paris, Dictionnaires le Robert, nouv. éd. 2006.
- ❖ REYNAUD M. (1991), « Définitions et évolution des schizophrénies », in REYNAUD M. et coll., *Le traitement des schizophrènes*, Paris, éd. Frison-Roche, pp. 11-17.
- ❖ RIOLO F. (2006), « Rêve et théorie de la connaissance », in NERI C., CORREALE A., FADDA P., *Lire Bion*, Ramonville St-Agne, éd. Erès, pp.47-52

- ❖ ROCHE F., RIVET B., LE CHARTIER M. (2003), « Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement au Centre Hospitalier Valvert (Marseille) », in *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, N°69 octobre, tome VII, pp.33-39.
- ❖ ROUDINESCO E., PLON M. (1997), *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 3^{ème} éd. 2006.
- ❖ SEGAL H. (1964), *Introduction à l'œuvre de Mélanie KLEIN*, trad. HAWELKA E.R. et GOLDBERG J., Paris, PUF, 1^{ère} éd. 1969, 10^{ème} éd. 2003.
- ❖ URWAND S. (2001), « Psychose, groupe et institution », in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, N°36, 2001/1, pp.99-131.
- ❖ WINNICOTT D. W. (1960), « La théorie de la relation parent-nourrisson », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. KALMANOVITCH J., Paris, Payot, 2^{ème} éd., 1969, pp.358-378.
- ❖ WINNICOTT D. W. (1971), *Jeu et réalité*, trad. MONOD C., PONTALIS J.-B., Paris, éd. Gallimard, coll. Folio/essais, 1975.

Webographie / Documents

- ❖ www.ch-valvert-marseille.fr
- ❖ www.legifrance.gouv.fr
- ❖ www.sante.gouv.fr
- ❖ Code de déontologie des psychologues (1996).

ANNEXES

Annexe 1 : Principes généraux de la Charte de la personne hospitalisée

1. Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
2. Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
3. L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
5. Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
6. Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

7. 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.
8. La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
9. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
10. La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
11. La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Annexe 2 : Référentiel de pratique en 23 critères sur l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie (ANAES)

1. Les données concernant l'identité, les dates et heures de début et de fin de mise en chambre d'isolement 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 mise en chambre d'isolement 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 mise en chambre d'isolement et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique.
6. Les contre-indications somatiques de la mise en chambre d'isolement 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 mise en chambre d'isolement avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription.
9. L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la chambre d'isolement 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 mise en chambre d'isolement 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 chambre d'isolement est interrompu par des sorties de courte durée, durant la journée.
- 20.** Un entretien centré sur le vécu du patient en chambre d'isolement 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.

Annexe 3 : Guide d'entretien pour les patients

L'entretien a débuté par une partie non-directive, en demandant au patient de raconter comment ça s'est passé en chambre d'isolement, de narrer une anecdote ou un souvenir...

J'ai relevé la durée de la rencontre, et, les questions se sont intégrées dans l'entretien, en ne respectant pas forcément l'ordre établi ci-dessous.

1. Quelle(s) attitude(s) ont eu les infirmiers avec vous pendant votre hospitalisation en chambre d'isolement?

2. Qu'avez-vous ressenti par rapport aux infirmiers en chambre d'isolement ?

3. Comment avez-vous vécu cette période d'isolement en chambre ?
(*Si précisions à donner : Quelles émotions ? Angoisse ? Colère ?*)

4. Est-ce que l'intervention des infirmiers en chambre d'isolement vous a aidé à vous sentir mieux ?
(*Si oui : Comment ? Si non : Pourquoi ?*)

Annexe 4 : Guide d'entretien pour les infirmier(e)s

L'entretien a débuté par une partie non-directive, en demandant à l'infirmier(e) de parler de son vécu concernant la chambre d'isolement et le patient psychotique hospitalisé à l'intérieur, de raconter un souvenir...

J'ai relevé la durée de la rencontre, et les questions se sont intégrées dans l'entretien, en ne respectant pas forcément l'ordre établi ci-dessous.

1. Quelle(s) attitude(s) avez-vous à l'égard des patients hospitalisés en chambre d'isolement ?

2. Que ressentez-vous dans ce moment-là par rapport à ces patients isolés ?
(*Si précisions à donner* : Qu'est-ce que ça peut susciter en vous ? est-ce difficile pour vous ?)

3. Qu'avez-vous pu observer chez ces patients en isolement : dans leurs comportements, les manifestations de leurs émotions ?

4. Pensez-vous que votre intervention auprès d'eux en chambre d'isolement ait pu les aider à se sentir mieux ?
(*Si oui* : Comment ? *Si non* : Pourquoi ?)

Annexe 5 : Entretien avec Mr A.

Durée : 20mn.

Lorsque j'expose à Mr A. ma recherche, au début il refuse : « ah non, je veux pas de psychologue, j'en ai pas besoin !!! ». Je reformule alors pour lui expliquer que cela ne durera qu'un seul entretien, et qu'il n'est pas question ici d'un suivi psychothérapeutique. Il accepte alors : « ok, c'est d'accord, maintenant alors ! ».

Selon mes sources, dans son dossier patient (depuis 2003), il a connu à deux reprises la chambre d'isolement dans ce service : 3 jours au printemps 2007, et, 2 jours durant l'été 2007 ; ainsi que plusieurs fois dans d'autres structures hospitalières. Par ailleurs, j'ai pu comprendre lors de cet entretien, mais aussi après, que les faits qu'il relate ici ne concernent pas exclusivement les soignants de cet hôpital.

❖ Partie non directive (un souvenir, votre vécu de la chambre d'isolement...)

J'ai un souvenir assez chargé par le froid. Le froid... Un ancien infirmier m'a donné un traitement. Il m'a dit : « prend la cuillère, tu mets le médicament dedans dans la sauce et tu avales... » (Silence)

C'est casse-cœur ... oui c'est ça : « casse-cœur »... c'est bouleversant... ça fait mal... de rester 1 semaine, de rester enfermer entre 4 murs... (Silence)

La peur... ça fait peur, ça fait prison...on ne sait pas comment on est traité... on ne sait pas quand on va manger, boire... comment on est.... (Silence).... Bon, quand c'est des tueurs, des violeurs, je suis d'accord, c'est grave de voler.... Mais je suis contre ça quand on a été malade à cause d'une secte, comme moi... ça me fait du mal...

Q.1 : Quelle(s) attitude(s) ont eu les infirmiers avec vous pendant votre hospitalisation en chambre d'isolement ?

J'ai déjà raconté l'histoire : avec la cuillère... « Prends la cuillère... tu prends la sauce » il m'a dit. Je lui ai répondu « non, moi je prends de l'eau... ». Je me suis défendu...

C'est comme si vous laissez tombé un africain qui a la lèpre, le sida, une maladie qui a en Afrique quoi... que vous le laissez mourir... vous dites rien... vous le regardez.... Faire une action de bonne volonté....

Q.2 : Qu'avez-vous ressenti par rapport aux infirmiers en chambre d'isolement ?

Du mal être... beaucoup de mal être... on ne sait pas comment ils peuvent réagir... comment on peut mettre... j'avais froid... C'est trop horrible... c'est affreux... La personne peut être en Ho car elle a fait un meurtre, un vol... là c'est compréhensible... mais il faut pas faire de mal à la personne qui est dans la CI...

Il faut une communication de l'un à l'autre... c'est-à-dire entre le patient et l'infirmier... comme font les parents avec les enfants... dans une famille...

Il faut une communication quand on est en CI... De pas attendre l'heure exacte de la cigarette pour fumer... c'est vrai, je vais pas taper à la porte, car ils vont arriver 5 mn après...

Q.4 : Est-ce que l'intervention des infirmiers en chambre d'isolement vous a aidé à vous sentir mieux ?

C'est dur... c'est drôle... (Silence plein)... c'est angoissant... c'est stressant... (Silence plein)... c'est la 1^{ère} fois que vous voyez ça dans votre vie... ça choque... vous pétez les plombs... cette CI ça vous rend encore plus malade...

Ils m'ont fait boire du Nozinan en gouttes... j'ai tout rendu.... Et puis j'ai dormi...

(Silence)

Une dame m'a dit « vous voulez rentrer dans votre chambre ? ». J'étais fatigué... mon cœur battait très fort ... et cette chambre c'était une CI... et là j'ai pété les plombs pendant 11 ans... j'ai pas arrêté.... Ça m'a rendu malade, ça m'a détruit la santé, le QI, le cerveau, le souffle qui avait du mal à avoir de l'oxygène.... J'étais perturbé...

J'ai même fait une tentative de suicide, je me suis jeté du 1^{er} étage à cause de ma mère...

Tout s'est mis en bouillonnement ... et le cœur, la respiration... tout s'est remis il y a 2 ans...

Ça ressemble vachement à la prison...

(Quoi exactement ?)

La psychiatrie.... Surtout la CI...

Q.3 : Comment avez-vous vécu cette période d'isolement en chambre ?

A Nice⁴ c'était l'horreur... ils me disaient « vous voulez que je fasse la prise de sang là, là ... ? » Pff... prenez mon sang, j'en rien à foutre...

(Vous avez ressenti des peurs, de l'angoisse par exemple... ?)

Non, pas d'angoisse... mais si j'y allais maintenant là oui je serais inquiet, car maintenant je suis bien... ah oui, j'aurai quand même peur...

(Silence)

Avant il y avait une bonne équipe... gentils...

⁴ Par respect du secret, la référence à la ville a été modifiée.

(Vous parlez des infirmiers ?)

Oui... il y avait (il cite une série de prénoms masculins et féminins)... mais ils sont partis...

❖ **Fin de l'entretien : Mr M. raconte un souvenir...**

Au départ c'était dégradé la psychiatrie. Maintenant c'est mieux qu'avant... y a moins de stress, d'angoisse... le psychiatre devrait s'occuper au plus vite du rétablissement de la personne... Je suis parti 8 mois à Copenhague... j'ai fréquenté la scientologie de 13 à 19 ans... ma mère avait divorcé de mon père...

(Il se lève alors subitement)

Bon maintenant ça suffit là !

(Ok, on va s'arrêter là... merci)

(Mr M. continue de me parler en partant dans le couloir de la scientologie, puis s'arrête et s'en va...).

Annexe 6 : Entretien avec Mr B.

Durée : 15mn.

Le patient accepte volontiers de participer à l'entretien, mais il parle vite, avec une certaine excitation.

Mr B. a passé une seule journée en chambre d'isolement, fin 2007, après son entrée, lors de cette hospitalisation.

❖ Partie non directive (un souvenir, votre vécu de la CI...)

Oh c'était vraiment bizarre, oui c'est ça bizarre... c'était une heure après que je sois arrivé dans le service... y a Farid⁵ qui a commencé à crier. Alors, je lui en ai mis un dans la tête ! Ils m'ont accompagné en CI simplement. Ils disent qu'ils vont parler avec moi, qu'on va discuter... mais au lieu de dire « excusez-moi », je dis « laissez moi le tuer !! » ... ils m'ont répondu « demain matin on vous sortira », enfin, j'ai compris ça... je me souviens surtout de Christophe... dans la chambre j'ai crié « Romulus !!! » et aussi « je suis sur terra 28 !!! ». Puis j'ai touché les rivets sur la porte... j'ai tapé comme au karaté contre la porte... ils venaient 10 mn après me porter la cigarette, c'est-à-dire la cigarette du soir...

Voilà, pas plus, pas moins...

Q.1 : Quelle(s) attitude(s) ont eu les infirmiers avec vous pendant votre hospitalisation en chambre d'isolement ?

Ils ont eu une très très bonne attitude... souriants... ils m'ont dit « petit con, tu t'es pris pour nous !! » c'était comme ça, pas méchant... ils rigolaient... ils dégagent

⁵ Les prénoms cités par Mr B. ont tous été modifiés pour respecter l'anonymat.

quelque chose.... « On va te filer les sabots et la blouse blanche » ils m'ont dit comme ça... Après je me suis calmé avec Farid...

Q.2 : Qu'avez-vous ressenti par rapport aux infirmiers en chambre d'isolement ?

J'étais sûr que j'allais sortir le lendemain par rapport à ce qu'ils m'avaient dit... j'étais sûr que j'allais rester calme, qu'il n'y avait pas de problèmes, que j'allais pas frapper à la porte... A part les 1ères minutes quand j'étais dans la CI... tout s'est bien passé... mais quand j'ai dit que j'allais le tuer, c'était un autre moi...

Q.3 : Comment avez-vous vécu cette période d'isolement en chambre ?

Je faisais le tour de mon lit comme ça (il fait un geste circulaire) au lieu de frapper la porte... je marchais vite pour me décontracter au lieu de frapper dans le mur...

Q.4 : Est-ce que l'intervention des infirmiers en chambre d'isolement vous a aidé à vous sentir mieux ?

Un relâchement terrible... une énorme gentillesse... une sorte de délivrance...

❖ **Voulez vous rajouter quelque chose, un souvenir... ?**

Je me souviens je criais « Romulus... Terra 28... Je suis Astrida... ». Ça c'est par rapport au film Dune, vous connaissez ? Avec l'histoire des épices...

Annexe 7 : Entretien avec Mr C.

Durée de l'entretien : 20 mn.

Mr C. est connu du service depuis plusieurs années, et a été 2 fois en chambre d'isolement aux Lilas :

- Au printemps 2007, il a demandé lui-même à aller en chambre d'isolement, car il se disait très angoissé, mais le médecin de l'unité n'a pas accédé à sa requête,
- Un mois plus tard, il y a été mis 1 jour, après un moment d'angoisse intense marqué par des éléments de discordance,
- Enfin, au cours de cette hospitalisation, il a connu 7 jours d'hospitalisation en isolement, début 2008.

Mr C. accepte tout de suite de parler de son vécu, dans le cadre de travail.

❖ Partie non directive : le patient commence seul spontanément l'entretien :

On perd un petit peu la notion du temps dans la chambre d'isolement. Mais, je l'ai pas mal vécu... on vous enlève la montre... peut être que c'est fait exprès, je sais pas... peut être pour nous désorganiser... ? ... je sais pas trop...

Q.3 : Comment avez-vous vécu cette période d'isolement en chambre ?

Curieusement, je l'ai pas vécu comme un mal... je l'ai vécu bien... mais au bout de quelques jours, c'était dur le manque de communication ! J'ai demandé à manger avec les autres patients... Je l'ai vécu comme quelque chose de positif... qu'il fallait prendre du bon côté...

Vous avez ressenti de l'angoisse ?

A certain moment oui... mais je faisais à priori confiance au personnel... mais je l'ai pris positivement, j'ai pas taper contre la porte comme font certains...

Mais le fait de pas avoir de communication avec les autres patients, c'était dur !

Q.1 : Quelle(s) attitude(s) ont eu les infirmiers avec vous pendant votre hospitalisation en chambre d'isolement ?

J'étais bien traité... très honnêtement... ça était très bien... mais on est assisté... ça peut être dégradant... on est confiné... c'est peut être humiliant... en pyjama... être obligé d'attendre pour prendre la douche, le petit déjeuner, le déjeuner, le diner, les cigarettes...

Q.2 : Qu'avez-vous ressenti par rapport aux infirmiers en chambre d'isolement ?

Un certain attachement ?... Oui, il y a un certain attachement qui peut se créer... il y a une relation presque maternelle, paternelle...

Mais le fait de pas avoir de montre, je sais pas si c'est fait exprès...

Et puis, ils peuvent allumer la lumière ou l'éteindre... on sait plus si c'est le jour ou la nuit... ça m'a un peu désorganisé...

Je l'ai pas vécu de manière abominable...

Q.4 : Est-ce que l'intervention des infirmiers en chambre d'isolement vous a aidé à vous sentir mieux ?

A chaque fois qu'il est rentré ?... Pour moi c'était 3 fois par jour... moi ça s'est bien passé. Ça faisait plaisir de voir quelqu'un... mais c'était un peu embêtant car on dépendait d'eux... on est entre les deux feux : on est content mais c'est embêtant aussi... c'est un sentiment étrange... j'aurai aimé marcher, aller un peu dehors, au lieu d'être confiné...

Moi je suis rentré à l'intérieur sans violence, pas comme d'autres patients plus agressifs !

Vous avez un souvenir en tête ?

L'attente est longue...C'est comme toute contrainte... c'est moi-même qui ai demandé de sortir manger avec les autres, on m'a expliqué « tout le monde à la même enseigne... quand c'est l'isolement, c'est l'isolement ! »

Etre en pyjama c'est contraignant... puis après la chambre d'isolement, on doit rester en pyjama dans le pavillon... c'est contraignant... l'envie suprême c'est aller à la cafétéria... c'est peut être fait pour ça ?...

Vous voulez rajouter quelque chose par rapport aux infirmiers ?

Ça s'est bien passé. J'ai pas eu l'impression d'être maltraité... bon voilà.

C'est des moments assez difficiles... Voilà... de rester seul... le coup de la lumière, on se décale... on sait plus bien si c'est le matin ou le soir...

Après la sortie, le but c'était la cafétéria... Le fait d'être en pyjama, c'est aussi une contrainte qui n'est pas facile à vivre... à la cafétéria ils ont la consigne de pas accepter « les pyjamas » comme ils appellent...

J'y suis resté 9/10jours, je sais plus trop...

J'ai été bien traité. On attend les 3 repas, c'est ce qui rythme la journée...Ce qui me règle en chambre d'isolement... le temps est long... Voilà...

Annexe 8 : Entretien avec Me N., infirmière

Durée : 20mn

❖ Partie non directive

Des fois c'est nécessaire et heureusement qu'on les a... ça contient... un contenant...

J'ai un souvenir du début de ma carrière. C'était un patient, un psychotique... il était en isolement 24 sur 24, depuis des années... j'avais des idées toutes faites sur la chambre d'isolement, avec que de la théorie. Et puis après y avoir travaillé plusieurs années, 5 ans, j'ai eu d'autres idées... elle est très contenante pour lui, c'est sa deuxième peau... si on le sort, il clache !

C'était un service très difficile, il y a le personnel qui défile....

Et la première impression : on a beaucoup de peine pour ce patient, pour le contenir...

Q.2 : Que ressentez-vous dans ce moment-là par rapport à ces patients isolés ?

En général... il faut partir du principe que c'est pas un isolement abusif, que l'indication n'est pas à discuter d'entrée...

Qu'est ce que moi je ressens... ?... Mr G. est resté longtemps ici. C'était quelqu'un avec qui on peut verbaliser par rapport à son sentiment, par rapport à son isolement. Même s'il le vivait mal, il se rendait compte que c'était nécessaire...

Ça contient chez les psychotiques, c'est un départ pour éviter que ça s'éparpille dans tous les sens.

Ce qui est difficile au sein d'une équipe, on n'a pas tous le même vécu, ça peut pas être rigide avec les patients. Il faut à chaque moment apprécier la situation. Les gens manquent de formation chez les infirmiers. Le faire fumer toutes les 2 heures... dans la pratique ça reste compliqué. La difficulté elle n'est pas d'accepter ou pas la chambre d'isolement, mais comment l'équipe va le vivre et on peut pas en discuter

avec toute l'équipe, c'est pas possible, on n'a pas le temps... est-ce qu'on donne systématiquement le goûter ou pas ? Ça peut être un temps de parole... il y a une réflexion, par rapport à la chambre d'isolement dans le service, qui commence. C'est difficile d'avoir un esprit commun d'équipe.

Q.1 : Quelle(s) attitude(s) avez-vous à l'égard des patients hospitalisés en chambre d'isolement

La manière d'aborder ?... Si le patient spontanément commence à parler ça va, il y a un lien établi...on va essayer de faire verbaliser le vécu, le ressenti... Mais s'il y a rien, c'est plus difficile, on parle sur la nourriture, ce qu'il y a sur le plateau...

Q.3 : Qu'avez-vous pu observer chez ces patients en isolement : dans leurs comportements, les manifestations de leurs émotions ?

C'est difficile... si c'est un patient qui y vit, où quand on rentre dans la chambre, on entre chez lui, on l'agresse... c'est pas comme avec Mr G. qui n'y est pas resté longtemps...

Il y a eu une prise en charge avec ce 1^{er} patient, mais avec des soignants qu'il ne connaissait pas (un kiné et un éducateur) ça s'est mal passé, et ils sont plus revenus... on entre en lui, c'est la chambre de José... Je le vois qu'il le vit comme une intrusion, un viol. Et quand on le sort, il clache très vite ! il n'y a plus cette enveloppe qui le protège...

Alors qu'au début, je trouvais ça inhumain, je voulais le faire sortir, faire des activités... mais il est mal quand il sort. Avec le recul, on se rend compte de l'intérêt de la chambre d'isolement...

Q.4 : Pensez-vous que votre intervention auprès d'eux en chambre d'isolement ait pu les aider à se sentir mieux ?

Ben oui !!!

Faut faire très attention. Il y a rien, il n'y a même pas la vue sur l'extérieur... encore ici il y a une horloge. Quand on dit 2 heures, c'est 2 heures ! Il faut tenir l'heure, faire

ce qu'on a dit au patient et ça se passe bien. Sinon, la relation n'est plus la même, on va être jugé par les patients comme des tortionnaires. Il faut être respectueux de ça... Voir l'heure, à la fois c'est bien et c'est pas bien... on va s'occuper de l'hygiène, du lit, de l'alimentation, de la cigarette... il faut un contact avec l'extérieur quand même. L'isolement total va à l'encontre de ce qui est recherché.

Il y a un début de dialogue avec le patient, puis quand on revient 2 heures après on a la suite, ça s'enchaîne, il peut réfléchir à certaines choses entre... c'est intéressant... La dernière fois, il y avait une infirmière qui était de Toulouse⁶ comme Mr G., et ils en ont parlé toute l'après midi, par intermittence, et ça s'est bien passé, ça la fait tenir...

❖ Partir non directive en conclusion

Depuis le nouveau diplôme, on n'est pas préparé du tout par rapport à la chambre d'isolement. C'est la grande inconnue... il y a des infirmiers qui ne savent pas à quoi ça sert. Certains ne sont pas formés à la chambre d'isolement. Exemple l'autre jour d'un infirmier qui part seul... C'est thérapeutique, c'est pas une cage où on enferme quelqu'un dedans ! Il nous a pas dit qu'il y allait. Depuis, je ne me sens pas en sécurité avec lui.

Quand on ouvre une chambre d'isolement, on ne sait pas ce qui peut arriver... et je suis pas une froussarde !

C'est le gros problème, les gens ne sont pas formés (moi je suis une diplômée de 99) sur l'isolement thérapeutique... sans plus... c'est sur le terrain...

(Qu'est ce qui manque...)

⁶ Par respect du secret, le nom de la ville a été changé.

L'isolement, c'est pas que isoler quelqu'un des autres, mais aller au-delà de ça. C'est pas qu'un isolement physique, c'est contenir quelqu'un, une enveloppe... je parle des psychotiques...

Avoir la même façon de voir les choses en équipe... c'est important que ça se passe de la même façon le lundi, le mardi... sinon, ils vont dire « vous, vous êtes gentils »... Avoir la même conduite, et c'est pas facile d'avoir les même avis ensemble sur la manière de faire...

Annexe 9 : Entretien avec Me K., infirmière

Durée : 30mn

➤ **Partie non directive**

La chambre d'isolement doit rester un soin à mon sens, bien que quelque fois il s'agit d'une mise à distance que je qualifierai de pseudo-thérapeutique, qui est destinée à faire retomber la violence à l'égard des soignants...

Pour moi, c'est thérapeutique ! L'indication est toujours claire !

La chambre d'isolement ça devrait être le cœur de notre prise en charge. Tous nos patients n'y vont pas, mais une partie oui. Ça devrait être dans notre quotidien de notre travail infirmier. Ça devrait être une indication constante... mais pour moi c'est souvent un mal nécessaire, une contrainte...

Mais quand on va voir le patient, on est hors le pavillon, hors les autres patients...

Les patients... oh le lapsus !!... les soignants pardon, occupés ne le sont pas pour les autres patients...

La CI c'est pas une corvée...

La façon dont on s'occupe d'eux, on n'est pas au top ! le problème c'est la préparation pour la sortie de CI...

Une mauvaise prise en charge en CI par l'équipe ça grève la prise en charge du patient.

Quand l'indication, le délai du temps en CI est bien posé : un séjour trop court ou trop long ça grève, ça a une conséquence sur l'hospitalisation.

Mais par rapport à notre prise en charge de travail, c'est une charge supplémentaire... on n'y passe pas le temps qu'on devrait... c'est paradoxal !

C'est là que le patient te choisit ou te choisit pas. C'est particulier, quand ils sont en CI, on prédétermine beaucoup de choses dans la relation avec eux et avec nous... Alors qu'on vit ça comme une contrainte...

Q.1 : Quelle(s) attitude(s) avez-vous à l'égard des patients hospitalisés en chambre d'isolement ?

Dans la relation ?... ça dépend du patient, si c'est le primo-isolement ou pas ...ça dépend de la vraie indication de l'isolement... ça dépend de l'équipe avec qui je me trouve...

Je trouve mes collègues trop maternants... surtout les femmes.... Une espèce de maternage qui serait comme un passage, quelque chose de nécessaire en chambre d'isolement... Aller abreuver de goûter, c'est pas comme ça que je vois la prise en charge. Hors, il n'y a pas de goûter dans le pavillon en semaine, sauf le week-end car la cafétéria est fermée, la raison est concrète. C'est expliqué aux patients... on travaille sur l'autonomisation du patient. Mais certains y vont et apportent du goûter, alors qu'ils ne le donneront pas dans le pavillon, et qu'ils sont d'accord avec ça. Mais en chambre d'isolement, certains le donnent quand même...

Mon attitude.... Ça dépend de la pathologie, de ce que je lui renvoie, ce qu'il me renvoie...

C'est un outil pour consolider la relation, faire ressortir le symptôme... c'est le médecin qui pose l'indication, pas nous.... Ce n'est pas un séjour dans une chambre dans une chambre fermée... il faut se servir de ce moment... ça fait sortir de la clinique, des symptômes... pendant qu'ils mangent, ils parlent de leurs parents par exemple, alors que pas forcément en dehors... l'indication c'est pas nous qui la posons...

En 2^{ème} dimension, il y a ce côté relation rapproché... ce maternage quelque fois parasite... parce qu'il est en CI, il va avoir le goûter... non !!!

Là, c'est un face à face... il y a plusieurs niveaux, il faut savoir s'en servir... quand il y a eu du travail de fait dans la parole... les bénéfices ça se ressent dans le reste de

l'hospitalisation. C'est à ce moment qu'il te choisit ou qu'il te rejette. C'est pas forcément violence/dépendance. C'est pas proportionnel. C'est pas parce qu'on a ceinturé 18 fois que après il y a conséquence avec le patient dans le reste de l'hospitalisation.

Q.4 : Pensez-vous que votre intervention auprès d'eux en chambre d'isolement ait pu les aider à se sentir mieux ?

Ah oui !!! À 100 pour 100 !!!...

Ça peut... c'est pas toujours le cas...

(Comment ?)

Des fois le patient psychotique, il n'a pas conscience que ça peut l'aider... trouver cette arène de paroles... c'est un endroit où il peut s'exprimer, se mouvoir : taper contre les murs, crier... c'est un peu un exutoire, pas forcément de violence.

C'est un lieu de déversement. Quand l'isolement sert à ça et pas seulement à maintenir, contenir, ça enclenche quelque chose... une relation... que tu mettras peut être plus de temps à avoir.... à avoir... Quand il y en a qui ont été en iso, ça va plus vite dans la relation avec nous...

Q.2 : Que ressentez-vous dans ce moment-là par rapport à ces patients isolés ?

Alors... (Silence)...

Moi je n'ai jamais eu ni pitié, ni peine ! Jamais j'ai ressenti ça !

J'ai pu ressentir de l'empathie (mais ailleurs, pas ici, dans un autre service) quelque chose de l'ordre de l'humiliation... j'ai pu me mettre à la place (en particulier les femmes)... pas qu'elle s'humilie, mais elle est humiliée... je me mets à la place de...

Mais c'est pas ici... où il y avait de l'incurie... il y avait des barrières qui tombaient plus vite... en particulier sur des femmes...me dire « pauvre fille... elle est dans sa merde... ».

Mais pour les gros D398, un sentiment d'appréhension, de l'anticipation... par rapport à des patients réputés...

Mais jamais de sentiment... ni d'angoisse jamais...

Il y a des collègues qui m'en parlent... moi jamais !

Car pour moi c'est un réel soin, c'est une indication, ça fait partie de mon univers de travail, ça en fait partie... bien sûr c'est spectaculaire... c'est un outil à notre disposition... Pas comme une punition, surtout pas évidemment...

Q.3 : Qu'avez-vous pu observer chez ces patients en isolement : dans leurs comportements, les manifestations de leurs émotions ?

Oui, une espèce de... de peur... l'animal traqué... ça je l'ai ressenti souvent... au fond de sa cellule, tu sais pas ce qu'il va faire...

Je le mets en lien : il est en CI, il est délirant...pourquoi, comment...

J'ai ressenti aussi souvent une espèce d'incompréhension... mais pas celle du psychotique en plein déni de sa maladie, mais plutôt « pourquoi là ? », par rapport à l'intensité de la réponse... Pour eux la chambre d'isolement c'est une réponse à quelque chose de leur part. Il y en a qui comprennent pas... Ils ont une espèce de ressenti... il y en a beaucoup qui disent « ça fait du bien ». Pour eux, c'est qu'il y a quelque chose qui s'est créé... il y eu un recul... il faut parler de leur vécu après, c'est important de le faire, mais on le fait pas forcément... c'est le patient qui insuffle ça... du lien, du vrai lien...

Annexe 10 : Entretien avec Mr H., infirmier

Durée : 20mn

➤ **Partie non directive**

La chambre d'isolement pour le patient psychotique c'est un soin qui peut l'aider le patient à se... à se... à calmer son angoisse de morcellement parfois... Mais il ne faut pas qu'elle dure trop longtemps non plus... et il faut au niveau chimiothérapeutique, il faut quelque chose pour supporter cet enfermement qui paraît carcéral...

Normalement, on le voit toutes les 2 heures, mais ça se fait pas forcément, c'est selon le travail qu'on a : on y a va pour le goûter, la cigarette... Normalement en chambre d'isolement tu dois y aller toutes les 2 heures, l'évaluer sur son état d'angoisse, s'il délire...

Q.3 : Qu'avez-vous pu observer chez ces patients en isolement : dans leurs comportements, les manifestations de leurs émotions ?

De l'angoisse... typiquement, tu retrouves les wc bouchés, c'est la peur que quelque chose sorte du trou, qu'il tombe dans le trou...

Mais dans ma pratique professionnelle, il n'y a pas beaucoup de schizophrènes qui vont en chambre d'isolement, il y a beaucoup de psychopathes, de bipolaires en phase maniaque...

Mais, chez les schizophrènes, c'est comme s'ils avaient une faculté à s'adapter. Quand ils sont trop angoissés, ils viennent te demander de les isoler. Il y a trop de stimuli, comme la télé qui leur parle, besoin d'un moment de sécurité...

Au niveau de l'angoisse, ce qu'on voit beaucoup au niveau des schizophrènes, c'est les wc bouchés : peur de tomber dedans, que quelque chose sorte du trou... Après tu es là pour les rassurer...

Q.4 : Pensez-vous que votre intervention auprès d'eux en chambre d'isolement ait pu les aider à se sentir mieux ?

Oui je pense que ça peut les rassurer, le fait de verbaliser leur angoisse, leurs hallucinations s'ils en ont. C'est pas évident qu'ils se livrent eux-mêmes...

C'est à l'infirmier d'évaluer s'il y a des barrages, des attitudes d'écoute... ils sont souvent... enfin... notre présence les rassure car ils savent qu'on n'est pas loin...

Q.1 : Quelle(s) attitude(s) avez-vous à l'égard des patients hospitalisés en chambre d'isolement ?

(Silence)

Ça dépend les cas... il y a des patients qui nécessitent la présence de plusieurs hommes, mais pas tellement les schizophrènes...

L'attitude qu'on a ?... une attitude cadrante c'est sûr ! J'emploierai peut être une douce fermeté... ils savent que... surtout garder la distance thérapeutique !... ils savent que je suis pas leur copain, je suis calme mais je peux répondre à leur passage à l'acte. C'est-à-dire les maîtriser. C'est souvent le cas...

Mais surtout, il ne faut pas avoir peur. Ils le sentent, ça peut accentuer leur angoisse...

Q.2 : Que ressentez-vous dans ce moment-là par rapport à ces patients isolés ?

J'ai jamais ressenti de peur avec les schizophrènes... justement avec une attitude rassurante, même s'il est en phase d'agitation, tu arrivera facilement à faire tomber l'agressivité chez eux... et même un schizophrène en plein délire... par exemple, une attitude que j'ai toujours employé : le vouvoiement... les insultes sont fréquentes, mais tu les prends pas pour toi... et savoir user de l'humour quand le patient y est accessible... l'humour est très important...

➤ **Partie non directive**

Le problème, c'est le culte du renfort d'hommes. Dans certains pavillons, si dans un quart dès qu'il y a des femmes, sans évaluer l'état clinique du patient, ils appellent systématiquement un homme. C'est parfois nécessaire quand il y a clash, quand c'est clastique... c'est nécessaire c'est certain, mais le renfort homme pour un psychopathe par exemple, la présence féminine peut diminuer la tension. S'il voit que tu es costaud, comme cela a pu m'arriver, ils te disent « tu veux te battre ? Viens ! »... c'est pas forcément la présence d'un homme... mais les femmes peuvent faire tomber l'agressivité.... Ils savent qu'on frapper pas une femme...

Les hommes sont toujours mis en avant... l'autre fois, il fallait qu'on soit 6 pour une injection, pour la contention... il y a des situations très chaudes... très chaudes... il faut savoir gérer...

Quand tu rentres dans la chambre d'un patient très agité, très agressif, tu rentres pas n'importe comment ! Tu établis au préalable une stratégie avec des collègues infirmiers. Le premier qui entre s'en prend plein la tête... il y a plusieurs techniques : le matelas en entrant dès qu'on ouvre la porte, comme ça en poussant, le drap mouillé qu'on jette dessus aussi...

Quand tu sais qu'il va y avoir passage à l'acte... (*Il m'explique avec ses mains, la position des différents infirmiers et celle du patients, sur la table*). Il y en a un qui se met en recul derrière le patient, et trois autres devant. Il y a un seul interlocuteur, un seul qui parle. L'agressivité du patient doit se focaliser sur une personne. C'est généralement quelqu'un d'expérience qui le fait... et quand il y a agressivité, il fait signe et celui qui est derrière le cravate...

Les jeunes DE font un peu n'importe quoi... au lieu de faire tomber l'agressivité... la fait remonter...

Pour finir sur une touche rigolote : un jour un patient schizophrène à qui j'apporte son traitement *per os* me dit « assis toi là petit gars... ». Il me dit « c'est le pastis... t'as oublié les olives ! »... c'était sympa... mais il faut pas rentrer dans leur délire... puis il m'a dit « oh regarde, une belle carpe qui passe... »...

(Il rit, puis il fait silence, et reprend)

En psychiatrie, il faut rire... c'est tellement... ça te prend... tu prends toute la souffrance des autres... même si tu fais la bulle... entre collègue on en parle... les patients aussi, c'est important de les faire rire...

(Il se lève, prêt à partir)

Et puis ce qui est important c'est de pas montrer que t'as peur, sinon, t'es foutu...

Annexe 11 : Thématiques des patients

Mr A.	Mr B.	Mr C.
<p>1) <u>Vécu négatif de l'isolement</u></p> <p>1a) Ressenti corporel</p> <p>1b) Ressenti interne</p> <p>1c) L'incertitude</p> <p>1d) Vécu de la relation avec les infirmier(e)s</p> <p>2) <u>Les recommandations et attentes de soins</u></p> <p>3) <u>L'enfermement</u></p> <p>4) <u>La temporalité</u></p> <p>5) <u>La maladie et la mort</u></p> <p>6) <u>La punition</u></p>	<p>1) <u>Vécu de la relation avec les soignants</u></p> <p>1a) La communication avec les soignants</p> <p>1b) Vécu à valence positive</p> <p>2) <u>L'enfermement</u></p> <p>3) <u>Vécu de l'isolement</u></p> <p>4) <u>La punition</u></p> <p>5) <u>La temporalité</u></p>	<p>1) <u>Vécu de l'isolement</u></p> <p>1a) Valence positive</p> <p>1b) Valence négative</p> <p>2) <u>La temporalité</u></p> <p>3) <u>L'enfermement</u></p> <p>4) <u>Vécu de la relation avec les soignants</u></p> <p>5) <u>Le manque de communication</u></p>

Annexe 12 : Thématiques des soignants

Me N.	Me K.	Mr H.
<p>1) <u>La fonction contenante</u> 1a) La contenance 1b) L'intrusion</p> <p>2) <u>La difficulté du travail en équipe</u></p> <p>3) <u>L'indication de l'isolement</u></p> <p>4) <u>La dimension relationnelle</u></p> <p>5) <u>Les soins factuels</u></p> <p>6) <u>La temporalité</u></p>	<p>1) <u>L'indication de l'isolement</u> 1a) L'isolement comme soin 1b) Les définitions</p> <p>2) <u>La dimension relationnelle</u> 2a) La relation avec le patient 2b) Le ressenti personnel</p> <p>3) <u>La difficulté du travail en équipe</u> 3a) Le maternage et l'oralité 3b) La prise en charge relationnelle</p>	<p>1) <u>L'angoisse et la peur</u></p> <p>2) <u>La violence et l'agressivité</u> 2a) La gestion de l'agressivité par les soignants 2b) La difficulté du travail en équipe</p> <p>3) <u>La prise en charge soignante</u> 3a) Évaluation, réassurance et cadre 3b) L'humour</p>

Résumés

Le patient psychotique en chambre d'isolement

Résumé : La mise en chambre d'isolement du patient psychotique hospitalisé en psychiatrie est une pratique qui pose question, jugée tantôt thérapeutique tantôt aliénante. Notre objectif a été de se dégager des premières considérations mettant en avant l'aspect « contenant » de ce lieu de part ses limites physiques.

Nous sommes allés au-delà du premier niveau de ce basculement métaphorique, en nous dirigeant vers l'idée d'une contenance psychique élaborative, en lien notamment avec la notion d'angoisse de morcellement du patient souffrant de schizophrénie. Nous avons alors émis l'hypothèse que la « capacité de rêverie » des soignants permet de participer à la diminution de l'angoisse du patient psychotique en chambre d'isolement. Cela signifie qu'ils élaboreraient ce qu'amène le patient pour le lui restituer modifié et doté de sens, et, qu'ils lui transmettraient aussi une part de leur propre capacité d'élaboration. Pour étudier ce phénomène, nous avons utilisé des entretiens semi-directifs avec des patients schizophrènes ayant connu cet isolement, et, des infirmier(e)s du service y intervenant, et ce pour accéder à leur vécu par l'intermédiaire du langage.

Les résultats appuient partiellement notre hypothèse, dans le sens de l'existence d'une dynamique intersubjective entre les soignants et les patients dans ce lieu spécifique, durant leur hospitalisation. Mais le poids de l'enfermement et de la rupture d'avec le temps social qui en résulte, semblent ne pas permettre cet effet pacifiant tant recherché sur l'angoisse.

Pour autant, le respect du sujet dans sa dimension psychique doit demeurer.

Mots clés : Chambre d'isolement - Schizophrénie - Soignants - Capacité de rêverie - Angoisse

The psychotic patient in the isolation room

Summary: The placing of psychotic patients in an isolation room is a practice which raises questions: some consider it to be therapeutic, others to be alienating. We propose to put these opinions to one side and consider the isolation room in its ability "to contain". Going beyond the metaphorical level of the physical limits, we propose to develop the idea of a psychic elaborative containment in this practice and link this to the schizophrenics' patients' experience of fragmentation anxiety.

We propose that the "capacity to daydream" of the caregivers participates in the lessening of the psychic pain of psychotic patients in the isolation room. That is to say that they receive, work through and subsequently pass back the patients material which is changed and holds meaning. In doing this they transmit a part of their own capacity to transform.

In order to study this process we conducted semi-directive interviews with schizophrenic patients who have had the experience of an isolation room and the nurses working in this unit. The data was analysed from the point of view of their use of language. The results partially confirm our initial ideas in the sense that during the stay in hospital, an intersubjective communication between the patients and the caregivers is evident. However, other effects of the isolation room, in the feelings of being locked up and cut off from the group seem to weigh more heavily on the patients and obstruct an eventual pacifying effect on their pain.

Key words: Isolation room - Schizophrenia - Caregivers - Capacity to daydream - Psychic pain