



HAL
open science

Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives de l'intervention psychiatrique après l'asile

Delphine Moreau

► **To cite this version:**

Delphine Moreau. Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives de l'intervention psychiatrique après l'asile. Sociologie. Ecole des hautes Etudes en Sciences sociales (EHESS), 2015. Français. NNT: . tel-02151955

HAL Id: tel-02151955

<https://ehesp.hal.science/tel-02151955v1>

Submitted on 13 Jun 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SCIENCES SOCIALES

CONTRAINdre POUR SOIGNER ?

LES TENSIONS NORMATIVES ET INSTITUTIONNELLES
DE L'INTERVENTION PSYCHIATRIQUE APRES L'ASILE



Thèse pour l'obtention du grade de docteur de l'EHESS. Discipline : Sociologie

Présentée par **Delphine Moreau** le 2 décembre 2015

JURY

Nicolas DODIER, Directeur d'études à l'EHESS, *directeur de la thèse*

Numa MURARD, Professeur émérite, Université Paris 7 Denis Diderot

Anne PAILLET, Maîtresse de conférence, Université de Versailles/Saint-Quentin

Corinne ROSTAING, Maîtresse de conférence, HDR, Université Lyon 2

Florence WEBER, Professeure, École Normale Supérieure

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SCIENCES SOCIALES

CONTRAINdre POUR SOIGNER ?

**LES TENSIONS NORMATIVES ET INSTITUTIONNELLES
DE L'INTERVENTION PSYCHIATRIQUE APRES L'ASILE**

Thèse pour l'obtention du grade de docteur de l'EHESS. Discipline : Sociologie

Présentée par **Delphine Moreau**, le 2 décembre 2015

JURY

Nicolas DODIER, Directeur d'études à l'EHESS, *directeur de la thèse*

Numa MURARD, Professeur émérite, Université Paris 7 Denis Diderot

Anne PAILLET, Maîtresse de conférence, Université de Versailles/Saint-Quentin

Corinne ROSTAING, Maîtresse de conférence, HDR, Université Lyon 2

Florence WEBER, Professeure, École Normale Supérieure

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Table des matières | 3 |
| Sigles | 10 |
| Introduction | 15 |
| A. Déplacer la perspective théorique : rouvrir la description | 27 |
| 1. Institutions totales, dispositifs disciplinaires : le regard sur l'institution psychiatrique aiguisé mais aussi surdéterminé par les analyses goffmanienne et foucauldienne | 27 |
| 2. La mise en suspens puis le réinvestissement contemporain des recherches sur la contrainte en psychiatrie | 30 |
| B. Transformation des dispositifs psychiatriques, transformation des prises institutionnelles | 32 |
| 1. Des « asiles » « civilisés » et médicalisés | 33 |
| Encadré : diminution du nombre de lits : source Cour des Comptes | 35 |
| 2. Des temps d'hospitalisation réduits, la prise institutionnelle à analyser non seulement par ses dispositifs mais par les trajectoires des personnes | 36 |
| C. Une analyse des pratiques à partir des tensions normatives qui les entourent | 39 |
| 1. Institution, institutions | 40 |
| 2. Des « biens » et des registres : Etudier sociologiquement des « évaluations psychiatriques » ? | 48 |
| 3. « Observer » la contrainte | 57 |
| Ce qui fait atteinte : cinquante nuances de contrainte | 60 |
| D. Choix des terrains et de la perspective adoptée | 69 |
| Présentation du secteur A - Auto-définition idéologique et éthique du service | 76 |
| Un « privilège » donné à certains points de vue, et sa mise en perspective | 81 |
| PARTIE I : Formes spatiales et régulations légales de la contrainte | 89 |
| I. L'évolution du cadre juridique et des dispositifs de soin (1838-2013) | 91 |
| A. La loi de 1838 : l'encastrement du dispositif légal, de l'espace de l'asile et du médical | 92 |
| 1. Avant la loi de 1838 : des séquestrations non spécifiques malgré une proto- médicalisation de la folie | 92 |

| | | |
|-------------|--|------------|
| 2. | La loi du 30 juillet 1838 : le « placement » comme cadre de tout soin psychiatrique | 96 |
| 3. | L'isolement : l'« improbable miracle » de l'enfermement thérapeutique | 101 |
| | Tableau : La pluralité des fonctions et moyens de l'« isolement » selon les théories du traitement moral..... | 107 |
| B. | Le désencastrement de l'enfermement dans l'asile, du statut juridique et du soin | 109 |
| 1. | Création de services libres, de consultations extrahospitalières, ouverture de services fermés | 109 |
| 2. | Le renouveau de la critique de l'asile après la seconde guerre mondiale – la nouvelle inscription spatiale du soin avec le secteur | 111 |
| 3. | Un réinvestissement des procédures autorisant la contrainte ainsi que des formes d'enfermement renforcées | 117 |
| II. | Le réinvestissement de la régulation légale de la contrainte psychiatrique : les lois du 27 juin 1990 et du 5 juillet 2011 | 122 |
| A. | Une loi de 1990 centrée sur les hospitalisations | 122 |
| 1. | La protection de la loi : une protection de qui contre quoi ? | 123 |
| | Encadré : Critères des hospitalisations à la demande d'un tiers et d'office (loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 4 mars 2002) | 123 |
| 2. | La triangulation organisée par la loi : conjurer l'éventualité de la collusion | 126 |
| 3. | Protection contre les atteintes abusives à la liberté d'aller et venir | 128 |
| B. | La loi du 5 juillet 2011 : le désenclavement du médical par l'introduction du judiciaire et le nouage de la contrainte et du soin extra-hospitalier | 130 |
| 1. | L'encadrement de décisions de soins, et non plus seulement d'une forme d'enfermement | 130 |
| 2. | La conjuration de différents « maux » : interruption de soin, dangerosité, atteinte aux droits | 131 |
| 3. | Une redistribution des pouvoirs et des responsabilités limitée | 134 |
| III. | Ce qui est régulé ou non par le droit : la place du « médical » dans le cadrage des pratiques intra-hospitalières | 136 |
| 1. | Une « prescription » de la contrainte confiée au médecin : comme mesure de police au sein d'un établissement ou comme traitement médical ? | 136 |
| 2. | La confirmation du sens médical de la chambre d'isolement | 141 |
| 3. | La restriction des libertés : un usage de dernier recours ou une possibilité normale à encadrer ? | 143 |
| | Conclusion de la première partie | 148 |

| | |
|--|------------|
| PARTIE II : Contraintes intra-hospitalières : Effets de dispositifs et jeux d'interdépendance des contraintes..... | 151 |
| IV. Déplacement et jeu des contraintes dans un service d'hospitalisation post-asilaire..... | 155 |
| A. Le service hospitalier A : Un dispositif d'hospitalisation post-asilaire | 156 |
| 1. La localisation géographique et institutionnelle des services hospitaliers comme enjeu politique, thérapeutique et économique | 156 |
| La relocalisation du service A | 160 |
| 2. Le dispositif architectural du service..... | 162 |
| a) Organisation générale de l'espace au sein de la « Clinique »..... | 164 |
| b) La division de l'espace de travail, la position de l'observateur..... | 165 |
| c) L'intrication des espaces, pour dépasser l'opposition soignants-soignés ?..... | 170 |
| Plan du service d'hospitalisation du secteur A..... | 171 |
| d) Des soignants exposés aux patients : les conditions de la disponibilité | 178 |
| 3. Limitations collectives et individuelles..... | 184 |
| a) Ce qui peut faire l'objet de restrictions individuelles..... | 184 |
| b) Des limitations collectives..... | 191 |
| B. L'économie des contraintes | 198 |
| L'exemple de la fermeture à clef des services d'hospitalisation | 199 |
| a) Critique d'une contrainte non encadrée légalement..... | 201 |
| b) Critique d'une contrainte injustement répartie..... | 203 |
| « Fermeture » du service A : « On étouffe ici »..... | 204 |
| c) La perméabilité : la critique de l'éloignement contre la critique de la fermeture..... | 209 |
| C. L'exceptionnel et l'ordinaire | 212 |
| 1. Ce qui va de soi ? Les spécificités liées à l'activité d'un lieu, les contraintes de l'organisation collective | 215 |
| 2. Une temporalité des contraintes acceptables ?..... | 217 |
| 3. La remobilisation du registre des « droits » | 220 |
| 4. Le registre de la qualité et la nouvelle régulation administrative-professionnelle..... | 224 |
| a) Une surdétermination du cadrage par le soin : l'espace flou de la gestion des comportements « symptomatiques » | 229 |
| b) Les contraintes du registre de la qualité..... | 231 |
| V. Recourir à la contrainte | 237 |
| A. Les tensions normatives des dispositifs de contrainte : L'exemple de la chambre d'isolement..... | 239 |
| 1. Qu'est-ce qu'une chambre d'isolement ?..... | 240 |
| a) Chambre d'isolement, de soin intensif, d'apaisement : une question lexicale ?..... | 241 |

| | |
|--|------------|
| b) Une chambre « à soi » ? Expérimentation et détournement d'une « chambre d'apaisement » dans un centre hospitalier..... | 244 |
| 2. Angle, fixations, visibilité : L'aménagement de la chambre d'isolement ou le développement d'une technologie de contrainte | 247 |
| Tableau : les interprétations croisées des ouvertures et des fermetures..... | 251 |
| B. Décisions de mise en chambre d'isolement : isolement thérapeutique ou mesure de sécurité et d'ordre ? | 256 |
| a) Un rôle thérapeutique-soignant : « contenir »..... | 259 |
| b) La bonne et la mauvaise contrainte | 261 |
| c) Cadrer, rappeler le cadre..... | 262 |
| d) Un mauvais usage : punir | 266 |
| e) Empêcher les fugues | 267 |
| C. Exercer la contrainte, conjurer la violence : la régulation de la contrainte par la normativité des savoir-faire..... | 270 |
| 1. L'exercice de la contrainte par la force | 270 |
| a) « Entretien, piqûre, plateau » | 270 |
| b) « Pourquoi vous voulez me tuer » ? | 272 |
| c) L'intégration de certaines formes de contrainte dans le répertoire d'action professionnel | 276 |
| 2. L'exercice de la contrainte | 281 |
| a) Exercer la force, un sale boulot ? | 281 |
| b) Collusion ou triangulation – l'effet de la division du travail..... | 286 |
| c) Savoir-faire et protocoles : définir des repères dans l'usage professionnel de la contrainte et les transmettre | 290 |
| 3. La possibilité de la violence et la peur..... | 294 |
| Conclusion de la deuxième partie | 298 |
| PARTIE III – Les décisions d'hospitalisation sans consentement comme moment frontière : prises et déprises institutionnelles..... | 301 |
| VI. Chemins vers l'hospitalisation sans consentement : le rôle de l'organisation des dispositifs de soins et de la coopération entre les acteurs concernés..... | 303 |
| A. Une forte augmentation du nombre de mesures d'hospitalisations sous contrainte et une forte disparité entre les territoires | 304 |
| 1. Hypothèses croisées autour de l'augmentation du nombre d'hospitalisations sans consentement..... | 304 |
| Tableau : Évolution des mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie de 1998 à 2007. Source : Rapport d'activités du CGLPL 2011, citant les chiffres de la DREES à partir des rapports des CDHP (CGLPL 2011b, p. 234)..... | 305 |

| | |
|--|------------|
| Tableau : Hospitalisation sans consentement ou sous contrainte en 2010. Source : Rapport d'activités du CGLPL 2011, citant les chiffres de l'ATIH (CGLPL 2011b, p. 234)..... | 308 |
| 2. Comment rendre compte de ces disparités territoriales de recours aux HSC ? | 310 |
| B. Une décision ubiquitaire : l'éclatement des lieux et acteurs d'une mesure d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie..... | 315 |
| 1. Intervenir auprès d'autrui dans les territoires de la ville | 317 |
| Analyse des HSC arrivées au service A pendant 6 mois | 320 |
| 2. Hospitaliser ou ne pas hospitaliser sans consentement : analyse de trois situations.. | 322 |
| 3. Initier, évaluer, décider, saisir..... | 335 |
| Articulation entre les intervenants..... | 338 |
| C. Un danger pour soi-même ou pour autrui ? L'évaluation par les psychiatres de la nécessité d'hospitaliser quelqu'un sans son consentement | 340 |
| 1. Ce dont les certificats rendent compte..... | 342 |
| a) Nature et gravité des troubles nécessitant une hospitalisation..... | 342 |
| b) La nécessité de soigner – ou d'hospitaliser | 345 |
| 2. Empêcher, contrainte pour le soin, contraindre comme soin | 348 |
| a) Des décisions inscrites dans une temporalité..... | 357 |
| b) La part du risque | 359 |
| 3. Place de l'évaluation de la capacité à décider pour soi | 365 |
| a) « Sous contrainte » ou « sans consentement »..... | 365 |
| b) Incapacité à consentir et fiabilité du « bon vouloir »..... | 368 |
| c) « Relais » et « obstacles » : Évaluation de l'entourage de la personne et du dispositif de soins disponible | 369 |
| d) L'hospitalisation néfaste | 372 |
| VII. Gestion du flux et définition des hospitalisations légitimes..... | 381 |
| Du surencombrement à la pénurie de places, de la répartition spatiale au jeu des anticipations temporelles | 383 |
| L'autonomie médicale face aux pressions gestionnaires, la revendication par les médecins de la définition des séjours légitimes..... | 385 |
| A. Quelles prises sur les décisions d'hospitalisation depuis l'« intra » ? | 388 |
| 1. Les hospitalisations sous contrainte : une contrainte sur le service d'hospitalisation ? | 388 |
| 2. Faire sortir pour faire entrer : négociations | 393 |
| 3. L'ajustement des temporalités..... | 399 |
| B. Contrôle des flux et écologie du service..... | 405 |
| 1. Composer les services : réguler la présence des patients craints, difficiles à gérer ou illégitimes..... | 405 |

| | |
|---|------------|
| a) Tactiques : le jeu des chambres disponibles et le recours à l'hospitalisation transitoire | 406 |
| b) Intervenir en amont de l'orientation vers la psychiatrie..... | 410 |
| 2. La nosographie en pratique : « malade psychiatriquement ou pas ? »..... | 413 |
| 3. Le partage entre patients légitimes et illégitimes | 420 |
| C. Engagements et désengagements institutionnels : la place de celui dont on prend soin..... | 426 |
| 1. Prises et déprises en charge : l'après-hospitalisation. Ce qui relève de la responsabilité de la psychiatrie | 428 |
| a) Transférer la prise en charge des « chroniques » pour « se donner le temps d'accompagner les aigus » | 428 |
| b) Se soucier des conditions de sortie, éviter les prises en charge complexes : la mesure de l'engagement du service | 430 |
| 2. Une intervention extensive | 434 |
| a) La prise en charge de Mme Nathalia Benamara par l'équipe psychiatrique | 434 |
| b) Une crise de l'organisation du care : la place de la personne dont on prend soin..... | 437 |
| Conclusion de la troisième partie : la place de la psychiatrie dans l'économie des dispositifs..... | 441 |
| Conclusion..... | 447 |
| Remerciements | 459 |
| Bibliographie | 463 |
| Annexes..... | 491 |
| A. Liste des réunions | 492 |
| B. Lexique | 493 |
| C. Annexe méthodologique..... | 498 |
| 1. Entretiens avec les professionnels..... | 498 |
| a) Psychiatres rencontrés :..... | 498 |
| b) Soignants et autres professionnels exerçant en psychiatrie..... | 499 |
| c) Au sein du secteur psychiatrique A | 500 |
| Les professionnels sur le territoire du secteur A hors psychiatrie publique (non comptés parmi les professionnels exerçant en psychiatrie) | 500 |
| 2. études des dossiers de HSC – service d'hospitalisation du secteur A et service d'urgence de l'hôpital H..... | 501 |
| D. Les sources statistiques nationales sur la psychiatrie et les soins sans consentement..... | 506 |
| Tableau récapitulatif..... | 510 |
| E. Thèses de médecine consultées sur les hospitalisations sans consentement, la chambre d'isolement et les contentions (thèses soutenues entre 2001 et 2011) | 511 |

| | |
|---|------------|
| F. Principales dispositions des lois de 1838, 1990 et 2011 concernant les soins sans consentements | 513 |
| G. Extrait du rapport de la Cour des comptes (2011) : « Une remise en cause progressive et profonde du secteur » | 516 |
| H. Photographies de chambres d'isolement | 519 |

Sigles

- AAH : Allocation Adulte Handicapé
- ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. « Autorité publique indépendante », créée en 1996, elle n'existe plus comme entité autonome mais a été regroupée, avec d'autres commissions, au sein de la Haute Autorité de santé (HAS) le 13 août 2004.
- ARH : Agence Régionale d'hospitalisation
- ARS : Agence Régionale de Santé
- AS : Assistante sociale
- ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- AVQ : Activité Vie Quotidienne : grille d'évaluation de l'autonomie des patients
- CAARUD : Centre d'accueil, d'accompagnement et de réduction des risques (addictions)
- CAC : Centre d'accueil et de crise (Service d'urgence psychiatrique)
- CASH : Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers destiné aux SDF à Nanterre
- CAT : Centre d'Aide par le Travail (ancien nom des ESAT)
- CATTP : Centre d'Accueil à Temps Partiel
- CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
- CCNE : Comité consultatif National d'Ethique
- CDHP : Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (depuis la loi de 2011, les CDSP)
- CDSP : Commission départementale des soins psychiatriques
- CSP : Code de la Santé Publique
- CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
- CHAPSA : Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans-Abri (Nanterre)
- CHG : Centre Hospitalier Général
- CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- CHR : Centre Hospitalier Régional
- CHRU : Centre hospitalier Régional Universitaire
- CHS : Centre hospitalier Spécialisé (= HP)
- CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
- CMP : Centre Médico-Psychologique (centre de consultations extra-hospitalier en psychiatrie)
- CMPP : Centre Médico-psycho-pédagogique
- CPOA : Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (Centre d'urgences psychiatriques situé à l'hôpital Sainte Anne à Paris) destiné à toute l'Ile de France, organise la répartition des patients « hors-secteurs » devant être hospitalisés ou soignés.
- CRH : Compte rendu d'hospitalisation
- CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement prévention en Addictologie
- CSI : Chambre de soins intensifs
- DGS : Direction Générale de la Santé
- DGOS : Direction générale de l'offre de soin
- DIM : Département d'Information Médicale
- DMS : Durée moyenne de séjour
- DREES : Direction de la Recherche et des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EPS : Établissement Public Spécialisé (= HP)

EPSM : Établissement Public de Santé Mentale
 ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail
 HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers (loi 1990 ; ex-PV ; depuis la loi de 2011 SDT)
 HAS : Haute Autorité de Santé. « Autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale » créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
 HL : Hospitalisation Libre
 HO : Hospitalisation d'office (ex-PO, loi de 1838 ; depuis la loi de 2011, SDRE)
 HP : Hôpital psychiatrique
 HPP : Hôpital Psychiatrique Privé participant au service public
 HSC : Hospitalisations sans consentement
 IDE : Infirmier-ère Diplômé-e d'Etat
 IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire
 IPPP ou I3P : Infirmerie de la Préfecture de Police de Paris (par où passent un grand nombre d'HO à Paris – le secteur A est en proche banlieue et peut se voir adresser : les personnes domiciliées sur son secteur qui auraient été interpellées ou saisies sur la voie publique à Paris, des personnes « hors-secteur », sans domiciliation identifiée, selon un système de « tour ».
 ISP : Infirmier-ère de secteur psychiatrique
 JAP : Juge d'Application des Peines
 JDT : Journal de terrain
 JLD : Juge des Libertés et de la détention
 MCI : Mise en chambre d'isolement (voir CSI)
 MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
 MDPH : Maison Départementale du Handicap
 MG : Médecin généraliste
 MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
 MSP : 1) Mise en Situation Professionnelle : type d'examen pour les élève infirmiers et aides-soignants, dans les services où ils font leurs stages ;
 2) Médiateur de Santé Pairs
 OPP : Ordonnance provisoire de placement – mesure judiciaire concernant les mineurs, qui les placent dans une structure susceptible d'assurer son accueil et son hébergement, qui peut être un établissement sanitaire. Equivalent d'une HSC pour mineur mais décidé par la justice.
 PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
 PO : Placement d'office (loi 1838)
 PV : Placement volontaire (loi 1838)
 Rapsy : Rapport d'activité de psychiatrie – enquête de la DREES en 2008 (voir annexe sur les sources statistiques)
 RDR : Réduction des risques (politique développée dans le domaines des addictions, visant non pas l'abstinence à tout prix, mais à réduire les risques associés aux addictions, l'exemple type étant des programmes d'échanges de seringues visant à éviter la transmission d'infections (VIH, VHC ou B) via des seringues partagées.
 Rim-P ou Rim-Psy : Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
 RNSPP : Réseau National Souffrance Psychique et Précarité
 SAE : Statistique Annuelle des Établissements
 SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour les Adultes Handicapés
 SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
 SAU : Service d'accueil des urgences
 SDRE : Soins sur décision du représentant de l'Etat (loi 2011 ; ex HO)
 SDT : Soins à la demande d'un Tiers (loi 2011 ; ex HDT)
 SMPR : Service Médico-Psychologique Régional (en prison)

SPI : Soins en péril imminent (mode de soins sans consentement en urgence défini par la loi de 2011, admission par le directeur d'établissement, sans tiers)
SROS : Schéma régional d'organisation des soins
T2A : Tarification à l'activité
TS : Tentative de suicide
UHSA : Unités Hospitalières Spécialement Aménagées
UMAP : Unités de Malades Agités et Perturbateurs
UPID : Unités psychiatriques intersectorielles départementales
USIP : Unités de Soins Intensifs Psychiatriques
UMD : Unité pour malades difficiles
Unafam : Union nationale des familles et amis de malades psychiques [association] (le déroulé du sigle a évolué au cours du temps : précédemment « de malades mentaux »)
VAD : Visite à domicile

Sur les certificats médicaux, Comptes rendus d'hospitalisation, dossiers médicaux :

CAT : Conduite à tenir
CR : Compte rendu
CRH : Compte rendu d'hospitalisation
DAR : Données Action Résultat, modèle de rédaction des comptes-rendus infirmiers
OH+ : Personne alcoolisée, présence d'alcool dans le sang
+ : Majore tout constat. Exemple : agressif +++

« *Down in the swamp, everything is dirty and mucky. (...)* »
(Diamond 1996, p. 52)

« *Unfortunately, almost everyone lives in the swamp.* » (Ibid.)

« *“Obliger quelqu’un à se soigner, il ne voudra jamais !” Médecin
n°1* » in (Tourneux 2004, p. 51)

Introduction

Qu'est-ce qui conduit à intervenir dans la vie d'autrui, et ce, jusqu'à la contrainte ?

L'étude des hospitalisations sans consentement en psychiatrie, et plus largement du recours à la contrainte en contexte de troubles psychiques, part d'un trouble profond face à ce mode d'intervention auprès ou sur autrui : une intervention qui se définit comme visant le bien d'autrui, son *soin*, dans un moment où elle se passe de ce que la personne peut dire de ce qu'elle souhaite pour elle-même, voire le transgresse frontalement. Non que l'on soit toujours à même d'identifier ce qui est bien pour soi, et quand on l'aurait identifié, de le mettre en œuvre. Non que je nie, lorsque je commence une enquête sur l'intervention auprès d'autrui en contexte de troubles psychiques, l'existence de maux susceptibles d'affecter de façon terrible le jugement d'une personne : dépendance à des toxiques, idées noires qui recouvrent le monde d'un voile sombre et déforment la perception que l'on a des relations avec les autres et l'interprétation des événements, a fortiori expérience de sensations sans correspondant dans le monde, hallucinations visuelles, voix insultantes ou menaçantes, qui sapent la confiance en soi et en l'autre, mode d'interprétation rigide des faits qui les collige et les traduit comme le produit d'une collusion généralisée contre soi – ces expériences, nombre de personnes en témoignent, et pas seulement des tiers mais des personnes qui les vivent elles-mêmes. Ce qui est troublant, c'est la manière dont les troubles psychiques se tissent des relations réelles entretenues avec les autres, et qu'alors même qu'on reconnaît l'existence de troubles, les interprétations et qualifications croisées des faits rendent incertaine la réponse à la question de savoir *ce qu'il se passe* et encore plus ce qu'il faudrait faire, ou s'il serait possible de faire autrement. Ce qui est troublant, c'est la manière dont la contrainte, au moment où elle est décidée, parfois après avoir été repoussée autant que possible, peut *faire violence* à la personne : pas nécessairement lui faire mal physiquement, mais affecter son intégrité en la dépossédant de la capacité à décider pour soi, éventuellement la déposséder de la maîtrise de son corps si une contrainte physique est exercée (tenir, attacher, enfermer). L'inquiétude frappe ce moment où la parole de la personne perd son effectivité, où les garanties qu'elle pouvait trouver dans un ordre institutionnel supposé l'étayer lui font subitement défaut. La

précarité du statut frappe au moment où les perspectives croisées et potentiellement antagonistes sur une situation rendent la réalité instable. Et lorsque même l'identification de la situation ne semble pas poser problème, face à l'évidence d'un trouble ou d'un danger, la question se pose de savoir ce que l'on fait au moment où l'on a recours à la contrainte, s'il n'aurait pas été possible de faire autrement, si l'on est prêt à accepter les formes de violence qui l'accompagnent, et encore jusqu'où on la prolonge, comment on la transforme, comment on restaure les relations dont ont été violées les prémisses. Ce trouble, je l'ai retrouvé chez les personnes en situation d'intervenir auprès d'autrui jusqu'à la contrainte : chez les proches de personnes hospitalisées sans leur consentement lors de mon premier travail sur le recours à la contrainte et chez les professionnels de la psychiatrie lors du travail de recherche que je présente aujourd'hui.

Ce trouble coexistait avec ce qui semble aller socialement de soi d'une contrainte exercée sur une personne « frappée de folie », de la nécessité d'enfermer, ou tout au moins d'empêcher un temps une personne troublée de se faire du mal, se mettre en danger ou menacer d'autres personnes. Ce trouble s'est ainsi associé d'un étonnement entretenu, en cessant de considérer que cette intervention va de soi et en organisant la confrontation entre le trouble qui entoure la « perte » de statut d'individu autonome, au moment d'une hospitalisation sans consentement, et l'allant de soi de la possibilité d'« enfermer les fous ».

Or non seulement cette possibilité persiste, mais il apparaît, au moment où j'ai commencé cette recherche, que le nombre d'hospitalisations sans consentement n'a jamais été aussi élevé : plus de 73 000 mesures en 2005¹ (Circulaire 2008). La persistance de cette possibilité paraît paradoxale au moment où la souveraineté d'un individu sur lui-même semble non seulement promue mais reconnue et bénéficier de garanties encore jamais atteintes antérieurement. Les personnes adultes bénéficient dans notre société d'un postulat d'autonomie. Elles sont présumées, et ce serait la caractéristique même de l'âge adulte, capables et responsables (Descombes 2004; Eyraud 2012) : capables et responsables au sens où il leur incombe de prendre les décisions qui les concernent personnellement ; capables et responsables de leurs actes sur un plan moral et légal, au sens où elles doivent répondre de leur actes, et dotées du pouvoir et droit de participer au pouvoir souverain dans leur Etat via

¹ En 2010, le nombre de séjours en hospitalisation sans consentement (HSC) s'élève à 92 000, pour près de 80 000 personnes concernées (Cour des comptes 2011) – les sources ne sont cependant pas les mêmes, et ce qui est compté (mesures d'HSC/ séjours en HSC) non plus, ce qui rend les comparaisons difficiles. Pour une discussion de l'augmentation du nombre d'HSC et des sources statistiques disponibles, voir partie III, chapitre VI.

notamment le droit de vote ; enfin, sur un plan matériel, il est attendu d'elles qu'elles soient capables de se prendre en charge, tant financièrement que sur le plan de la vie quotidienne, capable de prendre soin d'elles, capables de réaliser leurs projets (Breviglieri 2008; Ehrenberg 2008; Ehrenberg 2010). Les individus sont supposés avoir une existence première hors de groupes (familles, groupes professionnels, lignées, classes, religions, etc.) dont ils seraient membres et dépendraient².

La valeur accordée à l'autonomie des personnes s'étend et bénéficie de garanties nouvelles via notamment le registre des droits dans les domaines de la santé, du social et du médico-social, comme en témoignent, entre autres, les deux lois de 2002 : la loi du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale » et celle du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». Cette dernière reconnaît explicitement la nécessité du consentement aux soins du patient (principe déjà reconnu dans des déclarations et décisions de justice antérieures), ainsi que son droit de refuser des soins. Différents dispositifs ont été créés ces dernières années qui marquent la montée de cette valeur d'autonomie et cherchent à lui donner une traduction concrète, comme l'accès au dossier médical, la possibilité de choisir une personne de confiance pour les situations où l'on ne serait plus en mesure de s'exprimer, de rédiger un « testament de vie », etc. Il est notable que cette promotion de l'autonomie se développe sur différents plans, celui de la réflexion éthique, particulièrement en éthique médicale, autour de la figure centrale du « consentement informé »³ ; mais aussi à travers une « politique des droits » (Scheingold 1974), par la référence à des « droits fondamentaux » de la part d'acteurs militants, par leur (ré)affirmation dans la loi tant dans le champ de la santé (Loi du 2 janvier 2002; Loi du 4 mars 2002) que dans le domaine du handicap ou de la protection des majeurs (Loi du 11 février 2005; Loi du 5 mars 2007) et le développement de dispositifs visant à les garantir et augmenter leur effectivité (Baudot et Revillard 2014).

² Je reviendrai ultérieurement sur ce que peut avoir de fictif un tel postulat – les travaux sur le *care* ont amplement montré la manière dont nos « autonomies » ne tiennent que par des délégations de tâches et des solidarités plus ou moins conscientes ou visibles, et la manière dont certaines dépendances et circulations d'entraide sont invisibilisées (Gilligan, Hochschild et Tronto 2013; Paperman et Laugier (eds.) 2006). Les études par exemple sur la circulation de l'aide (matérielle, financière) au sein des familles, fait apparaître qu'en dépit de ce triple postulat « montant », des formes d'institutionnalisation du niveau « familial » persistent, notamment via un devoir de soutien à la subsistance entre les membres d'une même famille, voire que celui-ci fait l'objet d'une nouvelle mobilisation en des temps de retrait de formes de solidarités publiques (Strobel et Debordeaux (eds.) 2002; Weber, Gojard et Gramain 2003).

³ Mais cela excède la problématique du consentement informé, l'autonomie est l'un des « piliers » de l'éthique principielle, référence centrale dans les débats en éthique médicale aux Etats Unis, aux côtés de la bienfaisance, de la non-malfaisance et de la justice (Beauchamp & Childress). Sur l'histoire du consentement informé aux Etats Unis voir (Faden, Beauchamp et King 1986).

Ce postulat d'autonomie est corrélé à un certain nombre d'attentes attachées à l'individu autonome. Les différentes formes d'incapacité à remplir ces attentes conduisent à la remise en cause du postulat d'autonomie et à la construction d'exceptions à celui-ci, dont les « autonomes » porteraient la charge, ce que marque l'importance prise par les thèmes de la dépendance et de la vulnérabilité (handicap, tutelle, dépendance associée à la vieillesse et/ou la démence – qu'il faudrait comparer avec la prise en charge de la pauvreté-précarité sociale). L'intérêt renouvelé dont font l'objet les liens familiaux (« aide aux aidants », renforcement de l'obligation alimentaire...) intervient au moment où l'on entend (re)mobiliser ceux-ci dans la prise en charge de ces formes de dépendance dans un contexte de désinstitutionalisation des situations de dépendance⁴, certes partielle (Bungener 1995; Strobel et Debordeaux (eds.) 2002; Weber, Gojard et Gramain 2003). Les interventions pour répondre à ces incapacités sont pensées sur le mode de l'aide, de l'accompagnement, de la solidarité. Elle conduit cependant à ouvrir des régimes parallèles marginaux qui permettent des traitements différenciés et spécifiques des personnes visées sous l'une ou l'autre de ces catégories. Le terme de régime est ici utilisé au sens d'un *ensemble de dispositions réglées quant à la manière de traiter les personnes*. La tension qui apparaît est la persistance ou la reformation d'une distinction entre un régime « commun » de postulat de l'autonomie et des régimes où les personnes sont soumises à une évaluation de leurs capacités, au moment même où l'on cherche à réintroduire le « commun » via des dispositifs visant à assurer l'effectivité des droits fondamentaux des personnes identifiées comme particulièrement vulnérables ou en difficulté. Le principe aujourd'hui mis en exergue dans ces interventions est en effet une *visée d'autonomie* : ces interventions doivent, dans la mesure du possible, respecter ce que la personne désire pour elle-même, étayer sa capacité à prendre des décisions pour soi et à se prendre en charge (lois de 2002 sur les droits des malades et des usagers dans le secteur médico-social, loi de 2005 sur les tutelles, loi de 2007 sur le handicap, et tout récemment encore, loi du 5 juillet 2011 sur les soins sans consentement en psychiatrie). L'introduction de l'autonomie comme *visée*, substituée au *postulat* d'autonomie, dans ces régimes parallèles, apparaît comme une manière de résoudre la tension entre l'extension de la valeur d'autonomie

⁴ Voir par exemple en psychiatrie le rapport de 2005 d'Isabelle Yéni *et al.* sur les « propositions de réformes de la loi du 27 juin 1990 » : à propos de la proposition de fusionner les deux modalités de soins sans consentement et de les confier au représentant de l'Etat en supprimant les soins « à la demande d'un tiers », les rapporteurs, de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des services judiciaires font le commentaire suivant : « Mais ceci exclurait le tiers et donc la famille de la procédure, au moment où il semble important d'affirmer les solidarités d'ordre privé et où les alternatives à l'hospitalisation, unanimement recommandées, reposent en grande partie sur le proche environnement du patient. » (Yéni et al. 2005)

et le maintien – voire le développement – de dispositifs qui y forment des exceptions. La *visée d'autonomie* consacre ainsi la valeur d'autonomie en l'introduisant dans les dispositifs même qui semblent entrer en contradiction avec elle. Il existe et il est par là même maintenu des catégories pour lesquelles cette autonomie n'est pas un postulat mais est plutôt un problème. L'autonomie ne désigne alors pas tant la condition ordinaire, « normale », de tous, que la condition sociale de certains et une possibilité partielle pour d'autres, exposés à l'évaluation récurrente de leurs « capacités » sur laquelle cette autonomie est supposée reposer.

Dire que la valeur d'autonomie est devenue prégnante ne signifie ainsi évidemment pas qu'elle soit universellement respectée mais qu'elle constitue une contrainte de justification et est utilisée comme un levier de transformation des pratiques. On pourrait ainsi dire de la valeur d'autonomie ce que disent Y. Barthe *et al.* à propos de l'idéal d'égalité comme étant au fondement des différentes « cités » qui sous-tendent les formes légitimes de justification analysés par L. Boltanski et L. Thévenot (Boltanski et Thévenot 1991) :

« On a parfois pris leur description d'un idéal d'égalité cher aux acteurs pour une affirmation du caractère égalitaire des relations entre ces acteurs ou bien encore, on leur a reproché de prétendre que l'action des pouvoirs publics doit forcément être égalitariste pour avoir une chance de s'imposer. [...] De ce point de vue, si les « cités » sont appelées à jouer quelque rôle dans l'action collective, ce n'est certainement pas parce que le monde social est égalitaire : c'est parce qu'il ne l'est pas. Qu'une action publique inégalitaire s'impose socialement ne saurait, par conséquent, constituer un démenti du modèle des « cités ». Car ce que ce modèle prédit, c'est seulement que, dans nos sociétés, moins une action publique respectera les principes de commune humanité et de commune dignité, plus elle sera critiquable. Notons que cela ne veut pas dire qu'une telle action sera unanimement ou massivement critiquée, dans la mesure où, précisément, des mécanismes inégalitaires pourront limiter d'une part, la mise en visibilité de son caractère inégalitaire ; d'autre part, l'expression publique de sa critique. » (Barthe et al. 2014, p. 196-197)

Il reste alors à rendre compte de la persistance, non pas seulement de « mécanismes inégalitaires » ou ici de dispositifs institutionnalisés maintenant des régimes différenciés d'autonomie, mais de constructions discursives qui les soutiennent – par exemple par la constitution de distinctions jugées légitimes, mais aussi par des manières de rendre compte de ces dispositifs permettant de faire valoir l'exception ici au postulat d'autonomie.

Il existe, dans les actions entreprises auprès de personnes dont l'autonomie est mise en question à différents niveaux, des manières d'intervenir auprès de celles-ci qui tiennent compte de ce que celles-ci expriment pour elles-mêmes – manières « spontanées » de faire, alignement avec des destinataires jugés capables, identification des lieux de capacité lorsque celle-ci est partielle ou intermittente, et on assiste à l'invention ou la réactivation de ces manières de faire en réaction critique face à des pratiques qui ne tiendraient pas suffisamment compte des destinataires.

La référence à la valeur d'autonomie n'a pas cependant aboli les différentes formes d'intervention pour autrui qui privilégient la définition *par l'intervenant* de ce qui est fait et de ce qu'il faut faire. Plus encore, dans le cours ordinaire des choses, cela peut aller de soi pour l'intervenant qui peut revendiquer être mieux à même de déterminer le bien du destinataire au nom de différents titres (incapacité du destinataire, proximité avec celui-ci, compétences professionnelles, savoir scientifique, etc.). L'intervention auprès d'autrui peut être non seulement sous-tendue par l'idée que le bien du destinataire est connu, mais de plus, par-delà son objet initial, et qu'elle soit à l'initiative de l'intervenant ou du destinataire, toute intervention expose le destinataire de manière plus large au jugement de ce qui est bien pour lui. Il ne faut cependant pas se représenter le jugement d'incapacité comme nécessairement stable et définitif : dans nombre de situations, il peut être progressif, parcellaire et même temporaire, voire réversible – faire l'objet de nombre d'épreuves informelles et formelles permettant d'ajuster ce jugement, les attentes envers la personne, et la légitimité d'intervenir auprès d'elle (Moreau 2007; Béliard 2010; Béliard et al. 2015).

Le recours à la contrainte en contexte de troubles psychiques, c'est-à-dire en contexte de troubles qui sont reconnus, socialement identifiés comme affectant la capacité à décider pour soi, met particulièrement en exergue cette tension interne à l'intervention auprès d'autrui entre revendication de poursuivre son bien et disqualification de la possibilité à décider pour soi. Le soupçon et plus encore le diagnostic d'un trouble psychiatrique tendent en effet à remettre en cause la participation d'une personne aux décisions qui la concernent, et notamment les décisions médicales : tout désaccord peut être imputé à sa pathologie. Certes, cela n'est pas spécifique aux troubles psychiatriques. L'avis du Comité consultatif national d'éthique sur le refus de traitement défend le droit du patient à refuser des soins⁵, mais parallèlement soulève, face à une décision de patient jugée problématique, toute une série d'hypothèses qui viennent jeter un doute sur la capacité de ce dernier à décider. Celui-ci pourrait, par exemple, être influencé ou manipulé par des proches, par sa famille, par un

⁵ Droit explicitement reconnu par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. » Art. L. 1111-4

groupe social, par une secte ou une religion⁶. Il pourrait en outre être affecté psychologiquement par le mal qui le touche physiquement : sa position est susceptible d'être interprétée comme une manifestation de déni ou d'angoisse face à la maladie (CCNE 2005). En ce dernier sens, tout « malade » peut voir son jugement questionné – et la primauté de l'avis médical affirmée. De plus, l'avis souligne que des situations d'urgence, de menace vitale ou de lésion irréversible peuvent légitimer la décision du médecin de passer outre le refus du malade. Au moment où le respect des choix des patients est affirmé, on observe dans cet avis le déplacement de la légitimation des médecins à décider via une psychopathologisation des positions des malades et par la référence au risque (vital ou irréversible) renforcée par une dimension d'urgence – deux ressources argumentatives majeures en contexte psychiatrique.

Les pratiques professionnelles médicales ont, de manière générale, intégré cette promotion de l'autonomie du patient de manière variable, selon les spécialités, leur histoire⁷ et selon les cultures de service. Sans qu'il s'agisse nécessairement de contrainte proprement dite, le point de vue des médecins et soignants continue, dans de nombreux lieux, de primer sur celui des patients dans la définition de ce qui est un bien pour eux, et une marge de choix n'est pas toujours spontanément laissée à ces derniers. Il ne va, en effet, pas de soi qu'il existe quelque chose comme un « bien » du patient qui puisse être formulé univoquement, et l'on doit même s'attendre à ce qu'il y ait des divergences entre les différents acteurs impliqués⁸. La relation médecin-patient reste une relation asymétrique, où se révèle cette divergence potentielle et le fait que tout rapport de force n'est pas absent du soin : il y a, en effet, une inégalité dans la détention du savoir (dont la redistribution ne va pas de soi⁹), de l'autorité (dont peut n'être pas

⁶ Les situations d'appartenance sectaire, induisant par exemple un refus de transfusion sanguine dans le cas des témoins de Jéhovah, fournissent des « cas d'étude » de choix pour la littérature juridico-éthique autour du consentement en contexte médical (Barbot 2008). De plus, l'avis est rédigé peu de temps après une nouvelle « affaire du voile », dans un contexte de mise en cause plus général des musulmans en ce qu'ils affecteraient l'ordre public français. Des articles sur « les violences à l'hôpital » paraissent dans divers journaux où les agressions de soignants sont mises en série avec des refus par des femmes d'être examinées par des hommes, où ces femmes seraient implicitement musulmanes et nécessairement sous l'influence coercitive de leur mari (Bowen et al. 2014).

⁷ Dans l'histoire des spécialités médicales, les mouvements de patients ont joué un grand rôle - les mobilisations de malades séropositifs notamment en ont été à la fois le paradigme et le fer de lance (Dodier 2003; Dodier et Barbot 2008). Mais certaines spécialités ont développées des formes de réflexivité forte alors qu'elles étaient confrontées à des questionnements externes et internes intenses, comme cela a été le cas dans les services de réanimation, qui ont activement produit une réflexion éthique et déontologique face aux révolutions qu'ont connues leurs pratiques et leurs conséquences, avec des cultures distinctes dans les services pédiatriques (Paillet 2007) et adultes (Kentish-Barnes 2008).

⁸ Ce que montrait déjà Eliot Freidson dans son article « Client control and medical practice » (Freidson 1960).

⁹ Voir Sylvie Fainzang, qui, dans son ouvrage *La relation médecins/malades: information et mensonges*, montre tant le contrôle de l'information par les médecins que celle opérée par les malades (Fainzang 2006).

absente une certaine « violence symbolique »¹⁰), et en dernière instance, de la capacité/possibilité de rendre une décision effective (prescrire ou non, exécuter un acte ou non)¹¹.

Si la psychiatrie est également exposée à la nouvelle exigence portée par la promotion de l'autonomie et ses différentes figures (consentement, respect des droits, bienfaisance) et ses différents registres (éthique, droit, qualité) qui viennent réactiver la critique de la contrainte en psychiatrie (on verra par exemple les interventions du Contrôleur général des lieux de privation de liberté), ses lieux et ses acteurs y sont diversement réceptifs. Les acteurs de la psychiatrie se trouvent de fait confrontés à l'exigence de justification au regard de cette valeur d'autonomie, notamment quand il s'agit de rendre compte des moments mêmes où ce qu'exprime la personne n'est pas respecté. Cette exigence peut avoir des effets pratiques, notamment lorsqu'elle s'ancre sur des dispositifs légaux concrets, comme la loi du 4 mars 2002, qui peuvent en constituer des leviers (l'accès au dossier médical, par exemple). La référence à cette valeur peut, de plus, prendre une dimension critique dans les situations d'intervention auprès d'autrui parfois les plus ordinaires en réinterrogeant la place de la personne dont on prend soin. La psychiatrie a cependant une histoire propre avec cette question. D'une part, elle a pour objet le traitement de troubles pouvant affecter le jugement même du patient, d'autre part, elle s'est construite en incluant explicitement la contrainte parmi ses moyens. Enfin, elle a développé, face aux critiques externes et internes auxquelles ses pratiques sont exposées, des élaborations denses du « bon soin » et de la bonne manière de « réhabiliter » la place du patient, qui entendent à la fois rendre compte de ses manières de faire et soutenir une critique endogène.

Si, comme on le voit, le problème de l'attribution du pouvoir de décider pour soi ou pour autrui excède largement le contexte psychiatrique, l'hypothèse de troubles psychiatriques

¹⁰ Si l'autorité est la capacité à se faire entendre et obéir sans contrainte, on peut distinguer celle qui s'appuie sur la reconnaissance de sa légitimité (ici fondée sur la détention de savoirs et de compétences attribuée aux professionnels du soin) et celle qui s'appuie sur des marqueurs symboliques de pouvoir : par exemple l'usage de la blouse, d'un vocabulaire scientifique, le caractère affirmatif/ la certitude du ton, ainsi que les institutions de soins et les instances professionnelles, qui ont la fonction de réguler la pratique médicale mais jouent aussi le rôle de protection de l'image de la profession et de garantie de son activité propre (Freidson 1970).

¹¹ Il ne s'agit pas pour autant d'affirmer que ce rapport de pouvoir est entièrement au bénéfice du médecin – les travaux sur la relation médecin-patient montrent la marge de manœuvre de ce dernier (consulter un autre praticien, accommoder les prescriptions médicales voire ne pas les suivre du tout) et ce dès les travaux de Freidson. Anselm Strauss met en évidence le caractère négocié de leur relation (Strauss 1992), qui se développe notamment au cours des maladies longues ou chroniques (Strauss et al. 1992; Baszanger 1986), où les patients développent connaissance de la maladie et des traitements, et où leur sont déléguées un certain nombre de tâches, et avec l'émergence d'un nouveau modèle de patient, le « malade actif » (Dodier 2003).

incarne de façon exacerbée l'incapacité à décider pour soi. Ceux-ci sont en effet considérés comme susceptibles d'affecter toutes les dimensions de la décision ou des attentes sociales à l'égard d'une décision : la perception de la réalité et plus spécifiquement la conscience des troubles eux-mêmes, la compréhension des informations données, l'évaluation adéquate des conséquences d'une décision, la persistance dans la décision et la cohérence des actions. Le « déni », qui est considéré comme l'un des symptômes caractéristiques des troubles psychiatriques, est à la fois le paradigme de ce rapport au monde troublé et l'une des justifications nodales de la possibilité de soigner quelqu'un d'une maladie qui serait la cause même de l'impossibilité d'en prendre conscience. La psychiatrie est, de plus, la seule spécialité à disposer dans sa pratique courante d'un moyen légal de contrainte au soin, via l'hospitalisation sans consentement, et de s'en voir confier la réalisation – bien que les psychiatres n'en « décident » en principe pas seuls¹².

Certains professionnels de la psychiatrie résistent ainsi partiellement aux exigences de la valeur d'autonomie issue du registre de la promotion des « droits » des personnes en revendiquant la spécificité du champ d'intervention psychiatrique et des formes d'incapacités qui affectent « leurs » patients. Certains se réfèrent notamment à des phénomènes (la « Folie », la « Psychose ») qui resteraient opaques à la prétention profane d'en juger, et à l'expérience qu'ils en ont, qui, par-delà la spécialisation que procure la connaissance pointue de maladies complexes, soutiendrait la prétention d'être légitimes pour décider pour autrui dans ces situations. Certains ont en outre participé à la promotion d'une place de patients « sujets » et/ou « citoyens » qui n'est que partiellement congruente avec la figure parallèle et concurrente du « patient autonome ». Il s'est ainsi développé en psychiatrie des manières propres de construire la place des personnes, de critiquer ses pratiques et de les réformer, de former des exceptions au postulat d'autonomie et d'en rendre compte.

¹² On analysera dans la partie I les termes légaux des soins sans consentement, mais l'on peut d'ores et déjà préciser que plusieurs certificats médicaux sont nécessaires, et que la loi, les lois successives de 1838, 1990 et 2011, organisent la « triangulation » de la décision, c'est-à-dire l'intervention d'un tiers, quel que soit le mode de soins sans consentement : le tiers susceptible de représenter les intérêts de la personne hospitalisée dans les soins dits « à la demande d'un tiers » (HDT, depuis 2011 : SDT), mais aussi le préfet ou, en urgence, le maire pour les hospitalisations d'office (HO, depuis 2011, soins sur décision du représentant de l'Etat, SDRE), le directeur d'établissement chargé de contrôler les admissions, les différents médecins certificateurs au moment de l'admission dont l'un doit être extérieur à l'établissement et qui ne peuvent être liés à la personne hospitalisée. Ces décisions sont en outre susceptibles de donner lieu à des recours judiciaires *ad hoc*, dès avant l'introduction d'un contrôle systématique par l'autorité judiciaire des hospitalisations sans consentement par la loi de 2011. On verra cependant la place spécifique occupée par les médecins, les psychiatres en particulier, dans le recours à la contrainte psychiatrique – place qui leur est attribuée par la loi et par ceux qui les sollicitent, mais dont ils peuvent également revendiquer la responsabilité tout en mettant en cause la charge qui y est associée.

Dans un premier temps, ce sont les moments de contraintes « explicites » que j'ai étudiés plus spécifiquement, moments de contradiction paroxystique du paradigme de l'autonomie : les différentes formes de la contrainte (forcer, empêcher, isoler, enfermer, exclure, priver de), la manière dont elles sont mises en œuvre, justifiées et mises en cause – justifiées d'autant plus qu'elles étaient mises en cause. Car les pratiques de contraintes ne s'inscrivent pas dans un univers moralement neutre, et toute une série de pratiques, à commencer par les hospitalisations sous contrainte, mais aussi l'usage de la chambre d'isolement, des sangles, voire des traitements, font l'objet de critiques anciennes, développées tant à l'extérieur de la psychiatrie que par les professionnels en son sein. L'exercice de la contrainte en psychiatrie est, en effet, susceptible d'être menacé par différentes accusations, qui peuvent être portées au sein même de la psychiatrie par les professionnels eux-mêmes, mais aussi par des critiques externes – dont celles nourries par les sciences sociales – accusations d'arbitraire, d'abus, de violence, de poursuivre des intérêts tiers, etc. qui ne portent d'ailleurs pas seulement sur les professionnels de la psychiatrie mais aussi sur ceux qui la sollicitent, comme les familles (Carpentier 2001).

Mais ces contraintes explicites ont paru difficilement isolables de contraintes plus difficiles à saisir et à mettre en évidence et qui s'introduisent dans les relations entre les personnes, entre les soignants et les « soignés », mais aussi plus largement dans les relations affectives, des formes de pressions, chantages, incitations « déloyales », susceptibles de s'introduire jusque dans les interventions qui sont censées aider, qui nous font « tenir », nous permettent d'agir, nous soutiennent comme individu (aider, accompagner, soutenir). Il s'agissait alors de s'intéresser au moment où cette intervention devient intrusion, où il peut y avoir ingérence, empiètement – moment où la qualification même de contrainte ne va pas de soi et où ce registre de qualification devient alors critique.

Il s'agit de mettre en lumière les tensions normatives et notamment morales à l'œuvre dans la pratique : les situations qui donnent lieu à ce type d'intervention, la manière dont concrètement ces décisions se prennent et s'exercent et surtout la manière dont ses acteurs lui donnent sens, dont ils en rendent compte, c'est-à-dire la décrivent, la justifient, la mettent en œuvre de façon à écarter certaines critiques ou à viser certains biens. On entend ainsi éclairer la manière dont ils font le partage entre une bonne et une « mauvaise » contrainte, entre des pratiques normales et problématiques, et les formes de régulations qu'ils mettent en place : appropriation des cadres légaux et règlementaires, procédures, définitions locales de l'acceptable et de l'inacceptable, transmissions de « manières de faire », interpellations réciproques. En ce sens, ce travail s'inscrit dans une sociologie des enjeux moraux dans le

travail, tels qu'ils se posent dans le cours des activités. Il s'agit de donner à voir « comment des personnes peuvent douter de la légitimité de ce qu'elles font lorsqu'elles font leur travail » (Paillet 2007, p. 16).

Il s'inscrit de façon plus large dans les problèmes de l'intervention pour autrui. L'enjeu de cette recherche est d'explorer cette zone où l'autonomie d'autrui est remise en cause dans l'intervention auprès d'autrui, les moments où cette intervention est problématique, fait l'objet d'un travail de justification et régulation spécifique comme les moments où elle va de soi. Le problème de la contrainte est inhérent à l'intervention auprès d'autrui. Everett C. Hughes soulignait les ambivalences des activités qui consistent à intervenir auprès d'autrui : dans les activités d'éducation ou de soin, les frontières sont minces entre « faire pour » et « faire sur », « imposer à » quelqu'un (Hughes 1996a, p. 62). A partir du moment où la définition du bien propre de la personne est en question, se pose la question de savoir *qui* le définit, qui définit le problème ou est en situation de pouvoir voir sa définition du problème prévaloir au moment où sont prises des décisions, qui décide des réponses qui sont apportées et dispose des moyens de les mettre en œuvre (Béliard et al. 2015). S'intéresser à la contrainte permet ainsi de réinterroger plus globalement les interventions auprès d'autrui.

Cette recherche se donne ainsi deux objectifs principaux. Le premier est de décrire les différentes formes de la contrainte. En faisant le détour par la description de situations concrètes, j'entends ne pas me saisir de la contrainte comme d'un bloc, comme émanant d'un pouvoir unique, ne pas postuler l'existence d'un « contrôle » plus ou moins identifié ou diffus, ni assimiler toutes les pratiques de contrainte comme si elles étaient équivalentes dans la révélation du pouvoir/de la violence qui s'exerce sur les personnes. En déclinant différentes situations (décisions d'hospitalisation, mise en chambre d'isolement, prise des traitements, autres décisions concernant la vie de la personne), je souhaite décrire les agencements d'usage de la force et de rapports des volontés, dans les décisions qui concernent la prise en charge psychiatrique de la personne (faire appel à la psychiatrie, considérer quelqu'un comme un patient, hospitaliser et faire sortir, prescrire et s'assurer de la prise du traitement...), mais en réinscrivant ces interventions pour ou dans le soin au sein des autres interventions auprès de la personne – la frontière entre les interventions qui relèvent du soin et celles qui en sortent pouvant varier selon les manières dont les acteurs en rendent compte.

Le second est de restituer la manière dont les interventions s'inscrivent au sein de dispositifs légaux (notamment le cadre légal des soins sans consentement), matériels (architecture, localisation et agencement des services) et/ou organisationnels (les choix d'un secteur de

psychiatrie au sein de l'hospitalisation mais aussi dans l'organisation du soin ambulatoire) : comment ces dispositifs les contraignent et les informent, les encadrent et les légitiment, comment les pratiques s'en saisissent et y échappent, et aussi la façon dont les acteurs interviennent dans des situations plus informelles.

Les pratiques seront ainsi resituées dans l'économie des dispositifs d'intervention et de prise en charge actuels. Nous sommes en effet dans une période qui a succédé au projet de déshospitalisation et de réinsertion des malades mentaux, et qui a connu les fermetures de lits accélérées par l'objectif de réaliser des économies dans le domaine de la santé et une forme de normalisation de la psychiatrie – sa banalisation – par la médicalisation, c'est-à-dire ici par une homogénéisation avec les autres spécialités médicales. Choisir de revenir sur l'hospitalisation ne signifie pas négliger cette évolution et ses conséquences, l'importance du soin extra-hospitalier et libre, mais bien au contraire avoir une nouvelle raison de ne pas « plaquer » les analyses antérieures sur la situation actuelle, quand bien même il apparaîtrait des similitudes. Il importe d'être attentif aux significations et à la portée des pratiques de contrainte quand le séjour hospitalier n'est plus que de quelques jours, quelques semaines, ou même quelques mois, de rapporter l'intervention psychiatrique à sa place dans la vie de la personne, a fortiori l'intervention psychiatrique contraignante. La mise en chambre d'isolement, la possibilité de se voir interdire appels et/ou visites, ne prennent pas le même sens quand la personne a vocation à rester à long terme sous le contrôle de l'équipe médicale ou pourra changer de « sphère » à un terme relativement court, et aura des possibilités de se déprendre de l'intervention psychiatrique. La limite de l'intervention psychiatrique est l'un des éléments sur lequel les patients n'ont que peu de prise. Mais, comme on le verra, l'extra-hospitalier offre de fait des obstacles et par là même des limites au pouvoir de l'équipe psychiatrique, et, par suite, des marges de manœuvre supplémentaires à celui qui cherche à s'en déprendre. Bien sûr, c'est aussi le risque d'une dé-prise potentiellement dommageable, comme s'en inquiètent d'autres intervenants autour d'une personne dont ils se soucient. Il est ainsi important de restituer ces temps de contrainte et ces situations de dé-prise et re-prise d'autonomie des personnes dans une temporalité qui est aussi celle de la prise en charge institutionnelle, hospitalière et extra-hospitalière. Je vais ici préciser cette approche, la situer par rapport aux recherches qui la précèdent, revenir sur les transformations de la psychiatrie qui reconfigurent la question de la prise institutionnelle sur les personnes et les outils théoriques par lesquels je compte l'aborder.

A. Déplacer la perspective théorique : rouvrir la description

1. Institutions totales, dispositifs disciplinaires : le regard sur l'institution psychiatrique aiguisé mais aussi surdéterminé par les analyses goffmanienne et foucauldienne

Une recherche sur la contrainte en psychiatrie est précédée, pour ne pas dire grevée, d'une longue histoire de description de la psychiatrie à travers sa dimension de pouvoir, de contrôle, de contrôle social voire de violence, à la suite notamment des travaux de Goffman et de Foucault. La description de l'hôpital psychiatrique notamment est surdéterminée par les études qui l'ont pris pour objet et ont nourri la critique de l'« asile » qui a pris une nouvelle vigueur dans les années 1960 (Strauss et al. 1964; Goffman 1968; Goffman 1973a; Foucault 1972; Foucault 2003). Les travaux de Foucault et Goffman ont montré la fécondité des rapprochements entre différents types d'institutions fermées (prisons, pensions, couvents, ateliers, etc.). Ces analyses critiques ont profondément remis en cause la justification médicale des pratiques au sein des asiles et hôpitaux psychiatriques : Foucault dépeint, dans *l'Histoire de la folie à l'âge classique*, les justifications médicales au XVIIIe siècle, la manière dont des techniques justifiées initialement par leur pouvoir de guérison au sein de théories de la folie perdurent par-delà la croyance en leur effet *thérapeutique* (Foucault 1972, p. 174) et prennent alors une dimension nettement punitive. Goffman porte une atteinte plus nette encore à ces justifications dans *Asiles*, en suspendant non seulement l'interprétation pathologique des conduites des « reclus », mais également l'interprétation thérapeutique des conduites des personnels médicaux et « soignants » - en rendant compte des activités et des conduites au sein de l'asile sans y avoir recours. Il analyse les pratiques des professionnels comme des techniques de pouvoir destinées à faire intégrer au nouveau reclus sa nouvelle condition, son nouveau statut, au travers de procédés de dépersonnalisation, d'humiliation, de dépouillement de ce qui fait une personne sociale, un « pair » en société – procédés qui se retrouvent d'une institution « totale » à l'autre (Rostaing 2001). Le sens thérapeutique donné à l'organisation de l'institution psychiatrique n'apparaît alors que comme « justification secondaire », a posteriori.

Les perspectives de Foucault et Goffman sont très différentes. Par le rapprochement qu'il opère entre institutions, Goffman entend mettre en évidence les similitudes structurelles des institutions « totales » (séparation reclus/surveillants, procédures d'humiliations des reclus, exposition de la vie des reclus à un contrôle total par l'institution, promiscuité de la vie collective) et ce qu'elles produisent comme effets sur le « moi » des reclus, par la perte d'intégrité produite par la privation du contrôle sur ses « territoires » propres, par l'impossibilité de circuler entre différents espaces sociaux où les différentes dimensions de la vie personnelle peuvent se développer, mais aussi comme effets au sein de ces institutions, où il observe la « vie clandestine » et les « adaptations secondaires » qui s'y développent.

Foucault, quant à lui, a cherché à identifier la manière dont ont historiquement circulé, entre toute une série d'institutions, des dispositifs de pouvoir spécifiques qui s'agencent selon une logique commune de type « disciplinaire ». Les techniques disciplinaires constituent en effet un dispositif de pouvoir spécifique, qu'il distingue précisément de ce qu'il désigne comme le modèle de la souveraineté et des technologies de sécurité. Le modèle de la *souveraineté* opère le partage légal du permis et de l'interdit. Les *technologies de sécurité* (Foucault 2004) – qu'il a également désigné par le terme davantage diffusé de *biopolitique* – émergent à la fin du XVIIIe siècle et dans le courant du XIXe siècle et sont les technologies de pouvoir qui ne s'attachent pas à transformer les *individus* mais à maximiser les biens pour une *population* (Moreau 2005a). La modalité de pouvoir que Foucault cherche à saisir sous le nom de « disciplines » n'est ainsi pas réductible à toute forme de relation imposant l'obéissance à autrui. Il distingue la discipline notamment de l'esclavage, de la domesticité, de la vassalité : la discipline, ce n'est pas ce « rapport coûteux et violent d'appropriation des corps » (esclavage), cette « soumission à la volonté singulière et capricieuse du maître » (domesticité), ce « rapport de domination hautement codé » (vassalité) (Foucault 1993, p. 161-162). Destinés à augmenter notamment la maîtrise et la productivité des corps, les procédés disciplinaires économisent également la coercition exercée pour l'obtenir, en limitant l'exercice direct de la force et en transposant la contrainte sur des dispositifs techniques et architecturaux de surveillance des personnes et de transformation des corps. Ils diffèrent en cela de l'ascétisme et des « disciplines » de type monastique car celles-ci assurent des « renoncements » plutôt que des « majorations d'utilité » (p.162).

Moins qu'une similarité structurelles et la mise en évidence des effets moraux de ces dispositifs, il entend montrer cet « essaimage », ce déplacement de dispositifs de l'une à l'autre. En effet, si « beaucoup de procédés disciplinaires existent depuis longtemps dans les

armées, les couvents, les ateliers », ils se répandent pour devenir au cours du XVIIe et XVIIIe siècles des « formules générales de domination » (*ibid.*, p.161). Ces procédés ne sont donc pas nouveaux, et ne constituent surtout pas une découverte unique. Ils se présentent comme

« une multiplicité de processus souvent mineurs, d'origine différente, de localisation éparse, qui se recourent, se répètent ou s'imitent, prennent appui les uns sur les autres, se distinguent selon leur domaine d'application, entrent en convergence et dessinent peu à peu *l'épure d'une méthode générale*. On les trouve à l'œuvre dans les collèges, très tôt, dans les écoles élémentaires ; ils ont investi lentement l'espace hospitalier ; et en quelques années ils ont restructuré l'organisation militaire. »¹³ (*Ibid.*, p. 162-163)

Cependant, leur usage se transforme par leur intégration dans une nouvelle économie du pouvoir.

Goffman et Foucault ont aiguisé notre regard sur ce que produisent les dispositifs matériels et organisationnels, mais la diffusion de leurs analyses a tendu à surdéterminer ces dimensions et à s'interposer dans la description. Le rapprochement entre ces différentes institutions a en effet très fortement nourri la critique de l'asile par cette remise en cause de sa justification thérapeutique et par la mise en évidence d'une violence des dispositifs eux-mêmes. La réduction d'une institution à une autre, l'asile à la prison, la prison au camp, la réduction des fonctions de ces institutions à des fonctions de contrôle social ou de répression reste une ressource critique active¹⁴, la finalité officielle des institutions étant, elle, réduite à une idéologie justificatrice. Ce rapprochement peut avoir une dimension heuristique féconde pour

¹³ C'est moi qui souligne.

¹⁴ L'assimilation à la prison est une ressource critique qui date de la naissance de l'asile, et est mobilisée de façon récurrente tout au long du XIXe siècle. Elle revient à cette époque à remettre en cause l'idée qu'une vraie distinction ait été opérée après la Révolution entre l'hôpital général (où étaient placés indigents, criminels et fous) et l'asile, comme le montre Aude Fauvel à propos d'une campagne de presse de dénonciation des asiles et du pouvoir des aliénistes en suite au meurtre d'un patient par un infirmier dans l'asile de Clermont de l'Oise en 1880 (Fauvel 2002, p. 211-212). Elle reste une ressource critique active auxquelles se réfèrent les acteurs eux-mêmes, tels des patients qui la mobilisent pour dénoncer l'hôpital psychiatrique, notamment quand ils ont connu la chambre d'isolement : « c'est pire que la prison » (je l'ai entendu dire par un patient qui connaissait les deux, et le même type de propos m'a été rapporté par des infirmiers), ou rapporté dans des formes de critiques plus institutionnalisées, comme par le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) dénonçant l'abus du recours à la chambre d'isolement, entre autres pour les détenus hospitalisés, dont le CGLPL rapporte qu'ils demandent « fréquemment » leur réintégration dans l'établissement pénitentiaire dans ces conditions : « la pratique très générale qui consiste à mettre nécessairement, quel que soit leur état de santé, les détenus hospitalisés d'office (article D.398 susmentionné du code de procédure pénale) en chambre d'isolement (sécurisée) et, surtout, à les y maintenir pendant toute la durée de leur hospitalisation, alors même qu'ils seraient consentants aux soins et alors qu'aucune justification médicale ne peut être invoquée pour un tel maintien, appelle également de sérieuses réserves. (...) Elle provoque fréquemment, du fait même des contraintes imposées au malade, la demande de ce dernier de réintégrer au plus vite l'établissement pénitentiaire d'où il provient, alors même que des soins à l'hôpital seraient encore nécessaires. » (CGLPL 2011a, p. 4)

Il est également fait référence par les infirmiers eux-mêmes à une série de figures répressives dont il s'agit de se distinguer, ce qui marque la proximité de l'accusation. Voir chapitre sur la pratique de la contrainte par les soignants.

mettre en évidence des analogies entre des institutions aux finalités officielles si différentes, rappeler leur histoire commune, pour organiser la comparaison, mettre en lumière les différentes contraintes exercées et leurs régulations respectives selon les lieux. Mais il ne s'agit pas d'assimiler l'une à l'autre. Celles-ci ont eu des histoires critiques distinctes – ce qui n'exclut pas qu'elles soient par moment parallèles ou que les évolutions de l'une affectent l'autre. La fécondité de ce rapprochement tient à la condition précisément qu'il ne se réduise pas à la simple assimilation d'une institution à une autre. Il peut conduire à mettre en évidence la singularité conservée de ces institutions, leurs évolutions divergentes ou parallèles, les effets des mobilisations critiques et de leurs registres de justification propres sur leurs fonctionnements et transformations, leurs points aveugles propres ou communs, les éventuelles circulations de critiques d'une institution à une autre¹⁵.

2. La mise en suspens puis le réinvestissement contemporain des recherches sur la contrainte en psychiatrie

En France et en Belgique, les recherches en sciences sociales sur la psychiatrie connaissent un renouveau depuis une trentaine d'années et n'ont pu ré-aborder la psychiatrie qu'en tenant à distance ces descriptions devenues *topoi*. Elles ont abordé la psychiatrie par d'autres entrées, comme des services d'hospitalisation n'accueillant pas de placements contraints (Ogien 1989), les prises en charge et dispositifs extra-hospitaliers (Velpry 2008; Marques 2010), en reprenant des problématiques communes à la sociologie médicale : étudiant la formation professionnelle des internes (Penchaud 2007), et en ouvrant sur les autres acteurs du soin : les proches (Bungener 1995; Moreau 2007) et bien sûr les destinataires du soin (Verhaegen 1985; Grard 2011). Elles ont éclairé les transformations contemporaines de la psychiatrie et son ouverture sur le champ plus large de la « santé mentale » (Ehrenberg et Lovell (eds.) 2001; Dodier et Rabeharisoa 2006), mettant en évidence l'extension de ce qui lui est aujourd'hui adressé, comme les « troubles du comportements alimentaire » (Darmon 2007) ou les « troubles post-traumatiques » (Fassin et Rechtman 2007). Ces recherches ont permis de faire émerger de nouvelles perspectives, et notamment l'expérience des personnes prises en charge par la psychiatrie publique elles-mêmes (Grard 2011; Velpry 2003), ainsi que les nouvelles

¹⁵ On verra ainsi dans la deuxième partie comment l'intervention d'un acteur comme le Contrôleur général des lieux de privation de liberté importe la vigilance construite autour de certaines pratiques d'une institution à l'autre, comme la question de la communication avec l'extérieur via l'accès au téléphone, de la prison à l'hôpital psychiatrique.

modalités d'intervention et les nouvelles missions dévolues à la psychiatrie comme la création des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) auprès des personnes sans abri (Marques 2010), ainsi que le réinvestissement du champ médico-social (Henckes 2012), renforcé depuis la promotion de la notion de « handicap psychique », étayée par la mention des facteurs « psychiques » du handicap dans la loi du 11 février 2005 (Delbecq et Weber (eds.) 2009), qui a entre autres financé les groupes d'entraide entre pairs (Troisoeufs 2012; Grard 2011). La question de la contrainte n'a pas disparu, elle reste au cœur des enjeux problématiques de la psychiatrie, mais, lorsqu'elle est abordée, elle l'a été un temps souvent « de biais », à travers une autre entrée, par exemple, l'intervention des équipes mobiles psychiatrie précarité auprès des personnes sans abri (Marques 2010), ou des équipes de secteur dans leur travail de définition de la « bonne autonomie » au sein des Centres Médico-Psychologiques et dans les appartements thérapeutiques (Velpry 2008), ou encore l'accueil des « troubles » adolescents (Coutant 2012).

La contrainte en psychiatrie fait aujourd'hui l'objet d'un intérêt renouvelé à travers différentes recherches et programmes de recherche en cours, abordant la contrainte de façon plus large : le collectif « Traitements et contraintes » qui rassemble de jeunes chercheurs travaillant sur la contrainte et le soin et organise régulièrement journées d'études et colloques, l'ANR « Terrferme » sur les dispositifs contemporains de l'enfermement (Darley, Lancelevée et Michalon 2013), ou plus spécifique autour de la Chaire « Handicap psychique et décision pour autrui » (École Normale Supérieure-École des Hautes Études en Santé Publique, financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), intégrant les interventions professionnelles à partir de ce qu'elles font à l'économie des interventions familiales autour des situations de handicap (Chaire Handicap psychique et décision pour autrui 2015), et l'ANR Contrast, qui organise l'étude pluri-disciplinaire (sociologie, philosophie, droit) des formes de contrainte dans une variété de dispositifs psychiatriques, des plus contraignants (UHSA, UMD) aux plus ouverts – intégrant même des dispositifs médico-sociaux type SAMSAH (services d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés).

Aux Etats-Unis, l'analyse de la contrainte a ouvert de nouvelles dimensions à partir de l'étude des programmes communautaires « pro-actifs », les PACT (*Program of Assertive Community Treatment*), développés après la déshospitalisation de grande ampleur qu'a connue ce pays, voir (Dennis et Monahan (eds.) 1996), et notamment Lovell (Lovell 1996a), initiés dans le Wisconsin (Estroff 1998), et développé dans le reste du pays, éclairant des formes de contraintes éventuellement plus discrètes, ainsi que les enjeux moraux que ces interventions posent – voir ainsi l'ouvrage récent de Paul Brodwin (Brodwin 2013). À l'opposé, les

recherches se sont également portées sur ses formes les plus « dures », le développement d'institutions hyper-coercitives psychiatriques pénitentiaires (Rhodes 2004).

La recherche ici se concentrera sur la pratique psychiatrique de service public dite « de secteur », c'est-à-dire sur la pratique ordinaire des services hospitaliers qui accueillent des hospitalisations sans consentement comme des hospitalisations libres ainsi que les dispositifs de soins ambulatoires qui y sont associés. La nécessité de reprendre l'analyse de la contrainte en psychiatrie s'est trouvée aiguës par le fait que ma recherche est née dans le moment où cette question avait été mise en suspens comme objet de recherche en France, à un moment où les transformations contemporaines de la psychiatrie exigeaient le renouvellement de la description des formes de contrainte, et où les approches antérieures proposées ne paraissaient pas permettre de restituer les sens du recours à la contrainte en psychiatrie. Je vais présenter ces principales transformations avant de préciser mon approche.

B. Transformation des dispositifs psychiatriques, transformation des prises institutionnelles

La description des dispositifs de contrainte psychiatriques doit être renouvelée, et ce pour plusieurs raisons. La première raison est le besoin d'une actualisation factuelle des descriptions pour se faire une représentation plus juste des services d'hospitalisation et des dispositifs psychiatriques : les services d'hospitalisation psychiatriques en France aujourd'hui sont loin du vaste hôpital Saint Elisabeth hébergeant 7000 patients décrit par Goffman (ils n'ont en France d'ailleurs jamais atteint cette population¹⁶, les services se sont « civilisés », les unités sont plus petites, et les séjours majoritairement beaucoup plus courts. Cette évolution a été accompagnée de deux autres : la réduction des durées de séjour et le développement de soins extra-hospitaliers, ce qui suscite une interrogation sur ce que devient

¹⁶ Aude Fauvel indique à propos de l'asile de Clermont d'Oise, le plus grand de France, qu'elle décrit comme de taille « monstrueuse », qu'il comptait 1800 malades en 1880 (Fauvel 2002, p.200). Il était cependant « surpeuplé » par rapport à sa capacité initialement prévue, et ce chiffre est bien différent des effectifs actuels des hôpitaux psychiatriques, pour ne pas parler des unités plus petites relocalisées.

une « institution » quand elle sort des murs. On reviendra dans la première partie de la thèse sur le mouvement qui d'une organisation du soin psychiatrique strictement au sein des structures asilaires conduira à un soin partiellement émancipé de l'hôpital, entre services hospitaliers et dispositifs ambulatoire. J'indique cependant d'ores et déjà quelques traits cruciaux du paysage actuel de la psychiatrie, qui exigent de reprendre la description de ce qui s'y déroule.

1. Des « asiles » « civilisés » et médicalisés

Le dispositif institutionnel psychiatrique s'est en effet aujourd'hui profondément transformé, tant du point de vue architectural, organisationnel que des modalités de prises en charges, à commencer par le dispositif hospitalier : davantage d'unités d'hospitalisation ont été mises en place au sein d'hôpitaux généraux, des unités d'hospitalisation plus petites ont été « relocalisées », c'est-à-dire déplacées des centres asilaires construits à l'extérieur des villes pour être reconstruites sous formes d'unités plus petites plus proches des bassins de population desservis (Coldefy 2010), et jusque dans les hôpitaux restés dans les bâtiments historiques de l'asile (voir Partie II) ; le nombre de « lits » (c'est-à-dire le nombre de places d'hospitalisation) a été drastiquement réduit, notamment depuis les années 1990, de « de 84 000 en 1987 à 43 000 [*lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie*] en 2000, soit une baisse de 49 % en quatorze ans. » (Coldefy 2004, p. 19). Par ailleurs, les exigences d'hygiène, de confort, de « dignité », qui encadrent les dispositifs « hôteliers » des hôpitaux, si elles sont loin d'être nouvelles, ont été renforcées. L'hôpital psychiatrique s'est « civilisé » : unités d'hospitalisation plus petites à la suite de la réduction du nombre de lits¹⁷, suppression des dortoirs au profit de chambres le plus souvent individuelles ou à deux lits, augmentation du nombre de douches, application à l'hôpital psychiatrique des normes d'hygiène de l'hôpital général élaborées de long terme face au risque de contamination infectieuse et renforcées avec l'émergence de la notion d'infection nosocomiale, susceptible de mettre en cause la responsabilité hospitalière. Le « parc immobilier » de la psychiatrie publique hospitalière

¹⁷ En 2000, le nombre moyen de lits par secteur « varie encore fortement selon la catégorie de l'établissement de rattachement : de 72 lits pour les HPP [hôpitaux privés psychiatriques], à 56 pour les CHS [Centres Hospitaliers Spécialisés], 47 pour les CHR [Centres Hospitaliers Régionaux] et 40 pour les CH [Centres Hospitaliers (hôpitaux généraux)] » (Coldefy et Salines 2004, p. 8) Les services observés comptaient plutôt une vingtaine de lits. [sur le lien entre la diminution du nombre de lits et la politique budgétaire en psychiatrie voir (Rhenter 2004, p. 152)]

reste très contrasté, avec, à côté de bâtiments entièrement rénovés et d'immeubles modernes, des bâtiments vétustes et des services dégradés dans des établissements anciens, avec un nombre insuffisant d'équipements sanitaires (Cour des comptes 2011). Se référant au plan Psychiatrie-Santé Mentale 2005-2008, le rapport de la Cour des comptes indique ainsi :

« En 2005, 80 % des bâtiments avaient bénéficié de rénovations, mais la sécurité demeurait « *passable ou mauvaise* » dans 20 % des cas, comme l'accessibilité aux personnes handicapées (37 %). Moins d'un quart des chambres avaient WC et douche. Les services techniques étaient insatisfaisants dans 86 % des cas.

La psychiatrie n'avait pas « *toujours bénéficié, au cours des dernières années, d'une politique clairement définie et soutenue d'investissements et de modernisation structurelle, notamment par défaut d'une lisibilité suffisante des objectifs de santé publique* ». Au total, 10 % des surfaces recensées en 2000 devaient être remises en état, 21 % restructurées, 11 % abandonnées ou détruites, conduisant à une réduction de 9 % des surfaces. » (*Ibid.*, p. 97)

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) estime cependant, dans son rapport annuel de 2008,

qu'« en comparaison avec les conditions de détention ou de garde à vue, les hôpitaux psychiatriques apparaissent comme des havres de confort¹⁸. Il est vrai que certains accusent la marque de leur vétusté mais, de manière générale, les locaux sont non seulement propres mais entretenus. Il existe des chambres à deux lits, mais beaucoup sont individuelles. Sauf exception, l'équipement accordé à chaque patient est suffisant et convenable.

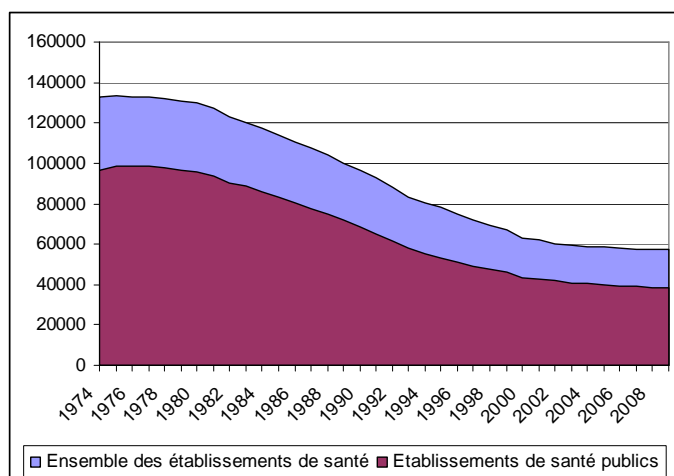
Cette situation tient aux programmes de rénovation qui ont été engagés et dont ont bénéficié les hôpitaux spécialisés en psychiatrie (plan de santé mentale). Les opérations prévues, qui ne pèchent pas par excès d'imagination et qui ne sont pas achevées, devront sans nul doute être poursuivies. Le parc doit cependant, *pour ce qui en a été vu*, être estimé dans un état général satisfaisant » (CGLPL 2009, p. 29)

Ces « améliorations », constatées au cours des décennies, n'empêchent pas la persistance et même la réactivation de la critique de situations désignées comme indignes et la récurrence des critiques mobilisant les thèmes de la dignité, de l'hygiène, et de l'abus de contrainte. Ces transformations vont cependant au-delà de la transformation des hôpitaux.

¹⁸ Il est vrai que la comparaison avec une situation « pire » est un argument assez faible pour déclarer un état satisfaisant, mais la suite ajoute des éléments propres à la situation des hôpitaux psychiatriques.

(La différence entre les chiffres cités ci-dessus et ceux de la SAE cités par la Cour des Comptes vient très vraisemblablement du fait que ne sont inclus ci-dessus que les lits sectorisés de psychiatrie publique et non les lits inter-sectoriels, dans des services hospitalo-universitaires, ni ceux des cliniques privées – mais le graphique a le mérite de mettre en évidence une tendance à l'œuvre depuis les années 1980)

Graphique 5. Evolution du nombre de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie générale et infanto-juvénile



Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Cette baisse s'est ralentie pendant l'exécution du plan, pendant qu'augmentait lentement le nombre de lits d'hospitalisation infanto-juvénile :

Tableau 6. Nombre de lits d'hospitalisation complète 2001-2010

| Nombre de lits | 2001 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Psychiatrie | 61 920 | 58 580 | 58 000 | 57 640 | 57 960 | 57 600 | 57 410 |
| générale | 59 840 | 56 500 | 55 920 | 55 570 | 55 820 | 55 490 | 55 240 |
| infanto-juvénile | 2 080 | 2 080 | 2 080 | 2 070 | 2 140 | 2 110 | 2 170 |

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, statistique annuelle des établissements de santé. Y compris les lits du service de santé des armées²⁵ et en milieu pénitentiaire. Le saut de série entre 2007 et 2008 (améliorations du recueil de l'information sur la psychiatrie dans la SAE) ne modifie pas les tendances. Données 2010 provisoires non redressées. Chiffres arrondis à la dizaine.

(Cour des comptes 2011, p. 30)

2. Des temps d'hospitalisation réduits, la prise institutionnelle à analyser non seulement par ses dispositifs mais par les trajectoires des personnes

Cette description des lieux d'hospitalisation semble, en effet, devoir être renouvelée du fait même de la place de l'hôpital dans les dispositifs psychiatriques et la prise en charge des personnes : comme on le montrera au chapitre 1, le soin psychiatrique s'est désintriqué de l'enfermement mais aussi plus largement de l'espace de l'hôpital, devenant majoritairement ambulatoire et libre. Les durées de séjour ont globalement diminué¹⁹, pour atteindre 30 jours environ au niveau national (*Ibid.*) – pour autant que des moyennes nationales soient significatives dans un contexte de très grande hétérogénéité des pratiques – et de très forts contrastes entre les durées de séjours des patients (Coldefy et Salines 2004; Coldefy, Nestrigue et Or 2012). Ce phénomène a été souvent désigné comme « désinstitutionalisation » et analysé comme un « transfert de prise en charge » de fait (Brown 1988). Il faudrait préciser de qui et vers quoi ou qui : vers le secteur médico-social, vers des formes de soin privées, remobilisant par exemple les solidarités familiales (Strobel et Debordeaux (eds.) 2002) ? Certains psychiatres désaliénistes corrigent le terme pour parler de « déshospitalisation » – critiquant la confusion entre « sortie des murs » et « désinstitutionalisation », la première n'impliquant pas nécessairement une « déprise institutionnelle », notamment de la part psychiatrie.²⁰ :

« Il faut enfin que ce consensus médical, administratif et politique, ne soit pas un simple discours démagogique, mais qu'il s'inscrive dans les faits, par des mesures concrètes et efficaces : l'accès prioritaire au logement adapté ; l'accompagnement à la vie sociale des personnes isolées ; l'accès à des formes de formation et d'insertion professionnelle adaptée aux handicaps psychiques résultant des troubles mentaux. Car une équipe de secteur ne peut être seule à soutenir l'intégration sociale des personnes touchées par la stigmatisation psy. *L'asile, ce ne sont pas seulement les murs, c'est toute situation conduisant les patients à ne plus avoir d'autres interlocuteurs sociaux que des pys.* C'est cela, une existence asilaire ! Et cela peut très bien se faire à domicile. *La régression asilaire commence quand la vie et le soin sont confondus, que le soin envahit la vie et que la survie envahit le soin.* » (Baillon 2004, p. 126)

Et ne s'agit-il pas dans certains cas plutôt de *déprise* en charge, conduisant « à la rue » ou à un tout autre type de prise en charge institutionnelle comme la prison (Laberge et al. 1995) ? La « désinstitutionalisation » comme sortie des établissements qui constituaient des lieux de vie

¹⁹ « Le législateur a d'ailleurs ratifié l'évolution des pratiques en intégrant la psychiatrie dans les disciplines de court séjour depuis la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991. » notent d'ailleurs Hélène Strohl et Clémentine dans leur rapport sur la loi de 1990 en 1997 (Strohl et Clémentine 1997).

²⁰ Sur la distinction entre désinstitutionalisation et sortie des murs, voir également l'analyse de Pauline Rhenter (Rhenter 2004, p. 160 sq.).

peut ainsi prendre des formes diverses : transfert à des établissements dans d'autres champs d'intervention (vers le médico-social notamment), transfert vers des formes d'intervention à domicile mais toujours par la psychiatrie, transfert vers des solidarités privées, et non pas transfert mais déprise en charge, conduisant au retrait de l'intervention publique, mais éventuellement selon la trajectoire des personnes au surgissement d'une autre forme d'intervention, répressive cette fois. Ce phénomène est également à resituer dans l'évolution des publics de la psychiatrie publique (Henckes 2009b).

On assiste en outre ces dernières années²¹ à la construction des séjours « trop longs » comme un problème public, prolongeant le mouvement tendant à restreindre l'hospitalisation à des états dits « aigus ».²² Qualifiées de « trop prolongées » ou simplement de « prolongées », d'hospitalisations « au long cours » ou « inadéquates », ces hospitalisations sont identifiées comme à la fois inadaptées, iatrogènes et coûteuses (Cour des comptes, id.). Les acteurs des politiques publiques qui reprennent cette notion construisent comme étant anormales des durées d'hospitalisations supérieures à 6 mois ou, au plus, 1 an, selon les critères établis lors d'études d'évaluation conduites localement. La redéfinition du sens de l'hospitalisation est bien un objectif des politiques publiques qui parlent d' « adapter l'hospitalisation complète » (DGS, Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, p.18).

La place même de l'hospitalisation dans la trajectoire d'une personne usagère de la psychiatrie en est profondément transformée. En 2014, 86,3% de patients en psychiatrie étaient exclusivement pris en charge en ambulatoire²³, ce qui correspond aussi à la diversité des problématiques prises en charge. Mais certaines personnes qui vivent avec des troubles identifiés comme graves, de type psychose, ne sont jamais hospitalisées²⁴, certaines peuvent après une ou plusieurs hospitalisations être prises en charge exclusivement en ambulatoire,

²¹ Le plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » de la Direction générale de la santé met en évidence ce problème : « On estime ainsi que 13 000 patients environ restent hospitalisés en psychiatrie, de manière inadaptée, faute de relais médico-sociaux ou sociaux suffisants. Dans le même temps on constate des difficultés à faire hospitaliser certains patients, faute de lits disponibles. Il convient de rappeler qu'un lit occupé de manière inadéquate à l'année permettrait de prendre en charge une dizaine de patients n'ayant besoin que d'un séjour de quelques semaines. » (p.6) et indique dans ses recommandations : « Réaliser une enquête et regrouper les données existantes permettant de cerner la population faisant l'objet d'un accueil "inadéquat" en long séjour en psychiatrie (cf.1.2.3) et identifier les solutions alternatives à proposer (sanitaires, sociales, médico-sociales, autres). » (p.30)

²² Voir le « Guide pour une démarche plurielle de conduite du changement. Comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie » rédigé par la Mission nationale d'appui en santé mentale à la demande de ses instances (MNASM 2011) 22 et le chapitre « Des hospitalisations trop prolongées » du rapport de la Cour des Comptes sur l'organisation des soins en psychiatrie (Cour des comptes 2011, p. 34 sq.).

²³ Dans les établissements sous DAF en 2014 (DAF : dotation annuelle de fonctionnement, c'est-à-dire les établissements publics ou participant au service public, hors cliniques à but lucratif). Chiffres issus du Rim-P 2014 (ATIH 2014).

²⁴ On ne dispose pas de chiffres sur les trajectoires de personnes ayant reçu un diagnostic de psychose.

d'autres connaître des périodes sans hospitalisation de plusieurs années. Il reste des personnes qui y effectuent des séjours de très longue durée, voire pour qui l'hôpital psychiatrique est devenu un « lieu de vie ». C'est précisément l'objet de cette politique : organiser le transfert de ces prises en charge, cette fois explicitement, vers d'autres institutions, de type médico-social (structures d'hébergement, accompagnement à domicile, par exemple par des SAMSAH, services d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés), et/ou vers des formes institutionnelles plus ouvertes (appartements thérapeutiques). Pour la plupart des personnes hospitalisées, le séjour hospitalier est un moment qui a vocation à finir, et les contraintes qui s'y exercent sont vouées à être temporaires.

Ces évolutions appellent à déplacer le regard de l'établissement hospitalier vers l'économie des dispositifs de prise en charge et des dispositifs aux trajectoires des personnes qui sont plus ou moins « prises » par ces dispositifs. Cela conduira dans la partie III à s'intéresser aux trajectoires contrastées des patients en leur sein, continuant de défaire l'approche de la psychiatrie par l'hôpital seul, pour mettre en évidence des « prises différenciées » des institutions selon les personnes, un souci plus ou moins extensif pour elles et un mandat plus ou moins important, auto-attribué par les institutions/les professionnels eux-mêmes ou attribué par d'autres (avec plus ou moins de succès).

Pour autant, cet espace de l'hôpital demeure, et il reste un passage (littéralement) obligé d'un certain nombre d'usagers de la psychiatrie. Il est à étudier comme élément du dispositif psychiatrique et comme élément spécifique : autant l'obligation de soin en ambulatoire introduite par la loi de 2011 devra, lors de recherches en cours et à venir, faire l'objet d'une analyse propre par sa discrétion – l'atteinte aux droits et libertés des personnes y est moins flagrante que l'enfermement dans un lieu dédié –, autant la contrainte hospitalière, en « intra », comme disent les professionnels de la psychiatrie, doit être analysée paradoxalement simultanément pour son opacité et son exposition. « Opacité » parce que les pratiques hospitalières restent mal connues, même d'un service à un autre. Opacité également par la difficulté pour les usagers à avoir prise sur ce qui s'y déroule.²⁵ « Exposition » parce que

²⁵ Ce manque de visibilité, de lisibilité et de « prise » sur ce qui se déroule dans les hôpitaux est rendu plus manifeste par la présence de murs et de portes fermées, mais il caractérise le fonctionnement du dispositif de prise en charge psychiatrique. Serge Kannas, psychiatre, chef de secteur, qui deviendra par la suite président de la MNASM, dénonce la « bunkerisation » de l'appareil psychiatrique y compris dans sa partie extra-hospitalière », obstacle à une réelle mission de prévention, en ce qu'il est

« opaque, peu accessible et disponible aux familles, aux hôpitaux généraux, aux urgences, aux réseaux de généralistes... Pourquoi des partenariats spécifiques avec les familles ne se développent-ils pas comme les relations avec les appareils communaux et sociaux ? » (Kannas 1996)

l'hôpital psychiatrique cristallise une partie importante des critiques contre la psychiatrie, – et que différentes formes d'ouvertures et de contrôle ont, elles, plus ou moins prises sur cet espace. On entend ici restituer la complexité de ce qui s'y déroule. Mais aussi, resituer le moment intra-institutionnel dans les trajectoires des personnes et plus largement ouvrir la perspective sur les formes institutionnelles d'intervention auprès des personnes au-delà de la seule prise en charge hospitalière, prendre acte de la « déhospitalisation » dans la « prise » institutionnelle sur les personnes, les formes institutionnelles de souci, surveillance, prise en charge, aide et/ou contrôle dans lesquelles les personnes peuvent être prises avec plus ou moins de marge de manœuvre selon les espaces pour définir ce qu'elles souhaitent et s'opposer à ou décliner ce qu'elles ne souhaitent pas.

C. Une analyse des pratiques à partir des tensions normatives qui les entourent

Si la description du dispositif psychiatrique, et du dispositif hospitalier lui-même doit être reprise, c'est également parce que l'analyse ici menée entend à la fois se nourrir et se décaler des descriptions antérieures.

Les analyses goffmaniennes et foucaaldiennes incitent en effet à être attentifs à ce que produisent les dispositifs eux-mêmes. La notion de dispositif est employée ici dans un usage assez large, en ce qu'elle permet de désigner commodément la façon dont se composent des éléments hétérogènes tels que « des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions règlementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques [...] Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments » (Foucault 2001, p. 299).

En l'occurrence, la notion de dispositif permettra d'observer la manière dont s'agencent les éléments qui composent l'institution mais, contrairement à certains usages foucaaldiens, sans présupposer leur cohérence²⁶. Au sein de ces éléments et dans les pratiques, on pourra ainsi

²⁶ Si Foucault précise avec prudence son modèle historique de l'émergence d'un nouvel agencement de pouvoir, qui se constitue peu à peu et dont la généalogie ne peut se faire qu'a posteriori, il tend à durcir les traits de ce nouvel agencement pour mieux le distinguer des agencements antérieurs et postérieurs. Il est conduit alors, hors

observer les « couches » (*layers*) historiques dont est composée une institution (Rhodes 2004), et qui selon les cas se recomposent entre elles ou se juxtaposent.

Il faut d'ores et déjà préciser cette notion d'institution qui recouvre des sens différents, précisément afin de s'équiper d'une notion qui permettra d'aborder à la fois les formes de l'intervention psychiatrique telle qu'elle se déroule au sein des hôpitaux mais aussi telle qu'elle se déploie à l'extérieur des murs.

1. Institution, institutions

On dégagera ici trois sens principaux d'institution, en indiquant leurs lieux d'articulation et parfois de recouvrement : l'institution comme établissement, l'institution comme fait social, qui a pris une certaine stabilité, s'est en quelque sorte « durci » et véhicule une dimension normative, et l'institution comme organisation sociale orientée vers un but public, qui tire de ce but officiel et/ou de son étayage par l'Etat un surcroît de légitimité.

Prenons le premier sens. Le terme d'institution est utilisé de façon ordinaire dans les domaines psychiatrique, social et médico-social pour désigner les *établissements* qui accueillent des personnes, le plus souvent incluant un hébergement. On parle ainsi d'une

de ces moments de prudence, à dessiner un modèle théorique certes séduisant mais plus coûteux, car généralisant voire absolutisant sa lecture. Il ne distingue ainsi pas toujours entre l'épure idéale de l'agencement, ici disciplinaire, et la manière dont cet agencement peut prendre place au sein d'autres enjeux et rapports effectifs (comme lors des développements sur le paradigme du *panopticon* de Bentham). Parce que les agencements de pouvoir disciplinaires prétendent régir le moindre détail, Foucault tend à représenter les moindres détails comme concourant à cette logique disciplinaire, sans distinguer prétentions et ce qui est effectivement mis en œuvre :

« La minutie des règlements, le regard vétilleux des inspections, la mise sous contrôle des moindres parcelles de la vie et du corps donneront bientôt, dans le contenu laïcisé, une rationalité économique ou technique à ce calcul mystique de l'infime ou de l'infini. » p.165

Certes il déplace la problématique classique du pouvoir qui en organise l'unité à partir d'un agent qui en serait la source – il n'est ainsi pas exposé à la critique qui vise les tenants du contrôle social de faire l'hypothèse (coûteuse) d'« un projet unitaire et conscient d'un agent central (société, État, classe) qui s'impose sur les autres » (Hunt 1997, p. 277) cité par (Carrier 2006). Mais Foucault s'efforce de dépeindre la cohérence d'une logique émergente comme un descriptif exhaustif et efficace d'un certain nombre de lieux, comme l'atelier, la prison, le pensionnat, l'hôpital etc.- à quelques réserves où il identifie des formes de juxtaposition-recouvrement de différents types de pouvoir, Il ne cesse d'osciller entre la description d'une diversité pas totalement unifiée et l'identification d'une logique commune à l'œuvre, qui plus est d'une logique « stratégique » - qui implique donc une forme d'intentionnalité :

« Il n'y a pas eu de véritables théories de la guérison, ni mêmes de tentatives d'explication de celle-ci ; cela a été un corpus de manœuvres, de tactiques, de gestes à faire, d'actions et de réactions à déclencher dont la tradition s'est perpétuée à travers la vie asilaire, dans l'enseignement médical, et avec simplement comme surfaces d'émergence, quelques unes de ces observations dont j'ai cité la plus longue. Corpus de tactiques, ensemble stratégique, c'est tout ce que l'on peut dire de la manière même dont les fous ont été traités. » (Foucault 2003, p. 164)

personne âgée « mise en institution », pour dire qu'elle est entrée en maison de retraite (on dirait aujourd'hui un EHPAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). C'est ainsi qu'on parle également de « désinstitutionnalisation » pour désigner le phénomène de sortie des établissements des personnes souffrant de troubles psychiques ou handicapées, autrefois prises en charge « en institution », pour des prises en charges extra-hospitalières ou « en milieu ordinaire »²⁷. « L'institution » a été l'un des points d'ancrage de la critique des prises en charge organisées socialement : comme productrices d'une dépendance des personnes accueillies, comme sources de leur disqualification, d'une infantilisation, comme imposition d'un contrôle ou d'un ordre sur celles-ci, voire comme source pathogène voire de violences. Au sein de la psychiatrie s'est notamment développé le courant dit de « psychothérapie *institutionnelle* » qui a théorisé la nécessité de « soigner l'institution », c'est-à-dire de transformer l'institution elle-même pour soigner « la folie », mais aussi tout le courant qui promeut une « désinstitutionnalisation » : ici la sortie de l'institution, la valorisation du « milieu ordinaire », la lutte contre les effets délétères de l'institution et sa dimension ségrégative. C'est alors l'asile comme structure de soin qui est mis en cause, et la nécessité de le réformer de façon à ce qu'il ne fonctionne pas comme « machine aliénante ». L'asile est alors le paradigme de l'institution comme établissement, mais comme établissement avec son mode de fonctionnement, ses règles, la structuration du pouvoir en son sein qu'il s'agit de réformer. Déjà dans la critique de l'institution et la promotion de la désinstitutionnalisation apparaît une dimension qui excède le seul établissement.

Cette dimension apparaît également dans l'usage de la notion d'institution chez Goffman. Car dans un premier temps, c'est bien l'institution comme *établissement* que mobilise également le concept d'« institution totale »²⁸ dont Goffman donne la définition minimale suivante :

« On peut définir une institution <totale> comme un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans une même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement

²⁷ Sur la distinction entre déshospitalisation et désinstitutionnalisation, voir plus bas.

²⁸ La traduction par « institutions totales » est aujourd'hui couramment adoptée, voir (Amouroux et Blanc (eds.) 2001). Les traducteurs *d'Asiles*, Liliane et Claude Lainé, utilisent le terme d'institution « totalitaire » pour traduire le terme anglais « *total institution* ». Leur souci de ne pas « démarquer simplement l'expression anglaise » me paraît superflu. Ils notent qu'il ne s'agit pas de retenir le sens « moderne » de « totalitaire » - mais ce terme ouvre aujourd'hui un registre critique de comparaison avec les traitements faits aux internés dans des camps pendant la seconde guerre mondiale par des régimes qualifiés de « totalitaires » - terme destiné à qualifier ensemble notamment les régimes nazi et soviétique - qui surcharge de signification l'expression goffmanienne. Si Goffman se réfère ponctuellement à la situation des camps, et s'il entend par « total » qualifier un type de traitement extrêmement contraignant, il ne joue pas avec cette comparaison. Ces institutions sont totales au sens où elles régissent la quasi-totalité des aspects de la vie des reclus - mais ne sont pas analysées comme instruments de répression au service de régimes étatiques.

longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées. » (Goffman 1968, p. 41)

L'institution est alors d'abord un *lieu*, dont la caractéristique principale en tant qu'institution *totale* sera la coupure avec le monde extérieur, son caractère « enveloppant », et les règles endogènes qui régissent la vie des personnes en son sein. Évidemment, cela serait à nuancer. Car Goffman réfère les institutions totales à leur « but officiel » (p. 48), des « fins officiellement affichées et non moins officiellement approuvées » (p.121) référant ces établissements au sens de leur activité, mais aussi au mandat social qui leur est reconnu et éventuellement justifie que leur activité soit autorisée, voire organisée. La dimension que souligne Goffman, par la notion d'« idéologie justificatrice » et par le caractère « enveloppant » des institutions totales qu'il analyse, est que, certes, les institutions sont encadrées par des règles, mais que leur « finalité officielle » spécifique contribue à définir un espace où s'organise un mode de fonctionnement dérogatoire au fonctionnement du monde social ordinaire. Il « va de soi » que les règles qui organisent le fonctionnement quotidien des institutions leur sont propres, afin de faciliter la poursuite de la finalité officielle. Goffman dénonce la menace de l'abus lié à cette dérogation qu'autorise la finalité officielle sous laquelle les moindres détails du quotidien sont placés ainsi que l'opacité des murs (aujourd'hui organisation de circulation contrôlées mais aussi développement de formes de regards publics).

Mais il n'aborde cette dimension que sous l'angle de la manière dont ce but officiel vient organiser les « idéologies justificatrices » qui se déroulent au sein des institutions totales, et la contradiction entre ces « idéologies justificatrices » et les pratiques qui se déroulent en leur sein (p.131) – mais peu sous l'angle de la manière dont cet effet de légitimation est produit par la référence à un bien commun et/ou par le rattachement à un système institutionnel plus large d'organisation publique de la poursuite de ce bien, défini à un moment donné comme commun. C'est-à-dire cet endroit où l'institution n'est pas qu'un établissement, c'est-à-dire un lieu singulier, mais est tenu pour actualiser un certain ordre de faits sociaux – ce qui participe du troisième sens qu'on identifiera.

Mais le fait que l'institution comme établissement excède l'établissement lui-même renvoie au deuxième sens d'institution, fondateur pour les sciences sociales et pour autant non dénué de plurivocité, qui désigne les faits sociaux organisés. On cite en ce sens couramment parmi les exemples d'institutions : la famille, la justice, le droit de propriété... Ce sont, selon Durkheim, les objets des sciences sociales par excellence en ce qu'il s'y objective une réalité

qui n'est pas réductible aux actions individuelles additionnées, mais dont la description et l'explication requièrent le niveau social²⁹. C'est un concept surchargé pour la sociologie, dans la mesure où, dans la continuité de la perspective durkheimienne, il peut désigner en un sens très large tout « fait social », qui est « institué » par opposition à « naturel » (Boltanski 2009, p. 83), avec une identification de l'institutionnel et du social. Durkheim propose en effet dans les *Règles de la méthode sociologique* cette définition de l'institution :

« On peut en effet, sans dénaturer le sens de cette expression, appeler *institution*, toutes les croyances et tous les modes de conduite institués par la collectivité ; la sociologie peut alors être définie : la science des institutions, de leur genèse et de leur fonctionnement. » (Durkheim 1988)

Et selon les textes, il identifie différentes « institutions » qu'il qualifie tantôt de « sociales » ou de « morales » :

« Dans l'état actuel de la science, nous ne savons véritablement pas ce que sont même les principales institutions sociales, comme l'État ou la famille, le droit de propriété ou le contrat, la peine et la responsabilité ; nous ignorons presque complètement les causes dont elles dépendent, les fonctions qu'elles remplissent, les lois de leur évolution [...] » (*Ibid.*)

« nous ignorons entièrement, je ne dis pas seulement les causes historiques, mais les raisons téléologiques qui justifient actuellement la plupart de nos institutions morales. Quand on sort des discussions abstraites où s'attardent trop souvent les théories de la morale, comment ne pas sentir qu'il est impossible de comprendre le pourquoi de la famille, du mariage, du droit de propriété, etc., soit sous leurs formes actuelles, soit sous les formes nouvelles que ces institutions sont appelées à prendre, sans tenir compte de toute cette ambiance sociale dont l'étude est à peine commencée ? » (Durkheim 1996b)

La notion d'institution désigne alors les faits sociaux, compris comme équivalents de faits institués, dont des groupes institués comme la famille ou l'Etat, mais pas exclusivement.

On peut cependant déceler le rôle spécifique du droit dans l'institutionnalisation des faits sociaux. Tous les exemples mentionnés par Durkheim ont pour trait commun d'être définis et encadrés par le droit, mais sans qu'il y ait distinction de différents niveaux d'institutionnalisation, ni exclusion des faits potentiellement non encadrés par le droit (La définition des *Règles de la méthode...* désigne « toutes les croyances et tous les modes de conduite institués par la collectivité »). Le droit confère à une instance « un *a priori* de légitimité pour le domaine dont elle est chargée », légitimité qui n'est pas définitive mais seulement « jusqu'à preuve du contraire » (Dodier 2003, p. 28) :

« instituer, c'est une manière de hiérarchiser les pouvoirs à l'intérieur d'une communauté politique, par l'intermédiaire du droit. » (id.)

²⁹ Durkheim utilise dans son article « Représentations individuelles et représentations collectives » différentes métaphores pour représenter des « composés » qui ne sont pas réductibles à la somme de leurs éléments, comme la métaphore de la « synthèse chimique » (Durkheim 1996a), métaphore qu'il développe dans les *Règles de la méthode sociologique*.

L'Etat occupe une place spécifique, centrale et double, en tant qu'institution paradigmatique et garant de la stabilité des faits sociaux, parfois producteur de ce niveau social de faits. « Institution » prend alors le sens d'une organisation stabilisée, notamment par une législation qui l'encadre et par les garanties données par l'Etat.

Tous ces éléments : faits sociaux/institués/stabilisés, groupes institués, place du droit, apparaissent comme des « traits de famille »³⁰ entre les différentes notions d'institutions et la variété des phénomènes qu'elles désignent et rassemblent. Mais la référence au droit et à l'Etat ne sont pas une condition nécessaire lorsqu'« institution » désigne « toute forme de l'organisation sociale qui lie des valeurs, des normes, des modèles de relation et de conduite, des rôles » (Revel 2006)

Les dimensions de « stabilisation » et de source de légitimation dans les faits institués n'existent pas que dans et par le droit. Différentes formes de formalisation, objectivation, affirmation de règles plus « faibles » dans la hiérarchie des normes ou au statut plus incertain, peuvent exister, comme la cristallisation de formes d'organisation et de normes dans des dispositifs technologiques ou architecturaux inscrivent dans la durée certains choix, traduisent matériellement des options politiques ou idéologiques et produisent des effets sur les pratiques qui s'y inscrivent - même s'il est nécessaire d'interroger les usages, détournements, délaissement ou réinvestissement de ces dispositifs.

Entre le sens très large d'institution comme fait social et le premier sens d'institution comme établissement, on trouve la notion d'institution que l'on mobilise quand on dit que « l'hôpital », « l'école », « la prison », ou « la psychiatrie » (termes employés au singulier) sont des institutions. Ces termes utilisés au singulier désignent non pas directement les établissements eux-mêmes mais des organisations sociales [orientées vers un but public³¹] : le soin, l'éducation, la peine, qui se matérialisent, ou se sont matérialisées de façon cruciale, dans des établissements, dont le mandat et l'organisation sont définis dans un cadre étatique,

³⁰ Bastien Bosa qui souligne la fécondité de la notion d'air de famille de Wittgenstein, non pas dans un usage passe-partout synonyme de plurivocité, mais pour penser les exigences attachées aux concepts que l'on mobilise en sciences sociales et notamment la double exigence de clôture (définir pour organiser la comparaison d'entités différentes mais pas disparates) et d'ouverture (irréductible singularité de phénomènes sociaux auquel il peut être fécond d'appliquer la catégorie). Il souligne cependant la nécessité d'être attentif aux distinctions et articulations au sein d'une même catégorie – que la notion d'air de famille ne soit pas que le faux-nez de la confusion ou du flou (Bosa 2015).

³¹ On peut se demander dans quelle mesure le « but public » est un trait nécessaire du concept d'institution. On pourrait dire par exemple que la banque est une institution, comme dispositif social établi et structurant de notre société, à la fois encadré juridiquement et source de ses règles propres. La banque occupe un certain nombre de fonctions sociales, ce qui est différent sans doute de poursuivre un but public.

mais qui constituent également des lieux producteurs de normes. C'est en ce sens que Yasmine Bouagga par exemple se propose de réaliser une « ethnographie morale de l'institution », en l'occurrence, « la prison » :

« Utiliser le terme d'« institution » permet de mettre l'accent sur la double dimension de la prison, à la fois comme lieu stabilisé où agissent différents acteurs dans un système de contraintes ; et comme processus dynamique produisant des règles de pensée publique et d'action. » (Bouagga 2013, p. 29)

Ces « grandes » institutions n'existent pas sans les « petites » institutions par lesquelles elles se réalisent, en l'occurrence, des établissements mais également potentiellement des actions qui s'inscrivent dans la mission définie. Réciproquement, les établissements singuliers sont encadrés par un certain nombre de directives et règlements nationaux, qui les inscrivent dans des manières de définir des problèmes tout autant que dans un certain nombre de règles définissant des manières de faire. De plus, désigner les établissements comme des institutions indique la dimension de ce dont ils sont porteurs au niveau collectif : un surcroît de légitimité, la poursuite d'un bien défini comme commun, un mandat mais aussi un encadrement public qui en définit les règles – ou, selon les perspectives critiques, une fonction de contrôle social, la reproduction de hiérarchies sociales, etc. :

« toute organisation fonctionnant de façon régulière dans la société, selon des règles explicites et implicites, et dont on présume qu'elle répond à une demande collective particulière » telle que « la famille, l'école, l'hôpital, le syndicat » (Revel 2006)

L'institution en ce troisième sens fait l'objet d'un travail de définition et de légitimation d'une juridiction propre sur son « territoire » : littéralement l'espace de ses établissements et plus métaphoriquement le territoire de ses activités (avec revendication de l'autorité de la définition de ses limites) qui échappe de façon plus ou moins importante aux personnes extérieures, aux profanes et aux personnes qu'elle reçoit. On étend ici à l'institution le concept utilisé par Abbott pour définir le champ d'intervention revendiqué par une profession (Abbott 2003). Le « territoire d'intervention légitime » n'est pas tant un espace physique (celui de l'établissement) qu'un champ d'intervention revendiqué et/ou attribué, par-delà une profession, aux professionnels de cette institution. Cette juridiction est soutenue par un statut spécifique associé aux caractéristiques des personnes reçues (enfants, prisonniers, handicapés, malades psychiatriques), aux caractéristiques des professionnels (avoir une autorité issue d'une autre autorité, déléguée par l'Etat, un mandat spécifique avec une licence d'user de la contrainte par exemple, ou encore une autorité issue d'un savoir, (les enseignants, les médecins) associée à l'autorité issue de l'appartenance à l'institution. Cette autorité porte

notamment sur le pouvoir d'opérer le partage entre le normal et le problématique, et, ce qui n'est pas équivalent, le partage entre ce qui relève de son activité et n'en relève pas.

Pour autant, si certains établissements incarnent de façon paradigmatique la notion d'institution, au point qu'il est parfois difficile de distinguer quand on parle de « l'école », de « l'hôpital » ou de « la prison » si l'on parle de la « grande » ou des établissements concernés, le fait de se réaliser par des établissements ne constitue pas un trait nécessaire du concept d'institution en tant qu'organisation sociale chargée d'un mandat spécifique. Celle-ci peut tout à fait se déployer par une activité « hors les murs ». Denis Laforgue propose ainsi une définition relativement large de la notion d'institution, à laquelle il ajoute un « trait », l'« emprise » sur l'individu issue de l'intervention sur autrui dans une perspective de « socialisation » :

« des mondes sociaux particuliers investis d'une mission orientée vers le bien public ou d'une mission régaliennne, disposant d'une forte assise organisationnelle et participant d'une œuvre socialisatrice et d'une emprise sur l'individu suffisamment fortes. » (Laforgue 2009) note 1

Cette définition étayée par la référence à une mission « orientée vers le bien public *ou* d'une mission régaliennne » lui permet d'inclure non seulement différents dispositifs mis en place afin de réaliser des politiques publiques (il se réfère à l'exemple des politiques de la ville), bien au-delà du sens courant d'institution comme établissement collectif, mais tous les opérateurs concourant au « bien public » ou se voyant attribuer un mandat étatique, quelque soit leur statut juridique (public, privé, privé participant au service public, association reconnue d'« intérêt public » etc.).

Il semble effectivement nécessaire de penser la manière dont des missions qui se déroulent hors d'établissements, comme le soin extra-hospitalier ou les suivis probatoires, relèvent d'une dimension « institutionnelle », par la référence à un mandat social spécifique, un encadrement légal, l'accomplissement d'une mission « de bien public ». Le travail sur autrui développé en établissement peut également se déployer hors d'un établissement : par la poursuite d'un rapport à l'autre asymétrique, par des « réflexes » de traitement de l'autre acquis lors d'une socialisation professionnelle où l'institution est centrale – comme c'est le cas par excellence pour les professions de santé pour lesquelles la formation professionnelle reste majoritairement développée à l'hôpital, et pour lesquelles, de surcroît, l'hôpital y est pour beaucoup la référence légitime comme lieu d'exercice d'une pratique d'excellence, de « pointe ».

Analyser les interventions psychiatriques extra-hospitalières comme relevant d'une activité institutionnelle apparaît d'autant plus légitime que l'exercice extra-hospitalier de la psychiatrie publique a été organisé avec les équipes de l'intra-hospitalier, qu'aujourd'hui les dispositifs extra-hospitaliers continuent de dépendre d'établissements hospitaliers (ce qui est critiqué comme « hospitalocentrisme »)³², et qu'enfin, si certains soignants réalisent leur carrière presque exclusivement en « intra » ou en « extra » (il y a des « infirmiers d'intra » (intra-hospitalier) et d'autres qui n'exercent qu'en hôpital de jour, par exemple), beaucoup circulent entre les structures. La très grande majorité des psychiatres que j'ai rencontrés exercent ainsi sur plusieurs structures à la fois, avec des journées consacrées à l'hospitalisation et d'autres aux consultations en centre médico-psychologique, aucun ne se consacrant exclusivement à l'hospitalisation (quoique cela existe) et certains y ajoutant un exercice libéral³³. Lorsque les professionnels exercent « en ville », à domicile, à l'extérieur de l'institution, l'institution se défait de ses murs et se trouve ramassée dans le mandat de l'intervention (publique ou associative) ou dans les caractéristiques des professionnels – qui devra porter par sa force propre d'assertion le partage du normal et de l'anormal dans son activité – et négocier celle-ci concrètement face à des personnes qui revendiquent également l'autorité de ce partage, mais aussi l'autorité de décision quant à ce qu'elles font elles-mêmes. Elle n'en devient pas immatérielle pour autant : elle se traduit de façon très concrète par les professionnels par l'organisation hiérarchique en son sein, la définition de l'organisation de travail,... et se signale à l'extérieur parfois de façon peu discrète par le logo de l'hôpital sur les voitures, des panneaux de signalisation indiquant le nom de l'hôpital départemental bien connu comme asile.

Dans leur dimension de fait social institué, tout dispositif singulier stabilise de façon plus ou moins solide et transmet tout à la fois des pratiques et des idéologies, et même différentes couches de pratiques et d'idéologies. Certains dispositifs, comme l'architecture, informent les représentations et contraignent les manières de faire, mais il s'y transmet également des interprétations de ces lieux et leurs usages. Il ne s'agit pas en affirmant cela de nier la plasticité ni la fragilité potentielle des dispositifs institués :

³² La situation du XIII^e arrondissement, au sein duquel le secteur psychiatrique a été adossé à une association, l'ASM XIII, et non à un établissement hospitalier, constitue en ce sens une exception [référence : Henckes, Aurelia Michel]

³³ Selon la Cour des comptes au 1^{er} janvier 2011, on dénombrait 13 645 psychiatres, dont 60,5 % de salariés et 39,5 % en exercice libéral mixte ou exclusif.

« certains dispositifs sont ambigus et peuvent être utilisés de manière différentes par des acteurs différents : le dispensaire peut être simplement un centre de consultation, comme la base à partir de laquelle [l'action de la psychiatrie] pourra se déployer de manière très offensive. Une même institution peut développer des manières de faire différentes à des moments différents de son histoire selon les professionnels qui y travaillent. » (Henckes 2009b)

Dans la question de la persistance des pratiques et des organisations elles-mêmes, question au cœur du texte d'Everett Hughes sur l'écologie des institutions (Hughes 1936), se pose précisément la question du pluralisme des fonctions de ces organisations, tant simultanément que successivement, la plasticité de ses usages qui permettra éventuellement à l'organisation de survivre, au risque que le sens de l'action qui y est développée subisse une transformation majeure. Nicolas Henckes souligne la manière dont les professionnels de l'institution (il se centre en l'occurrence sur les psychiatres) peuvent investir le dispensaire comme simple lieu de consultations, à côté d'un service d'hospitalisation qui reste central dans le dispositif, ou bien comme « pivot du secteur », à partir duquel doit s'organiser le soin, ce qui était dans l'esprit des réformes initiées par la circulaire sur la sectorisation du 15 mars 1960. Dispositifs législatifs et règlementaires, architecture peuvent stabiliser et induire des pratiques, mais la question de la transmission entre professionnels par-delà les renouvellements de personnel est cruciale, dans le contexte d'un dispositif institutionnel profondément transformé.

2. Des « biens » et des registres : Etudier sociologiquement des « évaluations psychiatriques » ?

De plus, une fois l'avertissement goffmanien entendu, de ne pas présupposer la signification officielle des dispositifs, de ne pas attribuer d'emblée une signification médicale ou souscrire aux justifications médicales des pratiques, il ne semble pas pour autant pertinent d'écartier *a priori* le registre médical-« psy » (psychiatrique-psychothérapeutique) de la description. La recherche en sciences sociales sur la psychiatrie a longtemps eu pour choix deux rapports au savoir et à la pratique psychiatrique : reconnaître la spécificité d'une expertise qui échappe à son domaine de compétence, pour en décrire l'histoire et les formes institutionnelles, ou à l'inverse dénier toute prise du discours psychiatrique pour décrire adéquatement ce que fait la psychiatrie. Cette deuxième option, incarnée de façon paradigmatique par Goffman dans *Asiles*, où il suspend toute référence médicale pour décrire tant les conduites des « reclus » que le fonctionnement de l'institution (Goffman 1968) est souvent mobilisée dans une critique de la participation de la psychiatrie à des formes de « contrôle social ». Selon Robert Castel,

c'est cette deuxième option qui a permis de véritablement constituer la psychiatrie en objet sociologique, en permettant d'opérer une « rupture épistémologique » par la mise « entre parenthèses [des] finalités institutionnelles, officielles et [de] l'hégémonie du discours thérapeutique. » (Robert Castel 1989, p. 35-36). D'autres rapports à la psychiatrie ont cependant été développés : ainsi Albert Ogien propose plutôt de montrer la plurivocité de l'institution psychiatrique, dont la persistance s'explique selon lui en ce que précisément celle-ci se prête à des fonctions diverses au sein de paradigmes hétérogènes, voire conflictuels :

« Or, plutôt que de supposer l'univocité, ne conviendrait-il pas mieux de reconnaître que cette institution est perçue à la fois comme un espace de réclusion de la folie, équipement de pouvoir, appareil de contrôle social, lieu privilégié de la clinique psychiatrique, structure d'accueil de la relégation sociale et instance de soin spécialisée ? Ainsi il serait loisible de faire l'hypothèse que le maintien de la forme institutionnelle aurait été favorisé par la variation de la pléiade d'arguments qui, défendus par une multitude d'acteurs, s'est constituée à chaque époque autour de paradigmes dissemblables. » (Ogien 1989, p. 18-19)

Certains psychiatres entendent terminer la description des décisions de contrainte (HSC et chambre d'isolement) par leur qualification comme des « décisions médicales », impliquant par là qu'elles relèvent d'un savoir et d'un savoir faire, de connaissances et de pratiques spécialisées. Elles correspondraient alors entièrement à une évaluation clinique de l'état de la personne et à une proposition médicale adaptée, ce qui conduirait à mettre dans une relation univoque décision de contrainte avec l'évaluation d'un état pathologique psychiatrique, dont le « déni » est un symptôme (ce qui tend à rendre toute évaluation psychiatrique infalsifiable dans une relation duelle médecin-patient). Une recherche sociologique sur le sujet implique au contraire l'hypothèse que la dimension « clinique » n'épuise pas la compréhension des pratiques psychiatriques, ni sa récusation, ce que montre l'ensemble des travaux récents³⁴. En ce qui concerne les soins sans consentement, cela se joue à plusieurs niveaux.

D'une part, l'organisation légale de cette procédure implique de fait plusieurs intervenants, dont des non-psychiatres (tiers signataires d'une demande de soin ou représentant de l'Etat) : l'encadrement social de cette mesure passe à la fois partiellement par sa délégation à des « experts », les psychiatres, qui implique la médicalisation et la professionnalisation de cette décision, et par l'organisation d'un contrôle par des tiers³⁵. Le seul fait que les hospitalisations

³⁴ Voir notamment (Darmon 2007; Velpry 2008).

³⁵ Tiers signataire d'une demande de soin dans la procédure « à la demande d'un tiers », ou représentant de l'Etat dans ce qui était appelé l'hospitalisations d'office, nécessité de certificats médicaux par différents certificateurs,

sans consentement fassent l'objet d'une activité législative suffit à montrer leur caractère social, et justifie que l'on s'intéresse, entre autres, à la manière dont se sont socialement déplacés au cours du temps la définition de l'autorité ou des autorités susceptibles de décider d'un internement, ainsi que le partage entre ce qui était considéré comme relevant d'un savoir spécialisé et ce qui nécessitait l'intervention d'autres acteurs sociaux.

De plus, si la loi impose des critères à la décision d'hospitalisation sans consentement (l'existence de troubles psychiques, le besoin de soins, l'incapacité à consentir aux soins en raison de ces troubles ou le fait d'être une source de troubles graves à l'ordre public ou de constituer une menace pour autrui), elle ne donne pas de critère de l'évaluation ni des troubles ni du besoin urgent de soins, ni de la capacité à consentir. Les recommandations professionnelles et la clinique de la capacité à consentir sont elles-mêmes peu développées, notamment en contexte français. L'une des rares études psychiatriques sur les décisions d'HSC note l'« absence de sémiologie du consentement » (Braitman et al. 2011, p. 665). Comme le note Caroline Protais à propos de l'expertise psychiatrique pénale, certes distincte de l'évaluation qui donne lieu à une décision d'HSC³⁶, cette activité est « peu codifiée, apprise dans la moitié des cas "sur le tas", de manière isolée » (Protais 2011, p. 155). Par suite, il s'agit d'explorer la manière dont ces décisions sont mises en œuvre, les « appuis » qui sont mobilisés en situation, et la manière dont ces appuis font référence, entre autres, aux savoirs reçus pendant la formation des psychiatres, à leur parcours de réflexion moral et déontologique personnel, aux échanges entre pairs sur ces décisions – c'est-à-dire à des repères normatifs variés en situation, qu'il s'agit de mettre en évidence.

Enfin, j'entends restituer ce recours à la contrainte à la fois dans les différentes interventions auprès de la personne par les proches et les professionnels, et dans les dispositifs d'intervention existants. L'hypothèse dont on partira ici est que le recours à la contrainte dépend aussi des ressources dont dispose ou non l'intervenant, et s'inscrit au sein de ces ressources : de la possibilité de l'intervenant de voir son inquiétude relayée et l'accompagnement intensifié auprès de la personne – permettant ou non de trouver une solution alternative à la modalité contraignante, qui est coûteuse sous de nombreux aspects. En amont même de l'évaluation professionnelle, s'opèrent différentes évaluations par des

possibilité de recours judiciaire ad hoc, et depuis la loi du 5 juillet 2011, modifiée par la loi du 24 septembre 2013, contrôle systématique des hospitalisations de plus de 12 jours par le Juge des libertés et de la détention.

³⁶ Notamment parce que l'activité diagnostique est relativement restreinte dans la décision d'HSC, mais ce n'est pas le lieu ici de développer ce point.

non-spécialistes, la personne elle-même ou ses « autres », comme les désigne Goffman (Goffman 1973a) : évaluation de la pertinence du recours à la psychiatrie et/ou à la contrainte, ce que j'avais étudié lors d'un premier travail sur la place des proches (Moreau 2007) où j'entendais notamment éclairer comment s'opère le jugement « d'anormalité »³⁷ par lequel quelqu'un affirme qu'il y a « quelque chose qui ne va pas » et qui relève de la psychiatrie.

Il ne s'agit pas pour autant de ne pas tenir compte des descriptions médicales et « psy » proposées par les acteurs, de mettre entre parenthèse les références médicales dans la manière dont les personnes rendent compte du recours à la contrainte, et de façon plus large, des situations qui les conduisent à décider. J'entends les inclure dans l'analyse en les traitant de façon symétrique avec les autres repères auxquelles les personnes se réfèrent dans leurs descriptions de leurs actions et les manières dont ils en rendent compte, ce que Garfinkel désignait par la notion d'« *account* » (Garfinkel 1984). Par cette notion, centrale dans l'approche ethnométhodologique qu'il promouvait, Garfinkel entendait inclure dans les comptes rendus de l'action non seulement les récits rétrospectifs que les acteurs peuvent en faire (éventuellement soumis par le contexte d'interlocution à une exigence de justification spécifique), les échanges formels et informels qui entourent l'action (certificats, réunions, commentaires pendant et autour de celle-ci), et son déroulement lui-même, en tant qu'il manifeste un certain sens donné à l'action. Si on considère que ces décisions prises sont indissociables des qualifications des situations, des conduites des personnes, on ne peut écarter les références non-médicales, mais on ne peut pas non plus écarter les références médicales-« psy », en tant qu'elles sont susceptibles d'informer la situation et de porter leur exigences et contraintes d'action propres.

C'est ainsi qu'il s'agit d'examiner la manière dont les intervenants se saisissent de la parole et des conduites de la personne concernée, la manière dont ils ont éventuellement recours, ou non, ou partiellement, à des qualifications psychiatriques, qui viennent éventuellement sanctionner, renforcer des disqualifications de la parole des personnes comme faisant sens et autorité pour elle-même – sans prétendre dire ce qu'il en est des troubles et ce qu'exprime la

³⁷ Dans son article « La dénonciation publique », Luc Boltanski montre au sujet de lettres reçues par un grand quotidien, le journal *Le Monde*, qu'en deçà même de l'évaluation de la vérité ou de l'intérêt de la cause qu'elles défendent, elles sont « soumises par ceux qui les reçoivent à un contrôle tacite dans lequel ils engagent leur sens ordinaire de la normalité » (Boltanski, Darré et Schiltz 1984), ce dont il fait le point de départ d'une étude sur les conditions de recevabilité d'une dénonciation publique. C'est ce « sens ordinaire de la normalité » qui est ici également en jeu, mais mis en œuvre dans un tout autre contexte, qui est notamment celui de la relation avec des proches.

personne « en réalité », pour étudier la manière dont les autres y font référence et le qualifient quand ils rendent compte de leur action. Mais il s'agit également de mettre en évidence les autres repères descriptifs et normatifs mobilisés par les personnes, par lesquels ils accommodent les repères « psy » ou les contestent, comme des références à d'autres formes de « déviances » concurrentement à une qualification « psy » des troubles, la contestation ou l'encadrement des interventions psychiatriques par l'accusation de violence, par la référence aux droits (fondamentaux) ou au droit (positif). L'approche des évaluations mise en œuvre se veut ainsi pluraliste (Dodier 2005).

Il s'agit de façon plus large d'étudier la manière dont les dispositifs généraux et singuliers, les éléments d'ensemble et les décisions particulières sont investies de « biens » divers : soin, protection, ordre, calme, droits, liberté, ou visent à écarter des « maux » : violence, arbitraire, promiscuité, maladie, danger, etc. Il ne s'agit pas ici d'étudier les justifications officielles comme autant de productions de « façades » institutionnelles (Codaccioni, Maisetti et Pouponneau 2012) mais de s'intéresser à ce que les différents registres mobilisés, dont le registre médical, ou plutôt les registres du soin « psy » dominant dans l'institution psychiatrique, produisent dans l'action³⁸.

L'exercice de la contrainte en psychiatrie est couramment identifié par les acteurs comme étant au cœur d'une tension entre soin, liberté et sécurité, et les débats qui l'entourent courent depuis la fin du XVIIIe siècle, comme on le verra autour des réformes législatives sur les placements-internements-hospitalisation sans consentement dans la première partie. Mais ces biens se déclinent : la préservation des libertés ; une protection de la personne dont les différents versants, protection de son intégrité physique et de ses droits, ne conduisent pas nécessairement à engager les mêmes actions ; protections des autres, potentiellement menacés ; préservation de l'ordre collectif ; accès aux soins etc. Certains acteurs privilégient certains biens : la sécurité collective contre les libertés d'une personne perçue comme dangereuse, les libertés comme devant prévaloir sur toute mesure de sécurité anticipatrice, le soin comme seule réponse adéquate à la maladie et devant résoudre tant la crainte d'une dangerosité que le mal qui affecterait la liberté. Aucun bien ne parvient cependant à lui seul à

³⁸ Voir, sur un sujet assez éloigné, le travail de Sandrine Lefranc sur la mobilisation de la notion de « pardon » dans les politiques transitionnelles : sans la réduire à une pure figure rhétorique ni l'admettre a priori comme solution politique possible, il s'agit d'étudier la figure du pardon comme porteuse de contraintes propres de légitimation et d'interroger la manière dont elle a pu déplacer les enjeux et avoir des effets politiques (Lefranc 2002).

réduire entièrement les autres biens à son ordre, ni à clore l'inquiétude sur le bien-fondé de l'action.

La notion de « bien » ici choisie vise à identifier ce qui est visé dans l'action et qui est mobilisé pour en rendre compte – mais prend selon les agencements et les hiérarchisations opérées des valeurs diverses – parvient ou non selon les situations à constituer un « bien en soi » (Dodier 2003) susceptible de clore la justification de l'action. Il s'agit de suivre ces différents biens et leurs compositions et hiérarchisations au travers des différents registres par lesquels ils sont décrits, au cours du temps et selon les arènes de description. J'utilise le terme de *registre* pour identifier la manière dont certains biens vont être formulés ou reformulés à l'intérieur d'une certaine manière de les articuler. Je vais ici préciser la manière dont je mobilise ces deux notions.

La réalisation de l'intervention auprès d'autrui par la psychiatrie, comme la manière dont les acteurs en rendent compte doivent ainsi proposer des compositions de ces différents biens, même lorsqu'ils mettent en avant l'un d'entre eux : des manières de les hiérarchiser, de les articuler, de préserver l'un quand l'autre est privilégié, voire de se présenter comme défendant la poursuite de l'un au moment où l'autre est réalisé. Ces biens et articulations de biens ne sont le plus souvent ici pas saisis dans des arènes de justification ou d'argumentation publiques, où ils donneraient lieu à des explicitations poussées, même si les entretiens peuvent être l'occasion de rendre possible ces explicitations. Ils sont saisis dans des cours d'action et dans les échanges qui les entourent³⁹, échanges entre professionnels d'une même équipe marqués d'une indexicalité forte, où les formes d'explicitation sont économes et la clôture des justifications s'opère précocement par le partage d'un certain cadrage de l'action et des formes de hiérarchie opérantes.

Au sein de ces manières de rendre compte des actions de contrainte, de les critiquer et de les justifier, je mettrai en évidence la manière dont sont mobilisés différents types de registres. Les vocabulaires pour rendre compte de la tension entre soin, libertés et sécurité varient en effet au cours du temps et selon les espaces sociaux où ils sont formulés, et ces variations ne sont pas que des déclinaisons de cette tension mais marquent des investissements nouveaux ou des réinvestissements de l'attention sur des dimensions de l'intervention institutionnelle. Les échanges autour de la contrainte, qu'ils soient l'occasion d'explicitation ou relativement

³⁹ Pour autant, s'il existe des formes de routine de la contrainte et si je montrerai des neutralisations de la pratique dans son cours ordinaire, on a affaire dans le contexte de la psychiatrie contemporaine à des pratiques fortement réflexives, développées en psychiatrie du fait de son exposition à la critique – particulièrement dans le secteur principalement étudié, engagé dans des positions critiques sur le rôle de la psychiatrie et la place de la contrainte.

ramassés, sont susceptibles de mobiliser différents registres. On identifiera, entre autres, le registre éthique, le registre des droits, le registre de la qualité, le registre médical.

Le registre « éthique », de l'éthique médicale, est ainsi une variante des registres moraux et politiques. Il a connu un développement important au cours de la deuxième moitié du XXe siècle et propose une réarticulation de la réflexion sur les places de chacun au sein de la relation médecin-malade. L'éthique principlaliste structure par exemple les controverses sur les décisions médicales autour de quatre principes : la « bienfaisance », la « non-malfaisance », l'« autonomie » et la « justice » (Beauchamp et Childress 2008), et ce modèle fait partie des références classiques dans le petit nombre de cours sur l'éthique « médicale » ou « de la relation de soin » que reçoivent les étudiants en médecine ou en soins infirmiers. La formulation du problème du consentement aux soins et du respect de l'autonomie des patients introduit une attente avec laquelle il s'agit de composer, par exemple pour mettre en exergue une incapacité à consentir en raison des troubles psychiques et le soin comme permettant de restaurer une autonomie affectée.

Le registre des droits correspond à la fois à une modalité contemporaine de formuler l'attention aux atteintes à la liberté, mais va également permettre de remettre l'accent sur toute une série de biens : l'accès aux soins, la préservation de la dignité, la sûreté. Ce registre des droits est actuellement massivement investi (Baudot et Revillard (eds.) 2015; Bouagga 2013). Il s'émancipe du registre moral et politique des libertés non seulement par une question de vocabulaire, et par l'extension de la formulation des revendications sous ce registre, mais aussi par une intrication plus forte de la critique morale et politique avec la mobilisation *du* droit, du droit positif. Le registre des droits est étayé par des conventions et recommandations internationales⁴⁰, par l'inscription de ses exigences dans le droit national, et par des recours auprès de différents types de juridictions, tribunaux administratifs et judiciaires, Conseil constitutionnel via les questions prioritaires de constitutionnalité, jusqu'à la Cour Européenne des droits de l'homme. Au sein de ce registre des droits, le sous-registre constitué par les droits des malades a connu un développement propre, nourri du registre de l'éthique médicale. Il attire l'attention sur la place des personnes dans les soins qu'ils reçoivent, dans leurs relations aux professionnels et au sein des institutions sanitaires : la

⁴⁰ Trois recommandations se sont ainsi succédées au niveau européen depuis 30 ans en faveur du respect des droits des personnes « atteintes de troubles mentaux » : Recommandation N°R (83)2 du comité des Ministres aux Etats membres sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires, en 1983, Recommandation 1235 relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme, en 1994, et la Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.

participation aux décisions médicales, la soumission des soins à l'information et au consentement des patients, l'accès au dossier médical.

Le registre de la qualité propose un format de réflexivité sur l'action et ses dispositifs par la formulation expresse de critères d'évaluation, au sein desquels certains critères des registres précédemment formulés pourront être saisis, comme le respect de référentiels de bonnes pratiques médicales, le respect de la législation, mais aussi des normes d'efficacité et d'efficience ; ce registre tend à s'appuyer sur des repères qui se laissent plus facilement objectiver, et à produire des effets de dé-hiérarchisation des différents biens, ou de perte de lisibilité des hiérarchies effectivement produites.

Le registre médical s'inscrit plus largement dans le registre du « soin », qui définit l'action comme visant le bien des personnes auprès desquelles elle s'exerce ; mais il propose un cadrage plus restreint, par exemple en définissant en termes d'« indications » et de « contre-indications » les usages légitimes de la chambre d'isolement. Au sein de la psychiatrie sont élaborées différentes variantes de registres susceptibles de rendre compte spécifiquement des troubles qu'elle prend en charge et des modalités adéquates d'y répondre, à partir des interprétations psychanalytiques, des développements de la psychothérapie institutionnelles, du développement de la neurobiologie et des thérapies cognitivo-comportementales (Ehrenberg et Lovell (eds.) 2001; Dodier et Rabeharisoa 2006). Les soignants se réfèrent individuellement à des théories qu'ils ont pu découvrir et s'approprier personnellement, par curiosité ou pour résoudre des questions qui leurs sont propres, ou professionnellement, dans les lieux de soin où ils ont fait leurs stages et face à des figures enseignantes ou professionnelles qu'ils estiment et qui leur transmettent des manières de voir, penser, formuler et s'engager dans les situations. Localement, au sein des services ou, dans le cas du secteur A qui a une identité forte, sont produites des élaborations endogènes. C'est le cas de nombreux services de psychiatrie qui développent des formes de syncrétisme à partir de différentes théories psychopathologiques, bien que certains investissent plus particulièrement certains modèles⁴¹. Les discours se réfèrent implicitement, par le vocabulaire, le type de causalité engagée, la manière de cadrer la situation, de formuler les problèmes et les réponses, à certaines configurations au sein du registre médical – sans que ces références soient nécessairement appuyées sur des appropriations théoriques directes, comme une

⁴¹ C'est le cas par exemple des services hospitaliers étudiés par Sandra Jacqueline, dont la recherche qui compare deux services hospitaliers, l'un psychanalytique d'orientation lacanienne, l'autre neurobiologique, permet de mettre en évidence les effets de l'investissement de certaines théories et leurs accommodations au sein de tensions institutionnelles communes (Jacqueline 2006).

bibliographique que l'on puisse immédiatement citer. Une partie de ces éléments circule précisément au cours des échanges en situation, lors des réunions d'équipe, des séminaires de secteurs.

On mettra en évidence la pénétration de ces registres ainsi que les formes de « résistance » à ces registres produites par l'élaboration d'une réflexivité endogène à la psychiatrie, qui propose ses propres définitions et délimitations des bons et mauvais usages de la contrainte.

Les différents registres mobilisés font ainsi partie des « appuis conventionnels de l'action » (Dodier 1993a), comme modalité d'articulation et de hiérarchisation des biens, de formalisation intermédiaire des normes, aux côtés d'autres types d'appui qui pourront être constitués par l'organisation des équipes, la disposition des lieux, les consignes et protocoles plus formalisés, les textes de droit, etc. Il ne s'agit pas de rigidifier outre mesure ces « registres » et de durcir une modélisation de ce qui est par définition mouvant, mais de proposer des repères et de mettre en évidence les attentes et les formes de cohérences qui sont associées à ces registres, même s'ils ne sont bien sûr pas étanches et que de nombreux éléments circulent de l'un à l'autre. Ces registres sont en effet à la fois marqués par une certaine cohérence interne et connaissent des lieux de développement propre, une littérature dédiée, des arènes institutionnelles, ce qui me conduira à mobiliser, outre les observations ethnographiques, les moments d'explicitation que permettent les entretiens et le recours à des textes et des interventions où ces registres se développent : articles de psychiatres et thèses de médecine, avis et comptes-rendus de visite du Contrôle général des lieux de privation de liberté, qui est un acteur du réinvestissement du registre des droits, de même que le dispositif des questions prioritaires de constitutionnalité, à l'origine d'un certain nombre de dispositions majeures de la loi de 2011 ; le référentiel ANAES sur l'usage de la chambre d'isolement pour mettre en évidence les caractéristiques du registre de la qualité.

Si certains acteurs font référence au registre médical-psy comme à un descripteur exhaustif des activités de l'hôpital et des soignants en psychiatrie, ce registre entre de fait en tension avec d'autres dans les pratiques – mais il ne s'agit pas pour autant de lui dénier a priori toute efficacité ou pertinence. On s'efforcera ici de restituer la manière dont ces dispositifs sont au cœur de tensions entre différents « biens » (et entre les efforts pour écarter différents « maux »). On sera ainsi amené à montrer la prégnance de la justification thérapeutique, sa polyvalence conservée, mais également l'existence de biens et de maux non pas nécessairement concurrents mais présents dans la manière dont se structurent les pratiques. Car ces lieux spécifiques que sont les services d'hospitalisation psychiatrique sont également exposés : exposés à la critique, à différentes critiques qui les visent comme des lieux

précisément de contrainte, de contrôle social, voire de maltraitance. Ce sont ces variations d'exposition à la critique, activée parfois par les professionnels eux-mêmes de la psychiatrie, que nous entendons mettre en évidence dans la description des pratiques en psychiatrie. Car ces critiques ont des effets sur la transformation des dispositifs et leurs usages, sur la manière même dont les professionnels définissent en pratique leur action.

Avant de préciser plus avant comment j'ai choisi de réaliser l'observation des pratiques, il faut aborder un problème indissociablement empirique et théorique : qu'est-ce que la contrainte ? Quelles pratiques et dispositifs relèvent de la contrainte ? Comment l'identifie-t-on, ou plutôt : *qui* l'identifie ? Pour explorer ces questions, j'aurai recours ponctuellement à différentes sources philosophiques, non pas pour faire un « état de l'art » philosophique sur la question, mais pour la force de ces analyses qui donnent toute leur acuité aux enjeux ici soulevés.

3. « Observer » la contrainte

« Raison des effets. Cela est admirable : on ne veut pas que j'honore un homme vêtu de brocatelle, et suivi de sept ou huit laquais. Et quoi ! Il me fera donner les écrivains si je ne le salue. Cet habit, c'est une force. [...] » (Pascal, Pensées, éditions du Seuil, éd. Lafuma 89)

« Il a fallu finalement mettre [ce patient] dans une chambre, à l'écart, fermée, avec des heures d'ouverture, pour l'appivoiser quelque part. Il y a un moment donné où on ouvre la chambre et la personne n'a plus envie de se sauver. Alors, est-ce c'est bien ou pas bien (il rit), on peut penser de différentes manières...

Ce seraient quoi les deux arguments ?

Ben c'est plus souvent pour moi d'ordre philosophique. Qu'est-ce qu'on a fait finalement, on a fini par mater quelqu'un, le dompter. Est-ce que finalement on se sent bien avec ce truc-là ? Ou l'autre aspect c'est, on va un peu poser les armes, on va pouvoir aller sur un autre terrain parler un petit peu plus de lui et l'aider au mieux pour qu'il puisse avoir une vie un peu plus agréable, un peu plus confortable. Parce qu'ici, c'est quand même ça le but, qu'il soit hospitalisé le moins longtemps possible, et de permettre aux gens de vivre à l'extérieur avec leur pathologie, parce qu'on en guérit rarement, et de vivre au mieux. » Eric L., infirmier – service d'hospitalisation A, entretien

Je suis partie, comme je l'ai dit, de l'observation de pratiques dont le caractère contraignant n'était pas contesté : les hospitalisations sans consentement, à la fois en tant que mesure administrative qui objective une décision de contrainte, et la matérialise par le placement entre des murs et par une restriction de liberté de déplacement. Ce point de départ était d'autant plus nécessaire que la dimension de contrainte peut être plus diffuse et volatile dans nombre de situations. Pour celles dont le caractère de « contrainte » ne va pas de soi, il

apparaissait d'emblée que la qualification de « contrainte » n'avait pas une valeur uniquement descriptive, mais également une valeur normative, critique, dénonciatrice. Le fait, par exemple, de parler de traitements médicamenteux comme de « camisoles chimiques », en les intégrant ainsi au nombre des contraintes, a une valeur critique, qui indique un usage des traitements qui n'a pas pour (seule) finalité le soin des symptômes ou du mal qu'ils manifestent.

La question de savoir ce que j'inclusais comme « pratiques contraignantes » et notamment *qui*, des acteurs ou de la sociologue, les désignait comme contrainte posait alors problème : désigner une pratique comme contraignante relevait-il de la simple description ou d'emblée d'un jugement normatif ? L'usage de la notion de contrainte rencontre des problèmes analogues à celui de la notion de violence : « la violence ne se donne pas d'emblée pour telle, sa spécification résulte d'une procédure toujours ouverte de qualification » (Claverie, Jamin & Lenclud 1984 : 10)⁴². A quel moment refuser de qualifier telle pratique de contrainte correspondait à un refus de décrire les choses elles-mêmes, à quel moment les qualifier de contrainte devenait un positionnement normatif ?

Il me semble qu'il ne faut pas à tout prix trancher cette question mais plutôt l'identifier : suivre le fil des qualifications et de ceux qui les opèrent, s'intéresser au traitement des pratiques et dispositifs selon que leur qualification de contrainte n'est pas contestée ou correspond à un moment de mise en cause. C'est ce qui m'a conduite à inclure dans l'enquête différentes entités dont, pour certaines, la qualification de contrainte n'allait pas de soi, mais qui pouvaient être prises dans des registres de mise en cause communs à des pratiques admises comme contraignantes (par exemple, les circulations des possessions personnelles des patients au sein de l'institution hospitalière, les rythmes de vie qui y ont cours : horaires des levers, couchers, repas, visites).

Cette distinction entre les pratiques dont la qualification de contrainte n'est pas contestée et celles dont cette qualification ne va pas de soi me paraît également essentielle pour mieux comprendre la manière dont la notion de contrainte se distingue et s'articule à d'autres notions contiguës, comme celles d'atteinte à l'intégrité ou d'intrusion, et celle de violence. Ainsi, tandis que pour les pratiques communément reconnues comme contrainte, la qualification critique consiste à les dénoncer comme *violences* – violences en soi ou *illégitimes en*

⁴² Cité par Michel Naepels, dont l'article « Quatre questions sur la violence » propose une réflexion précieuse sur l'usage de cette notion en anthropologie – et par suite, bien au-delà (Naepels 2006).

situation : abusives, arbitraires –, pour les pratiques non communément reconnues comme telles, leur qualification de contrainte aura déjà valeur de dénonciation : il sera ainsi affirmé qu'elles portent atteinte à un bien, éventuellement plus difficile à objectiver, qui relève de l'intégrité personnelle, qu'elles forment en soi une atteinte.

Il s'agit alors de saisir ce que vise la qualification de contrainte, son extension possible – qui rejoint l'accusation de violence comme atteinte à l'intégrité – avant de mettre en évidence la manière dont les acteurs font des opérations de critique, légitimation ou de banalisation de différentes pratiques, et des opérations de partages entre les pratiques normales, acceptables, problématiques, voire insupportables.

Le lien de la notion de contrainte avec celle de violence apparaît en effet comme allant au-delà de la seule analogie : il y a une continuité notionnelle, jusqu'au recouvrement. La violence est-elle le risque de la contrainte, ou la contrainte *est-elle* violence ? L'« atteinte à l'intégrité » peut être utilisée pour les définir toutes les deux, avec les problèmes similaires que pose la « question de la continuité entre les différents registres d'expériences et de faits rassemblés sous ce concept [*celui de violence, ici*] » (Naepels 2006, p. 488), entre les atteintes à l'intégrité physique et les atteintes à ce qui relèverait d'une intégrité morale (humiliation, insulte, traitements dégradants) – et le « nœud obscur qui attache ce corps à ce je » (Pierre-Henri Castel 2003, p. 11, cité par Naepels également), qu'enveloppe la notion d'intégrité. La notion de violence pose également la question de savoir qui qualifie tels faits ou actes de violents⁴³.

Si l'on revient aux distinctions initialement posées, pour les pratiques de « contrainte qui vont de soi » (forcer un mouvement ou l'entraver, c'est-à-dire, enrayer son cours), le fait d'introduire la qualification de violence comme portant la dimension normative est ainsi utile dans une certaine mesure mais déplace le problème : on retrouve la double valeur descriptive et normative de la notion de violence, et l'enjeu normatif tend à se décaler et se poser à nouveau sur les usages et formes de ce qui serait une violence légitime.

⁴³ Janine Barbot et Nicolas Dodier font ainsi le choix de s'en référer aux qualifications subjectives des personnes qui se considèrent comme « atteintes », définissant la notion de « *situation de violence* » comme « une situation dans laquelle des personnes se considèrent atteintes sur un plan qui leur paraît essentiel, que celui-ci soit physique, psychique, moral ou autre, y compris lorsque la nature et les causes de ces atteintes restent indécesibles ou controversées. » (Barbot et Dodier 2011, p. 102 note 1)

On voit l'intérêt de garder les notions distinctes, précisément pour spécifier la variété de leurs compositions : n'a-t-on pas eu besoin d'introduire la violence comme moment problématique de l'usage de la contrainte ? Sans être nécessairement légitime, une contrainte pourra être appliquée avec ou sans brutalité. Réciproquement, on pourra identifier des « violences » qui ne sont pas des contraintes : une blessure infligée n'est pas en soi une contrainte en ce qu'elle met celui qui la subit en position de passivité pure ; elle peut être considérée comme une contrainte si elle fonctionne comme menace, et à la limite si elle interrompt ou détourne le cours de l'action, dans le même temps qu'elle blesse. Certains auteurs tiennent ainsi à réserver le terme de contrainte (coercition) aux actions qui altèrent le cours de l'action par un effet *sur la volonté de ceux qui agissent* (Anderson 2008).

Ce qui fait atteinte : cinquante nuances de contrainte

Si l'on se place sur le plan d'une sociologie morale de l'intervention auprès d'autrui, la qualification de contrainte perd rapidement de son évidence : on observe des hospitalisations sans consentement réalisées sans opposition de la personne, voire avec son « accord », et des soins « libres » acceptés sous différentes formes de menace ou de pression. Plutôt qu'une opposition contrainte/non-contrainte, on observe une série de gradations qui s'inscrivent dans un « *continuum de la contrainte* » (Diamond 1996; Lovell 1996a). Cette notion de continuum de la contrainte a notamment été mobilisée à propos de programme extra-hospitaliers de réhabilitation psychosociale, traitements « pro-actifs » (*assertive treatments*) dans la communauté, qu'étudie par exemple Sue Estroff dans *Le labyrinthe de la folie* (Estroff 1998). Anne Lovell distinguait ainsi quatre idéaux-types de formes de « contrôle social » au sein de ce continuum et indiquait qu'il s'agissait de repérer comment ils s'articulent ou non entre eux : la contrainte pure (*pure coercion*) », recours à la force pour obliger la personne à agir ou ne pas agir d'une certaine façon ; le volontarisme contraint (*coerced voluntarism*) : usage de la menace, d'une sanction négative ; l'observance utilitaire (*utilitarian observance*) : l'obtention du comportement souhaité en échange de ressources désirées ; et la persuasion (*persuasion*) : « une forme de contrôle fondé sur des valeurs ou des normes » (Lovell 1996a).

Le terme de « contrôle social de la maladie mentale » est utilisé par Anne Lovell, comme le rappelle Livia Velpry, « non dans un usage politique de dénonciation » mais pour insister sur le fait que « la contrainte dans la pratique psychiatrique apparaît ainsi comme un acte intrinsèquement social, c'est-à-dire comme une des façons qu'ont les membres d'une société

de répondre à des comportements qu'ils définissent comme déviants, ou perturbateurs par rapport à leur sens de l'ordre social » (Velpry 2008, p. 151) p.151.

Si ces distinctions sont éclairantes, la problématique du « contrôle social », certes utilisée dans ce texte dans le sens assez large de manières d'« obtenir un comportement » de la part de la personne, me semble surdéterminer d'emblée ce dont il s'agit. Je me décalerai ainsi quelque peu de cette approche. Il me semble, de plus, utile de distinguer deux idéaux-types aux deux pôles de ce continuum, qui forment les limites de la contrainte : au sein de la « force pure », il faut distinguer un « usage pur » de la force, non nécessairement brutal, mais où il ne s'agit pas d'obtenir un comportement d'une personne : où le corps est saisi, traité, manipulé, déplacé, enfermé, usage d'une contention manuelle ou par des sangles, des murs, injection de neuroleptiques forcée. Cet « usage pur de la force » se distingue d'un usage de la force qui est davantage *démonstration de force* à visée de menace immédiate : non pas exercice de la force, et pas simple *référence* à un chantage, mais mise en évidence de la disponibilité de l'usage de la force, avec pour objectif de s'épargner la confrontation physique effective, de démontrer l'inutilité de la résistance, d'imposer d'avance la supériorité de la force (on le verra dans les descriptions de recours à la contrainte lors d'hospitalisations ou au sein des services d'hospitalisation). Certains l'excluent de la définition de la contrainte, comme je l'indiquais, en cherchant à réserver cette notion pour désigner le fait d'obtenir d'un autre agent qu'il fasse ou ne fasse pas quelque chose, impliquant qu'il faut qu'il reste une capacité d'action à celui-ci et qu'il ne soit pas réduit au rang d'objet passif de l'action d'un autre. Mais cette définition « stricte » de la contrainte est utile notamment dans les débats anglo-saxons de philosophie analytique où l'enjeu principal est de savoir ce qui est susceptible d'exonérer celui qui la subit de tout ou partie de sa responsabilité (Anderson 2008). Une situation où une personne est en stricte position passive évacue d'emblée le problème moral de la responsabilité d'une action que l'on effectue, puisque celui qui subit seulement n'agit pas. Peut-être est-ce également dû au périmètre propre du terme anglais de « *coercion* », par opposition à celui, français, de « contrainte », tant il semble difficile dans les usages courants de ce dernier d'exclure de la contrainte le fait, par exemple, d'entraver les mouvements de quelqu'un par des liens ou des obstacles de nature diverse.

Je préfère ici m'appuyer sur une caractérisation de la contrainte comme ce qui affecte le cours spontané, le mouvement propre de quelqu'un pour le limiter ou en orienter le cours, et conserver l'« usage pur de la force » comme limite entre contrainte et force. Limite au sens où on n'est pas loin de passer à un autre ordre de faits, de cet ensemble des « violences qui ne

sont pas des contraintes » - et pour autant où il reste possible de distinguer usage de la « force » et « brutalité ».

A l'autre pôle, il me semble qu'il faut ajouter un idéal-type dont l'existence, au moins comme visée, peut être postulée, qui est la *conviction* : si la persuasion peut mobiliser des formes de manipulation, pressions, usage d'arguments plus ou moins fallacieux, la conviction pourrait être l'emportement d'une adhésion personnelle fondée sur des (bonnes) raisons. Si la conviction est une manière d'obtenir une conduite de quelqu'un *sans contrainte*, d'obtenir son adhésion, d'articuler action d'autrui et mouvement propre de la personne, elle reste exposée à toute une série de suspicions. On a en effet alors affaire à la difficulté de la distinguer en principe de la persuasion, de sa part de chantage ou de séduction, de la même façon qu'on peine à distinguer son résultat de son double « maléfique » : l'aliénation. Ces deux pôles-limites sont une manière d'étendre le continuum, depuis la force pure jusqu'à la conviction, en passant par toute une série de modalités : pressions, ruses, contrainte symbolique, chaque modalité pouvant être traversée par un travail d'incitation, dans la recherche d'une forme d'« adhésion » de la personne.

Je propose de redéployer ici ce continuum et de montrer les difficultés attachées à la notion de contrainte, qui en traverse ses différentes formes et degrés. Cette discussion n'a pas tant pour objet une analyse notionnelle, que de fournir les distinctions utiles à la compréhension des situations observées.

Si l'on part ainsi de l'*exercice pur de la force*, donc, que l'on pourrait voir dans l'usage de la contention manuelle, d'injections de force, de sangles, des murs et des portes fermées à clef, *ce qu'il s'agit de conjurer* est alors la brutalité, la dégénérescence de l'action en « bagarre », échange de coups, blessures – ce, d'autant plus que cette contrainte explicite peut être accusée d'être en soi violente. Il s'agit, pour ceux qui la mettent en œuvre, de mettre en exergue ce qui distingue son bon usage de ses formes déviantes. Une de ses conditions est le caractère ponctuel et bref de l'exercice pur de la force. Plus il se prolonge, plus il est difficile d'en conjurer la potentialité violente : sa prolongation en soi peut constituer une violence, et le risque de passage à la brutalité augmente par l'extension au fil du temps des occasions de résistance à son application. Comme le formulait Rousseau : « Le plus fort n'est jamais assez fort pour être toujours le maître » (*Contrat social* I, 2). L'efficacité de l'exercice pur de la force est paradoxalement faible. Ses effets exigent un déploiement de moyens important, et s'affaiblit encore dans la durée : plus l'exercice de la force se prolonge, plus l'exposition à l'accusation de violence augmente, ainsi que le risque d'exercer des brutalités comme le

risque du renversement du rapport de forces, dans un moment d'inattention, ou à l'occasion de failles dans le maintien de la force. Le fait de se fier principalement à la force conduit tendanciellement à l'augmenter dans le temps. Le nombre de « niveaux » de contraintes dans les Unités dites pour « Malades difficiles » est ainsi parlant : sauts de loups, murs, pavillons fermés et cours grillagées, chambres fermables à clefs, contentions et/ou camisoles disponibles, etc. La tentation d'augmenter le niveau de contrainte (par la démultiplication des fermetures, murs, entraves, techniques de surveillance, « gardes » - quoique ça ne soit pas la tendance actuelle, puisqu'il y a plutôt recherche de délégation à des dispositifs matériels) augmente quant à elle le risque de susciter une escalade des réponses potentielles, qui s'efforceront d'être à la hauteur de la force imposée – puisqu'il s'agit d'y résister, et risquent ainsi d'être des réactions d'autant plus brutales.

Souvent, pourtant, par « usage de la force », on désigne de façon cumulée, et potentiellement substitutive, plutôt la « fonction de démonstration » de la force, jusque dans les occurrences où elle est effectivement mise en œuvre, ce que soulignait Goffman :

« C'est ainsi que la forme la plus objective de pouvoir à l'état brut, c'est-à-dire la contrainte à l'état brut, c'est-à-dire la contrainte physique, n'est souvent ni objective ni brute, mais a plutôt une fonction de démonstration visant à persuader le public ; c'est souvent un moyen de communication plutôt qu'un simple moyen d'action. » (Goffman 1973b, p. 228)

La *démonstration de force* n'est ainsi pas strictement exercice de la force, et n'est pas la simple référence à un chantage. L'objectif est autant que possible de s'épargner la confrontation physique, de démontrer l'inutilité de la résistance, d'imposer d'avance la supériorité dans le rapport de force de façon à se passer de l'exercice de celle-ci ou la réduire à son minimum : son exercice lui-même est « démonstration ». Et si la possibilité de l'exercice de force est proche, un geste peut le déclencher, il est cependant plus aisé d'écarter l'accusation de violence si « aucune main n'est portée sur » la personne, comme le dit l'expression commune. C'est ainsi que parmi les conseils qui sont donnés entre professionnels pour aller voir quelqu'un en chambre d'isolement ou au moment d'imposer quelque chose à quelqu'un dont ils anticipent qu'il pourrait résister, il y a celui de venir « en nombre », afin de décourager toute opposition. Un « renfort » peut être appelé, le recours à des soignants d'autres services, et de façon très genrée, c'est, dans certains hôpitaux, le terme de « renfort hommes » qui est utilisé.

De la fonction de communication de la force à l'*autorité symbolique*, il n'est qu'un pas, dont il fait question sur un plan théorique si ce pas est saut ou, là encore, continuité. La citation de Pascal extraite des *Pensées*, en exergue de ce développement, est au cœur de sa critique de l'autorité comme forme de reconnaissance d'une puissance supérieure :

« Raison des effets. Cela est admirable : on ne veut pas que j'honore un homme vêtu de brocatelle, et suivi de sept ou huit laquais. Et quoi ! Il me fera donner les étrivières si je ne le salue. Cet habit, c'est une force. [...] » (Pascal 1992, Laf. 89)

L'autorité chez Pascal est toute imaginative (Moreau 2005b). L'« habit » est une force, car il est associé à une force réelle qu'il symbolise – et l'« honneur » que je fais à l'« homme vêtu de brocatelle » n'est pas distinct de cet association. C'est la force qui est à l'origine de tout pouvoir, mais elle doit s'adjoindre l'imagination pour s'asseoir, car l'imagination la prolonge au-delà d'elle-même et l'habilite d'une légitimité qu'elle n'a pas :

« La coutume de voir les rois accompagnés de gardes, de tambours, d'officiers et de toutes les choses qui ploient la machine vers le respect et la terreur font que leur visage, quand il est quelquefois seul et sans ses accompagnements, imprime dans leurs sujets le respect et la terreur parce qu'on ne sépare point dans la pensée leurs personnes d'avec leur suites qu'on y voit d'ordinaire jointes ; et le monde qui ne sait pas que cet effet vient de cette coutume croit qu'il vient d'une force naturelle, et de là viennent ces mots : le caractère de la divinité est empreint sur son visage, etc. » (Pascal 1992, Laf. 25)

Mais outre qu'il serait imprudent et sot selon Pascal de négliger la force (« Et quoi ! Il me fera donner les étrivières si je ne le salue »), la remise en cause d'un ordre établi au profit d'un autre supposé meilleur est porteur selon Pascal d'un danger encore plus grand que l'injustice.

« La coutume fait toute l'équité, par cette seule raison qu'elle est reçue. C'est le fondement mystique de son autorité. Qui la ramènera à son principe l'anéantit. Rien n'est si fautif que ces lois qui redressent les fautes. Qui leur obéit parce qu'elles sont justes, obéit à la justice qu'il imagine, mais non pas à l'essence de la loi. Elle est toute ramassée en soi. Elle est loi et rien davantage. Qui voudra en examiner le motif le trouvera si faible et si léger qu'accoutumé à contempler les prodiges de l'imagination humaine, il admirera qu'un quart de siècle lui ait acquis tant de pompe et de révérence. L'art de fonder <et de> bouleverser les Etats est d'ébranler les coutumes établies, en sondant jusque dans leur source pour marquer leur défaut d'autorité et de justice. [...] C'est un jeu sûr pour tout perdre ; rien ne sera juste à cette balance. » (*Ibid.*, Laf. 60) (Laf. 60)

Car qui peut se vanter de détenir les clefs de la justice, et comment la loi retrouvera-t-elle la force qu'elle avait lorsqu'elle était coutume inquestionnée ? Rousseau déduisait de la « faiblesse » de la force sa nécessaire impermanence, la nécessité de fonder le pouvoir sur une légitimité. C'est la suite de la proposition précédente : « Le plus fort n'est jamais assez fort pour être toujours le maître, *s'il ne transforme sa force en droit, et l'obéissance en devoir* » (Jean-Jacques Rousseau 2012, I,2). Il dénonçait les fausses légitimités, comme celle d'un « prétendu droit du plus fort », et voyait comme seul fondement légitime du pouvoir souverain la volonté du peuple sur lequel il s'exerce, à travers le postulat d'un contrat social.

Pascal, quant à lui, ne cherche pas un fondement « en droit » du pouvoir, mais décrit l'effet de légitimité produit par la présence de la force, lorsque, par association d'idées, elle devient présence en l'absence de la chose, présence par association dans l'imagination. L'autorité est alors association du pouvoir à la possibilité de l'exercice de la force ainsi qu'à une origine si possible lointaine qui entoure celle-ci de mystère et rend sa contestation moins aisée – ce qui aux yeux de Pascal est un facteur d'ordre : le désir de justice en bousculant les coutumes établies ne prévenant pas la possibilité d'arbitraire.

Peut-on alors préserver la possibilité d'une relation d'autorité qui ne se réduise pas à l'impression laissée par l'« appareil de pouvoir » ? Hannah Arendt, si elle note, dans *Du mensonge à la violence*, que « le pouvoir institutionnalisé prend souvent le masque de l'autorité » (Arendt 1991, p. 155-156), entend dégager une autorité dont l'épreuve même serait l'obéissance sans coercition : la

« caractéristique essentielle [de l'autorité] est que ceux dont l'obéissance est requise la reconnaissent inconditionnellement ; il n'est dans ce cas nul besoin de contrainte ou de persuasion... L'autorité ne peut se maintenir qu'autant que l'institution ou la personne dont elle émane sont respectées. Le mépris est ainsi le plus grand ennemi de l'autorité, et le rire est pour elle la menace la plus redoutable" (*Ibid.*, p. 154-155)

Bourdieu, au contraire, fait de cette forme d'obéissance sans coercition, qui accorde légitimité aux détenteurs des pouvoirs, le cœur même de la notion de « violence symbolique ». Dans ses *Méditations Pascaliennes*, précisément, il souligne le rôle de l'exhibition de la force, et cependant le succès de celui qui peut se passer de l'exercer, ayant obtenu valeur de légitimité auprès de ceux sur lesquels son pouvoir s'exerce. L'acquiescement à l'autorité d'un pouvoir n'est ainsi pour lui qu'une forme d'aliénation « réussie » :

Le coup d'Etat, constitue une « rupture avec l'exercice « légitime » du pouvoir comme représentation de la force capable de se faire reconnaître par le seul fait de se faire connaître, de se montrer sans s'exercer. L'exhibition de la force, dans la parade militaire, mais aussi dans le cérémonial judiciaire – tel que l'analyse E.P. Thompson –, implique en effet une exhibition de la maîtrise de la force, ainsi maintenue dans le statut d'une force en puissance, qui pourrait servir mais dont on ne se sert pas : la montrer, c'est montrer qu'elle est assez forte et sûre de ses effets pour faire l'économie du passage à l'acte. Elle est une dénégation (au sens vrai de *Verneinung*) de la force, une affirmation de la force qui est inséparablement une négation de la force, cela même qui définit une force de police policée, capable de s'oublier et de se faire oublier en tant que force et ainsi convertie en force légitime, méconnue et reconnue, en violence symbolique. » (Bourdieu 1997, p. 116)

Son œuvre montre l'appareil culturel dont les détenteurs de capitaux s'entourent afin de légitimer les inégalités diverses dont ils sont les bénéficiaires, et les privilèges en chaîne qui s'y attachent, par-delà l'inégalité initiale (voir notamment, les exemples paradigmatiques que sont *Les Héritiers* ou *La Distinction*, écrits avec Jean-Claude Passeron).

D'un point de vue empirique, il est bien difficile d'identifier ce qui « fait effet » dans ce qui permet d'épargner l'usage direct de la force, au cours d'une hospitalisation sans consentement par exemple, et de dissocier entre une forme d'autorité et la menace de la force : dans la mobilisation d'une mesure administrative, le titre de « docteur » de celui qui l'énonce, la présence de blouses ou d'uniformes (police, pompiers), et l'intervention éventuelle d'une personne tenue en estime. Plusieurs psychiatres rapportent la question de savoir dans quelle mesure la décision elle-même d'hospitalisation sans consentement (HSC) « fait autorité » pour la personne sur laquelle elle porte. En droit (au sens cette fois du droit positif), cette décision ne porte en réalité aucune obligation pour la personne, elle n'est assortie d'aucune sanction si la personne ne suit pas les médecins dans le service d'hospitalisation et parvient à sortir de l'hôpital (on reviendra sur l'usage du terme de « fugue » associé à ces « sorties », contre avis médical). Pour autant, elle peut « faire obligation » si – raison des effets – la personne tient cette mesure pour obligatoire et « se sent obligée » de se soumettre à la décision, ou craint une menace identifiée ou diffuse associée au refus de s'y soumettre.

Cette question de savoir si la mesure de soins sans consentement a une valeur symbolique pour la personne est importante pour les médecins comme on le verra, pour savoir, par exemple, s'ils maintiennent la mesure de soins sans consentement à la sortie d'hospitalisation (ce qui avec la loi de 1990 pouvait se faire sous la modalité de la « sortie d'essai » et depuis la loi de 2011 se fait sous la forme du « programme de soin ») : plusieurs psychiatres affirment maintenir la mesure non pas seulement en raison de la nécessité de la poursuite de soins qu'ils identifient et de l'incapacité de la personne « en raison de ses troubles » de les poursuivre, mais en fonction de *l'efficacité* attendue de ce maintien, dans le défaut de moyens de contraindre en pratique la personne à ces soins, et dans l'autolimitation de l'exercice de la coercition directe, si la mesure n'a par elle-même pas d'efficacité symbolique. Cette auto-limitation relève également, il est vrai, de la crainte que l'effet « d'obligation » se retourne en engageant leur responsabilité par le *maintien* de la mesure, en cas d'événement grave impliquant la personne.

Par la notion d'autorité symbolique, on montre ainsi le partage difficile en situation entre recours à la démonstration de force comme forme de *chantage* et quelque chose qui serait plus proche de la notion de *persuasion* (voire, dans le cas de l'autorité d'une personne de confiance, de la *conviction* même).

Du côté du *chantage*, par-delà la menace de l'exercice de la force, on trouve des formes plus diffuses, comme la menace plus ou moins explicite de faire une HSC en cas d'absence de la personne aux rendez-vous qui lui sont fixés, ou de non observance. En ce sens, la seule persistance d'un dispositif de contrainte légale en psychiatrie disponible dans l'intervention psychiatrique configure la relation. On trouve la dimension de chantage « positif » (*positive incentive*, comme le nomme Anne Lovell), lorsqu'est fait miroiter non pas une menace (sanction négative en cas de refus) mais la possibilité d'accès à un bien (sanction positive en cas d'acceptation). Si pour certains auteurs une « incitation positive » ne peut être considérée comme contraignante, comme Nozick, qui conteste la notion de « *coercive offer* » (Nozick 1969), la frontière semble fine, et sa finesse à la hauteur de l'importance et du prix accordé à ce « bien », dont la personne peut ainsi être privée en cas de non soumission à ce qui lui est demandé. Il peut arriver qu'il soit plus ou moins imposé à quelqu'un de venir au Centre médico-psychologique (CMP) chercher l'argent quotidien alloué par son tuteur, « contre » entretien et distribution de médicaments. Sans être nécessairement le résultat d'un « chantage » strict, la venue même de la personne l'expose à des formes d'incitations-pressions. Cette pratique peut s'inscrire dans une aide à la maîtrise des dépenses qu'un tuteur trop distant ne fournit pas – et être relativement rare, voire inexistante dans certains CMP. Il peut être demandé d'avoir un suivi régulier pour accéder à d'autres perspectives souhaitées, comme la réalisation du dossier d'allocation adulte handicapé ou de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, la possibilité d'accéder éventuellement à un logement, comme les « appartements thérapeutiques » dont disposent certains secteurs.

La *persuasion* peut prendre une large extension et mêler différents degrés de pressions, chantage, incitation positive, ruses (Vidal-Naquet 2014; Hennion et Vidal-Naquet 2015), mais aussi appui sur une relation affective ou « de confiance » : les soignants insistent sur l'importance du « lien » établi avec la personne, les psychiatres peuvent mettre en exergue « l'alliance thérapeutique », voire un « contrat de soin », qui présuppose un acte de volonté plus proche d'une notion forte de choix rationnel (voir ci-dessous). La notion de lien, - l'un des services observés utilise également le terme d'« accroche » -, est cependant parlante : les liens avec ceux qui nous entourent sont tout à la fois ce qui nous tient et nous contraint, ce à quoi l'on peut avoir recours et qui nous entrave, ce qu'on peut potentiellement mobiliser et ce dont on dépend. Les relations établies sont porteuses de leurs propres exigences, et en un sens c'est ce qu'essaient d'obtenir les soignants, de soutenir un engagement à se soigner comme un

engagement moral et « affectif » auprès des autres qu'ils sont, ainsi que de s'inscrire dans le « paysage » de la personne et de n'y être plus des intrus.

L'enjeu en pratique sera très souvent d'obtenir un *bon vouloir*, à défaut d'un « consentement libre et éclairé » ou d'une adhésion pleine et entière aux soins – et cela, qu'une décision de contrainte formelle ait été posée ou non, que l'incapacité à consentir soit « établie » ou incertaine. Il s'agit de faire accepter à la personne les décisions jugées bonnes pour elles – et/ou pour d'autres – de relativement *bon gré*, notamment afin d'éviter le rapport de force brutal. Sauf cas d'« amateurs de bagarre » ou de personnes qui « profitent » de moments d'impunité et de disproportion des rapports de force – il peut y en avoir – l'enjeu pour la plupart des soignants est d'éviter la confrontation physique où ils peuvent se prendre un mauvais coup ou blesser le patient, d'éviter la *brutalité*. La crainte des professionnels d'être soi-même blessé n'est pas négligeable, et quant à blesser un patient, par-delà la menace d'une critique morale, la possibilité de voir sa responsabilité gravement mise en cause pèse (même si l'institution peut faire protection). A défaut de *convaincre*, il s'agira donc de *persuader*, voire, encore en deçà, d'obtenir le mouvement propre de la personne. On peut distinguer, à la suite d'Aristote dans l'*Ethique à Nicomaque*, une forme très *minimale* d'assentiment lorsque la personne se conforme à ce qui est attendu d'elle « de plein gré » (*hekôn*) – ce qui n'exclut pas un cadre de contrainte, une absence de choix réel, et un état de conscience ou de jugement altéré ; et un *concept fort* de choix, qui présuppose la connaissance du contexte et la possibilité d'appréhender les conséquences de ses actes, qui relèverait de ce qu'Aristote nomme « choix rationnel » (*proairesis*) (Aristote 1994, livre III). Cette version forte du « choix » évoque les caractéristiques du « consentement libre et éclairé » tel qu'il est aujourd'hui développé en éthique médicale, mais ne s'y réduit pas : le consentement, tout « éclairé » qu'il soit, reste une réponse à une proposition, non l'initiative ou la participation à l'élaboration de cette proposition elle-même⁴⁴.

L'intérêt de ces distinctions n'est pas de diluer la contrainte dans des limitations ordinaires, mais de mettre en évidence la non-binarité de la contrainte comme du consentement, et le fait que la contrainte ne se réduit pas à ses modes formalisés ou matérialisés. On suivra donc, au fil des situations, ce qui est identifié par les acteurs comme contrainte et l'articulation ou non de cette qualification avec une critique, comme aux définitions de ce qui relève selon les

⁴⁴ Le modèle du « consentement éclairé » est ainsi parfois distingué voire opposé au modèle de la « décision partagée ».

acteurs de l'intervention qui va de soi, banale, normale ou légitime. De même, on sera attentif au travail pour conjurer les maux de la pratique, la violence dans l'exercice de la contrainte, l'intrusion, l'excès ou l'abus dans l'intervention, l'obtention de la participation à l'intervention identifiée comme bonne, les négociations et les limites posées.

D. Choix des terrains et de la perspective adoptée

Le point de départ de ma recherche a été une enquête sur le recours aux hospitalisations sans consentement qui représentaient une forme de contrainte « matérialisée » à la fois par le déplacement et le maintien d'une personne entre les murs d'une institution et par une procédure administrative composée de certificats médicaux, d'arrêtés municipaux ou préfectoraux. Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie incarnent par excellence la contrainte en psychiatrie en ce qu'elles impliquent une formalisation de l'exception au principe du consentement aux soins, cela au nom des troubles psychiatriques.

Des évaluations ubiquitaires

Il s'agissait de trouver le ou les points d'observations pertinents de ces décisions de recours à la contrainte. La réalisation, dans un premier travail de recherche (Moreau 2007), d'une enquête par entretiens auprès de proches de personnes hospitalisées sous contrainte a permis de mettre en lumière des trajectoires où des HSC avaient effectivement été réalisées, mais aussi des situations avec des tentatives « malheureuses » de recours au soin ou d'HSC (« malheureuses » au sens où l'HSC avait échoué, indépendamment des conséquences pour la personne, son entourage ou les professionnels). Cette enquête permettait également de resituer le recours à la contrainte dans l'ensemble des interventions des proches et de mettre en lumière les évaluations « profanes » et les évolutions de ces évaluations au cours du temps : l'évaluation et la qualification de ce dont il s'agit sont apparues à la fois indissociables de la recherche de solution à une situation qui fait problème (Emerson et Messinger 1977) et de l'inscription dans un sens acceptable – a fortiori pour des proches dont l'identité est étroitement liée à la personne concernée. Elle mettait en lumière la manière dont les proches

se saisissent des interventions institutionnelles (notamment des décisions ou non décisions d'hospitalisation) et des qualifications professionnelles (notamment des qualifications diagnostiques) dans leur propre qualification de ce qu'ils vivent avec leur proche et dans l'évolution de leur modalité d'intervention.

Je me suis centrée dans cette thèse sur les interventions des professionnels. L'enquête a été initiée par deux terrains dans des urgences psychiatriques (respectivement 3 mois et 1 mois) aux caractéristiques contrastées – précisément au regard de l'hypothèse selon laquelle la structuration locale de l'organisation des soins, très hétérogène en psychiatrie, peut affecter les décisions d'HSC. Les dispositifs existant peuvent offrir la possibilité de repousser une décision d'HSC par le recours à des soins ambulatoires, par l'existence de structures souples : équipe mobile ou accueil de crise disponible, ou au contraire induire la nécessité perçue de « sécuriser » immédiatement une situation par le recours à la contrainte, par exemple dans un service d'urgence qui a peu de visibilité sur les soins en aval possibles.

L'enquête de trois mois s'est déroulée dans un centre d'accueil et de crise (CAC) d'un secteur psychiatrique (le secteur A), situé en région parisienne. La psychiatrie a en effet été l'objet d'une réorganisation importante à partir des années 1960 (circulaires de 1960, confirmées par la loi de 1985) en se structurant en « *secteurs* » : à un territoire correspondant à environ 70 000 habitants (avec de fortes variations) a été référée une équipe de psychiatrie chargée à la fois de la prévention, du dépistage et du suivi de la population, tant en hospitalisation qu'en ambulatoire – afin notamment de mieux assurer la coordination des soins entre l'hospitalisation et les dispositifs extra-hospitaliers, à un moment où il commence d'être affirmé que les personnes vivant avec des troubles psychiques graves n'ont pas vocation à rester hospitalisées sur la longue durée. Les secteurs psychiatriques désignent ainsi à la fois le découpage territorial et le dispositif de soin psychiatrique qui y est déployé et dont les différentes unités dépendent d'une même équipe : ils comprennent toujours un service d'hospitalisation et un centre médico-psychologique (CMP), centre de consultation censé être « le pivot du secteur ». Ils ont ensuite, selon les choix effectués par les chefs de secteur poursuivi des politiques de déploiement des structures ambulatoires plus ou moins avancées, et selon des orientations diverses : la plupart des secteurs ont également un hôpital de jour et un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) ; certains ont des équipes sur des problématiques spécialisées ou des propositions thérapeutiques propres (dispositifs de transition entre la pédo-psychiatrie et la psychiatrie adulte, dispositifs psychiatriques gériatriques, consultations psychanalytiques, de thérapie familiale, de thérapies cognitivo-

comportementale, de psychodrame) ; certains ont pu mettre l'accent sur des propositions d'hébergement ou d'accompagnement « dans la communauté » plus structurées : établissements d'hébergement collectif de personnes avec un fort handicap causé par leurs troubles, appartements thérapeutiques, familles d'accueil. Tous les secteurs n'ont pas de structure d'urgence propre : les dispositifs d'urgences peuvent être pluri-sectoriels ou même dédiés à l'accueil des urgences de l'ensemble du département, ils peuvent dépendre de l'hôpital psychiatrique ou être installés dans des urgences d'un hôpital général.

Le CAC étudié était donc une unité du secteur A. Il ne disposait pas de « lits » mais l'équipe pouvait voir les personnes fréquemment en période de « crise », tous les jours si cela était jugé nécessaire, et pouvait se déplacer à domicile – y compris pour rencontrer des personnes qui n'avaient jamais eu de contact avec le secteur antérieurement. Le CAC avait en outre une convention avec l'hôpital général voisin où il assurait les urgences psychiatriques.

L'enquête d'un mois s'est déroulée dans un service d'urgence psychiatrique au sein des urgences d'un hôpital général (H) situé à Paris, qui avait des conventions avec plusieurs secteurs voisins. Si ce service avait des « habitués », comme tout service d'urgence (Thomas et al. 2006), le bassin de population susceptible d'y avoir recours était nettement plus important (et non délimité) et le nombre d'interlocuteurs au sein des services de psychiatrie auxquels pouvaient être adressés les patients et avec qui se mettre en lien dans la prise en charge était démultiplié : ceux des secteurs voisins, éventuellement des secteurs plus éloignés (la personne pouvant être domiciliée au-delà), sans compter les services non sectorisés et les cliniques privées, plus nombreuses que celles à proximité du secteur A.

L'intérêt de ces observations était d'avoir accès à des situations où se posait la question du recours à la contrainte, et, au sein de ces situations, de voir celles qui se concluaient effectivement par une décision d'HSC. Ces observations ont éclairé certaines dimensions de l'organisation des soins, les conditions de décision et de mise en œuvre des soins sous contrainte. Mais il est apparu que peu de situations susceptibles de donner lieu à des HSC étaient observables sur le temps d'observation et, de plus, qu'un certain nombre d'HSC passaient potentiellement par d'autres circuits, où les personnes circulent facilement et les lieux d'accueil d'urgences sont relativement nombreux, ce que m'ont confirmé mes observations par la suite : urgence d'hôpitaux généraux, interventions de la police, des pompiers, ainsi que les services d'urgences spécifiquement parisiens : le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA), situé à l'hôpital Sainte Anne, qui peut accueillir toutes les

situations d'urgences psychiatriques à Paris⁴⁵, et l'Infirmier Psychiatrique de la Préfecture de Police (IPPP ou I3P), à laquelle sont adressées par la police toutes les personnes dont elle s'est saisie et pour lesquelles se pose la question de possibles troubles psychiatriques. Quel que soit le lieu où la décision initiale d'HSC est prise, les personnes sont ensuite adressées au service d'hospitalisation dont elles relèvent en principe selon leur lieu d'habitation⁴⁶.

Cela m'a conduit à réaliser des observations au sein de deux services d'hospitalisation (respectivement 6 mois et 1 mois), afin d'appréhender l'ensemble des HSC « réalisées » qui arrivaient dans un service d'hospitalisation de secteur, de prendre la mesure de l'importance des évaluations suivant les mesures initiales d'HSC au sein des services d'hospitalisation, (certaines mesures pouvant être invalidées, « non-confirmées », 24h après⁴⁷), d'observer plus largement les décisions de levée d'HSC, et d'observer les enjeux des hospitalisations. Un intérêt non négligeable était de pouvoir avoir accès à l'ensemble des situations ayant conduit à une HSC et de sortir des situations paradigmatiques mobilisées fréquemment par les psychiatres dans les entretiens : des situations de mise en danger de soi ou de violence explicites – la consigne par laquelle je leur demandais le récit de la dernière HSC qu'ils avaient réalisée ne permettant de contourner que partiellement ces figures archétypiques.

Le terrain de six mois s'est déroulé dans le service hospitalier qui dépend du même secteur que le CAC, le secteur A. Il y a eu à la fois un effet d'opportunité : l'ouverture de ce secteur A à ma présence, l'accueil du chef de secteur et des professionnels des équipes, qui m'ont permis d'y circuler avec beaucoup de liberté, et une fécondité de l'ancrage dans cette « unité » organisationnelle de la psychiatrie qu'est un secteur (qui a connu de fortes fragilisations institutionnelles mais restait structurant sur les terrains observés). Le secteur A, quoiqu'ayant vu son service d'hospitalisation « relocalisé » sur la commune qui constitue son territoire attribué, continue de dépendre administrativement de l'hôpital qui était autrefois

⁴⁵ Le CPOA est, de plus, chargé de la répartition des personnes sans domicile identifié dans les services de toute l'Île de France.

⁴⁶ C'est pourquoi le service d'hospitalisation du secteur A, situé en région parisienne, reçoit des personnes dont la décision d'hospitalisation a pu être prise dans un autre service d'urgence du département, ou depuis les services d'urgences de Paris.

⁴⁷ Ce qu'imposait la loi du 27 juin 1990, en activité au moment des observations. La dernière loi sur les soins sans consentement, du 5 février 2011 a multiplié le nombre de certificats à produire, notamment dans la période de 72h suivant la mesure initiale, mais le principe de réévaluation régulière est le même.

l'asile départemental, que j'appelle dans cette thèse l'EPSM Philippe Paumelle⁴⁸. Je décris ce service dans la deuxième partie. L'observation d'un mois a eu lieu dans le secteur B qui dépendait du même établissement que le secteur A.

Les observations d'un mois dans le service d'urgence de l'hôpital général H et dans le service d'hospitalisation B n'avaient pas vocation à permettre une comparaison systématique, mais plutôt à servir de contre-point afin de mettre en exergue les spécificités du secteur A. En outre, cela m'a permis de décaler mon centre de gravité dans l'observation : tandis que dans le secteur A j'étais davantage au sein du service avec l'équipe infirmière, voyant les médecins au cours des staffs, des entretiens avec les patients auxquels je pouvais assister, et dans le bureau infirmiers, tandis qu'ils remplissaient les dossiers, passaient des appels téléphoniques et échangeaient avec les soignants, je suivais davantage les médecins et psychologues dans le service B, assistant également à leurs échanges dans leur bureau situé au rez-de-chaussée. Je reviens sur mon positionnement dans ces observations dans la deuxième partie.

Ces observations au sein de services hospitaliers ont permis en outre d'observer les pratiques professionnelles de contrainte *au sein des* services d'hospitalisation (chambre d'isolement, régulations des allées et venues, des visites...) et les échanges entre soignants qui les entourent, la manière dont les professionnels décident d'y recourir, en rendent compte et en disputent entre eux, la mettent en œuvre de manière à conjurer la violence ou l'abus. Je pouvais observer le quotidien des services, les échanges lors des différentes réunions : les « staffs » matinaux quotidiens, les réunions de « synthèse » hebdomadaires, les réunions « de secteur » mensuelles, les transmissions soignantes, et les échanges informels. Je pouvais également assister aux « entretiens » : des psychiatres avec les patients, qu'ils réalisaient toujours en présence d'un soignant du service, infirmier ou aide-soignant, et parfois avec l'un des différents étudiants dans le service (stagiaires psychologues, étudiants infirmiers ou aide-soignants). J'avais accès aux dossiers des patients, aux certificats d'hospitalisation, comptes-rendus d'hospitalisation, notes des psychiatres et des soignants dans les dossiers.

Les observations ont été complétées par des entretiens, exploratoires puis d'approfondissement, avec des professionnels (psychiatres, soignants et autres professionnels

⁴⁸ du nom de l'un des psychiatres participant au mouvement dit de psychothérapie institutionnelle, qui a fait sa thèse sur la diminution de la violence dans un quartier d'« agitées » par la réduction de la contrainte exercée en son sein, voir (Paumelle 1999) et ci-après.

des équipes de psychiatrie : secrétaire⁴⁹, assistantes sociales) des services observés et d'autres services. Des entretiens ont ainsi été réalisés avec 61 professionnels, dont 35 travaillant au sein des services observés, parmi eux 28 psychiatres (dont 13 des services observés), 13 infirmiers, 4 aides-soignants, 5 cadres infirmiers, - voir le détail des entretiens en annexe). Les psychiatres sont en effet en position cruciale par rapport aux décisions de HSC, en situation d'initier, de décider, ou *a minima* de porter une partie de la responsabilité de la décision d'HSC via la rédaction de certificats. Les infirmiers et aide-soignants, que ce soit au CAC ou au sein du service d'hospitalisation, participent aux échanges entourant les décisions de contrainte, et sont en situation de mettre en œuvre les décisions de contrainte comme de porter les conséquences des décisions (de contrainte, d'allègement ou de renforcement de celle-ci, ou de non-contrainte) dans le quotidien du service. Ces entretiens étaient des occasions de réflexivité supplémentaires – suscitées par la recherche – sur des moments de contrainte. Je fais fréquemment référence aux « soignants » ou à l' « équipe soignante », termes par lesquels je désigne ensemble infirmiers et aide-soignants. En effet, si ces deux groupes professionnels ont leurs « rôles propres », l'espace de recouvrement des pratiques (Paicheler 1995) est particulièrement important dans le service étudié, notamment pour une série d'activités qui concernent particulièrement notre objet de recherche : ils interviennent ensemble dans la gestion du bon ordre du service, sont présents ensemble avec les patients tout au long de la journée, peuvent intervenir au cours des différentes réunions : staffs quotidiens, réunions de synthèse hebdomadaires, et participer aux entretiens avec les patients, ceux-ci se déroulant toujours ou presque toujours en binôme médecin-soignant.

La reconstitution de tentatives d'HSC, à la fois rétrospectivement, via les récits qui entourent les HSC qui parviennent en hospitalisation et sont éventuellement levées, mais aussi pendant leur préparation ou leurs différents épisodes à travers les observations réalisées dans les services d'urgence et d'hospitalisation du secteur A, permettent de mettre en évidence les acteurs, configurations d'acteurs et moments-clefs dans ces décisions : par exemple, non pas « les médecins », mais les médecins aux urgences, ou les psychiatres du service d'hospitalisation, en position de « ne pas confirmer » l'HSC, ou encore l'articulation psychiatres-maire lorsqu'une alliance a pu être faite. Cela permet d'examiner à nouveaux frais la question de la place des institutions, des mandats confiés aux professions mais aussi les

⁴⁹ Les secrétaires, comme l'ont montré les observations, font partie des acteurs régulateurs des soins sans consentement : elles sont centrales dans le circuit des certificats et pièces administratives nécessaires à la régularité d'une mesure, s'assurant que celles-ci parviennent en temps et en heure, et comportent les mentions nécessaires, et transmettent de plus les interprétations locales de la loi d'autres acteurs faisant autorité : la DDASS puis l'ARS via et y compris la direction de l'établissement.

limites qu'elles se donnent à leur intervention, les alliances potentiellement collusoires (Goffman) – mais aussi de mettre en évidence des épreuves qui relancent l'examen de la décision, comme une porte de domicile fermée ou la fugue d'un patient (voir la troisième partie).

J'ai ainsi « circulé » pendant près de deux ans sur le secteur A, neuf mois séparant le premier terrain au CAC et le terrain au sein du service d'hospitalisation, prolongeant ma présence au sein du secteur, par des observations au CMP (observation de réunions hebdomadaires du CMP pendant un mois), par des entretiens et des observations de réunions partenariales (voir les réunions « Constellation » ci-dessous), et ai eu du mal à quitter ce terrain : cesser de suivre des situations engagées, mais aussi la vie du secteur lui-même, les relations régulières avec les professionnels que j'y avais rencontrés, avec le sentiment également qu'il faudrait compléter les observations en se situant à d'autres points de vue, en rencontrant d'autres acteurs (élus, police, pompiers), mais confrontée aussi à la nécessité de clore à un moment donné l'enquête. Les réunions Constellation, mensuelles, suivies pendant près d'un an et demi, rassemblent des psychiatres (le plus souvent le chef de secteur), la secrétaire du secteur, et différents intervenants sociaux sur le territoire : assistantes sociales du centre d'action sociale, bailleurs HLM, un médecin responsable des actions en matière de santé à la mairie, correspondante du secteur dans les situations d'HO, les représentant locaux d'une association de proches (l'Unafam), professionnels de différentes associations intervenant sur le territoire : de réduction des risques en toxicomanie, de soutien aux familles, d'insertion ou d'accompagnement social (un établissement d'aide par le travail, un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)). Ces réunions m'ont donné à voir les articulations entre la psychiatrie et différents intervenants professionnels et institutionnels du territoire (j'ai réalisé des entretiens avec 6 personnes participant à ces réunions).

Si les observations au sein du CAC notamment ont permis d'avoir un accès à la fois à des moments de décision et de transition entre l'extra et l'intra-hospitalier et à des interventions extra-hospitalières, j'ai pu avoir accès à travers ces circulations au cours de ces deux ans à un aperçu sur des formes de « prises institutionnelles » sur des trajectoires de personnes au contact de la psychiatrie sur une plus longue durée. J'ai croisé plusieurs fois les routes de certaines personnes au cours de ce terrain, dans un service puis un autre (CAC, hospitalisation, CMP), entendant les échanges autour de l'intervention auprès d'elles par les différentes équipes du secteur, en rencontrant certaines au cours des accompagnements ou des visites au domicile, et en circulant au sein du secteur de manière plus large au cours des

différents terrains et entretiens que j'y ai réalisés : lors des entretiens avec des professionnels, au CMP, en passant d'un service à un autre, en visitant l'hôpital de jour. Ces circulations étaient l'occasion de croiser professionnels et « usagers », dans les lieux de soins, mais aussi dans la rue, au marché ou au supermarché, près de la gare de RER⁵⁰.

Présentation du secteur A - Auto-définition idéologique et éthique du service

Le secteur psychiatrique A est situé dans la petite couronne parisienne. Il dépend de l'ancien asile départemental que je désignerai comme Etablissement Public de Santé Mentale ou EPSM Philippe Paumelle. Son service d'hospitalisation, de 20 lits, a été « relocalisé » avec deux autres services sur le territoire de la commune qu'il dessert, dans un bâtiment que l'on nommera la Clinique Bouvreuil (Voir II^e partie). Ce secteur comporte en outre un Centre Médico-Psychologique, un hôpital de jour, un Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, un Centre d'Accueil et de Crise (CAC) ainsi qu'une équipe mobile de liaison pour les personnes âgées, à domicile ou en établissement, et un service de thérapie familiale. Une convention passée avec l'hôpital général voisin le conduit à y assurer les urgences psychiatriques et la psychiatrie de liaison.

Le secteur A se caractérise par un travail porté notamment par le chef de secteur effectué en direction des institutions et autres partenaires sociaux pour faire en sorte que la psychiatrie soit mieux connue, et notamment que soit connu le CAC. Celui-ci a en effet pour rôle de dénouer les situations difficiles, si possible avant de devoir recourir à des mesures jugées lourdes à mettre en place et peu souhaitables comme une hospitalisation sans consentement. Parallèlement, il s'agit aussi de travailler avec les différents acteurs sociaux de la ville de façon à les soutenir dans leurs relations avec les personnes souffrant de troubles psychiques graves plutôt qu'ils ne les orientent immédiatement vers la psychiatrie. Le secteur organise ainsi une réunion mensuelle intitulée « Constellations » à laquelle sont invités des

⁵⁰ Ces rencontres sur le « territoire » du secteur sont aussi celles que font les professionnels et les usagers : pendant une visite à domicile auprès de quelqu'un qui ne se présente plus à ses rendez-vous au CMP, l'équipe inquiète attend en bas d'un immeuble que la personne réponde à l'interphone. Un monsieur vient alors saluer l'équipe avec le sourire. Ils discutent : le monsieur attend la livraison d'une machine à laver pour une dame qui ne pouvait être là. La dame comme le monsieur sont usagers réguliers du secteur : il connaît l'équipe et même différentes équipes du secteur, ayant été hospitalisé plusieurs fois, et allant consulter au CMP. Ces rencontres sont des moments d'échange informel de nouvelles, signal rassurant ou élément d'alerte, comme il apparaît également au cours des réunions où ces échanges peuvent être rapportés par les professionnels qui circulent.

professionnels du logement (bailleurs, foyers...), de l'action sociale (centre de protection maternelle et infantile, Centre communal d'action Sociale, Mission RMI,...), des associations d'insertion, d'aide et d'information aux usagers de drogues, les associations d'usagers (en l'occurrence une association de proches de malades psychiques), etc.

Le secteur A promeut une critique active de la contrainte et des abus potentiels de la psychiatrie. On peut cependant distinguer des degrés : premièrement, une défiance latente envers l'hospitalisation⁵¹ et les médicaments dans les propos, parallèlement à un usage des deux complètement intégré aux pratiques ; deuxièmement, une défiance plus marquée à l'égard de la chambre d'isolement, qui coexiste avec un usage quasi quotidien pour un ou plusieurs patients, soit de la chambre d'isolement en tant que telle, soit de « temps en chambre fermée », par exemple deux heures le matin et/ou l'après-midi, ou ponctuellement en réponse à une « agitation ». La réticence se traduit par la non-systématicité du recours à la chambre d'isolement pour les personnes qui arrivent en HSC, pratique qui existe dans d'autres services de psychiatrie, et par l'effort d'ajuster au plus près les temps en chambre fermée et de l'ouvrir autant que possible. Troisièmement, le service insiste sur son refus de l'usage des « contentions », c'est-à-dire de sangles pour attacher un patient à son lit – j'ai pu recenser trois usages des sangles lors des trois dernières années dans le service à travers (deux décrits lors des entretiens, un pendant mon terrain). On peut considérer qu'il s'agit d'un usage exceptionnel. Une chef de secteur qui utilise couramment les contentions dans son service est citée de façon récurrente comme contre-exemple.

Ce service se réfère à plusieurs paradigmes et théories du soin psychiatrique qui nourrissent sa critique de la contrainte. Ces références sont portées notamment par le chef de secteur, mais se retrouvent couramment dans les échanges entre professionnels, par-delà la diversité relative des parcours et des affinités théoriques des médecins, psychologues et soignants. Quoiqu'ayant certains développements propres au sein d'espaces institutionnels et théoriques relativement autonomes, ces références ont aussi des histoires croisées et s'il existe des tensions ou des débats entre elles, elles sont mobilisés dans des sens convergents au sein du secteur.

La psychothérapie institutionnelle (Ayme 2009) en est ainsi une référence majeure, dans son héritage critique de la psychiatrie asilaire, dans la réflexion sur les effets délétères de

⁵¹ Voir III^e partie chap. X

l'institution dans toutes ses dimensions, y compris architecturales, et la nécessité de la transformer. La psychothérapie institutionnelle a ainsi nourri la critique de la contrainte, érigeant en geste fondateur de la psychiatrie le geste de « déchaînement » des fous, imputé tantôt au psychiatre Pinel quand il s'agit de mettre en évidence l'humanisme de la psychiatrie, tantôt au surveillant Pussin pour mettre en évidence l'importance de ceux qui sont au plus près de la relation avec les internés. Les tenants de la psychothérapie institutionnelle ont notamment mis en évidence le rôle de la « violence institutionnelle » dans les éventuelles conduites violentes des patients⁵². Ils ont structuré une critique des relations asymétriques et hiérarchiques avec les patients par l'accomplissement d'un certain nombre d'activités avec les patients, jusqu'à une certaine répartition conjointe des tâches, l'organisation de réunions soignants-soignés, l'organisation de « clubs thérapeutiques », par opposition à une stricte division des tâches entre celles réalisées par les professionnels et celles prescrites, toujours par les professionnels. L'une des psychiatres du secteur A a ainsi longtemps travaillé au sein de l'ASM XIII, association au sein de laquelle s'est organisé le secteur du XIII^e arrondissement de Paris, figure de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur, où a notamment exercé Philippe Paumelle. Plusieurs psychiatres et soignants se sont ainsi rendus pendant mon terrain aux rencontres annuelles de psychothérapie institutionnelles organisées à Saint Alban, autre lieu historique où exerçait le psychiatre catalan François Tosquelles. Des réunions d'analyse de pratique ont été mises en place pendant mon terrain pour les soignants du service d'hospitalisation, autour d'un cadre de santé ancien infirmier de secteur psychiatrique tenant de la psychothérapie institutionnelle⁵³.

La « psychiatrie de secteur », dans son versant le plus politique (versus une conception se réduisant à un organisation administrative territorialisée du soin), est une autre référence centrale, portée notamment par le précédent chef de secteur et dont le relais a été pris par l'actuel chef de secteur. Quoiqu'une partie des promoteurs de la psychiatrie de secteur s'inscrivent comme héritiers de la psychothérapie institutionnelle, ce qui est le cas de manière générale dans ce secteur, ces deux références ne coïncident pas. Pour certains psychiatres et soignants, le mouvement critique initial de l'asile s'est prolongé par un travail sur la « sortie des murs ». Or certains tenants de la psychiatrie institutionnelles tiennent aux « murs » de

⁵² Voir la thèse du psychiatre Philippe Paumelle en 1952 sur des « essais de traitement collectif d'un quartier d'agités » (Paumelle 1999).

⁵³ Celui-ci a recommandé lors de la première séance la lecture du roman de Marie Didier, *Dans la nuit de Bicêtre*, qui met en scène le surveillant Pussin, ancien reclus de l'hôpital général de Bicêtre avant d'y devenir surveillant et d'inspirer Pinel (Didier 2006).

l'institution, à un travail au sein d'un lieu d'accueil, comme le psychiatre Jean Oury au sein de la clinique La Borde – position à laquelle se réfère l'un des psychologues du secteur A. Les tenants de la « psychiatrie de secteur » tiennent à permettre autant que possible que la personne garde ou retrouve sa place au sein de la société, et donc à valoriser les soins en ambulatoire, tout en conservant la réflexion sur la manière d'être avec les patients, un attachement à une réflexivité pour traiter des dysfonctionnements et problèmes notamment à travers un processus de réunions régulières et extra-ordinaires plutôt qu'un modèle hiérarchique de sanctions-décisions, des formes d'égalisation de statuts entre les différents personnels à travers une importance donnée à la parole des infirmiers et aides-soignants au sein de ces réunions et des entretiens. La dimension de « secteur » ajoute à la reconnaissance du « fou » comme un « sujet », sa reconnaissance comme « citoyen », et une conception du rôle de la psychiatrie « dans la cité », non pas pour « psychiatriser les problèmes », mais au contraire pour inciter les différents acteurs à prendre leur place pour rendre possible la bonne insertion, le maintien dans le tissu social des personnes souffrant de troubles psychiques graves. C'est dans cette visée qu'ont été organisées les réunions « Constellations », précurseurs des « RESAD » actuelles (Réunions ou réseaux autour des situations d'adultes en difficulté), qui ont été mises en place par le précédent chef de secteur et que l'actuel chef de secteur continue d'animer et de promouvoir.

La référence psychanalytique, dont se nourrit la psychothérapie institutionnelle, existe sous des formes plus autonomes chez certains professionnels. Certains peuvent être eux-mêmes psychanalystes, comme une psychiatre argentine faisant fonction d'interne dans le service d'hospitalisation et l'un des psychologues, être passés par un « travail psychanalytique », comme plusieurs psychiatres, psychologues et soignants, ou avoir travaillé dans un service où la psychanalyse est structurante, comme la responsable du service d'hospitalisation ou une interne. Elle est diffusée également par le séminaire d'un psychologue-psychanalyste du secteur auquel une dizaine de soignants du secteur assistent, ainsi que, par exemple, par des réunions d'analyse de pratique par le CAC, animés par une psychiatre-psychanalyste extérieure au secteur. Mais la référence psychanalytique circule dans le secteur, au-delà d'une pratique personnelle et d'une fréquentation des textes : elle a des effets dans la structuration même des discours et des justifications, dans les concepts et figures de style utilisées, parfois appuyés sur une connaissance théorique approfondie, parfois se transmettant d'un professionnel à l'autre comme langage commun qui se constitue dans le travail. Elle se diffuse ainsi de façon plus large à travers les échanges autour des situations des patients. Ce

sont des figures de justification et des manières de parler qui circulent. Comme le dit le chef d'un autre secteur, qui a lui-même une formation de psychanalyste (dont il vient de me parler) : la psychanalyse est fréquemment en psychiatrie une « référence permanente, underground, qui est utilisée comme Monsieur Jourdain mais qui arrive à faire la synthèse avec ce qu'on appelle la psychothérapie institutionnelle. » (entretien Docteur Agnesi)

Enfin, la thérapie systémique vient compléter la palette des références principales du secteur A. La thérapie systémique, issue de l'école de psychologie de Palo Alto, implique qu'il est possible de comprendre l'émergence de la pathologie comme le produit d'une communication pathologique entre les membres d'un groupe, et notamment de la famille (Searles 2003). Tous n'adhèrent pas à cette conception étiologique de la maladie mentale, mais outre l'existence d'une unité de thérapie familiale dans le secteur, à laquelle participent plusieurs psychiatres et à laquelle s'initie un infirmier (je croiserai ainsi quatre professionnels du secteur à un congrès d'une association de thérapie familiale), cette référence nourrit une attention portée aux proches, et de manière générale au milieu de vie des patients. La thérapie systémique vient également renforcer des dimensions de la psychothérapie institutionnelle en interrogeant plus largement le contexte d'une « manifestation pathologique », le système relationnel qui l'entoure, et non seulement l'évolution clinique d'un état individuel.

Il est important de préciser que les terrains de thèse ont été réalisés sous le régime de la loi du 27 juin 1990. Les dispositifs législatifs encadrant les soins sous contrainte en psychiatrie ont depuis été réformés par la loi du 5 juillet 2011. Seuls quelques entretiens ont eu lieu après. Les principales dispositions de la loi du 5 juillet 2011 seront cependant présentées dans la 1^{ère} partie.

Les entretiens étaient enregistrés et ont été retranscrits.

Les extraits de mes journaux de terrains sont indiqués par les lettres : JDT. Il s'agit de deux types d'extraits : le premier est constitué par des notes prises pendant les réunions. J'avais en permanence un cahier avec moi pendant celles-ci et notais tout ce que je pouvais saisir des échanges, parfois éparpillés et parallèles, qui s'y déroulaient. Les professionnels se sont vite habitués à me voir écrire systématiquement pendant ces moments de réunions. Je reprenais et transcrivais ces notes le plus souvent le soir même – reconstituant les phrases. Celles-ci n'ont pas l'exactitude des retranscriptions d'entretiens. J'évitais cependant d'écrire pendant mes

observations hors de ces réunions, notamment pendant les entretiens avec les patients, ne prenant que des notes rapides dans des moments calmes – parfois profitant des moments où je consultais les dossiers d’hospitalisations sans consentement. Je reprenais et complétais ces notes le soir. Les propos alors retranscrits le sont a posteriori, ce que j’indique pour chaque extrait concerné. La rédaction a été améliorée pour leur présentation ici.

Toutes les observations, retranscriptions d’entretiens, notes sur les dossiers ont été anonymisées : les acteurs, professionnels, usagers et proches ont reçu des noms d’emprunts, les détails susceptibles d’être identifiants, concernant les lieux et les événements ont été modifiés. Les personnes qui apparaissent en tant que patients du secteur A ou leurs proches sont désignées par un nom de famille, sauf lorsqu’elles sont désignées par leur prénom par un acteur. Les professionnels du secteur A sont le plus souvent désignés par un prénom, par souci d’homogénéisation, dans la mesure où c’est l’usage le plus courant au sein du service⁵⁴, sauf lorsqu’ils sont nommés par un nom de famille dans les propos cités d’un acteur. Les personnes ayant vécu les situations pourront possiblement les reconnaître, a fortiori celles qui m’ont rencontrée pendant mes terrains, l’enjeu étant que l’anonymisation prévienne que des tiers le puissent. Par ailleurs, des effets de reconnaissance sont susceptibles de se produire : j’ai entendu des récits et observé différentes situations qui étaient très proches les unes des autres à de nombreux points de vue.

Un « privilège » donné à certains points de vue, et sa mise en perspective

D’autres choix quant à la manière de conduire l’enquête auraient été possibles, comme les dispositifs d’enquêtes « par cas » où les points de vue des différents protagonistes sont croisés. Je préciserai mon choix de centrer l’enquête sur le point de vue de ceux qui ont recours à la contrainte.

Des enquêtes très riches ont ainsi été menées de façon à croiser les points de vue de différents acteurs concernés autour de situations singulières données, comme celle d’Aude Béliard, qui a choisi de travailler « par cas », et de croiser les points de vue, notamment de l’entourage

⁵⁴ Les soignants s’appellent entre eux par leur prénom, et les médecins aussi. Certains médecins, le plus souvent les titulaires en position de responsabilité, sont appelés par la plupart des soignants sous la forme « Dr [Nom de famille] », il arrive que des soignants appellent les médecins par leur prénom – cela arrive davantage de la part des soignants les plus anciens et en direction des médecins les plus « jeunes », internes, assistants. Des formes de hiérarchie sont ainsi marquées de façon non systématique.

familial, autour de la recherche et/ou la mobilisation d'un diagnostic de maladie d'Alzheimer, en incluant le point de vue de la personne concernée lorsque cela était possible (Béliard 2010). Ces enquêtes permettent de mettre en évidence la dynamique des évaluations et décisions, la variété des qualifications autour d'une situation donnée et la manière dont certaines solutions vont prévaloir, la manière dont notamment les qualifications médicales vont être mobilisées dans des situations de décision pour autrui.

On pourrait se demander si le contexte psychiatrique ne décourage pas ce type d'enquête par les relations potentiellement conflictuelles entre personne concernée, proches et professionnels : particulièrement autour de ces situations de contrainte qui cristallisent des moments d'opposition entre les intervenants et les personnes concernées – mais aussi entre proches⁵⁵, et entre proches et professionnels⁵⁶. Cet antagonisme n'est cependant pas propre aux situations psychiatriques. Le contexte de dépistage d'une maladie d'Alzheimer ne s'inscrit pas non plus univoquement dans la perspective d'un bien commun unique visé par soignants et proches dans qui serait de mettre en place un soin et une coordination d'acteurs en vue d'une dépendance future voire déjà présente (Weber 2012). Le travail d'Aude Béliard le montre, cet antagonisme est latent dans toute situation où il y a plusieurs parties, où il peut y avoir plusieurs prétendants à l'énonciation de la bonne évaluation et la bonne décision pour une situation donnée, a fortiori lorsque se pose la question de la décision pour autrui – c'est-à-dire où est en question la disqualification de l'une des parties, la première concernée par les décisions. Freidson désignait cet antagonisme comme un « *clash* des points de vue » (« *clash of perspectives* ») inhérent à toute relation médecin-patient :

⁵⁵ L'enquête précédente auprès des proches de personnes hospitalisées sans consentement en psychiatrie m'avait donné un aperçu de ces obstacles : difficulté de rencontrer le conjoint, ou les parents quand je rencontrais un membre d'une fratrie : je n'ai ainsi pu rencontrer que deux couples parentaux, l'un des deux au sein d'une famille où j'avais pu rencontrer également deux membres de la fratrie, le jeune homme concerné ainsi que sa femme. Une mère m'avait rencontrée « en cachette » de sa fille et avait refusé que l'entretien soit enregistré pour être sûre que celle-ci ne pourrait être au courant, et plusieurs proches m'avaient dit qu'ils ne parleraient pas de cet entretien à la personne concernée, et éventuellement même à leur entourage. Les raisons énoncées tenaient à une volonté de « protection » d'un autre proche de l'évocation d'une histoire douloureuse, de protection de la fratrie d'une histoire que les parents jugeaient éventuellement déjà trop « envahissante » pour eux, mais elles pouvaient également se référer à un désaccord profond dans la qualification des faits et notamment au rejet de l'interprétation psychiatrique.

⁵⁶ Il peut exister une certaine défiance envers les familles chez les professionnels de la psychiatrie, différentes théories tendant à imputer la source des troubles aux familles, à la relation aux parents pour la psychanalyse, et à la dynamique du groupe familial pour les théories systémiques issues de l'École de Palo Alto (Carpentier 2001) et réciproquement une relation ambivalente des proches à la psychiatrie, qui peuvent y chercher recours et en désapprouver les réponses ou craindre que ce ne soit pas la bonne solution. Cela évolue par endroits, certains services psychiatriques développent les relations avec les familles, qui sont rendues nécessaires par des durées de séjour relativement courtes qui imposent la recherche de solutions en aval d'une hospitalisation pour permettre la sortie.

« Ma thèse est que profanes et professionnels ont des mondes distincts d'expérience et de référence qui sont toujours potentiellement en conflit l'un avec l'autre. [...] Tandis que le professionnel et le client sont théoriquement d'accord sur la fin/le but de leur relation – la résolution du problème du client – les moyens par lesquels cette fin est atteinte et les définitions du problème elles-mêmes sont sources de différences potentielles. » (Freidson 1989, p. 16)

Cet antagonisme potentiel désigne a minima le simple postulat que soignants et patients ont des points de vue différents, et non pas qu'ils soient en conflit ouverts. Freidson localise le point de divergence sur les « moyens » et les « définitions du problème » par opposition à la finalité de la rencontre entre soignants et patient qui serait, elle, commune. Il me semble que le simple fait que la définition du problème n'est pas commune induit une divergence dans la définition des finalités, sauf à les définir de façon très large comme le fait d'« aller mieux ». Philippe Barrier, philosophe qui fait retour sur son expérience de la maladie chronique, propose une réflexion sur la question de l'observance où il met en évidence que l'enjeu n'est pas d'obliger ou d'éclairer un patient indocile et ignorant de son propre bien, mais que celui-ci compose les définitions médicales de son bien avec ses propres normes et fins : par exemple, pour l'adolescent qu'il était, de pouvoir partager les occasions de sociabilité avec ses pairs avec les contraintes de la « bonne » prise en charge de son diabète (Barrier 2008; Barrier 2012). Cet antagonisme potentiel induit des problèmes théoriques et des problèmes matériels d'organisation de l'enquête.

Le fait d'entrer en contact avec des « usagers » ou des familles depuis l'institution pose tout d'abord question en ce que cela tend à imposer un certain cadre qui rend plus difficile la dissociation de la recherche et de l'établissement psychiatrique auquel ils ont affaire, ce qui contraint le type de parole qui peut être développé en entretien et peut tendre à mettre d'autant plus l'accent sur la prise en charge médicale. Ce type de biais peut cependant être documenté. De plus, avoir accès aux personnes hospitalisées et aux proches impose de faire une alliance étroite avec un service de psychiatrie – qui peut être réticent à donner accès aux patients et aux proches⁵⁷ – soit qu'il y ait une certaine défiance envers les proches, soit encore que l'accès à ceux-ci, et en particulier aux patients, exige du point de vue des soignants d'avoir des « compétences cliniques/psy » ou de participer au soin. J'ai pu, pendant mes terrains réalisés en hospitalisation, parler avec des patients de façon informelle et assister aux entretiens « cliniques » réalisés par les psychiatres accompagnés d'un soignant de l'équipe – sans que ceux-ci y fassent aucunement obstacle. Mais réaliser des entretiens avec les patients

⁵⁷ C'est également la conclusion à laquelle arrive Julien Grard qui entendait saisir l'expérience des personnes prises en charge par la psychiatrie. Il avait tenté de rentrer en contact via un service de secteur psychiatrique au sein duquel il avait déjà mené une première recherche et a finalement choisi de rencontrer plutôt les personnes au sein d'un groupe d'entraide mutuel (Grard 2011).

ou avec leurs familles, aurait impliqué une négociation spécifique, comme me l'ont manifesté des questions ou des remarques des psychiatres des services lorsque je leur présentais ma recherche.

J'ai tenté de réaliser des entretiens avec des proches de personnes hospitalisées sans consentement une année donnée dans l'un des services étudiés, avec peu de succès. Seuls 7 proches ont pu être rencontrés sur 58 sollicités : il est très probable que la modalité de contact, choisie après négociation avec le service : un courrier envoyé, n'était pas pertinente ; le fait de faire cette demande en association avec le service pouvait également être source de confusion. Il aurait fallu, pour prolonger cette tentative, développer un nouveau travail d'alliance spécifique avec les psychiatres du secteur, notamment du service de consultation externe (le centre médico-psychologique) pour rentrer plus directement en contact avec d'autres familles par leur intermédiaire ou en association avec eux, mais cela impliquait de renégocier le contrat initial par lequel ils avaient accepté ma présence pendant un temps long, et cela aurait alors constitué un nouveau chantier trop important. L'un des éléments de décision n'a donc pas été seulement une question de pertinence de ce chantier, mais aussi une question pratique d'économie de l'enquête.

Ces quelques entretiens ont cependant à la fois été éclairants et troublants, en ce qu'ils mettaient en évidence l'éclairage différent et potentiellement contradictoire qu'ils jetaient sur le service. Ce contraste entre les perceptions situées des uns et des autres semble s'aiguiser dans les situations qui paraissent menacer les modes de résolution ordinaire des troubles au point que la contrainte psychiatrique est évoquée, notamment dans l'appréciation de « ce qui est en train de se passer » et de « ce qu'il conviendrait de faire ».

Le choix de ne pas poursuivre cette tentative de croiser les points de vue sur des situations données, qui peut certainement être très heuristique par ailleurs, correspondait également au souhait chez moi d'éviter d'être en position d' « arbitrer » sur ce qu'il a pu se passer « en réalité », et encore moins d'évaluer moi-même la pertinence ou la légitimité d'une décision de contrainte à un moment donné, mais de concentrer l'enquête sur les « raisonnements pratiques » (Ogien 1989) à l'œuvre dans les décisions de chacun des intervenants, de l'économie des éléments pris en compte dans celles-ci, des tensions morales à l'œuvre, des arbitrages effectués à cette occasion et des manières d'en rendre compte de façon à restituer ces choix de façon à pouvoir en soutenir la légitimité. Les entretiens avec les proches comme

avec des soignants qui travaillaient dans d'autres services que ceux étudiés ont permis d'enrichir la perception de l'hétérogénéité de l'organisation des secteurs.

Quid de la perspective des personnes contraintes elles-mêmes ? Ne pas réaliser d'enquête auprès d'elles n'était pas une manière de considérer que leur perspective n'était pas pertinente ni éclairante sur ces situations, au contraire. Plus encore, ce choix ne présupposait pas la reconduction d'une disqualification du point de vue des personnes hospitalisées et/ou ayant reçu un diagnostic psychiatrique. Les entretiens avec des personnes vivant avec des troubles psychiques graves peuvent poser des questions méthodologiques spécifiques, sur le moment auquel l'entretien est réalisé, sur la question du consentement à l'entretien, sur les conditions d'établissement d'une relation de confiance avec des personnes particulièrement en prise avec des interventions institutionnelles et qui peuvent légitimement se défier des effets de leurs réponses et non-réponses aux interpellations à parler qui peuvent leur être faites. Mais des recherches ont été et sont réalisées auprès de personnes souffrant de troubles psychiques graves qui montrent – s'il en était besoin – combien la réalisation d'entretiens est possible. Elles montrent plus encore et surtout combien ce point de vue n'est pas *substituable* sur les situations qu'elles expérimentent (Velpry 2003; Davidson 2003; Martin 2012; Lovell et al. 2013; Grard 2011; Martin 2012) – ce qu'il est nécessaire de rappeler, *quand bien même* le point de vue des personnes ne serait pas *accessible* (comme des personnes en incapacité de communiquer, dans le coma, à un stade de démence avancé, dans un état « catatonique », etc.). De la même façon que les *disabilities studies* (Stiker, Ravaud et Albrecht 2001) ont transformé le champ de recherche sur le handicap par la prise en compte des points de vue des personnes en situation de handicap et l'intervention de chercheurs handicapés eux-mêmes, de manière plus générale, les travaux sur l'épistémologie du point du vue (*standpoint theory*)⁵⁸ ont pu mettre en évidence la valeur des savoirs détenus et produits par les personnes concernées elles-mêmes – notamment par le fait même que ces perspectives étaient minorées dans des approches tendant à respecter ce qu'Howard Becker nomme la « hiérarchie des crédibilités » (Becker 1967, p. 243).

Le risque est bien sûr toujours présent d'adhérer à la « hiérarchie des crédibilités », et de tendre ici à adhérer au point de vue des psychiatres comme ayant une qualité privilégiée à décrire ces décisions, à dire ce qu'il en est de la réalité des troubles psychiatriques et à y

⁵⁸ Travaux initiés par les recherches féministes, le *black feminism* et les *post-colonial studies* (Harding 1991; Collins 1997). Pour une présentation de ces travaux en français, voir (Puig de la Bellacasa 2003; Dorlin 2008; Dorlin 2009).

définir la meilleure réponse. Ce risque est renforcé par des effets possibles des alliances nouées pendant le terrain qui conduit à avoir davantage accès à certains points de vue et à « privilégier », de fait, l'éclairage que ces points de vue donnent sur le monde. Le travail ici présenté entend rester vigilant envers les risques de privilégier le « point de vue des privilégiés », notamment en faisant apparaître autant que possible les points de vue comme points de vue et non comme « le monde lui-même » et en interrogeant ce moment où le point de vue de certains acteurs, dans certaines conditions sociales, prévaut. La manière dont les personnes qui subissent la contrainte l'expérimentent, ou la question de ce que peut faire l'intervention psychiatrique dans un parcours de vie, la réception des interventions auprès de soi, a fortiori dans des moments de capacité fluctuante, sont des sujets qui n'ont pas fini d'être explorés.

Mais cette recherche s'est donné pour but d'explorer ce moment – inquiétant – de l'intervention auprès d'autrui où celui qui intervient va à l'encontre de ce que la personne décide ou dit vouloir pour elle-même, ou se passe de ce que la personne exprime. Par suite, ce qui était examiné était la manière dont *ceux qui ont recours à la contrainte* se saisissent de ce qu'exprime et manifeste la personne contrainte, ce qu'ils en retiennent, la place qu'ils lui donnent dans la manière dont ils l'évoquent et dans leurs interventions auprès d'elle. Les places de chacun ne sont d'ailleurs pas fixes : personne contrainte, proche, psychiatre, professionnel soignant, représentant de l'Etat, mais dépendent plutôt de leur position dans un « schéma actantiel » de la contrainte (Dodier et Baszanger 1997, p. 56) : intervenant principal, personne objet de l'intervention, adjuvant, obstacle. Une même personne peut occuper différentes places dans une même situation qui évolue, ou différentes places au cours de sa vie : un psychiatre peut être l'expert « adjuvant » qui « valide » une demande d'hospitalisation, l'intervenant principal auprès d'une personne isolée pour laquelle il va mobiliser le maire, le proche d'un membre de sa famille voire la personne autour de laquelle l'entourage s'inquiète et se mobilise ; une même personne peut être usager de la psychiatrie et intervenant principal auprès d'un ami, être usager et être professionnel du soin, être élu municipal et proche d'une personne hospitalisée et/ou usager... ces changements de place possibles peuvent se décliner indéfiniment.

En portant l'interrogation sur les opérations de qualification et de décision opérées par ceux qui interviennent auprès d'un autre, il s'agissait précisément de leur faire perdre leur évidence, de considérer qu'elles ne vont pas de soi – et sur fond d'une opacité restituée à la conduite d'autrui : est-il ou n'est-il pas atteint par un trouble psychiatrique qui le déposséderait de lui plus que tout un chacun peut être dépossédé de soi par les forces qui le

traversent ? Lesquels de ses actes sont imputables à ses troubles ? Cette recherche ne prétend pas répondre à ces questions, mais étudier la manière dont certains y répondent. Centrer la recherche sur les perspectives de ceux qui interviennent jusqu'à la contrainte n'est ainsi pas renvoyer les personnes qui font l'objet de contrainte psychiatrique à l'obscurité irréductible d'une absence de raison, mais à restituer ici la place de l'opacité d'un point de vue auquel on ne pourra toujours avoir un accès que partiel.

La première partie de cette recherche reviendra sur l'histoire des dispositifs légaux qui tout à la fois encadrent et rendent possibles les hospitalisations sans consentement, les problématiques et les légitimes. Cette histoire s'avère indissociablement liée à l'histoire des dispositifs psychiatriques eux-mêmes : la première loi qui encadre ce qui est alors nommé placement, la loi du 30 juin 1838, est indissociablement une loi d'assistance qui organise sur l'ensemble du territoire le soin des « aliénés » dans des établissements de santé, et une loi qui noue soin, enfermement et modalité légale qui autorise l'atteinte aux libertés de la personne internée et lui définit un statut civil spécifique. Dans l'encastrement de ces trois éléments se cristallise l'improbable miracle que constituerait une mesure qui serait à la fois thérapeutique et restauratrice d'ordre social – figure qui perdure encore aujourd'hui, quoique sous des formes différentes. On suivra alors le fil de l'histoire du désencastrement de ces trois éléments, avec le développement d'un soin libre, puis ambulatoire – c'est-à-dire la sortie de l'asile, les formes d'ouvertures et de fermetures de l'asile, la dissociation de la mesure d'hospitalisation sans consentement de celle de la protection des personnes, le développement d'une nouvelle forme de territorialisation des soins qu'est le secteur, jusqu'aux nouvelles articulations du soin et de la contrainte dans le réinvestissement de formes d'enfermement et de fermeture, parallèlement à l'articulation nouvelle de la contrainte et du soin extra-hospitalier par la loi du 5 juillet 2011. Le dispositif légal des hospitalisations sans consentement met en exergue l'attention spécifique qui est portée à cette contrainte qui limite la liberté d'aller et venir. On s'intéressera également aux modalités spécifiques de régulations, plus faibles, des contraintes au sein des établissements, et la persistance du rôle donné aux médecins, alternativement ou simultanément crédités de l'expertise d'actions longtemps identifiées comme médicales et chargés de la responsabilité morale tant de l'ordre au sein des établissements que de la garantie de la mesure et la préservation de l'abus dans l'usage de ces procédés.

Dans une deuxième partie, on examinera les formes contemporaines de la contrainte au sein d'un service hospitalier, de façon à mettre en évidence les variations d'expositions à la critique dont les différentes dimensions de l'hospitalisation peuvent faire l'objet, l'économie des contraintes qui s'y joue, et à faire apparaître tant le renouveau de modalités de régulation externes qui réactivent des critiques parfois anciennes et y donnent de nouvelles formes, que le rôle crucial des formes de régulations internes, par les professionnels eux-mêmes, dans l'exercice de la contrainte. L'exercice de la contrainte par les professionnels et le rôle de la division du travail dans sa régulation feront l'objet d'un examen spécifique.

La troisième partie sera consacrée à ces moments frontières que sont les décisions d'hospitalisations sans consentement et aux levées de contrainte et décisions de sortie. On s'intéressera notamment aux chemins qui mènent aux HSC, à la manière dont les décisions d'HSC s'insèrent dans l'économie des interventions des différents acteurs autour de la personne (proches, travailleurs sociaux, police et psychiatrie), et au sein de la psychiatrie, à l'économie des dispositifs existants et notamment des dispositifs d'urgence et de soin extra-hospitalier. À partir de l'étude de ce moment d'intensification de l'intervention psychiatrique qu'est l'hospitalisation, des décisions qui l'initient et de sa délimitation, on mettra en évidence la manière dont un secteur s'engage selon des modalités différenciées dans les trajectoires de ses patients, depuis des interventions très extensives prolongées jusqu'à des interventions ponctuelles, en passant par des interventions auto-limitées ou limitées par défaut : défaut de moyens, défaut de prise sur des personnes, qui, hors de l'hôpital, sont davantage susceptibles d'échapper aux prises institutionnelles.

PARTIE I : Formes spatiales et régulations légales de la contrainte

Les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie constituent ce moment où la contrainte est cristallisée dans une mesure administrative, encadrée légalement, qui l'objective. Ces mesures se découpent sur l'arc des dégradés de gris qui entourent le volontaire et l'involontaire, la menace et la conviction, entre la force et ce qui serait une action « pleinement libre ». On retrouve cet arc des dégradés dès lors que l'on s'intéresse à la mise en œuvre pratique de ces mesures – dans ce qui conduit à ces décisions, dans la mise en œuvre de ces mesures, dans la manière dont les hospitalisations elles-mêmes se déroulent. Mais la dimension de contrainte s'explique dans ces mesures, et trouve dans la loi une définition de ses conditions et des limites de sa légitimité. Il s'agit d'une spécificité psychiatrique car il n'existe pas de dispositions analogues dans les autres établissements dont la destination principale est le soin ou l'accompagnement (urgences, services gériatriques, établissements médico-sociaux...) pour encadrer les pratiques de restrictions de la liberté d'aller et venir, sans parler même d'autres formes de contraintes⁵⁹.

Ce chapitre sera consacré à la manière dont la loi, les lois successives définissent et encadrent la place de la contrainte et notamment la place de l'enfermement dans l'économie des dispositifs de soins psychiatriques. L'intérêt pour les dispositions légales se situe ici au point où celles-ci sont susceptibles d'informer les pratiques – sans que soit présumé le rapport des pratiques au droit. On articulera une première présentation synthétique des dispositions

⁵⁹ On exclut ici les établissements carcéraux, ainsi que ceux relevant de décisions administratives sans rapport avec le soin, comme les centres de rétention administratives. La dimension de contrainte peut être également présente dans d'autres services de soins, ainsi que des établissements médico-sociaux comme les maisons de retraite (les EHPAD, Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) sans avoir fait l'objet de controverses publiques, ni réciproquement, être encadrée – comme le montre le travail de Lucie Lechevalier Hurard sur l'usage quotidien d'un « travail de contrainte », c'est-à-dire d'un ensemble de pratiques visant à « maîtriser les corps », dont l'usage de sangles parfois également utilisées en psychiatrie (Lechevalier Hurard 2013). Le précédent Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) proposait d'étendre son mandat aux maisons de retraite : « Jusqu'à présent, pour les contrôler [les EHPAD], il y a des inspections administratives, mais elles sont peu fréquentes, et se déroulent souvent dans des lieux où il y a des problèmes déjà pointés. Nous avons besoin de mécanismes de prévention (...). Sur ce champ-là [les lieux de privation de liberté, ndlr], nous avons un savoir-faire (...) en principe, les gens venant volontairement dans les EHPAD, ce critère nous interdit d'y aller. Mais peut-on s'en satisfaire ? (...) L'hébergement des personnes âgées ne doit pas faire l'économie de procédures. » Favereau, Eric. « "Ne jamais passer outre le consentement de la personne". Interview de Jean-Marie Delarue, Contrôleur des lieux de privation des libertés ». *Libération*, janvier 24, 2012.

légales avec l'évolution des dispositifs de soin, qui s'émancipent progressivement de l'espace hospitalier, et au sein desquels les restrictions qui s'y exercent varient de façon forte.

Trois lois ont successivement défini les modalités d'encadrement des soins sous contrainte : la loi du 30 juin 1838, celle du 27 juin 1990 et celle du 5 juillet 2011, modifiée en 2013. La loi du 30 juin 1838 apparaît comme le point nodal où les dispositifs de réclusion des « aliénés »⁶⁰, qui relevaient auparavant de mesures complexes, non homogènes, exposées à l'accusation d'arbitraire, sont unifiés et encadrés. La loi apparaît comme un effort de régulation des pratiques⁶¹, parmi d'autres formes de régulations. Elle est une modalité plus formelle, plus générale, et à l'effectivité potentiellement plus importante, en ce qu'elle définit un cadre valable pour tous les individus sur l'ensemble du territoire national. Pour autant, elle n'est pas exclusive d'autres modalités de régulation, règlements locaux, procédures administratives ou professionnelles, encadrements normatifs de la pratique, qui chacune ont plus ou moins de « prises » sur les pratiques. On mettra en évidence dans ce chapitre la manière dont cette régulation des pratiques par le droit s'opère avec plus ou moins de succès dans le temps long – c'est-à-dire dans quelle mesure le droit parvient à avoir une prise sur les pratiques de façon à les encadrer et à conjurer l'accusation d'arbitraire ou de violence illégitime. Le temps long fait en effet apparaître des pratiques qui se développent hors du droit – avant d'être, ou non, constituées en problème et à nouveau ressaisies par le droit.

Ce sont les régulations en pratique de la contrainte et de l'enfermement psychiatrique qui nous intéressent, tant au point où les textes prennent une valeur normative par rapport à ces pratiques, comme définition des normes de ce qui est acceptable, qu'aux points où celles-ci échappent ou restent éloignées des régulations légales. Nous montrerons que cette valeur normative des textes par rapport aux pratiques peut jouer en deux sens opposés : comme légitimation des pratiques ou, à l'inverse, comme mise en problème de celles-ci.

On s'intéressera en particulier à l'articulation entre les différentes pratiques et formes de contrainte et d'enfermement, leurs régulations administratives et légales, et la place d'une médecine qui se construit à la fois comme justification de cette contrainte, contrôle des limites de la pertinence de celle-ci et comme ensemble d'institutions et d'acteurs qui la mettent en œuvre.

⁶⁰ Terme utilisé dans la rédaction de la loi, jusque dans son intitulé : « Sur les aliénés ».

⁶¹ Cette approche par les régulations se donne pour objet le niveau intermédiaire, entre normes générales et conduites locales, qui permet d'appréhender la manière dont les règles juridiques sont utilisées, ou non, par les acteurs, voir (Chazel et Commaille (eds.) 1991).

I. L'évolution du cadre juridique et des dispositifs de soin (1838-2013)

La loi de 1838 instaure un nouvel équilibre des pouvoirs, non pas en tranchant en faveur du pouvoir judiciaire dans la concurrence qui l'oppose au pouvoir royal et au pouvoir administratif (maires⁶² ou préfets) mais en faisant intervenir une autre source d'autorité : la médecine. La conjuration de l'« arbitraire » dont l'Ancien Régime devient le symbole se fera non seulement par l'encadrement légal de ces mesures, mais aussi par l'intervention d'un tiers savant. Dans ce moment instituant de la psychiatrie française qu'a été la loi du 30 juin 1838, a alors été définie plus qu'une forme d'interdépendance, un « encastrement »⁶³ entre trois éléments : l'enfermement dans le lieu de l'asile, la mesure administrative encadrée légalement qui l'autorise et la définition médicale tant du lieu d'enfermement que du traitement des personnes. Un encastrement au sens où ces trois éléments étaient initialement indissociables dans le cadre légal, même si on observe en pratique quelques exceptions. Ce qui a été successivement appelé « placements », « internements », « hospitalisations sans consentement » ou « sous contrainte » ont d'abord constitué l'unique modalité de « soin » ou l'unique cadre du soin en psychiatrie. La loi de 1838 est restée en vigueur pendant près de 150 ans ; cependant, l'encastrement qu'elle définissait a fait l'objet de multiples désarticulations et réorganisations des liens entre ces trois éléments, en passant par des contournements et écarts pratiques. Progressivement se sont définis un soin « libre » au sein de services asilaires ou hospitaliers et un soin « hors hôpital », ce qui n'a que par la suite fait l'objet de textes légaux

⁶² Le Décret sur l'organisation judiciaire des 16-24 août 1790 confie en effet aux « corps municipaux » le « soin d'obvier ou de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés ou les furieux laissés en liberté, et par la divagation des animaux malfaisants ou féroces » (Titre XI-art. 3) – sans aucune finalité médicale. Le décret de l'Assemblée Constituante du 12-16 mars 1790 abolissant les lettres de cachet prévoyait de faire interroger par un juge et examiner par un médecin les personnes enfermées pour cause de folie, et de surseoir à leur « élargissement » le temps de cet examen, et le cas échéant les « confier » à des hôpitaux. Ce fut peu suivi d'effet. Et par ailleurs, comme on le précise ci-dessous, il existait d'autres procédures d'enfermement que la lettre de cachet.

⁶³ Cette notion d'encastrement a été proposée par Benoît Eyraud ; nous l'avons développée dans un article commun où nous avons étudié l'évolution des formes de l'enfermement psychiatrique et de ses régulations à partir de l'exemple de l'hôpital du Vinatier, dans le Rhône, à l'origine asile de Bron (Eyraud et Moreau 2013). Les pages qui suivent ont été nourries de la réflexion commune menée à l'occasion de cet article. Elles la prolongent et s'en écartent cependant sur certains points (comme sur la question de la régulation des contraintes intra-hospitalières) et par un angle d'approche différent. D'autres analyses s'y sont ajoutées qui n'appartenaient pas à cette étude initiale, notamment sur la période antérieure à 1838, la place de la justification médicale dans les textes régulant la contrainte psychiatrique, la notion d'isolement, et les analyses plus précises des lois de 1990 et 2011.

ou réglementaires. La loi de 1990 a ainsi été la première à prévoir la possibilité des hospitalisations libres en psychiatrie et plus encore à affirmer le principe de leur prééminence, les hospitalisations sans consentement devant constituer l'exception. Pour autant, le nœud entre soin et contrainte n'a jamais été entièrement « défait » dans la pratique psychiatrique. La dernière réforme de la législation sur les soins sous contrainte propose même une nouvelle articulation en rendant possible la poursuite des soins sans consentement « hors hôpital » (loi de 2011). La période « post-encastrement » invite ainsi à regarder et distinguer les différentes compositions de ces trois éléments et ce qu'elles produisent, dans le recours à la contrainte et sa régulation. La loi de 2011 introduit en effet un deuxième élément majeur outre l'exercice d'une contrainte « hors les murs » et « hors hospitalisation » : la réintroduction d'une régulation judiciaire des hospitalisations sous contrainte, par le contrôle systématique par le juge des libertés de toute hospitalisation sous contrainte excédant une certaine durée⁶⁴.

A. La loi de 1838 : l'encastrement du dispositif légal, de l'espace de l'asile et du médical

1. Avant la loi de 1838 : des séquestrations non spécifiques malgré une proto-médicalisation de la folie

La loi « sur les aliénés » du 30 juillet 1838 est la première loi qui définit une réclusion spécifiquement psychiatrique, c'est-à-dire dans un établissement destiné au traitement des personnes souffrant de troubles mentaux.

Auparavant, les réclusions se faisaient selon des modalités non spécifiques aux « aliénés ». L'on cite fréquemment les fameuses lettres de cachet, ordres royaux qui permettaient notamment la réclusion d'une personne sans jugement. Ce dispositif, aboli lors de la Révolution française symbolise pour beaucoup l'arbitraire de l'Ancien Régime. En réalité, la « séquestration des insensés » pouvait être opérée non seulement par le pouvoir exécutif mais également par le pouvoir judiciaire, selon des « procédures complexes et mal unifiées [qui]

⁶⁴ 15 jours initialement, 12 jours depuis la loi du 27 septembre 2013, voir *infra*.

donnaient lieu à des conflits de compétence » (Robert Castel 1976, p. 24)⁶⁵. Différentes instances judiciaires pouvaient soit prendre un ordre de justice décidant d'une séquestration simple soit conduire une procédure d'« interdiction » conduisant à mettre les biens de la personne sous tutelle et éventuellement à la placer dans une maison de force. Cette dernière procédure, à l'initiative de la famille ou exceptionnellement du procureur du roi, s'avérait complexe et coûteuse. La majorité des décisions d'enfermement étaient cependant prononcées sur ordre du roi, sur la sollicitation des familles ou de l'autorité publique, éventuellement après que les forces publiques se sont saisies d'un auteur de désordre (« ont pris les mesures de sûreté nécessaires » selon les termes consacrés). Si la qualification d'« arbitraire » de ces décisions constituera un puissant moteur de la critique des réclusions d'Ancien Régime, les historiens s'attacheront à montrer que dans leur cours ordinaire, celles-ci ne relèvent pas du caprice du Prince mais font suite à des procédures d'enquêtes (Robert Castel 1976; Caire 2013; Haustgen 2015). Ces décisions s'appuyaient sur les témoignages produits par les familles à l'appui de leur demande mais aussi requis par l'autorité publique (Farge et Foucault

⁶⁵ Je m'appuie ici beaucoup sur les travaux de Robert Castel qui décrit de façon très riche les déplacements non seulement dans les dispositifs légaux et réglementaires mais aussi les configurations d'acteurs mobilisés dans la séquestration puis le traitement des aliénés et donne enfin des éléments précieux sur les évolutions des formes de légitimation de la contrainte d'enfermement qui leur est appliqué. Je ne souscris pas pour autant à l'ensemble de ses analyses. Je ne souscris notamment pas à l'une de ses thèses principales sur le passage de l'enfermement dans une institution « totalitaire » à un contrôle plus diffus – thèse qui, à mon sens, tend à écraser les différences entre les différents lieux et formes d'enfermement et à surestimer les formes de contrôle diffus (Castel assume le terme de « totalitaire » pour traduire le concept goffmanien de « *total institution* » (Robert Castel 1976, p. 59, note) – dont il a assuré la direction de l'édition de la version française, qu'il a également préfacée. Sur la discussion de la traduction, voir l'introduction – disons simplement ici qu'on préférera le terme de total). Je reviendrai dans la partie III sur les formes de contraintes extra-hospitalières – pour mettre en évidence limitations et auto-limitations dans l'intervention psychiatrique. Je suis également réservée sur sa thèse du passage à la forme du contrat après la Révolution à l'aune de laquelle il analyse la place du « fou ». Cette forme contrat se manifesterait à la fois dans le contrat de travail, qui exclut la possibilité d'imposer de travailler (notamment dans les institutions fermées, que ce soit des institutions accueillant indigents, mendiants, orphelins, vieillards et handicapés ou les fous) ; mais aussi plus généralement dans un « contrat social » (il n'utilise pas ce qualificatif), un contrat implicite de la nouvelle société politique d'après la Révolution sur lequel se refonderait toute la légitimité des lois et la punition des transgressions de celles-ci. Le fou échapperait à cette modalité de régulation des désordres en étant dans l'incapacité de contracter – ce qui rendrait compte de la nécessité de légitimer autrement les décisions de séquestration, problème auquel répondrait l'introduction de la médecine dans le dispositif. Je souscris à une partie de l'analyse mais pas à l'extension de la notion de contrat – il apparaît assez nettement que cette forme contrat, si elle est promue par la Révolution et devient dominante, ne devient pas exclusive. Elle ne régit pas nombre de relations sociales. Par exemple, le travail imposé dans ces institutions est critiqué, mais ne disparaît pas et une grande partie du revenu de ce travail reste capté ; la tutelle familiale, comme Castel le montre lui-même, reste prégnante et est même réaffirmée – ce qui n'est pas, ou pas alors, une forme contractuelle de relations sociales – sans pour autant constituer nécessairement le régime parallèle de l'insensé interné ou reconnu irresponsable. Le « fou » ne remplit pas les conditions de la transgression de la loi, soit parce que ses actes produisent un désordre qui n'est pas défini par celle-ci, et n'en constitue pas une transgression, soit parce qu'il est reconnu comme incapable d'être responsable de ses actes, c'est-à-dire littéralement d'en rendre compte, d'en répondre – sans que ces évaluations induisent nécessairement une « disqualification » d'un contrat social implicite. Cette lecture est séduisante mais tend à surcharger de signification et mal distinguer différents dispositifs (internement, irresponsabilité pénale, interdiction) qui ne vont cesser de se différencier davantage.

1982). Les familles étaient alors considérées comme « juges naturels des intérêts familiaux » (Robert Castel 1976, p. 29), et avaient la responsabilité de la charge de leurs membres : elles devaient d'ailleurs payer une pension, et le lieu de placement dépendait du montant qu'elles acceptaient de payer (id.). Si les droits individuels ont gagné en primauté face aux groupes d'appartenance, la place des familles dans la représentation et la charge des intérêts de ses membres est demeurée primordiale (Weber, Gojard et Gramain 2003; Lanquetin et al. 2003). Dès avant la Révolution, et de ce point de vue il y a un continuum entre 1780 et 1838, les procédures de séquestration via l'autorité judiciaire semblaient être préférées à celles émanant de la juridiction royale (Robert Castel 1976, p. 27). Après la Révolution, et jusqu'au code civil napoléonien, la séquestration ne sera légalement possible que via une procédure (judiciaire) d'interdiction (Ibid., p. 51; Eyraud 2010, p. 89 et 93)⁶⁶. La qualification des décisions émanant de la juridiction royale marque le déplacement des sources de légitimité de telles décisions ainsi que des biens de référence sur lesquels elles s'appuient : les « ordres du roi », actes singuliers, ne sont plus considérés comme des formes juridiques satisfaisantes face à la généralité de la loi.

Ces différentes voies conduisant à la séquestration ne concernaient pas spécifiquement les « aliénés » mais différentes formes de déviances et de désordres menaçant l'ordre public ou privé (vagabondage, prostitution, prodigalité, débauche...), ce que l'on a couramment désigné après Foucault dans son *Histoire de la folie à l'âge classique* comme le « grand renfermement » (Foucault 1972). Mais comme l'ont montré plusieurs historiens, il ne faut pas surévaluer la distinction foucauldienne – ou plutôt ce qui en a été retenu – entre le temps du « grand renfermement » et le moment de la séparation « de la raison et de la déraison » sous l'égide d'un savoir médical en élaboration. La médicalisation du traitement de la folie et la professionnalisation de ceux qui en furent chargés plonge ses racines bien avant 1838 ou la naissance de l'aliénisme (Roscioni 2011). Avant la naissance de la psychiatrie proprement dite, les « fous » n'étaient pas uniquement institutionnalisés « pêle-mêle » avec d'autres « inutiles au monde »⁶⁷ : indigents, vagabonds, infirmes, etc., tous devenant indistinctement objets d'un traitement répressif et non spécifique. Lisa Roscioni met en évidence que, dans le cas de la psychiatrie, le processus de « médicalisation » met en jeu et articule trois niveaux : celui des institutions qui ont accueilli les fous, une conception de la « folie » qui admet la

⁶⁶ Sur la période intermédiaire entre l'abolition des lettres de cachet en 1790 et 1838, voir (Guignard 2010, p. 109-110)

⁶⁷ L'expression est de Robert Castel (Robert Castel 1999).

possibilité de sa guérison, et la « définition de rôles professionnels spécialisés ». Or il existait déjà des lieux accueillant spécifiquement des fous⁶⁸, et dans les lieux accueillant une population plus large, des parties dédiées aux fous⁶⁹. Dans un certain nombre de lieux, la prétention n'était pas seulement de les écarter et de les empêcher (de nuire) ou de les mettre au travail dans la mesure du possible, mais également de les « guérir ». A cette guérison, les médecins n'apportaient qu'une contribution partielle, n'étant présents dans ces lieux que lors de « visites périodiques ». Ni le traitement d'amélioration ni la direction de ces lieux – souvent des institutions religieuses – ne leur incombait entièrement. En revanche, ces lieux ont pu être sources pour ces médecins de réflexions sur le traitement des fous.

Le processus de médicalisation entendu comme une manière de s'occuper des fous spécifiquement dédiée et destinée à les guérir ou tout du moins à améliorer leur état est donc un processus de longue durée entamé bien avant le XVIIe siècle et antérieur à la naissance de la psychiatrie entendue comme constitution d'un corps d'experts médicaux spécialisés et d'institutions distinctes. La revendication d'un savoir spécialisé et l'attribution-délégation du traitement des fous à des médecins définis comme experts se sont produites dans un second temps, quoiqu'il existe des formes de « proto-professionnalisation » de médecins spécialisés. Ce que signale Lisa Roscioni et qu'il faut noter, c'est l'acquisition par ces médecins spécialisés d'un rôle dans les décisions d'entrée et sortie dans ces institutions qui ne sont pas encore définies comme médicales – ce qui sera institutionnalisé par la loi de 1838. L'on peut par ailleurs remarquer qu'en insistant sur la dimension spécialisée et sur les efforts de guérison présents dans les modes de traitement des fous dans certains lieux, Lisa Roscioni estompe le caractère de « réclusion » de cet « accueil » – et surtout le fait que cet effort de guérison n'était pas présent en tous lieux.

⁶⁸ Ce que Foucault n'ignore d'ailleurs pas dans *l'Histoire de la folie*. Il indique ainsi qu'il existait des « lieux de détention réservés aux insensés » (Foucault 1972, p. 20) pour montrer que « tous » n'étaient pas chassés des villes, comme pourrait le donner à penser la figure de la « nef des fous ». Il reste que la première partie de son développement vise à montrer comment « Pauvres, vagabonds, correctionnaires et « têtes aliénées » reprendront le rôle abandonné par le ladre [le lépreux] » (*Ibid.*, p. 16), dans un espace qui est à la fois d'exclusion et d'enfermement « sacré ».

⁶⁹ « En plus des hôpitaux de traitement comme l'Hôtel-Dieu, on peut identifier à la fin de l'Ancien Régime quatre ou cinq types d'établissements qui accueillent les insensés : fondations religieuses (les nombreuses « Charités » des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, mais aussi des couvents des Cordeliers, des Bons-fils, des Frères des Ecoles chrétienne, la maison de Saint-Lazare fondée par Vincent de Paul, etc. plus une douzaine de couvents de femmes qui acceptent à la fois correctionnaires, des folles et des « filles repenties ») ; des prisons d'Etat comme la Bastille ou le château de Hâ ; les Hôpitaux généraux, Bicêtre et la Salpêtrière surtout, où sont enfermés près de la moitié des fous du royaume ; des pensions tenues par des laïcs enfin, au nombre d'une vingtaine à Paris, dont la fameuse pension Belhomme, où Pinel fera ses premières armes. » (Robert Castel 1976, p. 32), c'est-à-dire des établissements dédiés aux insensés ou non, des établissements religieux ou laïcs, des établissements « publics » ou privés.

Robert Castel le montre bien : il existe une « ébauche de différenciation des régimes internes » des reclus : une approche médicale n'est pas incompatible avec le système répressif d'Ancien Régime. Mais les « aliénés » partagent encore un même statut lié à des mesures d'admission communes à toute une série d'autres types d'écart à l'ordre (ce qui explique qu'ils puissent partager les mêmes lieux de réclusion). De plus, la référence médicale devient un des axes essentiels dans la loi de 1838 (Robert Castel 1976, p. 30-31).

2. La loi du 30 juillet 1838 : le « placement » comme cadre de tout soin psychiatrique

La loi de 1838 répond à un « vide » qui a succédé à l'abolition des lettres de cachet en ce qui concerne une « réclusion » destinée spécifiquement aux « aliénés ». Castel ouvre *L'ordre psychiatrique* en citant la loi votée par l'Assemblée Constituante du 27 mars 1790 portant abolition des lettres de cachet :

« Les personnes détenues pour cause de démence seront, pendant l'espace de trois mois, à compter du jour de la publication du présent décret, à la diligence de nos procureurs, interrogées par les juges dans les formes usitées, et, en vertu de leurs ordonnances, visitées par les médecins qui, sous la surveillance des directeurs de district, s'expliqueront sur la véritable situation des malades, afin que, d'après la sentence qui aura statué sur leur état, ils soient élargis ou soignés dans les hôpitaux qui seront indiqués à cet effet. »

La détention simple pour cause de « démence » est abolie et un programme est dessiné comme mode de traitement légitime : les malades devront être « élargis ou soignés dans des hôpitaux », sans que le mode légal de ce qui reste un enfermement soit défini. Ce vide a été préparé par les ébauches de perception spécifique de la folie qui la faisaient relever d'un traitement médical. Il a également été produit par la puissante critique de l'arbitraire lors de la Révolution. La conjuration de cet arbitraire s'est opérée en soumettant l'enfermement, paradigme de l'atteinte à la liberté, à des conditions définies par la loi. C'est l'article 7 de la Déclaration des droits de l'homme du 1er août 1789 :

« Nul homme ne peut être accusé, arrêté, ni détenu que dans les cas déterminés par la Loi, et selon les formes qu'elle a prescrites. »

La réclusion devient la peine par excellence⁷⁰, et la peine elle-même se doit d'être strictement la sanction d'une transgression de la loi (Pech 2001). La légitimation de la peine passe par le postulat de la liberté des citoyens : si ceux-ci peuvent être punis, ce n'est non pas en tant que

⁷⁰ Foucault montre l'adoption de la réclusion comme modalité de peine principale et l'abandon du supplice (Foucault 1993), la peine capitale étant épurée des raffinements spectaculaires de l'exécution publique, son nombre d'application réduit, avant d'être abolie en 1981.

sujets dont on peut disposer, mais en tant que citoyens libres auxquels la loi garantit la liberté et qui doivent respecter la loi. Or l'aliénation est conçue comme dépossédant de la capacité à agir librement (Swain et Gauchet 1980; Robert Castel 1976)⁷¹. De plus, toutes les situations considérées comme devant donner lieu à la réclusion de personnes identifiées comme « aliénées » ne constituent pas systématiquement des transgressions de la loi, mais de désordres pouvant être mal saisis par celle-ci ou donnant lieu à une marge d'appréciation assez grande quant à la pertinence de poursuivre ou non (injures, menaces, atteintes à la morale, etc.). Comment justifier alors la réclusion des aliénés, qui n'est, quant à elle, pas remise en cause ? Comme le souligne Castel « ce sont moins d'abord les pratiques qui sont appelées à changer que le principe de leur légitimation » (Ibid., p. 34). La nouvelle légitimation construite par la loi de 1838 se fonde sur le caractère médical du placement qui doit s'opérer dans des établissements spécifiques. Ce qui existait dans certains lieux, l'effort de traitement en vue de la guérison des insensés, est alors défini comme la règle.

L'« encastrement » entre le médical, l'enfermement et la mesure de placement des personnes se marque d'ailleurs d'emblée par le fait que la loi de 1838 aborde la question de la réclusion des aliénés par la question des *lieux* de ce placement. Son article premier prévoit que chaque département est tenu d'avoir un établissement « spécialement destiné à traiter et recevoir les aliénés »⁷². Il s'agit pour le législateur de soumettre ces lieux de réclusion à une certaine vigilance publique puisque ces établissements doivent être « autorisés » à accueillir ces personnes « placées ».

Loin de n'être qu'une loi sur les « internements », la loi de 1838 est une loi d'organisation des lieux d'accueil et de traitement des « aliénés », et peut même être considérée comme la première loi de planification territoriale sanitaire (Coldefy 2010). L'autre enjeu de la loi de 1838 est la question des aliénés démunis et sans famille qui puisse prendre en charge leur placement. Castel l'identifie comme la première loi d'assistance.

⁷¹ Le code pénal napoléonien définira l'abolition du discernement qui conduit à suspendre la responsabilité des actes d'une personne (art. 64 du Code pénal de 1810), avant qu'une distinction entre abolition et altération du discernement ne soit introduite avec l'adoption du nouvel article 122-1 du code pénal en 1992. Celui-ci permet de reconnaître l'existence de troubles mentaux sans suspendre l'imputabilité des actes à une personne – et paradoxalement a conduit tendanciellement à alourdir les peines (Protais 2011). Sur l'intervention de l'expertise psychiatrique au XIXe siècle pour évaluer l'irresponsabilité d'une personne voir (Renneville 2004; Guignard 2010; Guignard, Guillemain et Tison (eds.) 2013). Pour une analyse approfondie de la question de la responsabilité pénale et de son évaluation par les experts psychiatres au cours du XXe siècle, voir (Protais 2011), notamment sur la distinction du volontaire et de l'intentionnel, de la culpabilité et de l'imputabilité.

⁷² C'est moi qui souligne.

Il reste que l'on n'entre dans ces établissements que « placé ». La loi de 1838 instaure deux modalités de « placement » des « aliénés » : le placement d'office et le placement dit « volontaire ». Le placement d'office est décidé par le représentant de l'Etat, et le placement « volontaire », comme son nom ne l'indique pas, est opéré à la suite d'une demande d'admission par une tierce personne, c'est-à-dire selon la « volonté » de la famille, le plus souvent⁷³. Le législateur se réfère, en premier lieu, à une demande d'admission émanant d'un membre de la *famille* des « placés » : le demandeur doit, en effet, indiquer son « degré de parenté », ou « à défaut » la « nature des relations qui existent entre [la personne à placer et le demandeur] » (article 8). On le voit ici, la famille reste le premier garant de la représentation et de la charge des intérêts de ses membres. Cette demande d'admission doit être accompagnée du certificat d'un médecin qui doit non seulement « [constater] l'état mental de la personne à placer, et [indiquer] les particularités de sa maladie » ainsi que la « nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés » – et il est explicitement

⁷³ La loi n'exclut pas formellement que la personne placée soit elle-même demandeuse de son propre placement, et cela a pu être pratiqué, pour des motifs économiques, afin que les frais de séjour puissent être pris en charge par l'assistance départementale en l'absence de tiers demandeur (Caire 1981). Michel Caire distingue, outre ce premier usage financier, deux usages de l'« auto-placement volontaire » : un usage similaire à celui de l'hospitalisation libre, avant qu'elle n'existe en tant que telle, et un usage plus complexe, qui pose des problèmes tant juridiques que logico-moraux, par lequel la personne passe une sorte de « contrat d'Ulysse » par lequel elle accepte d'être contrainte à rester hospitalisée (Ulysse qui, dans l'Odyssée, demande à ses marins de le ligoter au mât tandis qu'ils s'approchent des sirènes afin de pouvoir les écouter, et de ne pas l'en libérer quelques soient ses supplications, tant qu'ils ne seront pas hors de portée de leurs chants). D'un point de vue juridique, cela pose deux types de problèmes : d'une part, il est prévu que celui qui fait la demande de placement puisse également demander à ce qu'elle soit levée – or dans le cas où le demandeur est le placé, celui-ci pouvait en droit obtenir la levée de la mesure à sa volonté en tant que demandeur, mais pas en tant que placé, sauf à former un recours spécifique ; d'autre part, celui qui est placé pour cause d'aliénation peut-il être considéré comme capable de « contracter » au moment de la demande de placement ? Dans le cas contraire, la demande de placement elle-même serait susceptible d'être considérée comme invalide. Du point de vue logico-moral : peut-on volontairement abdiquer sa liberté et cela est-il légitime ? C'est ce que conteste Rousseau dans le *Contrat social*. Michel Caire fait une analogie, premièrement, avec la demande de protection que constitue une demande de tutelle, dont les modalités sont séparées des placements psychiatriques en 1968, où une personne peut demander précisément une limitation de ses capacités civiles en raison d'incapacités (psychiques ?) à se protéger soi-même ; et, d'autre part, avec le contrat de soin qui sous-tend la relation médicale, où le consentement à l'atteinte au corps (typiquement lors d'une opération chirurgicale, mais également en cas de risques iatrogènes liés à un examen ou la prise de médicament) est légitimé par la finalité thérapeutique. Si le consentement à l'atteinte à ce bien fondamental qu'est l'intégrité du corps peut être légitimée par la finalité thérapeutique, de la même façon, le consentement à l'atteinte à la liberté peut être légitimée, par la finalité thérapeutique ou la protection de la personne. La possibilité de réaliser cet auto-placement volontaire est loin de faire l'unanimité par les psychiatres. Le placement dit « libre » ne sera, quant à lui, introduit qu'avec le développement, pendant l'entre-deux guerres, de services d'hospitalisation « ouverts » destinés à accueillir des malades hors du cadre de la loi de 1838, comme nous l'indiquons par la suite, tandis que le cadre légal de l'hospitalisation libre en psychiatrie ne sera défini, nous l'avons dit, que par la loi de 1990.

précisé : « et de l'y tenir *renfermée* »⁷⁴. Le « placement » et le soin dans un espace spécifique dédié aux aliénés sont ainsi indissociables de ce qui est explicitement un enfermement⁷⁵.

La loi de 1838 donne un modèle du rapport à la contrainte qui ne sera pas remis en cause par les lois qui lui succèderont, du moins pas directement : le « mal » que vise à conjurer la loi est d'abord *l'enfermement arbitraire* (incarné par les lettres de cachet, devenues figures repoussoir). C'est l'atteinte à la liberté *d'aller et venir* des personnes qui est encadrée par la loi. Pour chacune de ces modalités de placement sont définies des conditions : la nécessité de certificats médicaux, on l'a dit, mais aussi, l'interdiction de certains liens (« parent ou allié ») entre les acteurs participant à la mise en place de la mesure pour empêcher toute collusion entre ceux qui demandent le placement et ceux qui sont censés en contrôler la pertinence⁷⁶. La loi définit également des modalités de recours⁷⁷.

Ces placements instaurent un *statut juridique* temporaire pour les aliénés, statut qui n'autorise pas seulement la restriction de leur liberté de circulation mais également celle relative à la gestion de leurs affaires mises sous une administration provisoire assurée par l'établissement. Ce statut juridique est distinct des *interdictions*, procédure de mise sous tutelle qui était le seul mode légal pouvant conduire à la séquestration des aliénés entre la Révolution et la loi de 1838. La procédure d'interdiction conduisait à défaire les individus « en état d'imbécilité, de démence ou de fureur »⁷⁸ de leurs droits, et de mettre sous le gouvernement d'un représentant tant leurs biens que leur personne elle-même. Benoît Eyraud souligne la disproportion entre les dispositions relatives à la gestion des biens, prédominantes, et celles relatives au

⁷⁴ C'est moi qui souligne.

⁷⁵ Il existe dès la création des asiles des exceptions ou des écarts à cet encastrement de l'enfermement, de la modalité légale du placement et du soin. Les « pensionnaires », dont les familles paient des pensions plus importantes, bénéficient de conditions de placement plus confortables et moins contraintes, dans des bâtiments souvent situés à l'extérieur de l'enceinte de l'asile. Les travailleurs circulent quant à eux plus librement, ils peuvent sortir des pavillons et ceux qui participent aux travaux agricoles ont accès aux champs, parfois situés dans une seconde enceinte. Certains « aliénés » qui attirent l'intérêt scientifique de médecins des facultés sont placés dans des services qui dépendent de celles-ci – ils sont alors souvent soumis à un régime mixte : ils continuent d'être inscrits sur les registres de la loi de 1838, mais sont reçus dans des bâtiments distincts, régis par un autre règlement intérieur. Une clinique universitaire des « maladies mentales » est ainsi par exemple implantée sur le domaine de l'asile de Bron à sa création mais est régie par l'administration des Hospices Civils de Lyon (HCL). Elle devient une spécialité de la « faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon », créée par décret en 1877. Les malades sont considérés comme sortis de l'asile, tout en demeurant inscrit au registre de la loi de 1838 (Eyraud et Moreau 2013).

⁷⁶ Le certificat médical requis pour les placements volontaires ne pourra ainsi être admis par le chef d'établissement « s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement » (Loi de 1838, Art. 8.2)

⁷⁷ L'article 29 de la loi de 1838 prévoit que toute personne internée pourra « se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate. »

⁷⁸ Article 489 du Code Napoléon.

gouvernement de la personne, dont il est dit peu de choses (Eyraud 2010, p. 89). Il est seulement indiqué que les mesures prises doivent être destinées à « adoucir le sort et à accélérer la guérison » de l'« *interdit* » (i.e. la personne « interdite ») (art. 510 du Code Napoléonien). Cela va cependant jusqu'à la détermination de son lieu de traitement, jusqu'à la séquestration :

« Selon les caractères de sa maladie et l'état de sa fortune, le conseil de famille pourra arrêter qu'il sera traité dans son domicile, ou qu'il sera placé dans une maison de santé, et même un hospice. » (art. 510 du Code Napoléonien, suite)

La procédure de l'interdiction s'avère cependant bien lourde, et il apparaît qu'elle était souvent contournée par des mesures administratives, prises par exemple par des préfets face à des problèmes d'ordre public qu'ils entendent résoudre de façon urgente (Robert Castel 1976, p. 51). On a là un exemple de situations où les pratiques échappent aux régulations juridiques, ce qui peut être à l'origine d'un nouvel effort de régulation.

La loi de 1838 va précisément définir des mesures administratives de placement distinctes de la procédure judiciaire de l'interdiction, mais qui vont cependant voir s'intriquer étroitement le placement et un statut civil des placés restreint. En effet, les « personnes non interdites » (termes employés dans la loi) verront leurs biens placés sous une forme d'administration provisoire exercée soit par « les commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés » (art. 31), soit par un « administrateur provisoire aux biens ». Cette administration provisoire doit recouvrer « les sommes dues » à la personne placée et acquitter les dettes de celles-ci – dont vraisemblablement au premier chef les dépenses liées au « transport », à « l'entretien, [au] séjour et [au] traitement des personnes placées » dans les asiles, dont il est précisé à la section précédente (Titre II : « Section III : Dépenses du service des aliénés ») qu'elles sont « à la charge des personnes placées ; à défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments, aux termes des articles 205 et suivants du code civil » (art. 27). « A défaut, ou en cas d'insuffisance des ressources » de la personne placée ou de sa famille, c'est le département⁷⁹ qui pourvoit à ces dépenses (art. 28)⁷⁹.

⁷⁹ C'est la source principale d'un problème structurel qui se fait jour dès le XIX^e siècle : l'augmentation du nombre des internés, dont une grande partie est à la charge des départements. Cette augmentation n'a ainsi pas pour seule conséquence l'« encombrement asilaire » (Fauvel 2008) : « En 1875, les patients internés en asile sont ainsi plus de 40000 pour une population d'environ 35 millions d'habitants » (Fauvel 2002, p. 197), mais également le poids financier que cela représente (Fauvel 2002). Au sein des asiles, le mode de vie des internés dépend des subsides qu'eux ou leur famille paie.

Outre la gestion des biens, c'est la représentation en justice des personnes placées qui est prévue, avec la désignation par le tribunal d'un « mandataire spécial » – tant pour les actions en justice intentées contre la personne placée que pour les actions « mobilières ou immobilières » intentées en son nom (art. 33).

Enfin, un « curateur à la personne » peut être nommé, non seulement, comme pour la désignation de l'administrateur provisoire (art. 32), à la demande « des parents, de l'époux ou de l'épouse, sur celle de la commission administrative ou sur la provocation, d'office, du procureur du Roi », mais également à la demande « de l'intéressé lui-même ». Ce curateur vient en plus de l'administrateur et doit veiller :

« 1 ° à ce que ses revenus soient *employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison* ; 2° à ce que ledit individu soit *rendu au libre exercice de ses droits* aussitôt que sa situation le permettra. » (art.38)⁸⁰

Le curateur à la personne a ainsi moins vocation à gérer les biens de la personne qu'à s'assurer du respect des intérêts de celle-ci et du recouvrement de ses libertés. Cette mesure est explicitement distincte de l'interdiction puisqu'elle est destinée « aux personnes non interdites » et vient dans ces cas s'y substituer, sans dépendre d'une décision judiciaire.

3. L'isolement : l'« improbable miracle » de l'enfermement thérapeutique

L'asile se construit ainsi dans la conjuration d'un certain nombre de figures : l'arbitraire des lettres de cachet, le caractère répressif des lieux de séquestration d'Ancien Régime. Il va se situer dans cette dialectique entre un nouveau dispositif de traitement des aliénés qui se définit par son caractère médical et l'héritage de tout un ensemble de manières de traiter les placés dont la *justification* est remise en cause, mais pas nécessairement les pratiques elles-mêmes.

Le caractère médical de ce placement peut être situé à plusieurs niveaux. Au moment de la décision, l'« état de folie » est constaté par un médecin, dont l'examen devient central tant pour la décision que pour la légitimation du placement. Le lieu du placement est un lieu spécifique, dédié au traitement de l'aliénation, destiné à la guérison, et non à la punition⁸¹.

⁸⁰ C'est moi qui souligne.

⁸¹ Punition et traitement médical sont distingués par la création même de l'asile, elles ne sont pas pour autant considérées comme systématiquement exclusives l'une de l'autre. L'« aliéné » est exclu du circuit de la sanction pénale, cela du fait même qu'il est considéré comme ne pouvant se voir imputer la responsabilité de ses actes. Le traitement moral assume cependant l'inclusion de formes de « punitions » dans la construction du psychiatre comme figure d'autorité. Sur l'imputabilité partielle introduite au XXe siècle, et le bénéfice que des psychiatres, nourris notamment de psychanalyse lacanienne, pourront trouver dans un rapport à la loi qui s'incarne dans une

Les établissements publics sont d'ailleurs constitués en institut de formation pour les « élèves en médecine »⁸² et chargés d'assurer « la transmission de ce nouveau savoir médical » (Goldstein 1997, p. 353). L'établissement est, certes, soumis à un règlement intérieur⁸³ et à l'autorité des directeurs d'établissement (« nommés par le Ministre Secrétaire d'État au département de l'Intérieur ») qui assurent la « police » en son sein, mais « dans les limites de ce règlement intérieur » : c'est sous l'autorité du médecin qu'est placé « le service médical, en tout ce qui concerne le régime physique et moral, ainsi que la police médicale et personnelle des aliénés »⁸⁴. Confier la « police » de l'établissement au médecin consiste aussi à lui donner tout pouvoir au sein des établissements, ce qui indique qu'au delà de la mesure de placement elle-même, le régime des internés n'apparaît pas ou peu comme devant faire l'objet d'une régulation légale (voir *infra* sur les régulations légales des contraintes au sein de l'établissement).

L'« enfermement » des « fous » a précédé l'effort thérapeutique – bien que l'effort thérapeutique a précédé la constitution institutionnalisée d'établissements dédiés au soin, comme on l'a vu ci-dessus. La loi de 1838 a constitué un programme de planification territoriale du soin, impliquant la désignation d'un établissement dédié à l'accueil des aliénés dans chaque département et un projet de construction d'asiles pour les départements qui en sont dépourvus, projet qui se réalisera tout au long du XIXe siècle. La construction de ces

sanction, voir (Protais 2011). Il reste que, même selon ces derniers qui pourront trouver une valeur thérapeutique à la punition, celle-ci n'est pas considérée comme du ressort de la psychiatrie mais du système judiciaire. Sur la possible dimension pédagogique des limites, voir partie II sur le « cadrage » comme justification du recours à la chambre d'isolement.

⁸² Voir l'ordonnance du Roi *portant règlement sur les Établissements publics et privés consacrés aux aliénés*, 18 décembre 1839, articles 3 et 8 et T. Duchatel, *Rapport au Roi sur le projet d'ordonnance*. Ministère de l'intérieur, Direction départementale et communale, bureau des aliénés, enfants trouvés et mendicité, 18 décembre 1839 (Ordonnance du Roi 1839, 3 et 8; Duchatel 1839).

⁸³ Dont le modèle est donné par ordonnance (Loi du 30 décembre 1838, art. 7 ; Ordonnance du 18 décembre 1839, art. 7).

⁸⁴ Ordonnance du 18 décembre 1839, art. 7 et 8. Le rapport qui accompagne cette ordonnance insiste sur le rôle et l'autorité centrale du médecin :

« Les dispositions dont je viens d'avoir l'honneur d'entretenir Votre Majesté réunissent entre les mains du directeur tous les pouvoirs relatifs à la direction et à l'administration des établissements. Cependant, j'ai dû reconnaître que, *pour les asiles d'aliénés plus que pour les autres établissements publics de bienfaisance*, le service médical constitue la partie essentielle et capitale du service. Le traitement de l'aliénation mentale comporte des soins tout particuliers, un régime aussi bien moral que physique, qui exige impérieusement *que le médecin puisse ordonner, avec une certaine indépendance, toutes les dispositions qu'il juge propres à rendre le malade à la raison*. Ce service, en tout ce qui concerne le régime physique et moral, ainsi que la police médicale et personnelle des aliénés, est donc placé, par le projet d'ordonnance, sous l'autorité exclusive du médecin, dans les limites du règlement de service intérieur de l'établissement. » T. Duchatel, *Rapport au Roi sur le projet d'ordonnance*, 18 décembre 1839. (C'est moi qui souligne)

nouveaux établissements a été investie d'enjeux divers par leurs commanditaires et les acteurs impliqués mais l'intention thérapeutique en a d'emblée fait partie (Montlibert (de) 1995).

La construction de ces établissements, et notamment leur localisation et leur architecture, ont très tôt été investies de la double tâche à la fois de figurer symboliquement l'intention thérapeutique et de créer un environnement, sinon thérapeutique en soi, du moins bienfaisant, favorable à l'apaisement des troubles. La phrase d'Esquirol est ainsi fréquemment citée selon laquelle « le plan d'un hospice d'aliénés n'est point une chose indifférente et qu'on doit abandonner aux architectes » (Esquirol 1838, p. 421).

L'organisation de l'espace exprime une « volonté de persuader [du bien fondé de l'action qui s'effectue dans l'espace aménagé, de son efficacité, de sa valeur, etc.] c'est-à-dire que les représentations que les commanditaires et réalisateurs (architectes, constructeurs...) partagent de l'action et des situations des groupes d'agents qui y sont impliqués deviennent prépondérantes » (Montlibert (de) 1995, p. 11).

L'organisation même de l'asile traduit les représentations de ses commanditaires ; ceux-ci veulent marquer cet ordre, notamment auprès des internés dont il est postulé qu'ils auront perdu tant leur ordre intérieur qu'un rapport réglé à l'ordre extérieur. Il s'agit ainsi de représenter et de restaurer cet ordre pour les internés. Enfin, il va s'agir de persuader le *public* du bien fondé de l'action qui se déroule dans les asiles.

Philo a ainsi étudié la géographie asilaire en Angleterre en lien avec ces discussions sur l'isolement (Philo 1987) : de fait, une série d'asiles ont été établis voire déplacés « à la campagne », dans une conjonction des théories qui prônaient l'éloignement du milieu de la personne ou plus largement de la société et le placement dans un milieu favorable, en cohérence avec les théories hygiénistes de l'époque, mais aussi des raisonnements économiques, afin que les internés puissent participer à leur entretien et à l'auto-subsistance de ces établissements via les travaux agricoles (Coldefy 2010, p. 41).

L'inscription de Pinel dans une démarche scientifique constitue l'asile non pas seulement comme lieu de réclusion, de séparation ou de traitement, mais également comme lieu d'observation et de classification : observation de la « maladie » comme dans un laboratoire, séparé du milieu *in vivo*, atteinte de sa vérité (Henckes 2009b) par son « isolement », c'est-à-

dire par sa distinction avec le reste⁸⁵. Isoler devient alors une opération d'identification (comme on dit de chercheurs qu'ils « ont isolé la cause de telle maladie »); et de classification : classification des pathologies observées et organisation même du lieu de l'asile d'après ces pathologies. C'était du moins l'ordre promu par Esquirol, et qui entraîna nombre de débats quant au nombre de catégories qu'il fallait retenir, l'exigence d'économie taxinomique se redoublant d'une exigence pratique de ne pas démultiplier les pavillons. Cependant l'ordre par catégorie nosographique fût rapidement abandonné pour adopter une organisation fondée « sur le caractère principal des manifestations extérieures du malade, telles l'état de tranquillité ou d'agitation, d'imbécillité, de gâtisme », c'est-à-dire à partir d'une classification moins nosographique que comportementale (Laget 2004, p. 53).

Castel insiste sur l'amphibologie de la notion d'ordre telle que s'y réfère Pinel et distingue dans l'asile la recomposition d'un ordre triple : l'ordre scientifique de la classification, l'ordre retrouvé d'un milieu social recomposé, l'ordre imposé par l'autorité du psychiatre imposant sa main sur le désordre qui s'est emparé de l'aliéné.

Enfin, une théorie se développe qui propose une « heureuse synthèse » où l'enfermement lui-même est représenté comme thérapeutique. C'est la théorie de l'« isolement » thérapeutique, où la notion d'isolement va se déployer et s'enrichir de nouvelles acceptions et qui connaîtra une certaine longévité malgré et à travers certains déplacements et transformations. Heureuse synthèse ou plus exactement un « miracle improbable » selon l'expression de Yannis Gansel⁸⁶. De la même façon que l'« ordre » est investi d'enjeux scientifiques et

⁸⁵ Le premier « isolement » des aliénés était d'ailleurs la séparation des « aliénés » des vagabonds et autres petits délinquants reclus dans les hôpitaux généraux, parmi lesquels ils étaient confondus (Farge (ed.) 2004) - séparation dont on a montré qu'elle avait progressivement acquis en légitimité, et que la loi de 1838 a soutenue et généralisée.

⁸⁶ Yannis Gansel emploie cette expression de « miracle improbable » à propos de la notion de « contenance » qu'il rencontre également sur ses terrains. Psychiatre aux Hospices Civils de Lyon, il réalise actuellement une thèse d'anthropologie sur la « dangerosité » des adolescents dont la prise en charge se situe au croisement et à la lisière du travail social, de la justice pénale et du soin psychiatrique. Yannis Gansel invite à travers cette expression à un scepticisme. Ce scepticisme est à distinguer d'une lecture du soupçon qui conclurait d'emblée par exemple au masquage de finalités de contrôle social sous une façade humaniste, mais doit inviter à la distinction entre les différentes prises en charge auxquelles est associée la notion de contenance, et à la manière dont se nouent contrainte et soin au sein de ces prises en charge, comme il l'a développé lors d'une communication (Gansel 2012). Voir également son article en anglais sur l'articulation entre « contrainte physique » et « contenance » (Gansel et Lézy 2015), l'anglais restituant moins la proximité linguistique de ces deux notions en français qui était leur articulation. Je développe dans la partie II les usages de cette notion de contenance, et son articulation-distinction avec les termes « contenir » et « contention », telle que je l'ai rencontrée chez les professionnels de psychiatrie adulte dont j'ai observé le travail (Moreau 2010), voir partie II. L'expression « miracle improbable », qu'il utilise pour qualifier la « contenance » me paraît pertinente pour inviter à un même scepticisme, c'est-à-dire à un plus ample examen, dès lors que sont mobilisées des finalités hétérogènes qui seraient ensemble atteintes par un même moyen. J'y reviendrai dans l'analyse des décisions d'hospitalisations sans consentement, voir partie III.

thérapeutiques, que l'on retrouve dans les justifications des règles internes aux établissements, la dimension de l'isolement est investie de façon partiellement autonome : elle trouve à la fois dans l'asile son lieu privilégié, mais peut aussi s'en séparer pour s'associer à des opérations spécifiques, n'ayant rien à voir avec l'asile, comme le voyage par exemple, ou, en se concentrant au sein de l'asile, dans la mise en « chambre d'isolement ».

La théorie de l'isolement ne faisait pas explicitement partie des premières théories thérapeutiques médicales. L'*isolement* ne désignait pas alors ce qu'on nomme aujourd'hui la chambre d'isolement, et qui était plutôt appelée « réclusion » dans une cellule, mais bien le placement dans l'asile. C'est presque par extension que la théorie de l'isolement a été appliquée à l'intérieur de l'asile, même si cette extension a été produite très tôt. Philo cite ainsi un aliéniste anglais, Bucknill, qui appliquait cette théorie de l'isolement au placement en cellule par analogie avec la séparation que produit l'asile de la société :

« Ayant isolé les internés de l'asile du tumulte de la société, sur quel principe pourrait-il être soutenu qu'aucun d'entre eux a besoin, à un moment, d'être écarté du tumulte de la société fondée dans l'asile même... » (Bucknill 1855, p. 185) cité par (Philo 1987)

Jan Goldstein insiste dans *Consoler et classifier* sur le fait que si les éléments en existaient déjà, la dimension thérapeutique de l'isolement a été conceptualisée et diffusée par Esquirol lors de la présentation d'un mémoire en 1832 devant l'Institut de France : *Aliénation mentale: Des illusions chez les aliénés: Question médico-légale sur l'isolement des aliénés* (Esquirol 1832). Pinel avait déjà insisté sur la nécessaire *séparation* des aliénés de leur entourage⁸⁷ et le « traitement moral » impliquait de pouvoir contrôler l'environnement et les interventions auprès de la personne traitée, ce qui ne pouvait être effectué que dans un « lieu spécial, isolé de la société ordinaire » (Goldstein 1997, p. 368; Pinel 2005, p. 6-7; Robert Castel 1976, p. 93).

C'est Esquirol qui constitue l'isolement en « moyen le plus énergique et ordinairement le plus utile, pour combattre les maladies mentales » (Esquirol 1832, p. 31; Goldstein 1997, p. 369). Il s'inscrit au sein de la théorie du traitement moral, car sa première fonction est de constituer une « distraction », une transformation profonde et brusque des sensations habituelles de

⁸⁷ Voir également Georget en 1820 « Séparer les aliénés des objets qui les entourent, les retirer des mains de leurs parents ou amis, est la première condition, une condition à peu près indispensable pour les guérir et à très peu d'exceptions près, on peut dire qu'ils ne recouvrent point la santé chez eux. » Voir Goldstein, 1997.

l'aliéné par un changement d'environnement permettant de bousculer le désordre pathologique affectant l'aliéné avant de lui donner une nouvelle direction :

« Soustrait à l'influence des choses et des personnes au milieu desquelles il vivait, l'aliéné éprouve, dans le premier instant de l'isolement, un étonnement subit qui déconcerte son délire et livre son intelligence à la direction que vont lui donner des impressions nouvelles » (id.)

En ce sens, un voyage peut selon Esquirol avoir la même efficacité, à condition de ne pas être accompagné par quelqu'un de son entourage, et peut être utilisé en transition « entre la privation de la société et la rentrée dans le monde » (Esquirol 1832; Goldstein 1997, p. 370). L'isolement n'est donc pas strictement associé à l'extraction de la société commune, mais d'abord du milieu ordinaire de la personne. Et c'est le changement qui est jugé favorable plus que le milieu ordinaire n'est désigné comme négatif. Jan Goldstein souligne qu'Esquirol s'est d'ailleurs bien gardé de mettre en cause la famille comme source pathogène, comme le fera notamment la psychanalyse au XXe siècle, et, comme le faisaient déjà nombre de psychiatres antérieurement, qui l'identifiaient au moins comme facteur aggravant⁸⁸.

On l'a vu ci-dessus, l'isolement se voit d'emblée attacher plusieurs significations, qui peuvent selon les occurrences se composer entre elles : éloignement-séparation du milieu ordinaire – selon les occurrences, du milieu familial ou, plus largement, éloignement de la société ; changement de milieu/distraction ; placement dans un milieu favorable ou conçu et contrôlé pour être thérapeutique, placement dans un espace d'observation scientifique.

⁸⁸ L'aliéniste britannique Conolly explique le besoin de séparer les cas récents de folie des influences « dérangeantes » de la maison, de la famille et des amis. Selon lui, « il semble que l'on ait bien trop oublié que dans chaque cas de folie, le premier objectif devrait être la guérison (*recovery*) du patient, comme dans les autres maladies ; et c'est bien souvent impossible sans extraire le patient de chez lui. Toutes les liens avec le foyer et influences qui en proviennent sont perverties, la consternation et même l'affection de l'entourage amènent à une indulgence ou des concessions blessantes, à la perte de tout contrôle et à une irritation de l'esprit, rendant l'éventuelle guérison plus difficile, voire impossible » (Conolly 1859) cité par (Philo 1987)

Tableau : La pluralité des fonctions et moyens de l'« isolement » selon les théories du traitement moral

| Fonction donnée à l'isolement | Isolement : de quoi ? | Moyens de l'isolement |
|---|---|--|
| Eloignement /séparation : <ul style="list-style-type: none"> • Du milieu ordinaire • D'un milieu pathogène | Du milieu familial | Placement dans l'asile / voyage |
| | De la société / de la ville en tant qu'elle concentre les « fléaux de la modernité » | Placement dans l'asile |
| Changement de milieu / distraction | Du milieu ordinaire néfaste ou non, changement jugé bon en soi | Placement dans l'asile / voyage |
| Diminution des sensations et sollicitations | D'un surcroît de sollicitations / de sollicitations néfastes particulières (famille, société) | Placement dans l'asile / chambre d'isolement |
| Placement dans un milieu favorable | Du milieu ordinaire qui brouille l'observation scientifique | L'asile comme : - espace scientifique |
| | Du milieu ordinaire qui ne donne pas toute latitude à l'intervention thérapeutique | - espace thérapeutique |
| | Du milieu ordinaire néfaste (société, ville) | - société idéale |

Cette première formulation de la théorie de l'isolement se recompose avec le développement d'autres conceptions de la maladie ou des thérapies : éloignement d'un milieu pathogène, la famille ou la ville en tant qu'elle concentre les fléaux de la modernité ; diminution des sensations et sollicitations qui nourrissent la pathologie jusqu'à la restriction au minimum des contacts avec d'autres personnes dans la chambre d'isolement, mais aussi reconstitution d'une « société idéale » au sein de l'asile avec la modélisation de l'asile par certains médecins-chefs comme un village presque auto-suffisant (Henckes 2009b). On retrouve ces éléments dans les débats des aliénistes anglais sur la localisation des asiles tels que Philo les analyse : l'isolement comme « extraction » (*removal*) des influences perturbantes de l'entourage (famille, amis) mais aussi plus largement de « l'ensemble disparate des nombreux stimuli sensoriels présents dans l'environnement du malade » (Philo 1987, p. 404), le XIXe siècle voyant se développer tout un discours sur les effets néfastes des transformations liées à l'urbanisation croissante et au développement de l'industrie (Bourdelaïs 2001).

Les dimensions d'observation (temps de mise en observation à l'arrivée en hospitalisation), de séparation (de la petite société hospitalière) et de diminution des sollicitations se retrouvent aujourd'hui dans les descriptions thérapeutiques de la chambre d'isolement. Car c'est véritablement la constitution de l'isolement non plus comme simple *condition* du soin, mais

comme outil thérapeutique en soi qui constitue le cœur du nouage très spécifique qui s'opère à ce moment-là. Jan Goldstein montre comment la reconfiguration de l'enfermement asilaire en moyen thérapeutique en soi permet aux débats législatifs autour du placement et de l'interdiction d'aboutir en 1838. Une controverse existait alors pour savoir si une interdiction (la perte des droits civils et la mise sous protection des biens de la personne) devait précéder son internement, ce qui impliquait une procédure judiciaire assez lourde. La définition du placement comme outil médical permet de construire une représentation qui justifie qu'il échappe à la juridiction des juges, et sert d'appui à la loi de 1838 qui fait du placement une décision administrative (Goldstein 1997, p. 373).

La notion d'isolement, qui évoque la séparation et l'éloignement, estompe la dimension d'enfermement⁸⁹, qui est pourtant la forme quasi exclusive qu'elle a prise, et évacue le registre des droits et libertés qui y est associé – ainsi que le contrôle des pratiques par des instances extérieures à la psychiatrie. Ce qui a pu opérer également pour la chambre d'isolement, avant que le registre des droits, mais aussi l'introduction de nouvelles régulations administratives et professionnelles viennent partiellement rouvrir le contrôle de cette pratique. L'investissement de l'isolement comme condition ou contenu du soin éclipe, outre la dimension d'enfermement, la dimension *d'exclusion*, c'est-à-dire le mouvement qui consiste, depuis la société, à éloigner et écarter les fous comme source de désordre, facteur de danger ou de contagion⁹⁰.

Pour autant, certains psychiatres ont identifié cette confusion et contesté cette « heureuse » intrication de l'enfermement, de l'éloignement et du soin.

« Faut-il donc absolument enfermer les malades pour les isoler ? Les deux mots sont loin d'être synonymes dans leur sens grammatical. Ils le sont encore moins dans l'acception scientifique. Isoler un aliéné, c'est briser complètement les habitudes au milieu desquelles sa folie a pris naissance, c'est l'éloigner des localités, des choses et personnes qui ne sont pas tout à fait étrangères aux troubles de son intelligence [...] » J. Moreau de Tours, « Lettres médicales sur la colonie d'aliénés de Gheel », *Annales médico-psychologiques*, 1865, VI, p.265, cité par (Robert Castel 1976, p. 274)

L'effort pour imaginer des espaces utopiques d'accueil ne s'épuise pas dans l'asile : la colonie d'aliénés de Gheel en Belgique est la figure, selon Mundy, de l'inclusion par opposition à

⁸⁹ Par opposition par opposition par exemple aux termes de « réclusion », de « confinement » ou même de « séquestration ». Le terme d'isolement va être privilégié, voir Esquirol : « L'isolement des aliénés, séquestration, confinement, consiste à soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis et de ses serviteurs, en l'entourant d'étrangers, en changeant toute sa manière de vivre. L'isolement a pour but de modifier la direction de l'intelligence et des affections des aliénés, c'est le moyen le plus énergique et ordinairement le plus utile pour combattre les maladies mentales. » (Esquirol 1832, p. 31)

⁹⁰ Dimension d'exclusion que Foucault mettra en exergue, en inscrivant le traitement des fous dans la continuité du traitement des lépreux dans son *Histoire de la folie à l'âge classique* (Foucault 1972).

l'exclusion (*shutting away*) que représenteraient les asiles, si beaux soient-ils (Mundy, 1861) cité par (Philo 1987).

B. Le désencastrement de l'enfermement dans l'asile, du statut juridique et du soin

1. Création de services libres, de consultations extrahospitalières, ouverture de services fermés

L'asile lui-même connaît de fortes critiques très tôt, qui visent en premier lieu les nombreux dysfonctionnements, maltraitements et abus qui y sont commis (Fauvel 2002; Fauvel 2005). Mais par-delà ces critiques, c'est l'encastrement même de l'enfermement, du statut juridique et du soin qui est remis en cause. Avec la création de services ouverts (Henckes 2009a; Bueltzingsloewen (von) 2011; Bueltzingsloewen (von) 2013), sur le modèle des services hospitaliers somatiques « ordinaires » (pour des patients qui ne sont pas soumis à la procédure de placement de la loi de 1838), ainsi que de consultations externes, le soin se dégage de l'enfermement dans le cadre de l'asile, voire du cadre de l'asile lui-même. Le premier service « libre » est la Clinique de prophylaxie mentale, fondée par Edouard Toulouse à Paris en 1922 (Huteau 2002). Ces nouveaux dispositifs sont promus et diffusés en 1937 par la circulaire Rucart⁹¹. Celle-ci encourage la création de services dits ouverts, en même temps qu'elle préconise le développement de dispensaires, lieux de consultation sans hospitalisation. Elle énonce que les services ouverts « non soumis au régime légal de la loi de 1838, sont destinés à hospitaliser les malades atteints de troubles psychiques qui ne présentent pas de réactions dangereuses pour leur entourage et qui n'élèvent pas de protestations à l'égard de leur hospitalisation ». La circulaire du 28 février 1951 précisera que ces services doivent permettre « d'éviter aux malades dont l'état mental ne le requiert pas, les limitations de capacité civile

⁹¹ Circulaire du 13 octobre 1937 relative à la réorganisation de l'assistance psychiatrique dans le cadre départemental. Voir (Bueltzingsloewen (von) 2013).

et de liberté ». La circulaire Rucart recommandait également la création de services sociaux qui « sous la direction des médecins traitants ou consultants, feront les enquêtes, assureront les liaisons nécessaires, veilleront à la réadaptation sociale des malades en sortie d'essai et procureront un traitement plus hâtif avec de meilleures chances de guérison ». C'est le premier texte d'envergure de réorientation des politiques de santé mentale depuis la loi de 1838 qui organise une désintringation du lien entre le statut juridique des malades, l'organisation du soin, et le recours à l'enfermement.

Les services ouverts ont leur propre organisation et valorisent des pratiques qu'ils identifient comme innovantes : des thérapeutiques comme les électrochocs, ou les neuroleptiques à partir de 1952, y sont par exemple, très développées. Les malades sont censés y circuler librement. Présents sur une durée de séjour courte, ils ne participent pas aux tâches collectives (cuisine, entretien...) ni ne travaillent de manière générale. Ces modalités de fonctionnement expliquent le succès rapide rencontré par ces services. En revanche, les nouvelles réflexions thérapeutiques issues de la critique de l'asile (cf. *infra*) trouvent peu à s'y déployer. Certains psychiatres, qui adhèrent à l'idée d'une valeur thérapeutique du travail, trouvent dommageable que leurs patients ne puissent y avoir accès.

La création de ces services ouverts semble entraîner, au moins localement, une redistribution des malades selon leur pathologie, ou plutôt selon un partage entre « chroniques » et « aigus ». Ces derniers, paraissant susceptibles d'une amélioration voire d'une « guérison », sont orientés vers ces nouveaux services « de pointe » où se développent les dernières technologies thérapeutiques. Du point de vue de l'encadrement de la contrainte, on semble alors dans une logique opposée à celle qui prévaut actuellement. Il est frappant de noter que ce sont alors les états « aigus » qui semblent orientés vers les services « hors cadre loi de 1838 ». D'ailleurs, médecins et surveillants exercent de fait un contrôle sur les circulations des patients qui, bien qu'admis dans un service ouvert et non sous le régime de la loi de 1838, font l'objet de mesures pour contenir leur état « d'agitation », notamment à leur arrivée. En plus du recours aux médicaments, d'autres techniques contraignantes peuvent être utilisées, comme les sangles ou l'imposition du pyjama, destinée à faciliter la surveillance ; de manière générale, les incitations à ne pas quitter l'hôpital semblent nombreuses (Eyraud et Moreau 2013). L'hospitalisation tend aujourd'hui à être destinée de façon privilégiée à l'« aigu » : c'est cet état qui semble davantage légitimer le recours à une hospitalisation sous contrainte, tandis que les « chroniques », en hospitalisation longue durée, seront plus fréquemment hospitalisés en hospitalisation libre. L'hospitalisation de ces derniers est d'ailleurs

aujourd'hui remise en cause, l'orientation légitime qui prévaudrait serait un accompagnement ou une institutionnalisation de type médico-social, dans les dispositifs relevant du handicap, si le défaut de structures ne constituait le principal obstacle à ces orientations : foyers, appartements thérapeutiques, équipes intervenant à domicile type les récents services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou, plus médicalisés, les services d'accompagnement médico-social pour les Adultes Handicapés (SAMSAH).

2. Le renouveau de la critique de l'asile après la seconde guerre mondiale – la nouvelle inscription spatiale du soin avec le secteur

Dans la période d'immédiat après-guerre, les services qui reçoivent des malades sous le statut de la loi de 1838 se transforment. La période de la seconde guerre mondiale a constitué une expérience traumatisante : près de 50 000 personnes internées sont littéralement mortes de faim et de maladie dans les hôpitaux (Bueltingsloewen (von) 2007). Quoiqu'invalidé par les travaux historiques récents⁹², le rapprochement avec l'extermination des malades mentaux dans l'Allemagne nazie et l'association asile-camp nourriront la critique de l'asile après-guerre, pas seulement dans la critique portée par des mouvements de patients et ex-patients (dans les pays anglo-saxons, certains mouvements d'(ex)usagers se désignent comme des « *survivors* ») mais dans les discours ordinaires de psychiatres : j'ai ainsi régulièrement entendu cette association lors de rassemblements de psychiatres militants, à l'occasion notamment des réformes de la loi de 1990, mais aussi lors de formations réalisées par des

⁹² Isabelle von Bueltingsloewen montre qu'il n'y a pas eu, contrairement en Allemagne, d'intention d'extermination des malades mentaux. Mais ceux qui sont restés dans les asiles ont été victimes, et ce ne sont pas des faits mineurs, à la fois de négligence, d'indifférence, d'actes criminels de détournement des vivres dont l'effet est démultiplié par l'indifférence et la négligence dont les internés faisaient l'objet. Isabelle von Bueltingsloewen montre que la ration alimentaire ordinaire attribuée en temps de guerre était en réalité insuffisante pour un individu adulte, mais les personnes insérées dans des réseaux sociaux ordinaires pouvaient la compléter par des productions personnelles ou le marché noir, ce que ne permettait pas l'isolement aux malades internés, ni à toutes les personnes dépendantes vivant en institution et n'ayant pas de famille ou de relations pouvant leur faire parvenir des vivres. Les productions des asiles ont été partiellement réquisitionnées par l'occupant ennemi et pouvaient être détournées par des employés des établissements. Cette négligence publique n'a semble-t-il ni été le résultat d'une volonté politique ni totale : une circulaire de 1942 a augmenté la ration pour les malades des asiles, mais cette mesure s'est avérée trop tardive et insuffisante. La faim exposait davantage encore les internés aux différentes épidémies qui pouvaient sévir, de même que la promiscuité et le manque d'hygiène. Certains médecins ont attribué les effets de la faim, la cachexie notamment, état de maigreur et de faiblesse, aux effets de la maladie mentale, cela dans de minutieuses descriptions cliniques, qui ont fait l'objet d'articles et de communications à des colloques. L'« altération » des personnes souffrant de troubles psychiques, le fait qu'elles soient considérées comme des êtres essentiellement autres, a ainsi produit une désidentification qui a empêché ces médecins de recourir aux raisonnements ordinaires en ce qui concerne les malades dont ils s'occupaient, comme elle a participé aux effets globaux d'indifférence et de négligence envers les personnes internées.

psychiatres, dans des opérations de distinction des « pratiques critiquables d'avant » et des pratiques décentes, réflexives et « soignantes » actuelles, ancrées dans l'extra-hospitalier. Cette période tragique a été parallèlement une période d'expérimentation féconde pour ceux des médecins qui ont fait sortir les « malades » des hôpitaux pour fuir l'invasion allemande ou après avoir constaté l'impossibilité de pourvoir aux besoins élémentaires des personnes hospitalisées dans ces conditions. Ces médecins ont pu constater les ressources des personnes internées, remettre en cause leurs croyances en la dépendance institutionnelle et l'incapacité de celles-ci à prendre soin d'elles-mêmes, ce qui les a conduit à renouveler leur réflexion sur les dispositifs thérapeutiques. Après-guerre se développe ainsi une critique de l'asile renouvelée (Henckes 2007). Une convergence importante apparaît entre les réflexions sur les thérapeutiques proposées et le souci des conditions de vie à l'intérieur des institutions. Une grande attention est portée par les équipes psychiatriques à tous les éléments qui déterminent les « conditions d'existence », dans l'optique de les assouplir et de les rendre moins infâmant⁹³. Cette attention sera développée et renforcée par le développement d'un mouvement de réforme des pratiques et de réflexion théorique qui sera nommé, après Koechlin et Daumezon, la « psychothérapie institutionnelle » (Daumézon et Koechlin 1952). Cette réflexion met notamment en cause le rôle du fonctionnement des hôpitaux psychiatriques eux-mêmes dans la production des conduites jugées pathologiques chez les internés. Les équipes cherchent ainsi notamment à transformer leurs pratiques de façon à réduire le recours à la force, comme en témoignent la suppression des quartiers d'agités ou encore la diminution de l'usage des moyens de contention (Paumelle 1999; Paumelle 1976). Certains médecins s'engagent dans la promotion du « régime de la porte ouverte » et tentent l'ouverture des pavillons fermés « loi de 1838 ». On observe donc une nouvelle économie du rapport entre soin contraint et (non)enfermement : le cadre légal du soin, le placement, est maintenu, mais les restrictions sont réduites – le soin restant encore majoritairement ancré dans l'espace asilaire.

⁹³ La circulaire du 21 août 1952, dite circulaire 148, proscrie les uniformes pour que les infirmiers ne ressemblent pas à des gardiens : « je tiens à souligner mon désir formel de voir disparaître les uniformes du personnel masculin qui sont la survivance d'un passé où le gardiennage l'emportait sur les soins. ». On se réfère à la « dignité humaine » pour justifier un trousseau satisfaisant. L'administration s'intéresse aux literies, aux rideaux, aux tables, aux chaises, aux fauteuils, au contenu des repas.

La réforme du « secteur » conduite à partir des années 1960⁹⁴ initie une profonde réarticulation entre l'organisation des soins et l'espace : le territoire de référence de l'organisation des soins cesse d'être le département, et devient le territoire du secteur, un territoire géo-populationnel d'environ 70 000 habitants (Fourquet et Murard 1980), les variations de taille entre ces territoires pouvant être très importantes, selon la densité de population (Coldefy 2004). A ce nouveau territoire est référée une seule équipe de psychiatrie qui doit assurer tant la prévention que les soins auprès de la population. Outre le développement de l'extra-hospitalier, il s'agit de garantir une continuité des soins entre les services intra et extra-hospitaliers (centres de consultation, hôpitaux de jour, lieux d'activités thérapeutiques). La réforme du secteur conduit à une réorganisation hospitalière et une nouvelle articulation des services fermés et ouverts. Cette réorganisation implique que les services ne soient plus différenciés en fonction du type de malades qu'ils reçoivent (« agités », « travailleurs », « gâteux »...) mais de la provenance géographique des malades, la référence devenant l'adresse de leur domicile.

Plus encore, l'organisation de soins hors du lieu même de l'hôpital, promue par la circulaire Rucart, est systématisée. Les services hospitaliers sont censés n'être plus que l'un des lieux du soin, tout une série de dispositifs de soin en ambulatoire devant se développer : consultation au sein de dispensaires, hôpitaux de jour ou lieux d'activité thérapeutique. Les secteurs restent cependant le plus souvent administrativement rattachés à un établissement hospitalier, ce qui sera pointé comme l'un des leviers majeurs de la persistance d'un hospitalo-centrisme. Cela, et le fait que nombre de secteurs n'investissent que très faiblement l'extra-hospitalier : en 1982, le rapport Demay souligne que les « lits » (l'hospitalisation) absorbent 80% du budget de la psychiatrie (Demay 1982). L'introduction du secteur, si décevante soit-elle du point de vue de la réforme des dispositifs et des pratiques au niveau national (Eyraud et Velpry 2012), consacre cependant la désarticulation entre le soin psychiatrique et l'hôpital, ce qui a pu être nommé la « despécification territoriale » (Rhenter 2004), avec l'idée que le soin sort de l'espace spécifique circonscrit de l'enceinte asilaire pour entrer dans l'espace social commun :

« Dans sa définition pauvre, la despécification territoriale de la psychiatrie désigne le processus par lequel l'exercice de la psychiatrie s'est vu progressivement désolidarisé du *lieu* unique de l'asile. Dans sa définition dynamique, elle répond à un objectif de prise en charge du malade dans et avec son *milieu* »

⁹⁴ C'est la circulaire du 15 mars 1960 « relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales » qui met en place le secteur. Il faudra cependant attendre 1985 pour que le secteur entre dans le dispositif législatif (loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique). Sur les débuts du secteur, l'investissement politique dont il a fait l'objet de la part de psychiatres militants et d'acteurs des administrations centrales, voir (Fourquet et Murard 1980).

social. La définition dynamique de la déspecification du lieu de la psychiatrie publique nécessite donc une topographie mais ne s'y réduit pas. » (*Ibid.*, p. 134)

Ce sont les effets potentiellement néfastes de l'isolement qui sont mis en avant. La circulaire du 15 mars 1960 souligne ainsi : « Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est en effet de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu. » Cette déspecification territoriale consacre cependant un ancrage territorial durable des secteurs psychiatriques – qu'ils investiront de façons diverses, selon les politiques menées par les chefs de secteur dans les limites d'une répartition des moyens entre hospitalier et ambulatoire, le développement de l'ambulatoire devant se faire « à budget constant ». Cet ancrage sur un territoire sera durable.

Cependant le découpage de ce territoire reste propre à la psychiatrie et ne recoupe ni l'organisation administrative (le secteur peut recouvrir un territoire au sein d'une commune, en rassembler plusieurs, voire une partie de l'une avec l'autre), ni les territoires du secteur social, et restera distinct de ce qui se met progressivement en place sous le noms de territoires de santé. La volonté d'aligner l'organisation psychiatrique sur l'organisation sanitaire en général conduira à l'abandon discret, progressif et partiel de l'organisation par secteurs. L'organisation en secteurs a, en effet, commencé d'être désarticulée par l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 qui supprime la carte sanitaire et met en place les troisièmes schémas régionaux d'organisation des soins (SROS 3), ce qui est confirmé à la suite de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009, par la suppression de la phrase définissant définissant à l'article L. 3221 du Code de la santé publique le caractère territorial du secteur par l'ordonnance n° 2010-137 du 23 février 2010) :

« exercent leurs missions dans le cadre des circonscriptions géographiques appelées secteurs psychiatriques, les établissements assurant le service public hospitalier, les services dépendant de l'Etat ainsi que toute personne de droit public ou privé ayant passé avec l'Etat une convention précisant les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens [etc.] »

Nombre d'établissements conservent une organisation fonctionnelle par secteur (c'est le cas de l'EPSM Philippe Paumelle, dont dépend le secteur A étudié ici), d'autres regroupent les secteurs en « pôles » desservant des territoires plus grands ou regroupant des unités « intersectorielles » centrées sur des problématiques données. Encore aujourd'hui, une certaine « confusion »⁹⁵ entoure l'organisation de la psychiatrie, que marquent des

⁹⁵ Le terme est celui du rapport de la Cour des Comptes, dont je joins en annexe l'analyse sur ce démantèlement du secteur (Cour des comptes 2011, p. 129-134).

incohérences dans les textes légaux, comme le relève un rapport de la Commission des affaires sociales du Sénat :

“Le secteur psychiatrique n’a plus de base légale. Cependant, une partie des textes spécifiques concernant la psychiatrie de secteur demeure. La loi du 5 juillet 2011 sur l’hospitalisation sans consentement mentionne de manière juridiquement anachronique "la sectorisation psychiatrique" et une référence aux secteurs demeure dans l’article L. 3221-4 du code de la santé publique, alors que la définition de leurs missions a été supprimée dans l’article L. 3221-1. Par ailleurs, faute de mesure d’application, on ne sait pas comment les textes généraux censés remplacer les mesures spécifiques doivent être mis en œuvre. » (Milon 2012, p. 24-25)

La réorganisation des dispositifs de soin vers l’extra-hospitalier produit un désajustement entre les pratiques de soin et le cadre légal prévu par la loi de 1838 qui conduit à de nouvelles interrogations sur la révision de ce dernier. De nombreux acteurs sont alors conscients de ce désajustement et appellent à une réforme de la loi de 1838. Au début des années 1960, une tentative de révision de cette loi est préparée et se réalise partiellement avec le vote de la loi du 3 janvier 1968 réformant le droit des incapables majeurs (Eyraud et Henckes 2013)⁹⁶. Loin de mettre en place une régulation juridique plus ajustée des pratiques contraignantes de soin, cette loi ouvre une nouvelle période qui se caractérise d’abord par la tombée en désuétude du cadre juridique spécifique des hospitalisations sans consentement. La réforme du 3 janvier 1968 abroge en effet partiellement la loi de 1838 et prévoit une révision de l’ensemble des mesures sous 5 ans. Beaucoup de malades passent alors sous le régime de l’hospitalisation libre, les malades hospitalisés sous ce régime de droit commun devenant majoritaires à l’hôpital au 1^{er} janvier 1973⁹⁷ – sans pour autant que ce régime de droit commun soit inclus dans les textes régissant les établissements dédiés aux hospitalisations psychiatriques. En 1975, 84% des entrées sur une année se font en hospitalisation libre, mais plus de la moitié des personnes hospitalisées un jour donné sont encore soumises à un régime 1838 : cela est à mettre en relation avec les durées d’hospitalisation, encore très longues pour les patients sous le régime de la loi de 1838, mais allant en se raccourcissant⁹⁸, et correspond à une baisse du nombre de malades présents soumis au régime de 1838.

Cet écart des rapports entre hospitalisations sans consentement et hospitalisations libres, selon que l’on s’intéresse au nombre d’admissions ou au nombre de personnes hospitalisées un jour

⁹⁶ A défaut de sa réforme avant la loi de 1990, le démantèlement progressif et partiel de la loi de 1838 continue, peu de temps après la loi de 1968, avec la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, qui aligne le statut des établissements psychiatriques sur celui des hôpitaux généraux.

⁹⁷ Le régime juridique d’hospitalisation de droit commun est actualisé avec le décret du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers.

⁹⁸ Voir la note de l’IGAS « relative aux modalités d’application des articles L 333 et suivants du code de la santé publique sur l’hospitalisation des malades mentaux », juillet 1979.

donné⁹⁹, s'inscrit dans une évolution notable après-guerre concernant l'ensemble des hospitalisations, la diminution du nombre de malades présents un jour donné à partir de 1970 :

« Au total, le taux de malades présents un jour donné est le plus élevé en 1969 où il atteint 236 pour 100000 habitants ; il baisse ensuite pour atteindre 175 en 1978. En 1998, il est de 73 dans les seuls services sectorisés. » (Chapireau 2007, p. 566)¹⁰⁰

L'autre évolution étant l'augmentation de la part du nombre de ré-hospitalisations de personnes ayant été hospitalisées antérieurement au sein du nombre total d'admissions, qui est à associer à la réduction des durées de séjour :

« A partir de 1971, le taux de malades admis à nouveau dépasse considérablement celui des malades admis pour la première fois. Bien plus, entre 1967 et 1978, ce dernier taux est presque stable, de 144 à 149 pour 100 000 habitants, alors que celui des malades admis à nouveau augmente massivement (de 122 à 230) » (id.)

La modification du cadre juridique n'est ainsi pas la seule à expliquer la baisse du nombre de malades présents soumis au régime de 1838. Une évolution dans les pratiques psychiatriques, la réduction des durées de séjour, l'explique également (Chapireau 2007), réduction à laquelle contribue l'introduction des premiers neuroleptiques à partir de 1952 (Swain 1994).

Cependant la baisse du recours aux mesures encadrées par la loi de 1838 correspond aussi au désinvestissement de ce dispositif juridique. Le maintien de pratiques d'enfermement pour les malades hospitalisés « librement » attire l'attention de l'administration et du législateur. Au niveau national, un rapport de l'IGAS considère dès 1979 que « les hospitalisations libres pourraient masquer des internements dans lesquels les intéressés seraient privés de garanties mises en place par la loi du 30 juin 1838 » (Docaigne 1979, p. 2)¹⁰¹. L'année suivante, à la suite d'un recours, un tribunal qualifie le maintien d'une personne hospitalisée en service libre de « voie de fait de l'administration hospitalière », c'est-à-dire d'atteinte à la liberté individuelle¹⁰². Ce problème est pris en compte par le législateur qui introduit dans la loi du 2 février 1981 dite « Sécurité et liberté » des dispositions spécifiques permettant de garantir les

⁹⁹ qui souligne l'importance de distinguer « stock » et « flux » et de conserver les deux types de donnée lorsque cela est possible pour suivre un phénomène tel que les hospitalisations sans consentement

¹⁰⁰ Le faible taux de personnes hospitalisées en 1998 ici indiqué est à rapporter à deux éléments, un élément lié aux sources, le fait que seuls les services sectorisés sont pris en compte, et non les cliniques ou les services de l'hôpital hors secteur, et un élément important de contexte lié à l'évolution des dispositifs, la baisse importante du nombre de « lits » qui s'accroît au cours des années 1990.

¹⁰¹ Le rapport souligne par ailleurs que « l'hospitalisation sous une modalité ou sous une autre peut dépendre du hasard ».

¹⁰² *Justice*, « La réponse du TGI de Rouen à M. Desailly », n°79, septembre 1989, cité par (Boumaza 2002, p. 38 note 3). L'auteur cite également un témoignage : « A la personne qui, entrée librement, devient récalcitrante, on peut opposer la menace. (...) Beaucoup plus simplement d'ailleurs, on isole, on coupe tout contact avec l'extérieur » (*Ibid.*, p. 38, note 2) paru dans (Cuau et Zigante 1973, p. 21).

droits des personnes hospitalisées librement. Il généralise la possibilité d'un recours judiciaire pour tout malade hospitalisé dans un établissement psychiatrique, quel que soit son mode de placement, et énonce une liste des droits des malades en service libre, dont le droit à l'information sur les droits et devoirs du patient, le droit de communication et de visite, le droit de disposer de sa liberté de mouvement au sein de l'établissement (sous réserve du respect du règlement intérieur), le droit de refuser un traitement et de prendre conseil d'un médecin de son choix pour en décider (Boumazza 2002, p. 40). Cette explicitation des règles procédurales relatives aux patients hospitalisés librement annonce le renouveau d'un souci pour les droits des patients. Dans les pratiques, ces distinctions demeurent cependant confuses, largement inappliquées au sein des établissements psychiatriques et contournées par une certaine « gestion informelle » de l'enfermement (*Ibid.*, p. 41).

3. Un réinvestissement des procédures autorisant la contrainte ainsi que des formes d'enfermement renforcées

Le réinvestissement du cadre juridique des hospitalisations sans consentement à la suite de la loi du 27 juin 1990 constitue un élément particulièrement marquant de la période qui s'est ouverte dans les années 1990-2000. Le recours aux mesures d'hospitalisation sans consentement connaît une augmentation très importante. On reviendra dans la troisième partie sur cette augmentation et les hypothèses avancées, dont les principales sont les suivantes : certains s'inquiètent d'une montée de l'intolérance devant les manifestations des troubles mentaux qui se traduirait par un recours plus important aux internements ; à l'inverse, d'autres critiquent les « déshospitalisations abusives », sorties trop précoces qui donneraient lieu à des réhospitalisations rapides (phénomène nommé « *revolving door* », littéralement : du tourniquet), ou le manque de dispositifs d'accès au soin en amont de la crise (Prieur 2004). Il faut considérer une hypothèse supplémentaire, qui n'est pas si paradoxale qu'elle pourrait paraître : celle d'une attention accrue au respect du cadre juridique dans la limitation des libertés des personnes au sein des hôpitaux psychiatriques. La circulaire Veil de 1993¹⁰³ encadre le recours aux chambres fermées : celui-ci doit être limité aux personnes en hospitalisation sans consentement, ou restreint à quelques heures le temps de résoudre la

¹⁰³ Circulaire n°48 DGS/SP3, « portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux », 19 juillet 1993. Déjà en 1938, l'actualisation du règlement modèle avait conduit à préciser que le médecin chef avait « seul qualité pour prescrire, à titre exceptionnel, le placement en chambre d'isolement et l'emploi des moyens de contrainte. »

situation ou de transformer le mode d'hospitalisation. Cette circulaire aurait conduit certains psychiatres à « transformer l'hospitalisation libre en hospitalisation sous contrainte chaque fois qu'il [est] nécessaire d'isoler un patient en hospitalisation libre » (Friard 2002, p. 62). Cette interprétation de la circulaire pourrait être l'une des raisons de l'augmentation du nombre d'HSC dans certains départements. Dans ce cas, ce serait donc le réinvestissement d'un cadre juridique au nom du respect des droits des patients qui conduirait à décider d'une mesure *a priori* plus restrictive.

Le second élément marquant est le développement de nouvelles formes visibles et assumées d'enfermement dans les établissements hospitaliers psychiatriques, dans un contexte de montée en puissance des préoccupations liées à la protection de la sécurité des victimes de la délinquance. Les acteurs que j'ai pu rencontrer ont témoigné d'une augmentation des « fermetures » : fermetures à clef de services (parfois argumentées comme permettant d'avoir une aile ouverte¹⁰⁴), création de chambres d'isolement. On assiste également à la (re)création de nouveaux services caractérisés par l'association d'un niveau de fermeture très élevé, un statut civil spécifique des personnes « accueillies » (hospitalisation sans consentement et/ou maintien du statut de détenu pour les UHSA) et des règlements intérieurs spécifiques. A partir des années 1990, des Unités de Malades Agités et Perturbateurs (UMAP), par la suite dénommées Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) sont ouvertes au sein des établissements. Le nombre d'Unités pour Malades Difficiles (UMD), au « recrutement » national, passe de 5 à 10 entre 2008 et 2012. Dans les années 2000, les propositions de réforme de la loi de 1990 relancées à l'occasion de faits divers sanglants s'allient ainsi à une politique de renforcement de la sécurité au sein des hôpitaux, et tendent à se substituer à une politique de santé mentale ou d'organisation des soins psychiatriques plus large (incluant l'accès aux soins, la prise en charge des troubles graves chroniques, le dispositif de soin en ville, l'accompagnement extrahospitalier). Le double meurtre de Pau en 2004 d'une infirmière et d'une aide-soignante par un patient au cœur de l'hôpital, puis celui d'un passant à Grenoble par un patient du Centre Hospitalier Spécialisé Saint-Egrève font la une des journaux. Après l'échec de la réforme des hospitalisations d'office en 2007¹⁰⁵, la réforme de la loi du 27 juin

¹⁰⁴ voir partie II.

¹⁰⁵ Des articles relatifs à la réforme de l'hospitalisation d'office ont tout d'abord été inclus dans un projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, déposé par N. Sarkozy, alors ministre de l'intérieur, en juin 2006 (articles 18 à 24), projet hétéroclite qui incluait, entre autres, des mesures concernant la prévention de la délinquance des mineurs, le trafic de stupéfiants, ou encore les chiens dangereux. Devant les vives protestations des professionnels de la psychiatrie et des associations de proches et de malades de cette association des troubles

1990 encadrant les hospitalisations sous contrainte est relancée en novembre 2008 suite au meurtre de Grenoble, tandis qu'est lancé en janvier 2009 un plan « d'amélioration de la sécurité des établissements de santé autorisés en psychiatrie », qui prévoit notamment le financement de la création de 200 chambres d'isolement, de l'installation de caméras de surveillance, barrières, voire l'usage de bracelets électroniques (Circulaire 2009). Ce mouvement de réinvestissement des formes d'enfermement, la création de chambres d'isolement, de fermeture de services et d'unités fermées, qui connaît une accélération depuis 2007 a cependant été initié avant, parfois par les acteurs de la psychiatrie eux-mêmes¹⁰⁶. Les UHSA, introduites par la loi d'orientation et de programmation de la justice du 9 septembre 2002, sont par ailleurs inscrites par leurs promoteurs dans un souci non de « sécurité » mais d'« accès au soin » des détenus souffrant de troubles mentaux. Mais la succession des projets de réforme de la loi de 1990 suscite des mouvements de protestation des syndicats de psychiatres (sans pour autant mobiliser largement la profession), et d'associations d'usagers et de famille, qui dénoncent le caractère « sécuritaire » de ces projets, l'assimilation des malades hospitalisés sans consentement à des délinquants voire à des criminels. Ces mobilisations incluent dans leurs critiques le réinvestissement des mesures de contrainte, qui ne font pas seulement l'objet d'une promotion politique mais se sont progressivement développées avec discrétion au sein des services hospitaliers.

S'il reste le vocable « malades difficiles » dans la désignation des UMD, on observe soit l'ellipse de la finalité des unités comme pour les UPID (Unités psychiatriques intersectorielles

mentaux et de la délinquance, les articles ont ensuite été réintroduit dans un projet de loi « sanitaire » visant à ratifier une ordonnance sur les professions de santé, et qui devait permettre au gouvernement de légiférer par ordonnance pour modifier la loi du 27 juin 1990 (Projet de loi ratifiant l'ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique). Le Conseil constitutionnel a censuré ce « cavalier législatif », introduction d'articles ne correspondant pas à l'objet de la loi (Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007). Face à la mobilisation et devant l'imminence de l'élection présidentielle, le gouvernement a finalement proposé de retirer les articles concernés du projet de loi sur la prévention de la délinquance.

¹⁰⁶ Il est difficile d'objectiver cette évolution, une enquête de la DREES en 2008 (les « Rapsy », Rapports d'activité de psychiatrie), quantifiait le nombre de chambres d'isolement et d'unités pour malades « agités ou perturbateurs » et de lits au sein de ces unités ; elle avait vocation à être reproduite, et même de façon récurrente, mais ne l'a pas été. Les données dont on dispose aujourd'hui viennent de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), qui ne documente pas le nombre de lits de ces unités (voir Annexe sur les sources statistiques). Magali Coldefy et al. synthétisent ces données « La SAE indique que 19 établissements de santé de France métropolitaine (soit 3,4 % de l'ensemble des établissements) avaient développé, en 2011, des unités spécialisées dans la prise en charge des patients agités ou difficiles. Ces unités se composent essentiellement d'unités pour malades difficiles (UMD), d'unités pour malades agités ou perturbateurs (UMAP) ou des unités psychiatriques intersectorielles départementales (UPID). Selon les Rapsy, en 2008, ces unités spécialisées disposaient de 562 lits au total, soit 1,1 lit pour 100 000 habitants de 16 ans et plus » (Coldefy et Le Neindre 2014, p. 29).

départementales) – ellipse qui se produit de manière générale par l’usage des sigles sans leur développement, a fortiori quand ces sigles se démultiplient comme ici – soit le passage de la désignation des services par le *comportement* des personnes (UMAP : « Malades Agités et Perturbateurs ») à l’inscription dans le soin « intensif » (USIP : « Soins Intensifs Psychiatriques »). Cette inscription dans un soin « intensif » vaut également pour les UMD dont les psychiatres revendiquent qu’elles sont des lieux de savoir et de ressources pour un soin en échec dans les structures ordinaires :

« les UMD sont des lieux de compétences où des patients difficiles à soigner dans les services de psychiatrie de proximité (secteur) sont pris en charge dans un dispositif organisé en termes de personnels soignants, de compétences et de locaux ; ce qui permet à des situations d’échec et de difficultés d’être remises en perspective d’un projet de soins, pour que ces mêmes patients puissent reprendre un parcours dans les structures de psychiatrie de proximité. » (Lachaux 2012, p. 68)

Jusque dans ces structures les plus sécurisées¹⁰⁷, c’est le soin qui est mis en avant. L’article de Bernard Lachaux, psychiatre responsable d’une UMD, commence par un long préambule visant à situer ce qui pourrait être une tentation sécuritaire, l’usage des UMD à des fins de défense sociale, pour mieux en distinguer l’objet propre des UMD. Selon lui, l’existence de deux types de dispositifs institutionnels – un « pôle pénitentiaire », dédié à la « défense sociale » et un « pôle psychiatrique » dédié au soin – nettement séparés, prévient la possible confusion des finalités et le mésusage des UMD :

« d’une part, un dispositif de défense sociale, dont le rôle organisateur est légitimement dévolu à l’administration pénitentiaire, et au sein duquel des personnels médicaux et paramédicaux (qui doivent avoir l’agrément de l’administration pénitentiaire, preuve s’il en était qu’ils ne travaillent pas dans un milieu organisé principalement sur le soin) en effectif suffisant doivent intervenir, ayant à leur disposition des outils de soins adaptés et variés [Services médico-psychologiques régionaux (SMPR), Unités psychiatriques hospitalières (UPH), et Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)...] [...] d’autre part, un dispositif de soins dont le rôle organisateur est légitimement dévolu au ministère de la Santé, et son relais régional qu’est l’ARS [*agence régionale de santé*], et au sein duquel des personnels médicaux et paramédicaux en effectif suffisant doivent intervenir, ayant à leur disposition des outils de soins adaptés et variés [secteurs de psychiatrie publique et secteur privé, ainsi que les Unités de malades difficiles (UMD) et les Unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) pour les malades difficiles], ce dispositif constitue un pôle psychiatrique où les professionnels de santé interviennent, qu’ils animent et dont ils règlent le flux. » (*Ibid.*, p. 67-68)

On observe ainsi, parallèlement à l’augmentation du recours aux mesures juridiques autorisant l’hospitalisation contrainte, un renouveau de formes spatiales visibles d’enfermement – l’enjeu pour les acteurs du soin étant, à défaut de prévenir leur développement, d’en préserver le cadrage sanitaire. Si les pratiques psychiatriques ne se caractérisent plus en France par un encastrement du soin, de l’enfermement et d’un statut spécifique attribué aux patients,

¹⁰⁷ Il n’y a que dans une UMD que j’ai vu des camisoles de force, dont l’infirmier qui nous faisait visiter (avec la psychiatre et l’infirmière que j’accompagnais voir un patient qui allait revenir dans l’unité) nous disait qu’elles pouvaient être utilisées.

l'existence de zones d'encastrement y persiste et participe de l'économie des dispositifs de soins.

De plus, la désarticulation du soin psychiatrique du lieu exclusif de l'hospitalisation introduite par le secteur a ouvert, du point de vue des formes de la contrainte et de l'enfermement, sur la question de la possibilité de la désarticulation de la contrainte elle-même du lieu d'hospitalisation. Question qui s'est introduite avec l'idée de l'émancipation du soin d'un établissement hospitalier. La désarticulation du soin psychiatrique et de l'hôpital ne conduit ainsi pas qu'à la possibilité de développer un soin hospitalier hors du cadre de la contrainte mais aussi à la réarticulation de l'extra-hospitalier et de la contrainte. La proposition de créer une mesure de contrainte extra-hospitalière apparaîtra ainsi de façon récurrente dans les propositions de réforme de la législation encadrant les hospitalisations sous contrainte, avant et après la loi de 1990, avant d'aboutir dans la loi du 5 juillet 2011. Cette interrogation est soulevée par Daumézon et Bonnafé en 1946 : « Une question fondamentale est de savoir si sera admise ou non la séquestration à domicile. » dans un article dont le titre est : « L'internement, conduite primitive de la société devant le malade mental, recherche d'une attitude plus évoluée » (Daumézon et Bonnafé 1946). Cinquante ans après, le rapport d'évaluation de la loi de 1990 d'Hélène Strohl et Martine Clément se réfère explicitement à l'évolution des formes de soin :

« L'hospitalisation est une modalité de soins parmi d'autres et il importe d'offrir aux malades, qui ne peuvent consentir aux soins et dont les troubles constituent un danger pour autrui, l'accès à d'autres modalités de soins, notamment ambulatoires. [...] [ne pas proposer cette modalité de soin] serait refuser aux personnes que leur état de santé empêche de consentir aux soins (et partant à l'hospitalisation), le bénéfice d'une psychiatrie moderne, communautaire, au plus près de leurs besoins » (Strohl et Clément 1997).

On va ainsi assister à un réinvestissement de la régulation légale de la contrainte à travers les deux lois, votées à près de 20 ans d'écart, que sont les lois du 27 juin 1990 et du 5 juillet 2011 – lois dont on va préciser les dispositions et les modes régulateurs propres.

II. Le réinvestissement de la régulation légale de la contrainte psychiatrique : les lois du 27 juin 1990 et du 5 juillet 2011

A. Une loi de 1990 centrée sur les hospitalisations

Après plusieurs débats sur la réforme de l'organisation de la psychiatrie au cours des années 1980, une nouvelle loi, la loi du 27 juin 1990¹⁰⁸, actualise le cadre juridique des hospitalisations en psychiatrie. Techniquement, les nouvelles dispositions transforment peu les règles d'hospitalisation sans consentement en hôpital psychiatrique. La loi est présentée comme un simple « toilettage »¹⁰⁹ par ses rapporteurs visant à harmoniser les mesures avec les recommandations internationales, notamment la recommandation européenne N°R(83)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur *La protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires* (Conseil de l'Europe 1983). Cette réforme met cependant l'accent sur les droits de la personne et le mouvement de traduction de ces droits dans le droit positif. Certains soulignent le caractère « symbolique » d'une loi élaborée en 1989 et votée en juin 1990 (Mercuel et Caroli 2003), tout en craignant la fragilisation de l'équilibre introduit par la loi de 1838, stable depuis plus de 150 ans (id.). Hospitalisations libres et hospitalisations sans consentement (HSC) sont définies dans un même cadre juridique¹¹⁰, le centre de gravité se déplaçant quant au mode « normal » d'hospitalisation en psychiatrie : le législateur indique, en effet, que le régime ordinaire doit être celui de l'hospitalisation libre et la contrainte constituer une exception. En ne faisant du

¹⁰⁸ Loi du 27 juin 1990 n°90-527 *relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*.

¹⁰⁹ Certains usent de métaphores plus scabreuses : selon le psychiatre Michel Horassius, la loi de 1838 serait une « mère fondatrice » dont il est difficile aux psychiatres de se séparer ; la loi de 1990, son « héritière », qui « lui ressemble comme une fille » mais qui nécessiterait de la « chirurgie » quoique de façon « limitée » (Horassius 1992).

¹¹⁰ Antérieurement, les hospitalisations libres étaient comprises comme relevant du cadre des hospitalisations ordinaires, mais celles se déroulant en établissement psychiatrique étaient de fait soumises au régime qui avait cours dans ces établissements, sans avoir les protections de la loi de 1838 (Boumaza 2002, p. 39).

recours légal à l'enfermement qu'une modalité du soin psychiatrique, la loi semble alors complètement défaire l'encastrement initial entre un statut juridique spécifique, l'enfermement spatial et la thérapeutique. Mais en actualisant le statut juridique autorisant l'hospitalisation contrainte, elle renouvelle la tension qui le traverse entre la protection contre les atteintes abusives aux libertés des personnes et la légitimation de l'usage de l'enfermement. Revenons tout d'abord sur les termes du cadre légal.

1. La protection de la loi : une protection de qui contre quoi ?

La loi du 27 juin 1990 « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation », modifiée par la loi du 4 mars 2002¹¹¹, définit les hospitalisations sans consentement (HSC) sous leur deux modalités, non plus placement volontaire et placement d'office comme dans la loi de 1838, mais hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et hospitalisation d'office (HO).

Encadré : Critères des hospitalisations à la demande d'un tiers et d'office (loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 4 mars 2002)

Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) Code de la santé publique art L. 3212-1 :

« Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement sur demande d'un tiers [...] que si :

1° Ses troubles rendent impossible son consentement ;

2° Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. »

Hospitalisation d'office (HO) CSP art. L. 3213-1 :

« [...] A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié [...], l'hospitalisation d'office des personnes dont les troubles mentaux *nécessitent des soins [introduit par la loi du 4 mars 2002]* et compromettent la sûreté des personnes *ou* portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public »

¹¹¹ Code de la santé publique art L. 3211-1 à L. 3215-4 dans leur rédaction antérieure à la loi de 2011.

La loi de 1990, comme plus tard la loi de 2011 qui décalquera son intitulé sur ce point, met les dispositifs d'hospitalisation sans consentement sous l'égide de la *protection* des personnes hospitalisées :

« LOI n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation »

« LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge »

Comment entendre ce terme de protection ? Il pourrait être communément compris comme se référant au soin : hospitalisation et traitement psychiatrique relèveraient de la protection des personnes en tant que soin qui leur est apporté à un moment où elles sont malades « atteintes de troubles mentaux », sous contrainte lorsqu'elles ne sont pas à même d'identifier ce dont elles ont besoin ou d'y accéder, leur état ne leur permettant plus d'en avoir conscience ou de prendre les décisions nécessaires. Cette interprétation tend à être accréditée par une décision récente du Conseil constitutionnel qui, saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité (Conseil constitutionnel 2011), se réfère au « onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 » selon lequel « la Nation garantit à tous le droit à la *protection de la santé* »¹¹².

L'expression « lorsque la personne est un danger pour soi-même ou pour autrui », couramment utilisée comme justification synthétique des hospitalisations sans consentement¹¹³, tend également à mettre toute mesure d'hospitalisation-traitement sous

¹¹² C'est moi qui souligne. Décision n° 2011-174 QPC du 06 octobre 2011 - Mme Oriette P. [Hospitalisation d'office en cas de péril imminent]. Cette décision du Conseil Constitutionnel est celle qui conclut à l'inconstitutionnalité et à l'abrogation de la référence à la « notoriété publique » comme fondement possible d'une HO en cas de péril imminent pour la sécurité des personnes.

¹¹³ Voir par exemple, le rapport d'Hélène Strohl et Martine Clémente qui s'y réfèrent dans le corps du texte comme « résumé » des « indications actuelles de l'HO et l'HDT réunies » (Strohl et Clémente 1997). J'ai rencontré de nombreuses occurrences de cette expression au cours de mon enquête, certains enquêtés s'y référant comme si elle était la formule même employée par la loi, comme lors de l'entretien avec une médecin directrice des questions de santé dans la commune de mon terrain principal et qui était chargée de la coordination entre la mairie et les services de psychiatrie en cas d'hospitalisation d'office :

« il y a tous les cas de figure, et c'est vrai que le texte de loi est en même temps comme beaucoup de textes de loi, trop précis et trop flou en même temps parce que "un danger pour la personne et pour les autres" ... c'est quoi un "danger" ? ».

Cette expression apparaît de fait dans le texte de la recommandation européenne de 1983 (art. 3) :

« A défaut de tout autre moyen d'administrer le traitement approprié : a) Un patient ne peut faire l'objet d'un placement dans un établissement que si, en raison de ses troubles mentaux, il représente un danger grave pour sa personne ou celle d'autrui. b) Les Etats peuvent toutefois prévoir que le patient pourra faire l'objet d'un placement lorsque, en raison de la gravité de ses troubles mentaux, l'absence de

contrainte sous l'égide de la protection de la personne contrainte. Elle instaure en effet une continuité entre la menace (violente) que présenteraient les personnes pour d'autres et leur auto-exposition à différentes atteintes ou altérations¹¹⁴. Dans cette assimilation par contiguïté de ces deux dimensions, toute décision de soin sous contrainte, même pour prévenir un danger pour autrui, serait en dernière instance pour la « protection » de la personne puisque cette mesure conduirait au soin d'un mal qui l'atteint¹¹⁵.

Cependant, la mention de la notion de protection dans l'intitulé de la loi du 27 juin 1990 et de celle du 5 juillet 2011, qui la réplique sur ce point, ne se réfère pas là à la notion de protection des majeurs¹¹⁶ ni à la « protection de la santé » : elle vient redoubler la notion de « droits des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux » (loi de 1990), « faisant l'objet de soins psychiatriques » (loi de 2011), qui figurent dans les intitulés respectifs de ces deux lois. On peut noter en passant le passage entre 1990 et 2011 d'une caractérisation double des personnes en 1990 par le fait d'être en établissement hospitalier (« hospitalisées », que ce soit consenti ou non) et par le motif de « présenter des troubles mentaux », ce qui est un état spécifique de la personne (loi de 1990), à une caractérisation des personnes en 2011 uniquement par le type de traitement qu'elles reçoivent : des « soins psychiatriques ». En l'occurrence, en 2011, le terme « psychiatrique » caractérise moins le type de soins reçus qu'il ne se réfère au type de professionnels qui les dispensent et surtout à l'établissement dont ils relèvent : comme l'indique la suite du texte, les dispositifs de secteur extra-hospitalier, comme par exemple les centres médico-psychologiques (ex-dispensaires) dépendent administrativement presque tous d'un hôpital¹¹⁷ : c'est plus le fait d'être traités par des

placement détériorerait l'état du patient ou ne lui permettrait pas de lui apporter le traitement approprié. » (Conseil de l'Europe 1983)

C'est également l'expression utilisée expressément dans la législation québécoise ; elle apparaît dans l'intitulé de la loi adoptée en 1997 : « Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38.001) ».

¹¹⁴ Sans que les différentes formes ou degrés de cette exposition soient toujours distingués : atteintes volontaires graves (suicide, mais aussi auto-privation de nourriture ou de sommeil), exposition à des menaces (consommation de produits ou fréquentation de gens dangereux) voire incapacité de s'assurer une sécurité minimale au quotidien (en traversant la rue par exemple). Voir partie III.

¹¹⁵ Voir partie III sur les décisions effectives d'HSC et le « danger pour soi-même et pour autrui ».

¹¹⁶ La notion de protection ne réapparaît en revanche dans le corps du texte de la loi qu'en référence à la protection des majeurs sous la forme de tutelle-curatelle à propos des mesures qui seraient initiées lors d'une hospitalisation sans consentement.

¹¹⁷ L'Association de Santé Mentale du 13^e arrondissement de Paris (ASM XIII), expérience pionnière du secteur, fait ainsi notablement exception en ne s'organisant ni à partir d'un établissement de santé mentale, ni d'un hôpital général (tout en comportant des structures d'hospitalisation). Sur l'expérience de la sectorisation à partir de l'ASM XIII, voir (Henckes 2007).

psychiatres ou des soignants d'un service psychiatrique qui caractérise ici le soin comme psychiatrique que la nature des soins eux-mêmes (un médecin généraliste par exemple est parfaitement habilité à prescrire des traitements neuroleptiques). Ce point est important car le texte ne vise pas en général les personnes qui « font l'objet de soins psychiatriques », par exemple des personnes consultant un psychiatre libéral, mais les personnes susceptibles d'être contraintes au soin, ce qui conduit à préciser le sens de la notion de protection.

En 1990, et par suite en 2011 quand la formule est reprise, il s'agit d'affirmer ou de réaffirmer, d'une part, les droits *conservés* par les personnes hospitalisées en psychiatrie, *avec et sans leur consentement* (voir notamment code de la santé publique (CSP) art. L. 3211.1 à L. 3211.5 : « droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix », droit d'être « être informée dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits [...] », d'« émettre ou de recevoir des courriers ; [...] d'exercer son droit de vote ; [...] de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix ») ; d'autre part, *pour celles* faisant l'objet de cette restriction importante de leurs libertés individuelles que sont les hospitalisations/soins sans consentement (HSC/SSC), de redéfinir les *garanties et recours* dont elles disposent. Ces garanties incluent la définition de conditions nécessaires pour réaliser des HSC/SSC et leur prolongation (notamment des certificats médicaux initiaux puis réguliers, tous les mois après le premier mois), différents types de contrôles : par les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP)¹¹⁸, par le procureur de la République, ainsi que la possibilité de former des recours *ad hoc*. S'y ajoute depuis 2011 le contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention (JLD) de toute hospitalisation complète sans consentement qui se prolonge (voir ci-dessous).

2. La triangulation organisée par la loi : conjurer l'éventualité de la collusion

Le cœur du dispositif de régulation des soins sans consentement, renforcé par la loi de 1990 et atténué par la loi de 2011, est structuré autour de l'exigence d'une « triangulation » de la décision. J'emprunte ce terme à la psychologie systémique, qui s'intéresse à la manière dont un tiers peut permettre la régulation d'un conflit dans une relation duelle – et qui pointe d'ailleurs la manière dont un tiers peut être « happé » par ce conflit, pris à partie, ce qu'a la suite de Goffman on peut identifier comme un effet de collusion (Goffman 1968). Dans une

¹¹⁸ Devenues, depuis la loi de 2011, les commissions départementales des *soins* psychiatriques (CDSP).

alliance collusoire, le « tiers » perd en effet sa qualité de tiers pour rejoindre une des parties par une forme d'alliance avec elle. J'utilise ici cette notion de triangulation pour mettre en évidence la manière dont le droit s'efforce, en exigeant l'intervention d'un tiers, de contrecarrer la possibilité de l'exercice d'un pouvoir non-régulé sur autrui, de le « contrôler » au double sens de le surveiller et de le limiter, et en l'occurrence d'éviter que la décision de contrainte soit prise par une seule partie. Cette « triangulation » est organisée non seulement par rapport à des acteurs singuliers, mais aussi par rapport à différents acteurs qui pourraient se regrouper dans une collusion d'acteurs. Dans l'HDT par exemple, les médecins ne peuvent pas être seuls décisionnaires : il faut, précisément, une demande d'un tiers, susceptible de représenter les intérêts de la personne hospitalisée. Le Conseil d'Etat a ainsi invalidé une demande de tiers par une assistante sociale d'un service d'hospitalisation qui ne connaissait pas la personne hospitalisée (Conseil d'Etat 2003). Réciproquement, les proches ne peuvent être seuls décisionnaires, il ne suffit pas de « demander » l'hospitalisation « à la demande d'un tiers ». Certains médecins revendiquent d'ailleurs non seulement de s'opposer à des hospitalisations qu'ils ne jugeraient pas justifiées mais de porter entièrement la responsabilité de la décision d'hospitalisation sans consentement et le présentent ainsi aux proches.

Ce système de « triangulation » se décline dans la procédure. C'est ainsi le sens du deuxième certificat introduit par la loi de 1990 : dans la procédure « normale », par opposition à la procédure d'urgence, ce ne sont pas les seuls médecins de l'établissement qui sont décisionnaires, il faut un certificat d'un médecin extérieur. La loi prévient également des formes de collusion familiale et interdit ainsi qu'interviennent dans l'hospitalisation des médecins ou chefs d'établissement parents ou alliés de la personne hospitalisée ou du tiers. Il en est de même pour l'HO, qui exige intervention du représentant de l'Etat et des médecins¹¹⁹. L'efficacité de cette triangulation pour prévenir des « hospitalisations abusives » a été contestée et celle-ci s'est vu plutôt accusée de constituer une complexité excessive constituant un obstacle au soin. La difficulté de « trouver des tiers » ou le poids trop lourd de cette intervention (culpabilité, difficultés relationnelles engendrées) sont également invoqués pour introduire dans la loi de 2011 une modalité spécifique de soins dite en « péril imminent » (ou SPI) : le directeur de l'établissement admet en urgence la personne en soins sans consentement au vu d'un seul certificat médical sans demande de soins signée par un « tiers ».

¹¹⁹ Mais ce n'est que récemment que le critère de « notoriété publique » des troubles affectant la personne hospitalisée en HO d'urgence par le maire a été invalidé par le Conseil constitutionnel à la suite d'une question prioritaire de constitutionnalité (Conseil constitutionnel 2011).

En principe, les médecins doivent pouvoir faire état des recherches de personnes susceptibles d'être sollicitées comme « tiers ».

3. Protection contre les atteintes abusives à la liberté d'aller et venir

Les lois qui encadrent les hospitalisations sous contrainte visent donc en premier lieu à protéger les libertés des personnes, et plus exactement la liberté d'aller et venir, dans un cadre de « rétention » qui n'est pas celui de la peine. L'un des premiers « biens » que visent à garantir les lois de manière implicite est donc cette liberté d'aller et venir. Les traitements au sens large – la manière dont on traite les personnes, dont on s'occupe d'elles, les « soins » qu'on leur donne, dont les médicaments, mais aussi les conditions de « rétention » auxquelles elles sont confrontées –, ne sont pas en eux-mêmes envisagés par le texte de loi comme participant à une « protection » des personnes soignées en psychiatrie, ni comme ayant à voir avec une protection des droits et libertés des personnes. La dimension sanitaire ne gagne que lentement du terrain au sein du cadre légal et ainsi que les « biens » qui y sont associés. La loi de 1990 marque cet entre-deux : c'est le ministre de la santé de l'époque, Claude Evin, qui la présente, et elle introduit la norme de consentement qui s'affirme dans le cadre des soins médicaux généraux en définissant les hospitalisations contraintes comme des hospitalisations « sans consentement », bien que l'acronyme/sigle « HSC » soit développé indifféremment comme « sous contrainte » ou « sans consentement » par les professionnels soignants. Mais, dans le même temps, le « mal virtuel »¹²⁰ principal qu'elle vise à écarter reste les « hospitalisations abusives » (Sayn 1998). Et ce n'est que la loi de 2011 qui affirme la nécessité de consulter le patient pendant la décision et la mise en œuvre de la mesure. La loi du 4 mars 2002 renforce le cadrage médical des mesures d'hospitalisations sans consentement en ajoutant comme critère des hospitalisations d'office, qui sont celles les plus susceptibles d'être désignées comme des mesures d'ordre public ou de contrôle social, le fait que les troubles mentaux de la personne doivent « nécessiter des soins », critère absent initialement.¹²¹

¹²⁰ Pour accommoder l'expression goffmanienne d'« offense virtuelle » que visent à apaiser les activités réparatrices (Goffman 1973c, p. 113 sq.) et symétriser les « biens » de références de la loi avec les « maux » qu'elle entend conjurer en premier lieu.

¹²¹ Sur hospitalisations d'office, le texte initial de la loi du 27 juin 1990 était : « A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les préfets prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 331 des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. » (Art. L. 342)

On peut discuter de l'évolution de ces garanties et de la protection apportée par la loi de 1990, puis par celle de 2011. C'est l'un des deux axes majeurs des discussions et critiques des textes de psychiatres concernant les lois et projets de loi sur les soins sous contrainte. L'autre axe concerne la complexité matérielle de la mise en œuvre des dispositions prévues à cet effet, conduisant selon les arguments soit à contourner la loi, soit à faire défaut aux droits des patients, soit à faire défaut à leur « protection » dans le premier sens, à savoir la réalisation d'un soin jugé nécessaire. La discussion du cadre légal des soins sans consentement occupe presque tout l'espace de discussion des psychiatres sur ceux-ci¹²² : le nombre de certificats, la possibilité de se passer d'un tiers demandeur, la pertinence de fusionner les modes d'hospitalisation, la proposition d'un soin sans consentement en ambulatoire, la judiciarisation des mesures de soins. Certaines thèses de médecine cherchent à identifier les caractéristiques des patients hospitalisés, éventuellement s'intéressent aux dispositifs d'urgence mis en place, mais les recherches ou les analyses concernant, par exemple, la sémiologie du consentement, opérant une comparaison des dispositifs de soins, des débats sur la possibilité de réduire dans certains cas le nombre d'HSC, sont presque absentes¹²³. L'existence même de ces mesures fait peu débat. Elles font bien plutôt l'objet d'un consensus assez général, à quelques exceptions près : un psychiatre, anciennement chef de secteur et aujourd'hui à la retraite, m'a affirmé en entretien qu'il serait possible, en organisant différemment les soins, de ne pas recourir aux HSC. Différentes équipes en psychiatrie essaient cependant de développer un « travail de crise en ambulatoire » (Murphy et al. 2012) pour tenter des prises en charge alternatives à l'hospitalisation (Walter et Genest 2006; MNASM 2006).

¹²² J'ai consulté les articles de *l'Encéphale*, *l'Information psychiatrique*, *l'Évolution psychiatrique* entre 1990 et 2013, ainsi qu'une sélection des thèses de médecine sur le sujet entre 2001 et 2011, voir annexe.

¹²³ Comme le remarquent les psychiatres Alexis Braitman *et. al.*, en introduction d'une recherche récente sur les décisions d'HDT (Braitman et al. 2011)

B. La loi du 5 juillet 2011 : le désenclavement du médical par l'introduction du judiciaire et le nouage de la contrainte et du soin extra-hospitalier

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative « *aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* », est la dernière réforme importante¹²⁴ des modalités de cette contrainte après la loi du 27 juin 1990¹²⁵. Si elle réaffirme à sa suite que le soin libre, analogue au soin dans tout autre contexte médical, doit rester privilégié et la contrainte l'exception, ses mesures portent essentiellement sur les modalités des soins sans consentement (SSC) en psychiatrie sans être véritablement intégrées dans une politique d'ensemble concernant la psychiatrie et la prise en charge des troubles psychiques graves. On insistera ici sur les éléments de réformes, notables, introduits par la loi de 2011. Ceux-ci procèdent de sources hétérogènes qui visent des finalités distinctes, ce qui soulève d'autant plus la question de la manière dont ils seront investis en pratique par les principaux acteurs de sa mise en œuvre.

1. L'encadrement de décisions de soins, et non plus seulement d'une forme d'enfermement

L'intitulé de la loi du 5 juillet 2011 l'indique, ce ne sont plus des mesures *d'hospitalisation* qui sont prises, mais des mesures de *soins* sans consentement, ce qui peut se traduire par une hospitalisation *ou* par un programme de soin, défini après une période d'observation en hospitalisation de 72h. Ce programme de soin peut inclure, entre autres, des consultations régulières, la prise de traitements médicamenteux, des soins à domicile mais aussi des séjours brefs en hospitalisation. La loi conserve deux modalités principales de soins sans consentement, qui nécessitent toutes deux un système complexe de certificats médicaux au début de la mesure, puis à échéance régulière tout au long de son déroulement : les SDRE (soins sur décision du représentant de l'Etat), qui se substituent aux hospitalisations d'offices (HO), en cas de « besoins de soins » et de menace pour la « sûreté des personnes » ou de

¹²⁴ Certaines de ses dispositions ont été modifiées par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013, sans que ses principales innovations soient affectées.

¹²⁵ J'analyse ici la loi du 5 juillet 2011 de façon à mettre en exergue les principales réformes qu'elle introduit, en m'appuyant pour cela sur les commentaires de psychiatres et de juristes, mes principaux terrains ayant été réalisés avant cette réforme. Une première version de cette analyse a été publiée en 2013 (Moreau 2013a). Elle a ici été développée et complétée au regard des questionnements posés.

trouble « grave » à l'« ordre public » ; et les SDT (soins à la demande d'un tiers¹²⁶), qui se substituent aux hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT), lorsque les troubles psychiques de la personne rendent impossible son consentement et que son état nécessite une surveillance immédiate et constante en milieu hospitalier ou régulière en ambulatoire. A cela s'ajoute une modalité de SDDE particulière, dite en « péril imminent » (ou SPI) : le directeur de l'établissement admet en urgence la personne en soins sans consentement au vu d'un seul certificat médical et en l'absence de demande de soins signée par un « tiers », c'est-à-dire une personne susceptible de représenter les intérêts de la personne souffrant de troubles.

2. La conjuration de différents « maux » : interruption de soin, dangerosité, atteinte aux droits

La loi du 5 juillet 2011 procède d'origines hétérogènes¹²⁷ qui visent à conjurer différents maux. La possibilité d'un soin sans consentement en ambulatoire (au sein du programme de soin) ainsi que la mesure de soins « en péril imminent », en l'absence de tiers demandeur, sont ainsi issues des nombreuses propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990. Ces deux mesures étaient notamment demandées par une association de proches, l'UNAFAM (Union nationale des amis et familles de malades psychiques), mais également préconisées par différents rapports publics, qui attestent de la difficulté récurrente à trouver des tiers signataires d'une demande d'hospitalisation sans consentement et du détournement de certaines sorties d'essai qui, prolongées dans la durée, fonctionnaient déjà comme des formes de contrainte au soin extra-hospitalières¹²⁸. Différents types de mesures de contrainte au soin en ambulatoire avaient déjà été mis en place dans plusieurs pays européens, pour certains avant les années 2000, comme en Belgique, au Portugal, en Suède, au Luxembourg, au Royaume Uni, ainsi que dans d'autres pays dans le monde, comme les États-Unis ou l'Australie (Salize, Dressing et Peitz 2002; Velpry et Rhenter 2011; Kisely et Campbell 2014). Ces deux mesures que sont l'introduction du programme de soin qui peut se poursuivre

¹²⁶ Parfois nommées SDDE : soins sur décision du directeur de l'établissement.

¹²⁷ Serge Kannas, qui a participé à la Mission nationale d'appui à la santé mentale (MNASM) la décrit comme le « télescopage d'une carpe et d'un lapin » (Kannas 2013).

¹²⁸ Pour une modalité de soins sans consentement sans tiers demandeur comme pour la possibilité d'un soin sans consentement en ambulatoire, voir les rapports (Strohl et Clément 1997; Clery-Melin, Kovess et Pascal 2003; Yéni et al. 2005) ; ces rapports dénonçaient notamment le « détournement des sorties d'essais » qui avaient vocation à permettre le retour progressif à la vie ordinaire et qui étaient fréquemment utilisées pour maintenir une « contrainte symbolique » au soin après l'hospitalisation, et prolongées parfois pendant des mois voire des années.

après l'hospitalisation et le « péril imminent » visent à conjurer avant tout les risques de défaut d'accès au soin et de rupture du soin.

La deuxième origine est la volonté de réforme des hospitalisations d'office impulsée depuis 2007 par le pouvoir politique alors en place¹²⁹. Celle-ci a été qualifiée par beaucoup de « sécuritaire »¹³⁰ car centrée sur le contrôle des dangers que sont supposées représenter les personnes souffrant de troubles psychiques graves. La loi de 2011 tend de fait à renforcer le pouvoir des préfets, à rendre plus difficile la levée des SDRE, et a initialement créé une sorte de « casier psychiatrique » pour les personnes ayant déjà été hospitalisées en Unités pour malades difficiles (UMD) ou hospitalisées d'office après avoir été déclarées pénalement irresponsables ; cette dernière mesure a été réformée par la loi du 27 septembre 2013 après une décision du Conseil constitutionnel (Conseil constitutionnel 2012). L'inquiétude est ici de prévenir la « menace » dont les personnes souffrant de troubles psychiques graves pourraient être l'origine.

Enfin, le contrôle systématique par le juge des libertés et de la Détenion (JLD) de toute hospitalisation complète de plus de 12 jours¹³¹ a été imposé par une décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010, à la suite d'une question prioritaire de constitutionnalité, considérant qu'il s'agit d'une privation de liberté dont les juges sont constitutionnellement les garants (Conseil constitutionnel 2010). Ce sont ici les droits fondamentaux des personnes hospitalisées sans consentement auxquelles cette disposition

¹²⁹ Voir ci-dessus, Chap. I. B.3

¹³⁰ Voir entre autres la mobilisation du « Collectif des 39 » qui s'est constitué en décembre 2008, autour de l'Appel contre La Nuit Sécuritaire signé depuis par près de 30 000 personnes, après le discours « d'Antony » de Nicolas Sarkozy à l'hôpital Erasme d'Antony après le meurtre d'un étudiant à Grenoble annonçant les mesures de renforcement de la « sécurité » dans les hôpitaux, mobilisation qui s'est poursuivie par la suite autour du projet de loi qui a abouti en 2011, puis aujourd'hui autour de la critique du réinvestissement actuel des dispositifs de contrainte en psychiatrie (voir une journée organisée au Sénat le 9 septembre 2015 à l'occasion du réexamen du projet de loi de Santé au sein duquel est proposé un amendement visant à encadrer l'usage des contentions et de la chambre d'isolement – voir ci-dessous sur les régulations légales des contraintes intra-hospitalières).

¹³¹ La loi du 5 juillet 2011 disposait initialement que ce contrôle s'exercerait pour toute hospitalisation de plus de 15 jours, cette durée a été réduite à 12 jours par la loi du 27 septembre 2013 qui modifie certaines dispositions de la précédente). Auparavant, le juge des libertés n'était saisi qu'en cas de recours *ad hoc*. Je passe ici sur cette complexité du droit des hospitalisations sans consentement dont le contentieux était partagé entre deux ordres de juridiction, le juge administratif pour ce qui était de la régularité formelle de la décision, par un recours pour excès de pouvoir, et le juge judiciaire pour l'estimation du bien-fondé de la mesure, sa mainlevée, et l'éventuelle réparation en cas de préjudice reconnu. Cette complexité a valu une condamnation de la France par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH, cinquième section, 18 novembre 2010, *Baudoin c. France*, n°35935/03) la Cour ayant estimé que le requérant avait été privé de son droit à un recours effectif. La loi de 2011 a depuis unifié le contentieux en disposant que la régularité des mesures seraient également évaluée par le juge judiciaire (article L3216-1 du code de la santé publique, entré en vigueur le 1^{er} janvier), voir la note établie par la Cour d'Appel de Lyon (Cour d'Appel de Lyon 2012).

entend donner de nouvelles garanties, qui sont aussi définies comme les garanties communes à tous. Mais quoique la loi de 2011 ouvre sur une nouvelle articulation entre contrainte et soin, déliée du lieu de l'hôpital et de l'enfermement lui-même, la régulation de la contrainte reste centrée sur la privation de liberté *d'aller et venir* limitée par les murs de l'hôpital. Seule l'hospitalisation complète prolongée est soumise au contrôle systématique des juges, et non l'usage de traitements, que ce soit au sein de l'hospitalisation ou à l'extérieur, ni la prolongation de la mesure de soins sans consentement hors de l'hôpital, ni même d'un programme de soin incluant des hospitalisations « séquentielles ». En revanche, la décision du 20 avril 2012 du Conseil constitutionnel qui annulait les dispositions spécifiques concernant les personnes hospitalisées en UMD ou à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale, si elle confirme la constitutionnalité du programme de soin, affirme paradoxalement le fait que le programme de soin ne peut être réalisé sous contrainte (Conseil constitutionnel 2012; Jonas 2012).

La mise en œuvre de la loi a soulevé de nombreuses interrogations et critiques, ce d'autant plus qu'elle a été relativement rapide, avec un texte voté début juillet pour une entrée en vigueur le 1^{er} août 2011. Il est vrai que certains éléments pouvaient être anticipés, l'avis du Conseil constitutionnel ayant été rendu en décembre 2010 et le projet de loi initial déposé le 5 mai 2010. C'est sur les difficultés de la mise en œuvre de la loi que se sont concentrées nombre de critiques, relevant la surcharge de travail des tribunaux avant même que leur échoie cette nouvelle mission et le manque chronique de personnels soignants en psychiatrie, qui rendrait difficile le transport des personnes hospitalisées vers les tribunaux. Elles soulignaient le surcroît de complexité et la démultiplication du nombre de certificats nécessaires à chaque étape des mesures de soins sans consentement¹³², sans que cela semble toujours apporter des garanties supplémentaires pour les droits des patients et leur soin psychiatrique, ce qui était déjà contesté à propos de la loi de 1990¹³³. Ont également été mis en avant la perturbation pour les personnes sous contrainte que représenterait la comparution devant le juge des libertés et de la détention (JLD), le déplacement au tribunal ou l'usage de la vidéo-conférence (prévu par la loi de 2011, supprimé par la réforme de 2013). Certains services ont systématiquement fait des certificats attestant de l'impossibilité pour le patient d'assister à l'audience, en forme de protestation plus globale contre la loi de 2011.

¹³² Procédure légèrement simplifiée par la loi du 27 septembre 2013.

¹³³ Le nombre de certificats exigés était déjà contesté à propos de la loi de 1990 (Ausseill, Decousser et Petit-Dandoy 1992).

Localement, différents *statu quo* ont été trouvés quant à l'organisation des audiences (par exemple par la création d'une salle dédiée à ces audiences), sans que toutes les difficultés matérielles soient pour autant supprimées. La loi du 27 septembre 2013 a établi le principe de la tenue de l'audience dans l'établissement de santé, avec l'assistance obligatoire d'un avocat, et supprimé la vidéoconférence.

3. Une redistribution des pouvoirs et des responsabilités limitée

La loi de 2011 reste le vecteur autant que la manifestation de déplacements majeurs. Elle instaure en effet une nouvelle judiciarisation des soins sans consentement dans le cadre d'une redistribution plus générale de la répartition des pouvoirs entre autorité médicale, autorité administrative et autorité judiciaire. La première loi sur les hospitalisations sous contrainte du 30 juillet 1838 consacrait une modalité administrative d'hospitalisations sous contrainte dont les médecins étaient la clef et qui n'a pas été remise en cause par la loi de 1990. La revendication que les HSC, en tant que privation de liberté, relèvent non du juge administratif mais soient du ressort du juge judiciaire et d'un débat contradictoire¹³⁴ a fait l'objet de controverses récurrentes (Velpry et Rhenter 2011). La décision du Conseil constitutionnel impose le contrôle systématique des hospitalisations complètes (de plus de 15 jours) mais non pas la décision initiale par le juge, ce qui institue une judiciarisation seulement partielle. Et ceci d'autant plus que les programmes de soins sous contrainte en ambulatoire et de séjours hospitaliers plus courts demeurent hors de ce contrôle systématique et ne sont susceptibles que de recours *ad hoc*.

Le travail empirique sur lequel se fonde la recherche de cette thèse précède la mise en œuvre de la loi 2011. Si, dans les premiers temps d'application de la loi, la relative proximité avec la loi précédente pouvait conduire à n'observer qu'un faible changement des pratiques (Marques, Daoud et Stamatiadis 2013), il reste à observer dans les années à venir la manière dont seront mises en œuvre des mesures telles que le soin en péril imminent (sans tiers) et surtout les programmes de soin. Il sera à ce titre particulièrement éclairant d'étudier, avec un peu de recul, la mise en pratique de la loi du 5 juillet 2011 qui réforme les hospitalisations sous contrainte, à partir du cadre d'analyse que nous proposons ici : en

¹³⁴ Par la Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie (Fnapsy) et la Fédération d'aide à la Santé mentale Croix-Marine, entre autres, ces dernières années.

dissociant la contrainte au soin et l'hospitalisation, cette loi entraîne une redistribution des usages et formes de la contrainte non seulement en extra-hospitalier, par la création d'un soin sous contrainte en ambulatoire, dans le milieu de vie même des personnes visées, mais également au sein même de l'hospitalisation – en reposant la question de l'usage de la chambre d'isolement bien sûr, mais aussi celle du statut des traitements administrés à la personne.

Avant d'aborder l'étude des formes contemporaines de la contrainte, leur place dans l'économie des dispositifs de soin psychiatriques et les décisions de recours à la contrainte, on examinera les formes de régulation des contraintes plus « discrètes » que sont précisément ces pratiques de soin longtemps restées intra-hospitalières. Plus précisément, on mettra en évidence la quasi-absence de régulation spécifique des pratiques identifiées comme pratiques de soin, dès lors précisément qu'elles étaient considérées comme relevant du cadre légal du placement contraint et/ou qu'elles faisaient l'objet d'un cadrage médical – sans que soit constituée leur dimension problématique, ou sans que celle-ci suscite la nécessité de mettre en place des régulations spécifiques outre leur contrôle par des médecins.

III. Ce qui est régulé ou non par le droit : la place du « médical » dans le cadrage des pratiques intra-hospitalières

Toutes les formes de restriction au sein des établissements psychiatriques ne font pas l'objet d'une régulation légale. Nous reprenons ici les textes de droit qui encadrent l'usage de formes de contraintes identifiées comme telles (chambre d'isolement, contention, services fermés) pour montrer les variations de cadrage de ces mesures (sûreté, mesure thérapeutique) et d'articulation entre encadrement administrativo-légal et encadrement par la profession médicale.

On a vu précédemment l'évolution conjointe du cadre légal des hospitalisations sans consentement et des dispositifs de soins psychiatriques. Si les placements/hospitalisations sans consentement font l'objet d'une régulation importante par le droit, les pratiques contraignantes intra-hospitalières font l'objet d'une attention et par là même d'une régulation plus incertaine. Elles sont tantôt considérées comme implicitement associées au cadre de contrainte du placement, tantôt considérée comme relevant de l'ordre interne des établissements, et tantôt enfin font l'objet de régulations spécifiques. Si un rôle central est donné aux médecins de façon continue dans la régulation des pratiques, la logique de l'articulation du cadrage médical des pratiques contraignantes et de leur régulation par le droit peut varier de façon opposée. C'est sur ce point que l'on va ici s'attarder, pour suivre l'évolution de cette articulation.

1. Une « prescription » de la contrainte confiée au médecin : comme mesure de police au sein d'un établissement ou comme traitement médical ?

À partir de la loi de 1838, la mesure de « placement » n'ordonne pas seulement le « renfermement » au sein de cet espace spécifique qu'est l'asile et la gestion provisoire des biens de la personne ; elle soumet cette dernière à l'ensemble des autres limitations qui ont cours ou peuvent être décidées à l'intérieur du domaine asilaire, comme l'enfermement dans

une cellule/chambre ou le fait d'être attaché, le port d'un uniforme, les divers traitements. Celles-ci ne font pas l'objet d'un encadrement propre par la loi ; tout au plus existe-t-il certaines dispositions au niveau de ce texte au niveau juridique bien inférieur qu'est le règlement intérieur des établissements prévu par l'article 7 de la loi de 1838¹³⁵, soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur.

On peut formuler deux hypothèses pour expliquer ce niveau de régulation faible, qui ne sont pas nécessairement exclusives. La première de ces hypothèses est que ces limitations sont implicitement incluses dans ce statut civil de placé, ce qui lui donnerait une extension particulièrement large. La deuxième hypothèse est que ces limitations ne sont pas constituées comme problématiques et par suite n'apparaissent pas comme devant relever d'un encadrement spécifique, par opposition à cette première atteinte à la liberté d'aller et venir qu'est la réclusion. La liberté, entendue comme liberté d'aller et venir, est le bien principal au regard duquel il s'agit d'encadrer-justifier la pratique d'enfermement. Un affinement de cette deuxième hypothèse préciserait que si ces limitations n'apparaissent pas problématiques, elles « vont de soi » *dans ce cadre spécifique qu'est l'espace de l'asile*, dans la continuité des anciens espaces de réclusion. Elles sont considérées comme allant de pair avec le placement, mais le placement comme pratique sociale dont elles sont indissociables, non le placement comme procédure juridique justifiant l'atteinte aux libertés. Selon cette hypothèse, ces pratiques n'apparaissent tout simplement pas d'emblée comme des pratiques à justifier ni encadrer légalement.

L'exigence qui sera ainsi faite au médecin par le règlement intérieur des asiles d'inscrire tous les traitements appliqués aux placés, dont la mise en cellule d'isolement, serait ainsi moins à comprendre comme relevant d'une exigence de publicité des traitements problématiques les rendant disponibles au contrôle, que des nouvelles exigences de rigueur attachées à la promotion du rôle médical, dont la légitimation scientifique passe par la notification des procédures employées (Goldstein 1997, p. 359), ainsi que d'une responsabilité propre attribuée au médecin dans la « police » interne de l'établissement.

La circulaire du 20 mars 1857 qui notifie un nouveau règlement modèle des asiles d'aliénés et en donne un commentaire (Ministère de l'Intérieur 1857) soumet l'ensemble des moyens de contrainte à une décision médicale, celle du médecin en chef, auquel il en confie la licence

¹³⁵ promulgué par ordonnance du Roi en 1839 (Ordonnance du Roi 1839).

exclusive – avec cette réserve (qui perdurera) qu'est la dérogation d'urgence qui en permet l'usage aux infirmiers pour une confirmation « dans le plus bref délai » par un médecin :

« Le droit d'employer des moyens de contrainte appartient exclusivement au médecin en chef. Si dans un intérêt de sûreté, les infirmiers ou les infirmières se trouvent forcés de recourir d'urgence à l'emploi de l'un de ces moyens, ils doivent en rendre compte immédiatement au surveillant ou à la surveillante en chef, qui sont tenus d'en informer, dans le plus bref délai, ou en son absence, le médecin adjoint ou l'interne de service. » (art. 105)

Le commentaire précise, que par « moyens de contrainte », il faut :

« comprendre, sous cette dénomination, l'application de la camisole, l'emploi du fauteuil de force, la réclusion en cellule, le transfèrement en quartier des agités, etc. Je crois utile d'ajouter ici que les progrès de la science permettent aujourd'hui de ne faire usage de ces divers moyens que dans des cas tout à fait exceptionnels et qu'ils peuvent être presque toujours avantageusement remplacés par un traitement médical ou même purement moral. »

Le niveau juridique de régulation des contraintes intra-asilaires est relativement faible, puisqu'il s'opère au travers d'un règlement modèle introduit par un arrêté. Les « moyens de contrainte », qui incluent également chambre d'isolement (« réclusion en cellule ») et contention (« camisole », « fauteuil de force ») ne sont ici pas compris comme des moyens thérapeutiques, mais comme des moyens de « sûreté ». Traitement « médical ou même purement moral » ne sont pas considérés comme susceptibles de constituer une contrainte et sont même supposés permettre d'éviter « presque toujours » son emploi. L'abandon (relatif) des moyens de contention promu par le mot d'ordre du « *no restraint* » au sein de l'aliénisme participait d'ailleurs avant tout non d'un programme humaniste mais de « médicalisation de l'assistance psychiatrique » (Henckes 2007, p. 146; Swain 1994).

C'est la question qui hante la psychiatrie : pourrait-on se passer complètement de ces dispositifs de contention ? Certains pensent qu'ils pourraient être entièrement abandonnés, d'autres y voient des outils du panel thérapeutique, certains les pensent inévitables dans certains cas sans nécessairement leur donner une portée thérapeutique. S'ils sont confiés au médecin chef, c'est à fin d'en prévenir l'abus. Les « maux » qu'il s'agit de prévenir sont l'usage « punitif » de ces moyens et la maltraitance, comme le précisent les articles qui suivent immédiatement :

« Art. 106. Il est expressément interdit au surveillant et à la surveillante en chef, ainsi qu'aux infirmiers et aux infirmières d'infliger aux malades quelque punition que ce soit, et de rien changer aux conditions du régime qui leur est attribué par le règlement ou qui leur est prescrit par le médecin.

Art. 107. Tout infirmier ou infirmière convaincu d'avoir maltraité un aliéné est immédiatement révoqué par le directeur, sans préjudice des poursuites judiciaires qui pourraient être intentées. »

Le médecin est ainsi chargé, par-delà sa responsabilité médicale, d'une responsabilité morale quant à la conduite des surveillants et infirmiers. S'il lui est attribué un rôle spécifique, c'est, par-delà l'expertise attribuée à son savoir, par l'investissement de sa profession d'un mandat propre, de la responsabilité du partage entre une contrainte nécessaire et des faits de maltraitance.

Mais si l'usage de la punition est proscrit aux surveillants et infirmiers, celle-ci n'est pas interdite aux médecins voire n'est pas absente de certains procédés du traitement moral, comme la « douche de punition » (Quétel 2013). La paternité du traitement moral est attribuée à Pinel et associé dans l'historiographie populaire à la « libération des chaînes » des aliénés que celui-ci aurait décidé¹³⁶. Il s'agit, selon la définition que Leuret en donne, de l'« emploi raisonné de tous les moyens qui agissent directement sur l'intelligence et sur les passions des aliénés » (Leuret 1840, p. 156) par opposition, non pas seulement aux « chaînes », mais au traitement « médical », que Leuret désigne par « médications physiques », et qui inclut saignées, purgations, bains, ... « la plupart des médications employées dans le traitement des maladies physiques » (*Ibid.*, p. 2-3). Leuret inclut cependant « en première ligne » dans « les moyens moraux réputé auxiliaires dans le traitement de la folie » l'« isolement »¹³⁷ à côté des « jeux, [de] la promenade, la lecture, la conversation, la musique, le travail et [des] voyages ». Mais le traitement moral désigne de façon plus générale des dispositifs mobilisant « le raisonnement, la persuasion et la crainte » (*Ibid.*, p. 69) : consoler, distraire, provoquer des émotions fortes (Calmeil, cité par Leuret, p.72) qui inclut la peur « de la douche, des affusions froides, de la camisole, des entraves, des ventouses [...] ». C'est l'investissement d'un cadrage médical pour rendre compte de l'usage de procédés de contrainte.

Ce cadrage médical est susceptible d'être mobilisé pour l'ensemble des pratiques au sein de l'asile. Le travail des placés, par exemple, requis pendant l'Ancien Régime dans les anciens lieux de détention de tous ceux qui en étaient capables, et justifié tant par des raisons morales,

¹³⁶ Sur le traitement moral voir (Swain et Gauchet 1980; Goldstein 1997).

¹³⁷ Sur les différents sens de l' « isolement », voir partie I.

éducatives, répressives qu'économiques¹³⁸, ne devient acceptable que comme moyen thérapeutique :

« L'ordonnance du 18 décembre 1839 portant règlement sur les établissements publics et privés consacrés aux aliénés (5), dispose, dans son article 15, que "dans tous les établissements publics où le travail des aliénés sera introduit comme moyen curatif, l'emploi du produit de ce travail sera déterminé par le règlement intérieur de ces établissements". » (Montès 1993, p. 46)

Ou comme occupation :

« Le modèle de règlement pour les hôpitaux et hospices, adressé aux préfets par la circulaire du 31 janvier 1840, s'il apporte la précision que "le travail est organisé, autant que possible, à l'hospice en vue d'occuper les hospitalisés en état de s'y livrer" (Chapitre IX-Travail, articles 44 à 47), confirme la répartition du produit prévu par le texte précédent. »

Les justifications de la mise au travail sont séparées de ce qui est fait du produit de ce travail. La Révolution assure, comme le soulignait Robert Castel, la promotion de la forme « contrat », supposé passé librement, comme modèle de la relation légitime. Elle établit, en ce qui concerne le travail dans les établissements destinés aux pauvres – enfants, vieillards, indigents : « que le travail est un acte volontaire » (loi du 28 juin 1793 contenant l'organisation des secours pour les enfants, les vieillards et les indigents, articles 13 à 15) et précise qu'aucun genre de travail ne pourra être imposé, « dont le produit tourne au profit de la maison ». Le travailleur doit se prêter volontairement au travail et en retirer lui-même les bénéfices. Mais, ajoute Montès,

« Rapidement, les nécessités économiques incitent à réviser cette position libérale. Aussi, la loi relative à l'administration des hospices civils du 16 Messidor an II, dans son article 13, stipule que « le directeur fera introduire dans l'établissement des travaux convenables à l'âge et aux infirmités » de ceux qui y sont pensionnaires. L'article 14 précise que les deux tiers des produits de ce travail appartiennent à la caisse de l'établissement, le tiers restant étant, soit donné immédiatement, soit conservé jusqu'à la sortie. »

C'est cette répartition qui prévaudra également dans les asiles, et le produit de ce travail s'avère d'emblée indispensable à l'équilibre économique des établissements (Montès 1993). On voit que le travail a une justification *a minima* comme occupation, *a maxima*, comme « moyen curatif » mais sa dimension économique, si elle est un enjeu explicite des débats, est abordée séparément. Ce qui est écarté dans la description de la mise au travail des personnes placées, c'est la dimension contrainte, sans compter son éventuelle justification répressive¹³⁹.

¹³⁸ L'assistance aux pauvres, qui paraît aujourd'hui « l'un des fondements des sociétés modernes », est de façon récurrente contestée et accusée, notamment en ce qui concerne les pauvres valides, de nourrir l'oisiveté et de menacer la prospérité publique (Paugam 1991).

¹³⁹ Ces dimensions du travail économiques, potentiellement coercitives, qui ne relèvent pas d'un bénéfice pour la personne ne sont pas exclusives d'autres dimensions dont celle-ci peut profiter, et qui peuvent être des finalités effectivement recherchées par ceux qui organisent ce travail : un éventuel bénéfice thérapeutique, une

De la même façon, c'est la dimension répressive qui est épurée de l'enfermement asilaire, et cela par le recadrage médical de ce placement.

2. La confirmation du sens médical de la chambre d'isolement

Un siècle plus tard, la circulaire du 28 février 1951, aujourd'hui abrogée, articule entièrement différemment régulation légale-étatique des contraintes *au sein* des services hospitaliers, et la place donnée au médical. Cette circulaire, qui promeut l'ouverture de services libres et en définit plus précisément l'organisation administrative, exclut l'isolement de cet encadrement légal précisément *parce qu'elle* le considère comme une mesure thérapeutique :

« J'ajouterai toutefois que s'agissant le plus souvent de malades en période aiguë, l'isolement peut être considéré comme mesure thérapeutique et que le fait d'être traité dans une chambre particulière n'emporte pas le classement obligatoire dans la première ou seconde des catégories prévues par le texte précité¹⁴⁰. » (Circulaire 1951) *publiée dans le recueil* (Législation hospitalière 1953)

Selon cette circulaire, la finalité des services libres doit être « d'éviter aux malades dont l'état mental ne le requiert pas, les limitations de capacité civile et de liberté » que constituent les placements « loi de 1838 », placement d'office et placement volontaire. Or ce qu'indique ici cette circulaire, c'est que ces nouveaux dispositifs de soin hospitalier « libres » n'excluent pas l'isolement¹⁴¹, qui est ici assimilé au « fait d'être traité dans une chambre particulière » (quand l'« isolement » se référait au placement en asile au siècle dernier)¹⁴². La chambre d'isolement est ici entièrement considérée comme une « mesure thérapeutique » et c'est ce qui justifie selon la circulaire de ne pas exiger qu'elle implique un placement « loi de 1838 ». La qualification de cette mesure comme thérapeutique la place ainsi sous la juridiction médicale exclusive, sans l'encadrement légal de l'enfermement qu'est la loi de 1838.

satisfaction dans l'activité, une place qui s'émancipe du seul rôle de patient interné, une extension des occasions de relations sociales et, nous l'avons mentionné, de plus grandes possibilités de circulation au sein de l'asile. On voit à l'œuvre plutôt une évolution des registres de justification légitimes, le « curatif » étant mis en avant, la raison économique étant tantôt écartée, tantôt abordées séparément, au moment des débats sur les budgets des asiles, ce d'autant plus que la population des asiles ne cessera de s'accroître, et avec elle les dépenses départementales.

¹⁴⁰ C'est-à-dire placement volontaire ou placement d'office.

¹⁴¹ De fait, on retrouve dans les dossiers des patients des mentions de l'usage de procédés de contrainte (Eyraud et Moreau 2013, p. 30).

¹⁴² Edouard Toulouse, qui a ouvert l'un des premiers services libres, n'excluait pas lui-même de devoir parfois contraindre les patients au sein de son service, hors du cadre réglementaire des « placements ». Précisément parce qu'il concevait le service libre comme « une mesure d'hygiène, où l'autorité médicale guidait la création d'un dispositif institutionnel » (Henckes 2007, p. 155-156).

Dans la conception des maladies mentales qui a émergé au XIXe siècle, leur partage entre maladie « aiguë », susceptible de guérison ou d'amélioration, et maladie chronique, nécessitant un traitement à vie, est traduit dans l'usage des nouveaux dispositifs de traitement qui se développent : les services libres tendent à être réservés aux malades « aigus », au développement des traitements de pointe, tandis que les services « loi de 1838 » tendent à accueillir les malades « chroniques ». On est ici à l'opposé de la conception actuelle qui tend à réserver l'hospitalisation sous contrainte aux personnes dans des états aigus. Un partage est opéré entre les malades, entre ceux qui basculent dans un nouveau statut « socio-civil » (Eyraud 2010) encadré par la loi de 1838 qui définit à la fois un régime de placement hospitalier et de protection des biens (jusqu'à la loi de 1968 qui distingue le placement contraint de la tutelle), et ceux qu'il s'agit autant que possible de préserver de ce basculement. Le cadrage purement médical de l'isolement permet d'associer ce régime commun préservé et le traitement hospitalier de l'état aigu, qui est peut-être le contexte où la question de l'isolement se pose le plus. Mais paradoxalement la préservation de ce statut socio-civil conduit au non-encadrement de la contrainte intra-hospitalière dans ces services – cela, peut-être également dans un contexte d'optimisme médical quant à la capacité de soin et d'amélioration par ces nouveaux services.

Un nouveau renversement survient avec la circulaire Veil de 1993¹⁴³ qui, bien que validant l'interprétation thérapeutique de la mesure d'isolement, intervient dans un sens exactement opposé. Elle se réfère à l'article L. 326-3 du code de la Santé Publique¹⁴⁴ qui limite les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice des libertés individuelles des personnes hospitalisées sans leur consentement en les limitant aux mesures « nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement ». La circulaire « rappelle » que la mise en chambre d'isolement et plus généralement le placement dans un service fermé à clef ne peuvent être effectués que pour les patients en hospitalisation sans consentement, ou exceptionnellement en cas d'urgence, en attendant le changement de mode d'hospitalisation, pour les personnes en hospitalisation libre. Pour ces dernières, les seules « réserves » à la circulation libre au sein de l'établissement ne doivent tenir qu'au « bon fonctionnement du

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

¹⁴⁴ Devenu l'article L. 3211-3 dans la nouvelle codification du CSP (Ordonnance n° 2000-548 relative à la partie législative du code de la santé publique), avant d'être modifié par la loi du 5 juillet 2011, voir ci-dessous.

service » : « dont les modalités particulières doivent être précisées dans le règlement intérieur, sans que le principe de respect de cette liberté d'aller et venir puisse être remis en cause ». Les restrictions plus importantes imposées à des personnes « en hospitalisation sous contrainte » (le terme est celui de la circulaire) requièrent une indication « posée par un médecin » et doivent être limitées « à ce qui est médicalement justifié », devant pouvoir être remis en cause « à tout moment en fonction de l'état de santé du patient ».

La circulaire Veil ressaisit l'isolement comme « restriction aux libertés individuelles des personnes hospitalisées » et fait dépendre sa régulation du cadre des hospitalisations sans consentement. Elle s'inscrit dans l'esprit de la loi du 27 juin 1990 qui (ré)investissait les exigences des droits fondamentaux sous l'impulsion européenne¹⁴⁵. Mais c'est un événement dramatique qui en est l'origine immédiate : la mort de malades « isolés », c'est-à-dire enfermés dans des chambres, au cours d'un incendie dans un établissement. Cet événement met en lumière la question des conditions de mise en chambre d'isolement et de leur contrôle. L'isolement reste défini comme une mesure médicale, mais ce cadrage médical ne conduit pas à en donner une licence libre aux médecins. Bien au contraire, ce cadrage devient une condition limitative de l'usage de la chambre d'isolement.

3. La restriction des libertés : un usage de dernier recours ou une possibilité normale à encadrer ?

La loi du 5 juillet 2011 conserve le cadrage médical et l'accentue, jusqu'à en atténuer la dimension de « restrictions des libertés » : de « limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement » dans la loi de 1990, elles « doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis » dans la loi de 2011. La dimension d'exceptionnalité de la contrainte et sa limitation à ce qui est nécessaire au traitement médical sont estompées pour devenir essentiellement une exigence de « proportionnalité » à l'« état mental et à la mise en œuvre du traitement requis ». La formulation « adaptées, nécessaires et proportionnées » est la formulation même employée par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 26 novembre 2010 et traduit la position de ce dernier. En effet, depuis les années 1980, celui-ci défend une

¹⁴⁵ Voir la « Recommandation R(83)2 sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires », adoptée le 22 fév. 1983 par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe (Conseil de l'Europe 1983).

« exigence de conciliation »¹⁴⁶ des normes de valeur constitutionnelle « avec d'autres droits et libertés constitutionnels (droit de propriété, liberté d'autrui), objectifs constitutionnels d'inspiration libérale (pluralisme des courants d'opinion), tout comme, le plus souvent, avec des exigences collectives ou sécuritaires telles que "les nécessités économiques d'intérêt général", la lutte contre la contrefaçon et, surtout, l'ordre public et ses déclinaisons : recherche des auteurs d'infraction, lutte contre la fraude, notamment fiscale » (Champeil-Desplats 2012), même pour les libertés publiques qu'il considère fondamentales :

« Au fil des années, les standards de conciliation s'avèrent de plus en plus sophistiqués dans un sens qui tend à devenir défavorable à l'exercice de la liberté publique. Plutôt que la nécessité des restrictions apportées aux libertés, le Conseil examine en effet dorénavant leur caractère non (manifestement) excessif [84], disproportionné ou déséquilibré [85]. Et, le plus souvent, ce contrôle de la proportionnalité ou de l'atteinte non manifestement excessive portée à la liberté s'achève par une décision de conformité à la constitution des dispositions législatives examinées, éventuellement sous réserve d'interprétation. » (*Ibid.*)

La distinction entre ces deux formulations : limitation à ce qui est strictement nécessaire des restrictions apportées aux libertés ou limitation à ce qui est « adapté, nécessaire, et proportionné », relève de ce qui est jugé implicitement « normal ». Dans la première formulation, ce qui est « normal » est l'absence de restriction apportée aux libertés, ces restrictions devant constituer l'exception ; dans la seconde formulation, l'adaptation de ces restrictions (en l'occurrence, à un état mental considéré comme altéré) devient la norme – le seul enjeu étant alors de savoir si elles ne sont pas manifestement excessives, disproportionnées.

En l'occurrence, en ce qui concerne la décision du 26 novembre 2010, Véronique Champeil-Desplats, que nous citons ci-dessus, appelle à nuancer, car le Conseil constitutionnel y affirme que « la liberté individuelle ne saurait être entravée par une rigueur qui ne soit nécessaire » (position de « limitation au nécessaire ») pour affirmer l'inconstitutionnalité des dispositions d'alors quant à la régulation des hospitalisations sans consentement et exiger un contrôle judiciaire de celles-ci, ce qui va dans le sens d'un renforcement des libertés individuelles. Mais le Conseil constitutionnel se réfère également au fait que « les atteintes portées à l'exercice de ces libertés doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs

¹⁴⁶ « Les domaines dans lesquels il a énoncé l'exigence de conciliation sont très nombreux, puisqu'aujourd'hui, celle-ci est rappelée dans presque toutes les décisions touchant aux libertés publiques. Tel est ainsi le cas s'agissant de la liberté de communication, de l'autorisation et de l'utilisation des installations de systèmes de vidéosurveillance, des données personnelles, de leur traitement et de leur communication, de la protection de la propriété intellectuelle, des garanties de la liberté individuelle contre l'hospitalisation d'office [sic-HSC], de l'expulsion des étrangers, de la lutte contre le terrorisme... Selon une dialectique bien connue en la matière, le Conseil fait même sienne l'idée que sans conciliation avec la sauvegarde de l'ordre public, "l'exercice des libertés" lui-même "ne saurait être assuré" » (Champeil-Desplats 2012) voir références aux avis du Conseil Constitutionnel dans l'article cité.

poursuivis » (consid. 16) (position de « proportionnalité »), et conclut par exemple que l'interdiction des communications téléphoniques et le non-respect du refus de soin ne sont pas, respectivement « une atteinte disproportionnée à l'exercice de droits constitutionnellement garantis » ni une « conciliation [...] manifestement disproportionnée ». Et c'est bien la formule « adaptées, nécessaires et proportionnées » qui est reprise dans la loi et vient se substituer à une formule de type « limitation au nécessaire ».

Tant l'interprétation médicale de la chambre d'isolement que sa régulation via le cadre des soins sans consentement ne vont pas de soi. Le cadre actuel de régulation est jugé insuffisant par plusieurs acteurs, et fait actuellement l'objet d'une remise en cause. Un épisode législatif qui a lieu au moment même de la finalisation de ce travail met en exergue une articulation qui contraste avec les précédente. Une demande du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), l'instauration d'un registre *par établissement* où seraient notifiés les recours à la chambre d'isolement *et aux contentions*, est reprise dans un amendement récent¹⁴⁷ au projet de loi relatif à la santé, actuellement discuté au parlement, déposé le 14 octobre 2014. Cet amendement est à l'initiative de députés sensibilisés à la question du système de prise en charge psychiatrique dans le cadre d'une mission parlementaire d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, dirigée par le député Denis Robiliard, mission qui a suivi la loi sur les soins sans consentement votée le 5 juillet 2011¹⁴⁸. S'il confirme une fois de plus le mandat donné aux médecins de la décision de ces mesures, l'amendement interprète ces mesures exclusivement comme des mesures de sûreté :

« Il ne peut y être procédé que pour *prévenir un dommage* immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. »

La régulation de ces mesures, dont l'amendement rappelle qu'elles doivent être des « pratiques de dernier recours » passe, comme pour les hospitalisations sans consentement, par leur mise en visibilité accrue dans un registre unique par établissement (et non par leur seule inscription dans le dossier médical), qui les rend disponibles au contrôle¹⁴⁹, comme le

¹⁴⁷ Il s'agit de l'amendement N°AS 1467, déposé à l'Assemblée nationale le 13 mars 2015 et voté le 8 avril 2015. Le projet de loi n'est, lui, pas définitivement voté et est, au moment où s'achève ce travail, discuté au Sénat.

¹⁴⁸ L'amendement reprend la recommandation n°15 de ce rapport (Robiliard 2013).

¹⁴⁹ L'amendement mentionne trois types d'acteurs régulateurs que sont les commissions départementales des soins psychiatriques, le contrôleur général des lieux de privation de liberté, et les parlementaires, sans mentionner d'instance judiciaire, ni procureur, ni juge des libertés et de la détention, qui faisaient partie des acteurs régulateurs inclus dans le contrôle des hospitalisations sans consentement.

proposait le CGLPL, mais aussi par la mise en visibilité de l'évolution de leur usage, qui doit permettre le contrôle effectif de l'objectif de leur limitation :

« L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte de la pratique de placement en chambre d'isolement et contention, la politique définie pour en limiter le recours et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers et au conseil de surveillance. »

Ce cadrage comme mesure de sécurité rencontre lors de sa discussion la réaction d'un député de l'opposition, par ailleurs psychiatre :

« J'appelle également votre attention sur l'article 13 *quater*, qui est totalement délirant et qui a sans doute été proposé par des gens qui n'ont jamais vu un patient de leur vie et qui ne sont jamais entrés dans une chambre d'isolement. Madame la ministre, quand un patient n'a plus de contenant interne, il faut bien un contenant externe. Quand un patient arrive aux urgences et qu'il a pris des produits que nous ne connaissons pas et que nous ne pouvons pas le soigner avec des médicaments, il faut bien avoir recours de temps en temps à la contention. [...] La majorité des patients sont des gens pacifiques qui ne posent aucun problème de trouble à l'ordre public. Néanmoins, cela peut arriver et, dans ces cas-là, il est nécessaire de prendre des mesures destinées à contenir le comportement physique quand le contenant interne échappe à lui-même. Or plusieurs de vos articles vont largement compliquer le travail des services de secteur. Une partie de mon travail consistait d'abord à travailler avec l'équipe, à défendre les infirmières avec qui je travaillais, à défendre l'institution. Sachez-le, madame la ministre : quand vous avez à peine plus de vingt ans et que vous entrez dans une chambre d'isolement où un patient d'un mètre quatre-vingt-quinze atteint d'une encéphalopathie hépatique a réussi à se lever malgré son lit métallique, comment le traiter sans liens de contention ? On est obligé soit de les lui mettre, soit de le placer dans le coma. Et puis il y a en plus le syndrome de la Stasi : il va falloir faire des cahiers dans lesquels les noms des médecins qui auront prescrit et ceux des infirmiers qui auront appliqué la prescription seront marqués... » (intervention de Nicolas Dhuicq, député Les Républicains, discussions à l'Assemblée nationale du projet de loi de santé, 8 avril 2015)

Ce député réintroduit le cadrage médical, se référant à la fonction de « contenance » de la chambre d'isolement¹⁵⁰ (voir plus bas sur les usages de la chambre d'isolement), tout en argumentant sur le besoin de ce type d'outil comme empêchement de conduites (fugue, agression), que cette introduction de nouvelles formes de contrôles entraverait. A cela il ajoute la crainte de la mise en cause individuelle des psychiatres et soignants via l'inscription dans le registre mentionné de ceux qui interviennent dans la prescription et la surveillance des mesures.

Outre les variations quant au cadrage de la chambre d'isolement comme mesure de sûreté ou comme mesure thérapeutique, on voit que celle-ci peut être caractérisée comme une restriction (problématique) des libertés qui doit être justifiée et restreinte autant que possible, ou comme une mesure nécessaire dont il ne s'agit de prévenir que des abus : punition,

¹⁵⁰ Ce député mobilise également l'argument de la spécificité du domaine psychiatrique et l'expertise des soignants en psychiatrie – son usage du registre psycho-dynamique d'inspiration psychanalytique par la référence à la « contenance » et au défaut de « contenant interne » qui fait partie des interprétations de certains troubles psychotiques est aussi une manière de marquer un territoire qui échapperait au profane.

maltraitance, disproportion/inadaptation. Cette oscillation s'articule à la perception de l'atteinte qui est faite à la personne dans son statut et ses droits. Elle est également liée à des évolutions dans les registres mobilisés : l'attention à l'atteinte au statut et aux libertés puis le registre des droits fondamentaux qui se développe après la seconde guerre mondiale.

Si la décision des mesures de contrainte intra-hospitalières est confiée par les textes réglementaires de façon persistante aux médecins, le cadrage médical n'est pas investi systématiquement et voit sa place varier. Il intervient en effet tantôt comme ce qui justifie le fait de ne pas encadrer légalement l'usage de ces mesures, en tant qu'elles relèveraient entièrement d'un ordre médical qui porte sa loi propre, tantôt comme la manière même d'organiser règlementairement leur régulation en en confiant le mandat à une profession particulière qui en porte la responsabilité et doit en contrôler l'usage. Quelque soit la place donnée au cadrage médical, il n'y est pas donné de contenu explicite¹⁵¹, et lorsqu'il est défini un encadrement légal des pratiques, celui-ci ne consiste jusqu'à l'amendement actuellement en cours de discussion qu'à confirmer et encadrer le mandat des médecins en la matière.

Il existe ainsi un certain jeu dans l'usage du terme « médical » qui peut désigner la nature pathologique du problème *ou* le caractère thérapeutique de la réponse, lorsqu'il s'agit par exemple de conditionner l'usage de la chambre d'isolement ou du service fermé à une « indication médicale » (Circulaire Veil 1993) ou encore plus précisément qualifier l'acte d'un médecin, notamment l'acte auquel il est seul habilité (comme la prescription de la chambre d'isolement). À ce mandat spécifique est associée une compétence (l'évaluation clinique d'un état) mais cela n'induit pas en soi le caractère thérapeutique de la mesure. En donner l'exclusivité aux médecins confère une gravité à l'acte et y associe une responsabilité de celui qui en décide. Les infirmiers peuvent de fait être à l'initiative de la mise en chambre d'isolement, comme le confirme le référentiel de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé sur l'usage de la chambre d'isolement (ANAES 1998), mais la prescription médicale doit suivre (comme c'était déjà exigé par le règlement modèle de 1857 qui précisait bien que le fait d'initier la mesure par les infirmiers ou les surveillants relevait d'un « intérêt de sûreté »). Le fait de réserver aux médecins la prescription de la chambre d'isolement n'implique ainsi pas nécessairement le caractère thérapeutique de la mesure, très discuté. Il tient également aux *risques* psychopathologiques mais aussi somatiques associés à

¹⁵¹ Contrairement aux hospitalisations sous contrainte pour lesquelles il est défini des critères – certes susceptibles d'être critiqués comme peu précis par ceux qui les mettent en œuvre, voir par exemple (Collet Thibaudeau 2005) – dont le certificat médical doit montrer qu'ils sont remplis : incapacité de consentir aux soins, besoin d'une surveillance constante en milieu hospitalier, etc. (Voir infra sur la loi de 1990).

la chambre d'isolement (on verra dans la partie II la manière dont ils sont cadrés comme « contre-indications médicale » dans le référentiel ANAES) que le médecin doit évaluer au moment de la prescription (évaluation de risque de « passage à l'acte auto-agressif » par exemple, mais aussi de la nécessité d'une surveillance particulière en raison d'un traitement ou de la prise d'un toxique). Enfin, la responsabilité qui est donnée aux médecins est également, on l'a dit, une responsabilité morale et légale puisqu'il s'agit de prévenir les risques d'abus, comme la mise en chambre d'isolement « pour la commodité du service » (Circulaire Veil 1993). L'ambiguïté du terme de « médical » permet cependant d'associer un sens à un autre et du mandat médical de prescription de l'isolement induire la nature thérapeutique de celui-ci.

Conclusion de la première partie

On a vu le mouvement qui a conduit du moment fondateur de la loi de 1838 où soin, cadre légal et enfermement asilaire n'étaient pas distincts, jusqu'à la désarticulation et la réorganisation de ces trois éléments. Le soin en psychiatrie est aujourd'hui majoritairement ambulatoire et libre (à une réserve près, le poids du coût total de l'hospitalisation, qui reste prépondérant). Pour autant, la psychiatrie publique conserve, parmi ses dispositifs de soin légalement reconnus et encadrés, la possibilité du recours à la contrainte et des formes d'enfermement réinvesties. On a vu apparaître différents registres de justification/critique de la contrainte psychiatrique (le soin, la sécurité, les droits des personnes traitées en psychiatrie), différents « maux » qu'il s'agit de conjurer dans l'exercice de la contrainte légitime en contexte de soin (l'arbitraire, la violence, le contrôle social – la dimension « sécuritaire » ou punitive de la contrainte). La loi de 1838, si elle était caractérisée par le cadrage sanitaire qu'elle donnait à ces mesures, instituait tout un ensemble de dispositifs spécifiques à la psychiatrie : cadre légal, établissements, professionnels, qui n'ont achevé d'intégrer le cadre sanitaire commun que vers la fin du XXe siècle, voire est encore en cours, du point de vue de l'harmonisation de ce qui reste de la territorialisation du secteur avec les territoires de santé. Ce n'est ainsi qu'aujourd'hui que la psychiatrie achève sa « médicalisation », au sens où elle rejoint – et encore seulement partiellement avec le maintien d'une loi spécifique – l'organisation générale des soins.

Ce parcours depuis 1838 met en évidence le contraste entre la relative stabilité de règles autorisant le recours à l'enfermement et la diversité de leur usage. Des formes de fermetures et contraintes peuvent ainsi se maintenir ou se développer sous des formes plus discrètes, hors de l'encadrement de la loi. Ce contraste met en évidence l'articulation du réinvestissement de ces règles avec la mise en visibilité de ces pratiques et le questionnement de leur légitimité. Si la loi, par la définition de formes de contraintes légales, peut être interprétée comme une manière de les légitimer, elle est également remobilisée dans des moments où les pratiques sont identifiées comme problématiques et concourt à leur mise en visibilité et à leur contrôle. Si avec les tenants d'inspiration anglo-saxonne ou foucaldienne d'un contrôle social toujours plus diffus (Robert Castel 1981; Rose 1999), il semble nécessaire d'identifier la persistance de la contrainte dans l'économie des dispositifs psychiatriques, il est nécessaire d'être attentif précisément à ses formes et à sa place au sein de cette économie ainsi qu'aux usages et aux contestations des cadres légaux et réglementaires qui les régulent.

En l'occurrence, il apparaît que certains « biens » font l'objet d'une vigilance supérieure : si l'atteinte à la liberté d'aller et venir par l'enfermement dans un établissement a de façon persistante suscité la vigilance publique, d'autres contraintes font l'objet d'une attention plus faible, au point de ne pas faire l'objet d'un encadrement juridique propre, ou de façon très restreinte : comme la mise en chambre d'isolement ou l'administration de traitements – ce n'est que brièvement que le refus de traitements en psychiatrie a été brièvement reconnu – par la loi dite « Sécurité-liberté » en 1981 (chapitre IV art. 74)¹⁵². La désarticulation de la contrainte et de l'enfermement et la moindre vigilance que suscitent les atteintes aux libertés qui ne sont pas d'aller et venir, notamment le droit de refuser un traitement, doivent ainsi attirer notre attention : seules les hospitalisations complètes font aujourd'hui l'objet d'un contrôle systématique du juge des libertés et non pas les programmes de soin. Certes, le Conseil constitutionnel a exclu dans une décision ultérieure la possibilité d'exercer une contrainte au soin extra-hospitalière (Conseil constitutionnel 2012), mais il reste le dispositif

¹⁵² L'art. L. 353-2 a depuis été abrogé par la loi du 27 juin 1990. Cet article est invoqué par une requérante lors d'une question prioritaire de constitutionnalité. Le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 26 novembre 2010 réfute cette interprétation en estimant que dans la mesure où le législateur a identifié des situations nécessitant une mesure d'hospitalisation sans consentement, la personne visée par une HO ou une HDT « ne peut s'opposer aux soins médicaux que ces troubles requièrent » (Conseil constitutionnel 2010). On peut noter que le Conseil constitutionnel se réfère dans sa décision au droit à la « protection de la santé », en citant le onzième alinéa du préambule de la Constitution de 1946, ainsi symétrisé avec le droit à la protection par l'autorité judiciaire de la liberté individuelle, inscrit dans l'article 66 de la Constitution – ce qui tend, notamment lorsqu'il parle de « la protection de la santé des personnes souffrant de troubles mentaux », à infléchir la notion de « protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux » dans l'intitulé de la loi de 1990 (dont on trouve l'équivalent dans la loi de 2011).

des programmes de soins qui n'existe que dans le cadre des soins sans consentement et qui sort du cadre commun de soin. Réciproquement, la question du refus de traitement pour les personnes hospitalisées en SSC n'est pas posée.

PARTIE II : Contraintes intra-hospitalières : Effets de dispositifs et jeux d'interdépendance des contraintes

« "Il dit n'importe quoi le défenseur des droits, là. Il dit : "il n'y a pas de téléphone dans le service". Moi, je veux bien en installer un – déjà, combien de temps il va rester sans être cassé ?... et puis, le maniaque qui va passer x coups de fil à sa famille, ça va être insupportable pour eux. Le paranoïaque jaloux qui va appeler sa femme toutes les 5 minutes... [...] aujourd'hui, on peut leur passer le portable et ils peuvent aller téléphoner plus loin dans le service" Et le docteur Assouline poursuit : "C'est comme l'interdiction des relations sexuelles ! La maniaque désinhibée qui va s'offrir à tous les patients... Evidemment, ils ne demandent que ça, eux. Mais une fois qu'elle sera redescendue, qu'elle ira un peu mieux, comment elle percevra d'avoir fait ça ? Elle peut être traumatisée. Je ne parle pas de la possibilité de violence..." A ma question : "– C'est interdit par le règlement intérieur, d'avoir des relations sexuelles ?" Il répond : "– Ah non, on ne peut pas. Vous avez vu, l'UMD de Cadillac, qui s'est faite attaquer pour ça ?"¹⁵³ Non, mais pendant le temps de l'hospitalisation, ils peuvent bien ne pas avoir de relations sexuelles. Dans 15 jours, à leur sortie, ils pourront avoir toutes les relations sexuelles qu'ils veulent. Et pour ceux qui restent plus longtemps, ben, on peut en parler. [...] On ne parle pas de la même liberté. La plus grande atteinte à la liberté, c'est la folie." » Journal de terrain, notes après un bref échange informel avec le docteur Assouline, psychiatre, chef de secteur

Au sein des restrictions et contraintes existant à l'hôpital psychiatrique, toutes ne sont ainsi pas également exposées à la critique. Ce qui est identifié, qualifié de façon évidente depuis longtemps, comme contrainte en psychiatrie, est toujours potentiellement menacé par une dénonciation critique : les hospitalisations sans consentement, le service fermé (la porte du service fermée à clef), la chambre d'isolement, les contentions ou sangles (personne attachée par les quatre membres, voire par une ceinture ventrale à un lit), l'usage sédatif des

¹⁵³ Quelques mois auparavant, le Centre hospitalier de Cadillac a en effet été condamné (Cour administrative d'appel de Bordeaux 2012) pour avoir interdit de manière indifférenciée les rapports sexuels à l'ensemble des patients d'une unité de soin (mais non pas l'UMD spécifiquement) Voir Saint-Sernin, « Peut-on interdire les rapports sexuels en hôpital psychiatrique ? » *Sud Ouest*, 18 janvier 2013 et (Le Monde/AFP 2013).

traitements (comme « camisole chimique »¹⁵⁴) ou leur caractère violent ou répressif, comme les électrochocs¹⁵⁵.

Outre ces pratiques fortement exposées à la critique, tout un ensemble d'autres limitations peuvent être imposées aux patients de façon individuelle ou collective, comme la restriction de l'accès libre à un téléphone, comme le mentionne le docteur Assouline ci-dessus, la possibilité de disposer d'affaires personnelles, de recevoir des visites. Dans le bref échange retranscrit ci-dessus, ce chef de secteur, croisé sur le site de l'hôpital Philippe Paumelle, dont dépendent son secteur et le secteur A, réagit vivement après la visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté¹⁵⁶. Il désigne ici deux pratiques, l'accès au téléphone et l'interdiction des relations sexuelles, ordinairement peu exposées à la critique publique et ici visées par des mises en cause qui les requalifient comme atteinte aux libertés. Ces mises en cause sont de nature différente, une remarque du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), non encore formalisée par un rapport, et une sanction judiciaire visant un autre établissement, mais viennent toutes deux d'acteurs institutionnels qui interviennent ici en protection des droits des personnes hospitalisées, et sont ici associées par le docteur Assouline.

Cet ensemble de limitations, qui peuvent ou non être identifiées comme des contraintes, ne sont d'ailleurs pas spécifiques à l'institution psychiatrique mais communes à nombre de dispositifs collectifs incluant un hébergement – comme les hôpitaux généraux, les maisons de retraite, les foyers de personnes handicapées. Ainsi, parmi les limitations ordinaires rencontrées en institution, on trouve classiquement les horaires imposés des repas ou des visites. Ces limitations peuvent être reçues par les hébergés simplement comme les règles propres à une organisation collective et considérées comme « normales » en tant que telles, a fortiori dans une institution dont il ne semble pas possible de remettre en cause les règles, et d'autant plus si ces règles reçoivent des justifications liées à la finalité de l'institution elle-

¹⁵⁴ Les camisoles de force qui symbolisent souvent la contrainte en psychiatrie voire la psychiatrie elle-même ne sont quasiment plus utilisées. Je n'en ai vu que dans l'Unité pour malades difficiles (UMD) que j'ai eu l'occasion de visiter en 2008 et n'ai pas entendu parler d'usage contemporain hors de ces services très spécifiques au cours de ma recherche (il n'existait que cinq UMD en France avant 2008, il y en a une dizaine aujourd'hui).

¹⁵⁵ Le terme d' « électrochocs » est encore utilisé, même par des médecins et soignants, mais le vocabulaire médical officiel les désigne aujourd'hui par les termes de sismothérapie, d'électro-convulsivo-thérapie, ou plus pudiquement encore par l'acronyme de ce dernier terme : ECT. Ce changement de terme vise à désamorcer les représentations négatives associées aux électrochocs.

¹⁵⁶ Il est vraisemblable que ce chef de secteur confond ici le Défenseur des droits et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, dont la mission est, entre autres, de réaliser des visites approfondies de ces lieux, et qui a dans sa grille d'observation les conditions de communication avec l'extérieur, dont l'accès au téléphone. Voir par exemple les recommandations 9 et 10 du rapport de visite des services psychiatriques de l'hôpital d'Aulnay-sous-Bois (CGLPL 2010).

même. Elles peuvent également faire l'objet de contestations plus ou moins fortes, notamment pour les structures accueillant des personnes sur le long terme, pour lesquelles le séjour n'est pas qu'un temps exceptionnel mais devient, pour un temps ou définitivement, leur lieu de vie « ordinaire ».

Cette partie sera consacrée à ces limitations intra-hospitalières : à leur description dans un dispositif hospitalier contemporain et aux tensions normatives dont elles font l'objet, la manière dont elles peuvent être « neutralisées », mises en critique, justifiées, régulées, jusque dans leur mise en œuvre. Ce sont ces limitations et l'économie de ces limitations que j'analyserai de façon plus précise à partir de l'exemple du dispositif architectural et organisationnel du service hospitalier du secteur A, qui a fait l'objet de mon terrain principal, et qui sera au cœur de ces analyses. J'exposerai tout d'abord celles qui ont cours au sein de ce service : les limitations « structurelles » ou collectives, liées aux choix architecturaux et organisationnels du service d'hospitalisation A et de l'établissement au sein duquel il prend place (localisation du service dans le tissu urbain ou éloigné d'une ville, fermeture du service à clef ou non, accès ou non à un espace extérieur contrôlé...), et les limitations individuelles liées à des décisions portant sur des patients précis (interdiction de sortie du service, imposition du pyjama, mise en chambre d'isolement...). Il s'agira de mettre en lumière la manière dont ces choix, par-delà les limitations immédiates qu'ils représentent, peuvent induire une exposition de la vie des personnes hospitalisées aux interventions des professionnels, c'est-à-dire à une prise institutionnelle extensive. Cette analyse fera apparaître qu'une restriction ne peut être analysée isolément mais nécessite d'être inscrite dans une économie des contraintes associées au dispositif : les restrictions individuelles notamment doivent être resituées par rapport aux restrictions collectives, faisant apparaître des effets de redistribution de la contrainte, lorsqu'une restriction est diminuée ou augmentée, mais aussi des effets de « surenchère » de la contrainte : certaines contraintes appelant des redoublements de limitations pour garantir leur effectivité.

Je reviendrai ainsi sur les formes de régulation contemporaines de ces restrictions intra-hospitalière. On l'a vu dans la partie I, les régulations légales traduisent des critiques de la contrainte ; elles organisent les formes d'attention et de mise en visibilité de certaines pratiques, mais également établissent un cadre d'usage de la contrainte définie comme légitime. J'étudierai ainsi dans cette perspective les dispositifs régulateurs saillants : les régulations « externes » de la pratique des professionnels de la psychiatrie, la place des régulations légales, mais aussi des nouveaux dispositifs de régulation, qui induisent le

réinvestissement de certains registres, comme le registre des droits avec l'intervention du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, ou l'investissement de nouveaux registres, comme le registre de la qualité avec le développement de processus d'évaluation et d'auto-évaluation. Enfin, l'analyse de l'exercice de la contrainte, à travers l'étude du recours à la chambre d'isolement, permettra de mettre en évidence l'importance des formes de régulation interne, telles qu'elles sont définies et opérées par les professionnels.

IV. Déplacement et jeu des contraintes dans un service d'hospitalisation post-asilaire

Le service d'hospitalisation du secteur A fait partie de ces services qui ont quitté l'ancienne enceinte asilaire départementale¹⁵⁷ pour être « relocalisés », « en ville », à proximité des communes qu'il dessert. Il a fait l'objet, dans sa localisation, son architecture et son organisation, de choix animés par une réflexion critique au sein de la psychiatrie, et critique notamment de l'enfermement et l'éloignement produit par l'hospitalisation asilaire, mais aussi plus largement des formes potentiellement délétères de l'intervention psychiatrique. En re-situant ce service dans les politiques hospitalières contemporaines et l'hétérogénéité des dispositifs hospitaliers psychiatriques, en le comparant à d'autres services, observés par moi ou décrits par d'autres (par des interviewés, dans des rapports, des articles de psychiatres et des thèses de médecine), je proposerai une description d'une institution hospitalière psychiatrique contemporaine. L'étude précise de cet exemple permettra de mettre en évidence le jeu des tensions normatives dont celle-ci fait l'objet, et son renouvellement, à un moment où le séjour hospitalier est censé être court et ne constituer qu'un moment de la prise en charge des personnes vivant avec des troubles psychiques chroniques.

¹⁵⁷ Il était précédemment implanté dans un pavillon de l'hôpital départemental que nous appellerons Philippe Paumelle.

A. Le service hospitalier A : Un dispositif d'hospitalisation post-asilaire

1. La localisation géographique et institutionnelle des services hospitaliers comme enjeu politique, thérapeutique et économique

La localisation géographique et institutionnelle des services hospitaliers est au cœur d'un enjeu porté par nombre d'acteurs des politiques de santé mentale : la déstigmatisation des espaces et dispositifs psychiatriques. Celle-ci peut s'inscrire, comme nous le verrons, dans une promotion de l'ordinarisation des établissements institutionnels de façon plus générale, par le rapprochement du droit commun du régime spécifique qui a cours au sein des institutions, par l'accroissement des ouvertures et des circulations entre l'extérieur et l'intérieur, et par la réduction des contraintes internes – qui a été contre-balancée, on l'a vu dans la partie I, par le réinvestissement de certaines formes de contrainte (développement d'unités sécurisées, fermetures de services hospitaliers, création de chambres d'isolement). Trois stratégies principales ont été menées par les directeurs d'hôpitaux et les agents de l'Etat en charge des politiques territoriales de santé : l'ouverture et le désenclavement des anciens asiles départementaux, la localisation de services d'hospitalisation psychiatriques de secteur au sein des hôpitaux généraux, et enfin la relocalisation de services d'hospitalisation au plus près des territoires desservis¹⁵⁸. Cette localisation a, comme on le verra, un rôle important dans l'économie des contraintes au sein des services hospitaliers.

De nombreux services hospitaliers « de secteur » sont restés dans les anciens asiles¹⁵⁹, établissements le plus souvent pavillonnaires au sein d'une enceinte dont les limites sont marquées par des obstacles plus ou moins importants : murs, barrières, grillages, accès surveillés par des gardiens, même si certains murs sont abattus et certaines grilles et haies relativement poreuses. La plupart de ces établissements avaient été construits à l'extérieur des

¹⁵⁸ On s'intéresse ici aux services d'hospitalisation « de secteur » ou ayant succédé aux services de secteur, c'est-à-dire susceptibles de recevoir des HSC, et participant à la prise en charge ordinaire des personnes avec des troubles psychiques graves et chroniques. Ces services d'hospitalisation constituent la majorité des services habilités à recevoir des HSC. Il existe par ailleurs des services hospitaliers publics non-sectorisés au sein notamment de Centres hospitaliers Universitaires, pouvant ou non accueillir des HSC, des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), dont certains peuvent recevoir des HSC, et les établissements privés à but lucratif, qui ne reçoivent que des HL.

¹⁵⁹ Qui reçoivent aujourd'hui des noms plus ou moins explicites : Centres Hospitaliers ou Centres hospitaliers *Spécialisés*, Etablissements Publics de Santé ou de Santé *Mentale*.

villes, voire à une certaine distance de celles-ci, mais un certain nombre ont été « rattrapés » par l'extension du tissu urbain. Outre les services hospitaliers, ces établissements accueillent toute une série d'autres dispositifs et services. Certains s'y trouvaient déjà depuis longtemps, comme des crèches pour le personnel – éventuellement ouvertes à des personnes vivant ou travaillant à côté de l'établissement, des ateliers destinés à des activités thérapeutiques pour les personnes hospitalisées, une cafétéria et parfois un marchand de journaux, des espaces dédiés aux associations d'usagers et de proches, et/ou de prévention en santé (lutte contre le VIH et les maladies sexuellement transmissibles, lutte contre les addictions..). Certains ont été abandonnés, comme les travaux agricoles, investis lorsque ces établissements essayaient d'établir un équilibre économique par la production d'une partie de leur subsistance, mais aussi, avec le raccourcissement des séjours et la diminution du nombre de lits, la cafétéria elle-même ou certains ateliers thérapeutiques. D'autres y sont entrés, à la fois en raison de cette même diminution du nombre de lits qui a laissé des bâtiments inoccupés, dans un objectif de valorisation du foncier ainsi rendu disponible mais aussi dans un objectif de désenclavement : des instituts de formation en soins infirmiers, éventuellement héritier des centres de formation des infirmiers de secteur psychiatrique (ISP)¹⁶⁰, mais qui forment aujourd'hui des infirmiers diplômés d'Etat (IDE), c'est-à-dire des infirmiers formés aux soins généraux, mais aussi des antennes universitaires n'ayant pas nécessairement de lien avec le soin. Ces établissements peuvent également comprendre des services de soins somatiques, destinés ou non spécifiquement à des personnes avec des troubles psychiques, ou des dispositifs médico-sociaux, comme les Maisons d'Accueil spécialisées, qui accueillent des adultes handicapés en situation de grande dépendance. Paradoxalement, certains dispositifs « ambulatoires », dits aussi « extra-hospitaliers » y sont parfois implantés ou réimplantés : hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques, centres d'activité à temps partiel, le souci d'économie budgétaire prenant le pas sur le souci d'ordinarisation. L'usage des locaux rendus disponibles par la baisse du nombre de lits permet de se défaire de locaux occupés « en ville » et également de mutualiser certains personnels.

D'autres services ont été implantés au sein d'hôpitaux généraux. Ce mouvement a été initié dans les années 1970¹⁶¹. En 2003, la proportion de secteurs de psychiatrie générale rattachés à des centres hospitaliers généraux était de plus d'un tiers (37%) : une proportion conséquente,

¹⁶⁰ le diplôme d'ISP a disparu en 1992.

¹⁶¹ Le nombre de services psychiatriques (tous types de service confondus) établis dans des centres hospitaliers généraux était de 21 en 1971, 73 en 1975, selon le Ministère de la Santé, cité par (Coldefy 2010, p. 189).

mais en deçà des préconisations du rapport Massé (Massé 1992) qui souhaitait en cela favoriser l'assimilation de la psychiatrie à n'importe quelle spécialité médicale.¹⁶² Cette localisation dans les hôpitaux généraux, le plus souvent urbains, peut poser les problèmes rencontrés par les services implantés en ville, auxquels nous allons venir – et en outre pâtir de formes d'enclavement plus ou moins important au sein des soins généraux : la crainte énoncée par les professionnels de la psychiatrie est que les arbitrages financiers n'y soient pas en sa faveur. Crainte confirmée et relayée par le dernier rapport parlementaire (Robiliard 2013) :

« Le mode de financement actuel repose sur une dotation annuelle de fonctionnement qui couvre les activités de psychiatrie et de soins de suite. [...] Chaque établissement est ensuite autonome dans l'allocation des ressources [...] Ce dernier point n'est pas favorable à la psychiatrie au sein des hôpitaux généraux. Lors de son audition, M. Édouard Couty¹⁶³, conseiller maître honoraire à la Cour des comptes, a rapporté que le groupe de travail de sa commission avait constaté la situation souvent délicate des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, où cohabitent des activités tarifées en T2A (à l'activité) et une activité de psychiatrie sous le régime de la dotation globale. « Tous les responsables nous ont indiqué que la situation était souvent délicate, car lorsqu'un hôpital général est déficitaire du fait de la T2A, par exemple du fait d'une petite baisse d'activité en maternité ou en chirurgie, on vient prendre sur la masse du budget global de la psychiatrie pour rééquilibrer les comptes de l'établissement. »

Sur un tout autre plan, en cas de difficultés, notamment face à un patient dont les professionnels estiment nécessaire d'empêcher les mouvements (qu'il soit menaçant, violent, tente de partir alors qu'ils ont estimé qu'il était nécessaire de l'hospitaliser,...), les soignants travaillant en hôpital psychiatrique peuvent faire appel aux collègues des unités voisines, mais les soignants des services non psychiatriques des hôpitaux généraux ne paraissent pas constituer des recours aussi facilement mobilisables – même s'ils peuvent eux-mêmes avoir éventuellement à maîtriser des patients¹⁶⁴, en particulier aux urgences. La coopération entre équipe psychiatrique et service d'urgence doit parfois faire l'objet d'un long travail d'appropriation réciproque, qui passe par la connaissance personnelle des personnes qui y travaillent. La psychiatrie peut sembler « hors du ressort » de certains professionnels des services somatiques, qui s'en « déchargent » du côté de la psychiatrie, ou du moins est-ce ressenti ainsi par certains soignants en psychiatrie.

Lors du terrain réalisé dans le service d'urgences psychiatriques situé au sein d'un hôpital général, derrière le service d'urgence générale, un jeune homme, retrouvé errant dans la rue par les pompiers, avait été installé dans une des deux chambres du service en attendant son transfert. Lors de l'entretien, il était apparu très abattu et il avait évoqué la rupture récente provoquée par son amie. Il lui avait été proposé un traitement anxiolytique, qu'il avait avalé. Quelques minutes après être entré dans la chambre, nous avons entendu un grand bruit : il avait renversé son lit. Les infirmiers se sont précipités, après avoir déclenché un signal d'alerte. C'est un surveillant d'une société de sécurité privée, attaché à

¹⁶² Cette proportion a en effet peu augmenté depuis 1987 (31%) (*Ibid.*, p. id.).

¹⁶³ Auteur par ailleurs d'un autre rapport sur la psychiatrie (Couty 2009).

¹⁶⁴ Qui ne relèvent d'ailleurs pas nécessairement des soins psychiatriques par exemple sous l'emprise d'alcool ou de stupéfiants.

la surveillance de l'ensemble des urgences, qui était arrivé « en renfort ». Les infirmiers ont souligné par la suite le fait que ceux-ci ne bénéficient souvent pas de formations de gestion de la violence (techniques verbales et corporelles pour la faire décroître et/ou techniques de contention physique non dangereuses).

Enfin, certains établissements ont opéré des implantations de services hospitaliers « en ville », en principe plus près des communes de référence des secteurs. Ces services hospitaliers, comme l'ensemble des services au sein du secteur (CAC, CMP, hôpital de jour, Centre d'activité à temps partiel) susceptibles d'être implantés « en ville », continuent de dépendre administrativement de l'établissement hospitalier dont ils sont issus. Magali Coldefy analyse, dans un chapitre de sa thèse de doctorat de géographie, les enjeux des relocalisations de l'hôpital Maison Blanche, initialement l'un des grands asiles de la Seine implanté dans la banlieue Est (Neuilly sur Marne, 93), qui a fait le choix de relocaliser l'ensemble de ses services dans le Nord-Est parisien qu'il dessert. Outre les enjeux immobiliers qui pèsent sur les terrains constructibles dans une région parisienne densément peuplée, le terrain de l'ancien asile devenant très convoité, ces relocalisations correspondent à une volonté de rapprocher les services des domiciles des patients, de faciliter ainsi les liens avec les proches et l'organisation de l'après-hospitalisation, ainsi que de favoriser une déstigmatisation des structures¹⁶⁵.

Claude Finkelstein, présidente de la Fnapsy, fédération d'associations de patients et ex-patients en psychiatrie, se réfère à la parole d'adhérents qui dépendent de secteurs de l'hôpital Maison-Blanche :

« presque tous, bien que regrettant le manque d'espace, manifestent le désir d'être hospitalisés dans ce lieu, proche de leur domicile, accessible aux familles et aux amis, et moins stigmatisant que le site de Neuilly-sur-Marne. Bien sûr, cette innovation présente quelques défauts. Notamment le fait qu'il s'agisse d'une structure fermée, alors que seulement environ 30 % des personnes hospitalisées le sont sous contrainte. Ce fait, ajouté à l'absence de cour, renforce l'impression d'enfermement, malgré la proximité du parc des Buttes Chaumont, et cela est dommage. Mais il est évident (pour nous) que les grandes structures hors la ville ne sont plus acceptables » (Pluriels 2000)

Ce témoignage (indirect) met en lumière les tensions dans lesquelles sont pris les dispositifs hospitalier : l'éloignement, sans être une barrière, constitue en soi une limitation imposée aux personnes hospitalisées, à la visite de leurs proches, mais aussi, par exemple, à l'accès à des commerces en cas de sortie temporaire.

¹⁶⁵ La densité du tissu parisien ne permettant presque aucune construction de nouveau bâtiment, les services sont installés dans une ancienne clinique médico-chirurgicale, un ancien hôtel particulier du XVIII^e siècle, un bâtiment désaffecté de l'Education nationale en face d'une école maternelle et tout de même deux nouvelles constructions aux portes de Paris, l'une à l'intérieur du périphérique, un bâtiment moderne anonyme jouxtant un hôpital général, l'autre à l'extérieur, dans l'enceinte d'un hôpital général (Bichat) (Coldefy 2010, p. 229 sq.)

À l'inverse, les relocalisations conduisent à la création de structures plus petites, au sens où elles accueillent moins de patients et où l'espace total disponible, locaux et terrain, est plus exigü – à la fois en raison de leur activité plus limitée et en raison du coût foncier de la relocalisation dans des zones urbaines (Dear et Wolch 1987)¹⁶⁶. Ces relocalisations, qui ne concernent qu'une petite partie des services hospitaliers, s'inscrivent dans les évolutions de la géographie de la santé mentale étudiée par Dear et Wolch, avec le « passage d'une géographie d'un faible nombre de structures de grande taille, les asiles du XIXe siècle, à une géographie plus dispersée d'un grand nombre de services de petite taille » (Coldefy 2010, p. 18). Ce qui conduit à des espaces intérieurs et extérieurs restreints, avec parfois une absence totale de cour, sans parler même de jardin. De plus, la localisation urbaine conduit souvent au renforcement de la fermeture des services : être « dans » la ville exposerait davantage aux « fugues », sorties non autorisées de patients, qui peuvent plus facilement se mettre hors de portée des professionnels, sans compter que toute tentative de ces derniers de rattraper les « fugueurs » est davantage exposée au regard public, et profane, des passants. [extrait JDT secteur A ?]

La relocalisation du service A

Le service A s'est installé au début des années 2000, avec deux autres services d'hospitalisation de secteurs desservant des communes voisines ou plus éloignées, dans un nouveau bâtiment construit à cette fin. On l'appellera ici la Clinique de Bouvreuil. Les professionnels de ces secteurs s'y réfèrent fréquemment comme à « la Clinique », par opposition au site principal de l'établissement qui est l'ancien asile départemental, dont continuent de dépendre administrativement les équipes « relocalisées », ici désigné comme l'Établissement Public de Santé Mentale « Philippe Paumelle ». Pour des raisons à la fois de disponibilités foncières et des logiques de négociations urbaines, telles que Dear et Wolch ont pu les identifier (Dear et Wolch 1987), ce bâtiment a été construit juste à côté du quartier HLM de la ville, entre un terrain de sport et une école – produit de négociations complexes entre l'établissement principal, les chefs de services concernés et la mairie. L'établissement a

¹⁶⁶ Pour autant, le phénomène de « ghettos de dépendance », tel que l'analysent Dear et Wolch, qui mettent en évidence la concentration des services et de leurs « clients » sur certains territoires pauvres, est moins net en Europe, et est contrebalancé en partie en France par la politique territoriale de secteur (Coldefy 2010).

ainsi été construit dans une zone d'habitation immédiate peu dense, « aidé » en cela par la disponibilité de terrains bon marché et le fait que les « voisins » les plus immédiats sont aussi parmi les moins susceptibles de conduire une action de protestation efficace¹⁶⁷. Cela participe également de la production de localisation de structures dans les territoires excentrés où est également concentrée une population plus précaire. Cela ne vaut pas pour l'ensemble des structures : les structures ambulatoires sont, elles, situées en centre-ville. La localisation des deux centres médico-psychologiques du secteur dans un immeuble commun avec le Centre d'action sociale de la ville, au bord d'une nationale mais juste à côté du centre (non loin de la mairie, de l'église, du supermarché), relève davantage d'une logique de concentration de services ; le CATTP et l'hôpital de jour, quant à eux, sont dans des zones pavillonnaires, entre la gare et le centre ville.

« La Clinique » n'est pas située en centre ville. Elle n'est pas non plus isolée, trois lignes de bus la desservent, mais la régularité des lignes et leurs trajets peuvent rendre les déplacements compliqués. De plus, elle regroupe les services d'hospitalisation de trois secteurs, et n'est pas à proximité de l'ensemble des communes dont les populations dépendent de ces services. Si cette relocalisation rapproche les services de fait pour toute une population, et notamment celle du service d'hospitalisation étudié, cela est plus discutable pour les secteurs des territoires géographiques les plus éloignés.

La dimension de « dé-ségrégation », réinclusion dans le tissu urbain qui doit à la fois traduire, symboliser et permettre la réintégration dans la « communauté » en rapprochant les structures psychiatriques de la population (Michel (ed.) 2009), n'est ainsi que partiellement réalisée, ce d'autant plus que les panneaux indicateurs qui orientent vers « la Clinique » mentionnent le nom de l'établissement principal, le vieil asile départemental, qui comme pour tous les noms des vieux établissements, est synonyme d' « asile », de « lieu pour les fous » pour toute la population environnante. Dans son mémoire d'éthique médicale à propos des hospitalisations sans consentement réalisées aux urgences, un médecin évoque ainsi un souvenir personnel :

« Une des insultes usitées de l'école de mon enfance n'était pas d'envoyer l'autre au diable, mais à Prémontré. Tous les enfants connaissaient le nom de cet hôpital psychiatrique de l'Aisne, aucun ne connaissait l'existence de l'ordre des chanoines de Prémontré ! » (Legrain 2006, p. 14).

¹⁶⁷ Quoique l'éventuelle réaction négative des riverains puisse être davantage appréhendée et anticipée par les élus locaux et les directions des hôpitaux qu'elle n'est effective – comme le montre Magali Coldefy à propos de l'implantation des relocalisations de Maison Blanche (*Ibid.*).

Cette « faute » stratégique a été reproduite pour l'un des appartements thérapeutiques, comme me l'indique un infirmier que j'accompagne lors d'une visite à domicile. Le nom de l'établissement est indiquée sur l'interphone à l'entrée de l'immeuble et désigne ses occupants comme des personnes vulnérables, victimes potentielles pour les délinquants locaux. De fait, les occupants sont régulièrement volés : ce sont jusqu'aux machines à laver qui sont démenagées.

2. Le dispositif architectural du service

Marque de son époque de construction, l'architecture de la Clinique Bouvreuil figure un désir d'ouverture : par la « circulation » de la lumière, avec le souci de créer un cadre esthétique et agréable. Le dispositif spatial et organisationnel n'a jamais été l'objet de la seule réflexivité des philosophes et chercheurs en sciences humaines commentant les différentes technologies sociales. L'architecture asilaire, comme on l'a vu dans la première partie, a été investie de la double tâche de figurer symboliquement l'intention thérapeutique et de créer un environnement, sinon thérapeutique en soi, du moins bienfaisant, favorable à l'apaisement des troubles (Montlibert (de) 1995). Si cette intention a pu être délaissée dans le choix ultérieurs de bâtiments modernes, censés être fonctionnels, suivant l'architecture des hôpitaux généraux, elle n'a jamais été entièrement abandonnée. L'architecture psychiatrique a ainsi constitué un objet de choix pour les architectes et autres professions travaillant sur l'environnement quotidien des personnes, indiquant l'attente que le dispositif ne soit pas seulement fonctionnel mais apporte littéralement un « supplément d'âme » à ceux chez qui elle est supposée affectée¹⁶⁸.

¹⁶⁸ Un certain nombre de mémoires et de thèses d'architecture, voire d'ingénierie portent ainsi sur les dispositifs psychiatriques : voir par exemple la thèse d'Isabelle Léothaud, « Ambiances architecturales et comportements psychomoteurs. De l'observation à l'aide à la conception. Le cas de structures pédopsychiatriques ». Thèse de doctorat en sciences de l'ingénieur, Université de Nantes, 2006 (Léothaud 2006). Voir également les travaux sur la chambre d'isolement d'élèves d'un mastère spécialisé de Génie industriel rassemblant des élèves ingénieurs et designers – suite à la publication d'un texte sur la chambre d'isolement d'une psychiatre, Nathalie Giloux, qui dirige les urgences psychiatriques du Vinatier, grand hôpital psychiatrique du département du Rhône en banlieue lyonnaise (Giloux 2003). Ces travaux ont été exposés à la « Ferme du Vinatier » en juin 2005 :

http://www.ch-le-vinatier.fr/ferme/la_grange.php?fiche_id=105.

(La Ferme du Vinatier est le service culturel du Centre Hospitalier Le Vinatier (hôpital psychiatrique à Bron, près de Lyon) et propose films, expositions, débats. Elle s'inscrit entièrement dans le projet de « décloisonnement de l'hôpital » et ce mouvement d'ouverture que l'on décrivait, comme en témoigne sa présentation : « une interface originale reliant l'hôpital à la cité, intégrée à la politique d'établissement dès sa création en 1997 et ouverte à tous les publics »).

Mais l'intérêt pour l'architecture a été au premier chef investi par les médecins eux-mêmes, depuis Esquirol et ses contemporains voir (Esquirol 1819; Falret 1852; Parchappe 1853). Il a même été réinvesti dans les années 1960 avec le renouveau de la critique de l'asile, voir le numéro spécial de la revue *Recherches : Programmation Architecture et Psychiatrie*, en juin 1967 (Recherches 1967). Cet intérêt fait partie d'une certaine culture

Les équipes soignantes ont été invitées, au moment de la préparation de ces relocalisations, à participer à des échanges sur l'aménagement de ces structures, l'organisation des équipes en leur sein :

« Ce que j'ai trouvé intéressant, c'est que nous on est arrivés dans des locaux tout neufs, et qu'il y avait une nouvelle organisation à faire, parce que je pense qu'on était chroniques, bon maintenant on l'est peut-être aussi, mais on était complètement chronicisés par l'asile. Donc ici quand on est arrivé il a vraiment fallu tout organiser, je sais pas, les soins, la façon dont on allait amener les patients au self par exemple, c'était une organisation qu'il a fallu mettre en place parce que sur Philippe Paumelle, il y avait les plateaux ou le réfectoire, et voilà. » Bruno, aide-soignant

La référence à la manière dont « l'asile » rend « chroniques », non seulement les patients, mais aussi les équipes, qui en retour participent à la dimension « aliénante » de l'institution marque la manière dont la relocalisation a été investie de la possibilité d'organiser une réflexivité sur les pratiques et de les réformer – là encore par une attention à toutes les dimensions de la vie quotidienne, comme les repas. Le risque de « chronicisation », c'est-à-dire de retomber dans des pratiques figées qui organisent des hiérarchies et des dépendances au fonctionnement institutionnel, n'est cependant pas considéré comme pouvant être aboli une fois pour toutes « bon maintenant on l'est peut-être aussi ».

Les soignants n'estimaient pas nécessairement pouvoir peser sur les décisions principales, mais ont tout de même eu le sentiment d'être impliqués :

« Et c'étaient quoi les points de cristallisation des tensions, ou les points de désaccord au départ ? C'étaient, c'était : de toute façon, on ne sera pas acteurs de ce qui se construit. Ce qui était plus ou moins vrai, ne serait-ce que dans la construction de la clinique par exemple. Mais quand même Baseltz [le chef de secteur de l'époque] a réussi à nous inscrire dans ce qu'il appelait la commission – c'était un peu comme au Sénat, il y avait des commissions de commissions, et pleins de trucs comme ça. Et moi par exemple j'étais inscrit à la commission 'Architecture', j'ai jamais fait de réunion, mais je crois que rien que le fait d'être dans un truc comme ça, ça permettait, on parlait d'architecture avec Baseltz. On parlait de la lumière, des baies, l'architecte avait pensé en termes de lumière, des trucs comme ça. Et nous on était : mais nos patients, comment ils vont vivre ? Et la lumière, ça veut dire des baies, et les baies ça veut dire qu'ils vont être vus par tout le monde ! Tu vois ? Mais à travers tout ça, la préparation elle était là. Et à l'époque, elle était là. » Gilles, infirmier, entretien

Non sans ironie vis-à-vis de ce qu'il identifie comme un pseudo-dispositif participatif, Gilles, infirmier de secteur psychiatrique qui a vu la mise en œuvre de la relocalisation, oppose à ces perspectives le *care* concret pour les personnes hospitalisées tel qu'il est porté par les soignants, et non par les psychiatres ou les architectes : il met en valeur la manière dont les soignants auraient d'emblée été attentifs et auraient saisi les conséquences concrètes des choix

commune en psychiatrie. Un document de travail, issu d'un groupe de travail sur la chambre d'isolement dirigé par Nathalie Giloux, que nous citons ci-dessus, commence ainsi par la proposition : « Si l'on admet le vieil adage selon lequel "les murs ont des intentions"... ».

effectués pour les patients, le désir d'ouverture étant mis en tension avec le souci de protection de l'intimité des patients et des informations qui les concernent¹⁶⁹.

a) *Organisation générale de l'espace au sein de la
« Clinique »*

Le centre d'accueil et de crise (CAC) du secteur A, antérieurement installé dans un pavillon de la commune, a été déménagé au rez-de-chaussée de la Clinique, dans un local qui était initialement destiné à servir de vestiaire. Le directeur de l'hôpital, l'EPSM Philippe Paumelle, y voyait comme avantage notable le fait de pouvoir n'avoir qu'un médecin de garde pour le service d'hospitalisation et le CAC les nuits et le week end. Certains « anciens du secteur » voient dans ce déménagement une perte symbolique pour ce CAC, et la cause d'une perte d'efficacité de sa fonction de filtre : toutes les situations où la question d'une hospitalisation était posée étaient censées passer par cette équipe qui devait travailler à « dénouer la crise » *in situ*, permettre un soin intensif en extra-hospitalier, et si possible éviter l'hospitalisation, ou au moins s'efforcer d'établir une alliance avec la personne qui permettrait une hospitalisation volontaire. Sa nouvelle proximité géographique avec le service d'hospitalisation a été accusée de faciliter le recours à l'hospitalisation, l'articulation avec les soignants de l'hospitalisation étant plus aisée, et l'hospitalisation elle-même banalisée¹⁷⁰. [cf terme de Brodwin]]

Au rez-de-chaussée de la « Clinique », on trouve ainsi : le Centre d'Accueil et de Crise du secteur A, donc, l'accueil des visiteurs à l'entrée, les secrétariats des trois services, les bureaux administratifs, de l'intendant et de la gestionnaire du site ; on trouve également les bureaux des médecins des trois services, des cadres supérieurs de santé, des psychologues et travailleurs sociaux des deux autres secteurs (l'assistante sociale et la psychologue du service A ont leur bureau au sein du service A). Il y a enfin, toujours au rez-de-chaussée, la salle de réunion de la « clinique » et une salle d'activité commune aux trois services (mais la salle d'activité n'est en pratique utilisée que par deux), ainsi que, lieu stratégique, les machines à café et distributeurs de barres chocolatées et autres denrées dans un petit espace avec des fauteuils, où se retrouvent les patients autorisés à sortir de leur service, et où ceux-ci peuvent

¹⁶⁹ Tension que l'on retrouve de façon récurrente, comme par exemple autour de la porte de la chambre d'isolement, voir plus loin.

¹⁷⁰ Sur la dépendance des décisions d'hospitalisation envers les dispositifs et leurs articulations dans un territoire donné, Voir le chapitre « chemins vers l'hospitalisation ».

rencontrer leurs visiteurs en dehors du service. Deux services d'hospitalisation se situent aux étages. Celui du secteur A est au rez-de-jardin, c'est-à-dire au niveau -1 par rapport au rez-de-chaussée, et au même niveau que le local de dépôt de linge (la blanchisserie est restée sur le site principal de l'établissement hospitalier dont dépend la clinique) et le réfectoire. Au niveau -2 se trouvent les archives, un local technique et le parking.

Les trois services sont fermés à clef, on reviendra sur ce point. L'accès aux services se fait soit par les escaliers, soit par un ascenseur qui ne fonctionne qu'activé par une clef. Chaque service compte 20 lits, tous accueillent simultanément patients en HL et en HSC dans leur service, sans séparations. La « clinique » ne compte donc au total qu'environ 60 patients (les services sont très souvent complets). Le service A est composé de sept chambres de deux lits et six chambres individuelles, dont une chambre d'isolement et une chambre « de soins intensifs ». Les services à l'étage ont fait le choix de chambres individuelles, disposant d'une surface totale un peu plus importante. Ils n'ont en revanche pas d'accès direct au rez-de-jardin, et ne disposent que de petites terrasses grillagées pour les patients – et les soignants – fumeurs. Au rez-de-chaussée, certains soignants choisissent d'aller fumer à l'arrière du bâtiment, et non à l'entrée, également fréquentée par les patients.

b) La division de l'espace de travail, la position de l'observateur

Pour compléter cette première description de l'espace hospitalier, on décrira la division de l'espace de travail au sein de la « Clinique », en ce qu'elle permet de mettre en évidence l'organisation des groupes professionnels et les relations entre ceux-ci. Cette division de l'espace de travail est liée aux contraintes du bâtiment, et il ne s'agit pas de la surinterpréter, mais, sans formuler trop d'hypothèses quant à ses causes, on peut s'intéresser aux effets produits. Cela m'amènera également à préciser ma position d'observation au cours de ces terrains hospitaliers. Les services d'hospitalisation eux-mêmes sont ainsi les espaces professionnels « naturels » des infirmiers et aides-soignants qui y travaillent. Ceux-ci y restent « par défaut » – n'en sortant que pour des tâches ponctuelles : au rez-de-chaussée, pour se rendre au secrétariat, chez le régisseur, accueillir un patient ou venir à un entretien avec une famille, répondre à une alerte à l'étage, participer à une contention, réunions hebdomadaires du service ; plus rarement à l'extérieur, sans que cela soit anecdotique, pour accompagner une sortie, voire, fait plus rare, aller à domicile. Les médecins, quant à eux, disposent d'un petit

bureau commun à l'étage, où ils rédigent certificats, comptes rendus d'hospitalisation. Ils viennent dans le service surtout le matin, pour le « staff », réunion quotidienne qui rassemble tous les professionnels du service en poste ce jour-là, pour des entretiens avec les patients, et reviennent parfois l'après-midi pour de nouveaux entretiens, compléter un dossier ou à la demande de l'équipe soignante. Ils restent dans le bureau infirmier pour rédiger les notes sur les dossiers. Ils passent les appels dans l'un ou l'autre bureau, selon celui où ils seront le plus au calme – l'un et l'autre étant collectifs et exigus.

La psychologue et l'assistante sociale partagent quant à elles un bureau commun dans le service. La psychologue me dit, à l'époque, avoir du mal à trouver sa place dans ce service, n'étant ni infirmière ou aide-soignante, ni médecin, ni sollicitée par les médecins qui ne se coordonnent pas spécifiquement avec elle et ne lui attribuent aucune fonction propre. Son activité est peu lisible pour les autres professionnels : elle ne fait pas d'entretien en tant que tel, mais cherche dans une pratique d'inspiration de psychothérapie institutionnelle à créer des liens informels avec les patients. Elle n'entend ainsi pas exercer dans le cadre d'entretiens formels avec les personnes hospitalisées, sauf demande expresse de leur part, mais plutôt au travers d'échanges au quotidien, en s'asseyant avec elles dans le service, en animant des activités comme le « journal » (8 pages mensuelles en noir et blanc composées de textes et de dessins de patients hospitalisés¹⁷¹), ou l'activité « mouvements » : de la danse libre sur de la musique dans la salle de réunion à l'étage. Elle essaie également de mettre en place cet héritage direct de la psychothérapie institutionnelle que sont les réunions « soignants-soignés », c'est-à-dire un échange commun et – autant que possible – symétrique, incluant professionnels et personnes hospitalisées sur la vie en commun. La psychothérapie institutionnelle est une référence valorisée par le chef de secteur, en concordance avec le psychologue le plus ancien du secteur A, mais tout en irrigant les échanges, n'est pas aussi connue et investie par les soignants du service d'hospitalisation. De fait, les soignants sont peu assidus à ces réunions et le « *turn over* » des patients est trop important pour qu'un groupe puisse s'organiser, mettre en place des manières communes de fonctionner, et éventuellement proposer des retours qui ne soient pas qu'individuels sur le fonctionnement du service.

La localisation du bureau de la psychologue dans le service correspond à sa pratique, et, dans le même temps, traduit cette position marginale et y participe. Ce positionnement semble moins problématique à l'assistante sociale dont les fonctions l'amènent davantage à circuler

¹⁷¹ Certains patients reviennent après leur hospitalisation pour poursuivre cette activité, comme d'autres pour l'activité dessin/peinture, qui elle, a lieu à l'étage.

entre le service et le secrétariat, et sont de manière générale plus identifiables et plus nettement distinctes de celles des soignants. Le travail de la psychologue, particulièrement en choisissant de ne pas réaliser d'entretiens formels, ne comprend pas de tâches objectivables que sont, par exemple, pour les infirmiers la distribution de médicaments (et l'ensemble des tâches qui y sont associées : contrôler la prescription, entrer les données dans le logiciel, négocier et contrôler la prise, être attentif aux effets secondaires, suivre les commandes à la pharmacie) ou, pour les aide-soignants, la préparation des chambres, l'accompagnement des toilettes, et est d'autant moins lisible que les soignants considèrent comme partie intégrante de leur travail leur engagement dans une attention « globale » aux personnes hospitalisées par-delà les moments d'entretien et de soin explicite.

Des choix différents ont été effectués dans le service B : si le service reste le territoire propre et restreint des infirmiers et aides-soignants, psychiatres et psychologues partagent un bureau commun au rez-de-chaussée, dans lequel ils se retrouvent et échangent avant le staff au sein du service. Le bureau des travailleurs sociaux est également au rez-de-chaussée. Ce service donne une place tout autre aux psychologues que le chef de secteur a recruté selon d'autres affiliations théoriques. Si lui-même a plutôt des références théoriques psychanalytiques, les psychologues ont une orientation cognitiviste et mobilisent des outils spécifiques qui constituent leurs compétences propres tels que des passations de questionnaires, d'échelles, de tests. Il leur est ainsi régulièrement demandé de réaliser des tests auprès de certains patients, dont il est attendu que cela permette d'affiner le diagnostic. Le partage du bureau entre psychiatres et psychologues traduit ainsi une intégration plus forte de ces derniers dans le service et le fait qu'ils ont une place dans la division du travail – en l'occurrence, plutôt du côté des médecins. Il rend réciproquement possible des échanges professionnels et informels plus approfondis dans les temps qui y sont partagés, ce qui renforce la proximité professionnelle que peut déjà susciter certaines activités proches : la rencontre des patients lors d'entretien, l'objectif thérapeutique de la rencontre. Cette proximité professionnelle se réalise dans les échanges cliniques autour des patients, mais n'équivaut pas à une indifférenciation. Peut-être cette proximité est-elle rendue possible par l'orientation des psychologues recrutées qui permet d'organiser une spécialisation des tâches et par là même de donner des places distinctes. Pour grossir le trait, on pourrait dire que de la même façon que la prescription médicamenteuse revient aux médecins, la réalisation des tests revient aux psychologues. La division du travail comme les choix de recrutement restent cependant à la main des psychiatres, le chef de secteur avant tout, qui consulte toutefois ses collègues, notamment les responsables de services. La hiérarchie, toute subtile et cordiale

soit-elle, est claire, démentant partiellement la symétrisation des positions prônée par la psychothérapie institutionnelle¹⁷². La psychologue du service A a certes toute latitude pour intervenir au sein des staffs et y est écoutée, mais au même titre que tout soignant du service – ce qui va dans le sens d’une certaine égalisation des positions au sein du service.

Cette division de l’espace de travail s’éprouve très directement et très concrètement lors de l’observation ethnographique, comme une contrainte pour l’observateur à choisir simultanément l’espace dans lequel il va se situer, les acteurs qu’il va plus particulièrement accompagner, le point de vue qu’il va être amené à explorer de façon privilégiée. Il m’est apparu clairement sur ces terrains qu’il ne m’était pas seulement nécessaire de me positionner « côté patients » ou « côté soignants » (et voulant observer l’intervention des professionnels, côté soignants s’imposait) mais aussi, au sein de ces professionnels « côté infirmiers-aides soignants » ou « côté psychiatres ». Il n’était pas possible de me trouver simultanément dans deux endroits, mais il n’était pas non plus aisé de passer de façon fluide de l’un à l’autre : mon positionnement spatial était contraint par les règles implicites d’appartenance à un groupe ou l’autre (Rémy 2005).

Dans le premier terrain, je suis restée dans le service hospitalier et ai suivi le travail des soignants, à raison d’en moyenne trois jours par semaine pendant 6 mois. Dans le deuxième, assez bref (1 mois), j’ai davantage accompagné les psychiatres. Comme le souligne Muriel Darmon, les « chaînes des diverses négociations et autorisations » permettent de

« mettre en lumière certaines des lignes d’autorité qui structurent le terrain. Pour « qui » l’accord donné par l’interlocuteur qui peut délivrer le droit d’entrer vaut-il ? Sur quels espaces donne-t-il pouvoir d’entrer, sur quels autres donne-t-il seulement l’autorisation de négocier à nouveau et ponctuellement la présence de l’enquêteur ? » (Darmon 2005, p. 99).

Dans le premier service, s’il m’est arrivé d’entrer dans le bureau des médecins, ce n’est que vers la fin du terrain que j’ai été amenée à y être invitée – il aurait été incongru que j’y vienne de moi-même dans tous les cas. Ma première demande d’assister à une réunion des médecins du secteur (toute structure confondue) a d’ailleurs été refusée par la responsable du service d’hospitalisation, qui m’a opposé le fait que cette réunion était réservée... aux médecins. Ce n’est que lors d’une autre occasion que j’ai pu y assister (à un moment où j’envisageais de développer un projet de recherche auprès des proches des patients de ce

¹⁷² Tous les professionnels sont désignés par le même terme de « moniteurs » à la clinique de La Borde, l’un des hauts lieux de la psychothérapie institutionnelle, où exerçait Guattari – sauf les médecins.

service), après y avoir été invitée par le chef de secteur. La responsable du service d'hospitalisation avait défini le cadre de ma présence au sein du service dès le début de mon terrain en me disant que j'étais considérée comme membre de l'équipe et avais à ce titre parfaitement accès aux informations confidentielles concernant les personnes hospitalisées (sous réserve de conserver cette confidentialité et d'anonymiser les éléments si je devais les mobiliser). J'étais ainsi « membre » de l'équipe pouvant pleinement assister aux réunions d'équipes, aux entretiens avec les patients (je n'ai eu aucune réserve de ce côté), lire les dossiers, mais non assister aux réunions « des médecins », indiquant un espace d'entre-soi à préserver.

Dans le deuxième service, il aurait été relativement incongru que je reste dans le service à un moment où ni psychiatre ni psychologue n'y étaient. Pour ce bref terrain d'un mois, je n'ai pas eu le temps de négocier ma présence auprès des deux groupes professionnels. En revanche, il allait de soi que je laisse mon manteau dans le bureau des psychologues et psychiatres de ce deuxième service, et ainsi il était « naturel » que j'assiste aux échanges informels entre psychiatres et entre psychiatres et psychologues le matin. Ces positionnements se sont en partie imposés mais sont aussi le produit d'un choix méthodologique. Un choix méthodologique en ce que je tenais à voir « en quoi consistait » une hospitalisation en psychiatrie et le fonctionnement d'un service d'hospitalisation dans la première observation, et en contre-coup davantage observer les échanges entre médecins dans le deuxième. Ce positionnement permettait en outre d'avoir accès aux dossiers des personnes hospitalisées sous contrainte et notamment à leurs certificats d'hospitalisation pour en connaître les circonstances¹⁷³. Ces choix se sont aussi en partie imposés du fait des micro-relations informelles au début du terrain. L'accueil était bienveillant dans les deux cas, mais teinté de davantage de curiosité ou d'indifférence pour mon travail selon les enquêtés, selon également ce qu'ils supposaient que devait être ma position sur le terrain. La réaction de la responsable du service A par exemple, tout en témoignant de sa confiance, marquait une hiérarchie, qui est moins marquée de la part des médecins et psychologues du service B. Les soignants du service B m'ont à l'inverse témoigné davantage une indifférence polie, que la durée d'observation ne m'a pas permis de dépasser, contrairement à ceux du service A.

Enfin, *last but not least*, a joué le fait très conjoncturel que j'ai immédiatement reçu les clefs du premier service, ainsi qu'une carte de réfectoire, éléments d'intégration essentiels, ayant été prise le premier jour de mon terrain dans une « journée » d'accueil de deux « autres

¹⁷³ Il m'est apparu par la suite que les certificats contenaient parfois peu d'informations sur celles-ci. Sur les certificats et les décisions d'HSC, voir la III^e partie.

stagiaires » infirmières accompagnées par un infirmier du service. Les clefs ne m'ont pas été proposées dans le second service et ma brève présence ne m'a pas conduite à les négocier. Il m'est apparu rétrospectivement (je n'en avais qu'une perception confuse sur le moment) que le fait d'avoir ou non ces clefs a joué dans ma disposition à rester au sein du service d'hospitalisation « seule », c'est-à-dire sans les personnes avec qui j'avais noué mes premières alliances et qui pouvaient me faciliter la sortie. Il m'était plus facile de rester dans le service A, dont je pouvais sortir quand je voulais pour circuler dans le bâtiment. Je pouvais bien sûr demander à un soignant du service B de m'ouvrir, mais je les connaissais moins : cela m'a fait éprouver, à un degré très minimal, le fait de dépendre d'autres personnes, de leur disponibilité, de leur bon vouloir pour pouvoir sortir du service, sentiment inconfortable.

c) L'intrication des espaces, pour dépasser l'opposition soignants-soignés ?

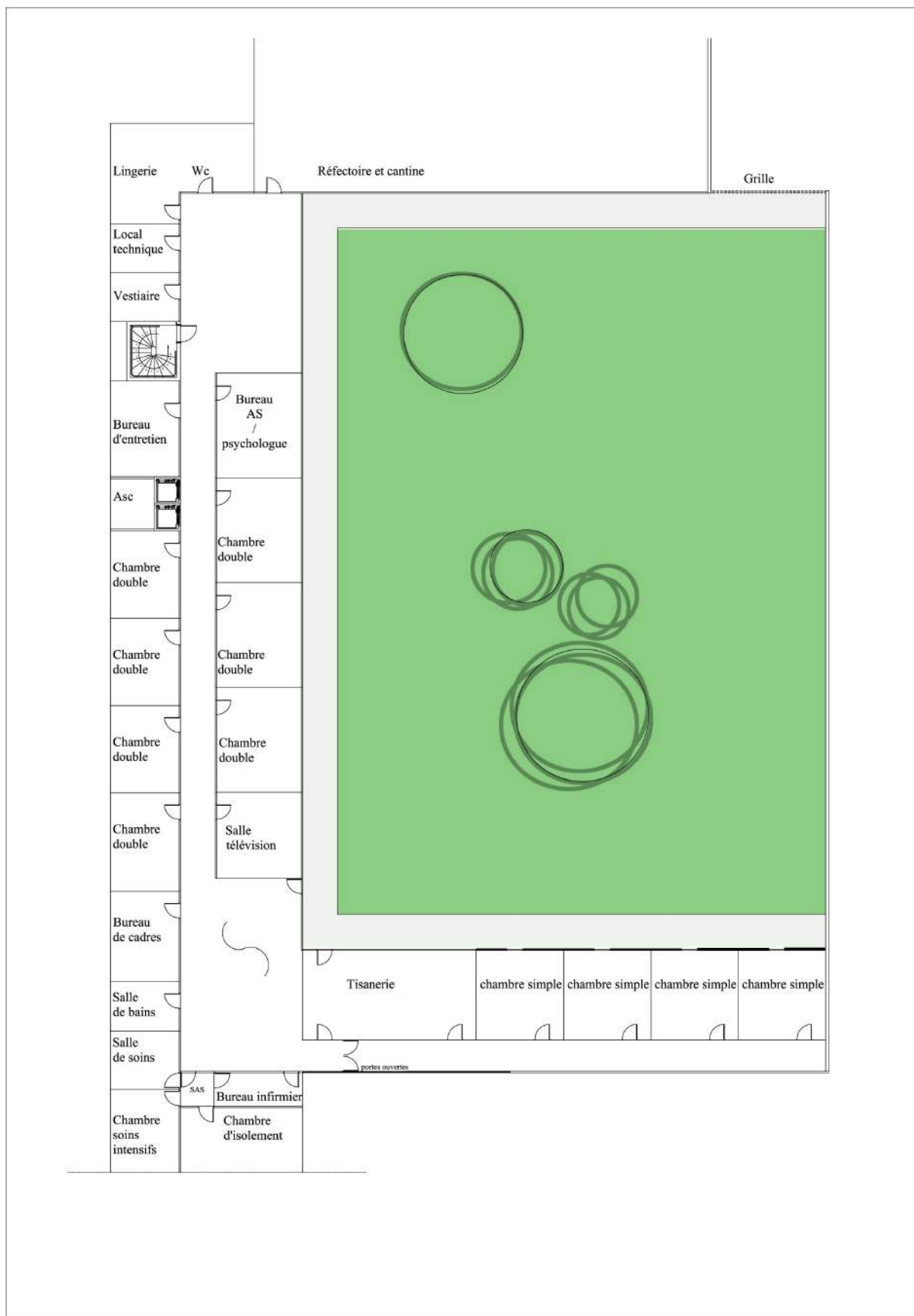
L'ensemble du service A est très lumineux, grâce à de nombreuses fenêtres et de petites ouvertures sur certaines cloisons, ainsi que par les portes vitrées qui donnent accès au jardin. Soignants et infirmiers se retrouvent fréquemment, dans l'angle du jardin qui jouxte le service, à fumer ensemble des cigarettes ou prendre le soleil, occasions d'échanges informels. Le « jardin » lui-même est une étendue de pelouse carrée, avec quelques arbres, bordée sur deux de ses côtés par le service (dont la moitié des chambres, donc, donnent sur le jardin), sur le troisième par le self, le quatrième par un mur et une grille.

La conception du service du secteur A en particulier a été pensée pour réformer certaines caractéristiques asilaires : par la taille du lieu, par la proximité avec les territoires desservis, permettant l'entretien des relations avec les familles des patients et la préparation de la sortie de l'hospitalisation¹⁷⁴, mais aussi par la disposition intérieure qui s'écarte tant du panoptique benthamien que de la séparation entre « reclus » et « surveillants » décrite par Goffman, entre « soignants » et « soignés »¹⁷⁵, comme les désigne la psychothérapie institutionnelle auquel ce service se réfère fréquemment de façon plus ou moins explicite.

¹⁷⁴ Ce qui ne signifie pas l'abandon total de toutes les dimensions de l'« isolement » comme nous le verrons, mais les limite et en abandonne effectivement certaines.

¹⁷⁵ Cette expression « soignants-soignés » vise à aller dans le sens d'une symétrisation des positions mais reconduit par ailleurs la distinction.

Plan du service d'hospitalisation du secteur A



p. 172 b.

Comme le souligne le chef du secteur A, la disposition intérieure est ainsi prévue pour que les soignants restent « mêlés » aux soignés autant que possible. Certaines pièces restent inaccessibles aux patients (lingerie, vestiaire des soignants), ou accessibles seulement sur invitation d'un soignant (bureaux de soin, de l'assistante sociale et de la psychologue, des cadres infirmiers, bureaux dédiés aux entretiens). Mais le dispositif est pour le reste conçu pour que « soignants » et « soignés » ne forment pas deux groupes séparés, et notamment que les *soignants* ne s'isolent pas en se repliant dans le bureau infirmier. Celui-ci est relativement étroit et l'activité qui s'y déroule est exposée au regard des patients par une baie vitrée. Il est situé au milieu du service, à l'angle entre deux couloirs qui desservent les chambres, mais la majeure partie du service échappe au regard des soignants s'ils restent dans ce bureau. L'espace en face du bureau est scindé par une petite cloison, à hauteur d'adulte, en forme de vague, qui permet à des patients d'être assis derrière ce petit mur sans rester sous le regard des soignants restés dans le bureau. Les patients assis là sont cependant au cœur des circulations dans le service, des déambulations sans finalité propre et des trajectoires entre le bureau infirmier, la salle de télévision¹⁷⁶, le couloir menant vers les chambres simples, la salle commune (la « tisanerie »), le jardin : l'une des portes d'accès est en face de cette cloison. L'une des portes du bureau infirmier ouvre sur le couloir, l'autre sur un « sas ». Ce sas est un petit espace auquel on peut également accéder par le couloir, et sur lequel donnent également la salle de soin (salle d'examen et de soin, et les armoires à médicaments) ainsi que les chambres d'isolement et de soins intensifs, qui doivent ainsi rester au cœur des déplacements des soignants, et par suite de leur surveillance et de leur attention.

La « tisanerie » est en principe un espace commun aux soignants et patients. Elle était conçue pour rester ouverte, et même sans portes. Deux portes ont été posées aux deux accès vers le couloir et l'une reste presque toujours fermée. Une troisième porte donne sur le jardin. Dans les faits, cet espace a des appropriations délimitées par les soignants : infirmiers et aides-soignants y prennent leurs repas, les médecins, l'assistante sociale et la psychologue prenant leur déjeuner au self. Entre 9h et 9h30, médecins et autres participants rejoignent les soignants du matin, qui ont pris leur service à 7h et finissent de prendre leur petit déjeuner, pour le

¹⁷⁶ La télévision avait été un moment déplacée de cette salle à un moment de transition dans l'application de la loi Evin sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics, celle-ci était devenue transitoirement un espace fumeur, avant qu'un cadre infirmier ne décide d'appliquer plus fermement les textes et n'impose de fumer dans le jardin.

« staff » matinal : réunion quotidienne brève où les informations du jour sont échangées et les consignes données pour les patients. La deuxième porte de la tisanerie est alors fermée, à clef si trop de patients interrompent la réunion. La tisanerie est le plus souvent fermée à clef dans la matinée, jusqu'au déjeuner des soignants (qui y passent éventuellement pour une pause rapide). L'après-midi, elle peut être le lieu d'activités organisées : le « journal » le vendredi, la cuisine le dimanche, ou improvisées (jeux de sociétés) et les patients y prennent le « goûter » : un café ou un thé et un petit gâteau, objet de chaudes négociations avec l'administration.

Le « mélange » entre « soignants » et « soignés » se produit régulièrement avec un certain bonheur, lors du goûter ou, à différents moments de la journée, à l'angle du jardin près des portes d'accès du couloir et de la tisanerie, où patients et soignants viennent fumer ou profiter d'un éventuel rayon de soleil, et où les soignants sont plus disponibles pour écouter les soucis des patients et échanger plus largement avec les personnes hospitalisées, dans une certaine souplesse de groupes qui se font et se défont.

Mais l'intrication des espaces suscite une double exposition : des patients aux soignants, des soignants aux patients.

Ceux-ci trouvent des espaces « protégés » certes précaires mais possibles dans les espaces communs du service, notamment le jardin, ou, bien sûr, les chambres. Les chambres individuelles et même doubles s'offrent davantage à être utilisées comme des « zones franches » (Goffman 1968, p. 283) ou des « refuges » (*Ibid.*, p. 298) possibles. Goffman montre dans *Asiles* à propos des reclus l'importance de ces espaces à soi, « prolongement de la personne en même temps qu'un signe de son autonomie » (*Ibid.*, p. 303), espaces privilégiés où la personne hospitalisée a la « possibilité d'ajuster ses besoins à ses objectifs de la manière qui lui paraît la plus efficace¹⁷⁷ » (*Ibid.*, p. 82-83), par opposition à la manière dont l'institution peut définir les fins et moyens légitimes et souhaitables. A défaut de disposer d'un tel endroit (chambre individuelle ou même simple placard dont on dispose des clefs) les « reclus » s'en créent.

Les chambres du secteur A sont ainsi le lieu de « festins » entre patients, qui partagent des denrées introduites discrètement (voir ci-dessous sur contrôle des circulations dans le service, les limitations collectives), lorsque l'un ou plusieurs d'entre eux sont allés acheter à l'extérieur de quoi améliorer « l'ordinaire du service » et le partagent. C'est également le lieu

¹⁷⁷ La plus efficace ou la plus souhaitable à ses yeux.

d'activités qui peuvent échapper partiellement à l'attention des soignants : ainsi une jeune patiente d'une vingtaine d'années qui a l'habitude de dormir avec sa mère est retrouvée plusieurs fois le matin dans le lit d'une plus âgée habituée du service, auprès de laquelle elle trouve réconfort et protection dans ce milieu qui l'inquiète. Les soignants accueillent ce fait avec une certaine bienveillance. Il est vrai que ce sont des refuges partiels car exposés aux visites régulières des professionnels, pour le ménage, mais aussi aléatoires et impromptues, si un soignant a une information à communiquer, vient chercher la personne pour un appel ou un entretien. Les professionnels frappent avant d'entrer, mais il arrive qu'ils entrent dans la foulée. Cependant, ils reconnaissent le droit à l'intimité, entendu dans un sens large (on reviendra sur ce point à propos des registres normatifs mobilisés autour de la contrainte). L'existence de chambres (par opposition à des dortoirs), a fortiori lorsqu'elles sont individuelles, inscrit dans le dispositif hospitalier des « refuges » qui peuvent être revendiqués comme des espaces d'intimité.

La salle de télévision ou le jardin peuvent également être des lieux d'échange possible entre patients, un peu à l'écart des oreilles des soignants. Un petit groupe de patients « frondeurs » se retrouvent pendant une courte période dans le jardin, à quelques mètres de l'angle où fument les soignants : ils y entretiennent différentes critiques sur le service, comme l'indisponibilité des psychiatres, avant que les sorties des uns et des autres ne défassent ce petit groupe. Les soignants les repèrent de loin, sans intervenir ni s'en inquiéter plus que cela, sans apprécier non plus. Ils identifient un « meneur », M. Laroche, un homme d'une trentaine d'années, et interprètent sa participation à ce groupe comme une manifestation symptomatique. L'échange suivant a lieu entre deux psychiatres lors d'une réunion après un entretien très conflictuel avec M. Laroche et sa famille :

« Sophia, psychiatre : [évoquant l'échange entre le père et le fils, les propos du fils] ça devenait complètement dingue. Ici [dans le service] ça se passe bien. Mais il prend toujours les patients à témoins.

Sylvie, psychiatre : alors il est très paranoïaque. Il n'est pas encore temps de sortir. » 11/02 réunion hebdomadaire

Les soignants veillent à la manière dont les patients investissent ce petit groupe. Ils soulignent l'indépendance de l'une :

« A propos de Melle Chaume :

Sophia, psychiatre : [...] Elle est avec les adeptes de M. Laroche : Tilim, Barbier, Cannet... Mme Loubès est plus indépendante, elle y va une fois et une autre fois n'y va pas.

Clarisse, infirmière : ils font des petits cercles » JDT, staff

Et s'agacent de la participation à ce groupe d'un autre patient, M. Aubertheu, dont ils trouvent qu'il prend trop ses aises dans le service, s'y installe au-delà de ce que son état justifie.

« *A propos de M. Aubertheu :*

Anne-Sophie, assistante sociale : il n'y a toujours pas de place aux Clématites [clinique proche].

Elisabeth, cadre de santé : qu'est-ce que vous en pensez ?

Lucie, infirmière : il n'a rien à faire ici [...]

Remarques des soignants : il s'installe, il en fait à son aise, en tire des bénéfices secondaires, il complotait avec Laroche » JDT, réunion de synthèse

Cet élément vient nourrir le travail de délégitimation du séjour de M. Aubertheu¹⁷⁸. Les termes employés : « adeptes », « petits cercles », « complotait », désignent de façon péjorative cette formation d'un groupe et manifeste le fait que ces échanges dont ils ont les échos critiques contre leur équipe et leur travail leur sont désagréables, mais les soignants encore une fois ne durcissent pas la caractérisation de la situation, ne la constituent pas en problème, et ne la mobilisent que dans leur évaluation individuelle de chaque patient évoqué successivement au cours des staffs et de la synthèse. Ils ne négligent d'ailleurs pas la dimension positive du développement d'une solidarité entre ces patients qui prend également la forme du souci :

« [*à propos de Melle Chaume*]

Gilles, infirmier : elle sait qu'elle ne maîtrise pas tout, elle le reconnaît. Les autres patients sont très attentifs à elle comme Laroche, ou Mme Cannet.

Eric, infirmier : il y a parfois des étincelles avec M. Laroche.

Gilles : Il s'est passé quelque chose d'extraordinaire. M. Laroche lui a manifesté une bienveillance... À table, il lui disait: "Céline, prend au moins un yaourt". » JDT, staff

Si le jardin constitue ainsi en partie une « zone franche », selon le terme goffmanien, appropriable par les patients, on voit que ceux-ci restent sous le regard des soignants qui restent vigilants – sans pour autant les surveiller à proprement parler. Il est attendu des soignants qu'ils développent une attention lors de ces moments informels pour percevoir l'évolution des patients, une forme de vigilance par rapport à certains risques, un désaccord qui tournerait à l'échange de coups, une agression, une sortie non autorisée, la consommation de produits. La « présence soignante » est valorisée, comme on le voit dans les choix architecturaux qui ont présidé à l'organisation de ce service, et dans les discours sur le caractère primordial de la « relation » dans le soin¹⁷⁹.

¹⁷⁸ Sur les décisions d'entrée et de sortie d'hospitalisation, et la définition des frontières du séjour légitime, voir partie III.

¹⁷⁹ « Mais il ne faut pas juste mettre les médicaments, il faut qu'il y ait la présence soignante. » Assia, aide-soignante service d'hospitalisation A, entretien

L'intrication des « espaces » a ainsi été voulue, et reste assumée par le chef de secteur, mais est identifiée par les soignants comme excessive, où le partage ne produit pas du commun, mais de l'empiètement mutuel sur les « territoires » de chacun (pour reprendre la métaphore éthologique de Goffman), et même de l' « envahissement mutuel » :

« Guillaume, cadre supérieur de santé : il faut un poste téléphonique dans le couloir. Il y a à la fois un problème de confidentialité et le non-respect des portes fermées ici, non respect du travail, avec des allées et venues incessantes... Il faut réfléchir sur la manière de trouver des espaces de travail.

Eric : Le téléphone dans le bureau, c'est un envahissement mutuel : on entend les monologues, les discours incohérents, la tonalité, le volume sonore. (S'il y a eu une maladresse, (c'est) mais par les conditions. Il y a une intrication d'espaces. C'est comme les patients dans le sas.

Pierre : cette intrication a été voulue, parce que dans l'asile, l'équipe était le moins possible en contact avec les patients. En même temps, on a été sensible à cette question et des portes ont été remises à la tisanerie. » Réunion exceptionnelle à propos de l'agression d'une soignante par une patiente

Une soignante, Laetitia, a été agressée par une patiente, Marie Monnet. Laetitia annotait des dossiers dans le bureau infirmier, tandis que Marie Monnet était au téléphone avec sa mère. Cette dernière s'est jetée sur Laetitia et a commencé à l'étrangler après que celle-ci lui a dit de ne pas insulter sa mère. D'autres soignants sont rapidement arrivés et ont réussi à faire cesser l'agression. Celle-ci a été vécue comme très brutale par les soignants, la réunion rassemble une vingtaine de professionnels du service d'hospitalisation, ainsi que le chef de secteur, et la psychiatre qui suit Marie Monnet au CMP. La réunion commence par le récit des éléments de vie connus de cette jeune femme et de sa prise en charge par le secteur. Ce n'est qu'ensuite que la séquence de faits récents est reprise, puis analysée. La causalité est redistribuée tant du côté de l'évolution de la pathologie dont il s'agit de faire une évaluation clinique, que du côté de « dysfonctionnement institutionnels » qui doivent interroger l'équipe. L'une des psychiatres analyse ainsi l'acte de la patiente en termes psychanalytiques :

« C'est une fixation érotomaniaque [...] Il faut voir aussi que le déclenchement intervient dans la relation avec la mère. Il y a une violence qui est aussi dirigée sur la mère, une violence à mort sur la mère, en intervenant comme sur la mère, même si d'autres choses viennent se rajouter [...] »

Mais sur un tout autre plan, c'est également le dispositif spatial, et notamment la présence du téléphone dans le bureau infirmier, qui est interrogé comme facteur à part entière de l'agression, dans une réflexion nourrie de psychothérapie institutionnelle qui développe une attention à l'ensemble de la situation, dont l'organisation de l'espace et du travail. Comme dans le service du chef de secteur Assouline, cité précédemment, il n'existe en effet pas de poste téléphonique en libre accès. Les appels passent par la ligne du service, uniquement après 14h, et s'il existe un combiné sans fil, la plupart des appels sont donnés ou reçus à partir du poste situé dans le bureau infirmier. Les destinataires peuvent ainsi être contrôlés, et les

conversations entendues, que ce soit volontaire ou involontaire, s'il se trouve qu'un soignant, comme Laetitia, est en train de consulter un dossier, rédiger un compte rendu, faire une commande à la pharmacie, etc. Le terme d' « envahissement » utilisé par Eric n'est pas qu'une référence à ce que Goffman décrirait comme une intrusion territoriale. Ce terme fait partie du vocabulaire courant de description des symptômes psychotiques : les soignants peuvent ainsi dire d'un patient qu'il est complètement « envahi », pour décrire un état où hallucinations et délires prennent tellement de place que cela interfère fortement dans la relation avec lui, qu'il peine à entrer en interaction, à se concentrer. Ici, ce ne sont pas des voix intérieures mais des conversations parallèles qui se perturbent mutuellement. L'infirmier souligne que l'attention des soignants est également mobilisée par tout ce qui est susceptible de « faire signe » comme sortant d'une interaction ordinaire, et manifester la pathologie : en ce que cela sort d'une action routinière et constitue des alertes à la vigilance soignante. Ce qu'Eric identifie comme un problème en tant qu'intrusion réciproque dans les cours d'action est revendiquée au titre de cette vigilance soignante par d'autres professionnels qui pensent utile une certaine régulation des appels passés :

« Elisabeth, cadre de santé : il faut voir ce sur quoi on peut intervenir facilement, moi, je filais le téléphone portable [*ie, le téléphone sans fil*]

Remarque de quelqu'un sur le risque que le téléphone ne soit pas rendu.

Guillaume, cadre supérieur : les conversations ne me regardent pas, les coups de téléphone, c'est privé. [...] (*plusieurs fils de conversation en même temps*)

Eric, infirmier : ils ont droit à deux coups de fils, ils appellent qui ils veulent.

Elisabeth : il faut vérifier quand même : on avait un patient qui appelait toujours l'Unesco, ils ont vu d'où les appels venaient et ils nous ont appelé. Et M. Attic avait interdiction d'appeler son ex-femme.

Eric : c'est un droit d'appeler. A 2h moins 10, ils nous préviennent. Il y a un rapport de force à l'équipe, et il faut avoir en tête que quand il y a une pression, je risque de faire une erreur. » JDT Réunion exceptionnelle après l'agression d'une soignante par une patiente, suite

Certaines remarques des soignants rejoignent les remarques du docteur Assouline : l'argument sur le risque de détérioration matérielle ou que le téléphone ne soit pas rendu, le risque de communications délétères, pour le patient lui-même. Certains soignants revendiquent davantage une surveillance spécifique visant à « protéger le patient » ou l'extérieur. Le service peut se voir lui-même interpellé pour des actions réalisées depuis l'intérieur de ses murs, mais il s'agit aussi de protéger le patient contre des actions qui compromettraient les conditions de sa sortie : des appels insultants ou menaçant peuvent compromettre ses liens avec sa famille, son travail, ses amis ; certains patients peuvent être sous le coup d'une interdiction judiciaire de contacter telle ou telle personne. D'autres soignants endossent le registre des droits pour rappeler au respect de l'intimité : « les coups de téléphone, c'est privé », leur surveillance est, de ce point de vue, non pas protectrice mais

intrusive. On peut lire également la défense du respect d'une règle commune (les « deux appels » par patients), car l'ouverture d'une individualisation de la règle conduit également à une augmentation des négociations et par la même de la « pression » citée par un infirmier (Eric). Sans aller jusqu'au registre des « droits fondamentaux », une règle, même intermédiaire (« ils ont droit à deux coups de fils »), a valeur de protection des hospitalisés comme des professionnels en composant entre une attente des premiers et la limitation de celle-ci – ce qui facilite le travail des seconds. Le fait que les communications des patients soient prévues pour être passées depuis les postes des infirmiers à la fois participent d'une régulation et d'une vigilance partiellement assumée et induisent une exposition à l'attention des soignants de fait, tandis qu'ils occasionnent une perturbation du cours du travail des professionnels.

d) Des soignants exposés aux patients : les conditions de la disponibilité

Cette intrication des espaces n'est pas subie que par les personnes hospitalisées. Le dispositif empêche les soignants de trop se tenir à l'écart, mais il les expose dans le même temps de façon quasi permanente aux sollicitations des patients. Les staffs matinaux et les repas des soignants qui ont lieu dans la tisanerie sont ainsi fréquemment interrompus par des demandes de différents patients : ceux qui ignorent qu'une réunion se tient là, ceux qui ont une demande précise à faire à un soignant, ceux qui cherchent de la compagnie, ceux qui réitèrent leur(s) demande(s) restées sans réponse, ceux qui y voient l'occasion d'interpeller un médecin souvent peu accessible hors des entretiens. Les demandes elles-mêmes sont multiples : passer un appel, demander des cigarettes si celles-ci sont conservées dans le bureau infirmier, aller à l'étage prendre un café ou voir le régisseur, alerter sur un différent avec un autre patient, témoigner d'un problème physique, d'un effet secondaire des médicaments, poser des questions sur sa situation. Après plusieurs interruptions, les soignants ferment les portes à clef, comme dans l'exemple ci-dessous, où la réunion « clinique » hebdomadaire, dite « de synthèse »¹⁸⁰, se déroule de façon exceptionnelle dans le service et non dans la salle de réunion au rez-de-chaussée :

¹⁸⁰ La réunion de synthèse est plus longue que les staffs, les soignants peuvent y échanger de façon plus approfondie sur certaines situations et l'ensemble des patients est censé y être passé en revue.

Exceptionnellement, les infirmiers ont demandé un mercredi que la « réunion de synthèse » ait lieu à la tisanerie, et non dans la salle de réunion au rez-de-chaussée, en arguant du fait qu'ils sont trop peu nombreux.

Mme Damiens (*une dame hospitalisée récemment*) arrive par la porte côté jardin (*interrompant la réunion de synthèse*). Elle s'adresse à une psychiatre, Sylvie, et commence à lui expliquer qu'elle a fait une crise d'hypoglycémie quand elle était chez elle, qu'heureusement une voisine a pu la ramener et qu'elle doit aller à un rendez-vous médical cet après-midi. Son récit est confus, Sylvie ne voit pas où elle veut en venir ni ce qu'elle demande exactement – elle essaie de traduire les propos de Mme Damiens en des demandes concrètes précises pour abrégé l'échange, Mme Damiens se met à pleurer et lui reproche de ne pas l'écouter et de n'en avoir rien à faire, avant de partir.

Sylvie, *une fois que Mme Damiens est partie, et fermant la porte à clef derrière elle* : "c'est pour ça que je préfère que la réunion soit en haut. Nous voir en réunion leur donne l'impression qu'on est toujours en réunion et attise leur demande. Là, vous êtes 1, 2, 3, 4 infirmiers titulaires, plus Jean (*infirmier de nuit*), on a vu "plus pire"¹⁸¹." » JDT 150508 – notes pendant synthèse + notes postérieures

Les infirmiers ont en effet demandé à ce que la réunion hebdomadaire soit « en bas » (dans la salle commune du service d'hospitalisation) de façon à pouvoir y assister sans dépeupler le service de ses soignants. La remarque de la psychiatre souligne le paradoxe entre cet espace « ouvert » et visible et l'indisponibilité des soignants pendant la réunion, où cette indisponibilité est mise en visibilité dans cet espace – la porte côté jardin est transparente – suscitant attente et frustration.

Ce choix de mêler les espaces entre soignants et soignés conduit à un sentiment d'exposition permanente des soignants aux sollicitations des personnes hospitalisées, altérant la continuité des tâches qu'ils doivent réaliser hors d'une interaction spécifique avec les patients, constituant paradoxalement ceux-ci en embarras dans le travail plutôt que comme visée de celui-ci – ce qui met en exergue la part des tâches des soignants qu'ils considèrent comme devant se réaliser hors de ces situations d'interactions. De fait, le travail des soignants, infirmiers et aides-soignants, et des psychiatres comprend un certain nombre de tâches qui ne se réalisent pas ou pas nécessairement dans la relation avec les patients : remplir les dossiers, se réunir en équipe, appeler des partenaires, des proches, préparer les médicaments pour les infirmiers, s'occuper des commandes de matériel, préparer une chambre, pour les aide-soignants. Même celles qui se réalisent dans la relation avec un patient, lors par exemple de l'administration d'un soin, de l'inventaire de ses affaires à son arrivée, un échange à propos d'un problème dont il fait part, ne concernent la plupart du temps pas les autres patients, dont les sollicitations sont alors perçues comme venant perturber le cours de la tâche entamée, altérer la concentration, faire perdre en efficacité (Bidet 2011).

¹⁸¹ En l'occurrence, ce commentaire sur le nombre d'infirmiers présents est en partie « injuste » car deux de ces infirmiers finissent leur service à 15h et partiront en cours de réunion, ce qui ne laissera plus que les deux infirmiers d'après-midi. L'infirmier de nuit, présent exceptionnellement ce jour-là, est venu hors de son service.

Un aide-soignant du service B raconte ainsi qu'il préfère rester dans le service au moment du repas des patients pour « faire manger » ceux qui sont en chambre fermée :

« Tu fais manger en chambre et puis tu fais fumer, c'est un moment de relation, c'est un moment d'échanges, c'est un moment d'explication, c'est un moment – je sais pas, c'est un moment de tranquillité aussi, où tu n'as pas tout le monde dans le service en même temps. » Bruno, aide-soignant service B, entretien

Il décrit ce moment comme un temps privilégié avec un patient. Y apparaît comme dans le service A l'importance accordée à ces temps informels, reconnus comme « moments de relation ». La tournure passive met également en évidence la dépendance imposée aux patients sur lesquels s'exercent des formes plus exacerbées de contrainte, ici la chambre d'isolement et/ou les contentions : ceux-ci sont mis en position de destinataires des verbes d'action (faire manger, faire fumer), plutôt que comme sujet (manger, fumer)¹⁸². Ce moment apparaît simultanément comme une forme de « refuge » : c'est tout à la fois un moment de « tranquillité » et un moment de « bon travail », où il est effectivement possible d'être disponible « pour quelqu'un » sans être interrompu.

Dispositif pensé pour réduire la frontière entre soignants et soignés, pour permettre précisément du soin dans les relations ordinaires, hors des moments formels des entretiens (Ogien 1989) et même pour empêcher les soignants de se tenir à l'écart, cet ordre architectural conduit également les soignants, et pas seulement les « hospitalisés », à créer des « refuges » entièrement à l'écart des patients. J'ai découvert un peu tardivement dans mon terrain, le refuge que constitue pour ceux-ci le poste de soin où se trouvent table d'examen, médicaments et... poste informatique d'où il est possible d'avoir accès à internet. Seuls les infirmiers, les aides-soignants et le médecin généraliste vont de manière habituelle dans ce bureau, auquel on n'a accès que par le sas qui peut être fermé à clef. Les patients n'entrent dans ce bureau que ponctuellement et sur invitation expresse pour un examen ou un soin précis¹⁸³. Le médecin généraliste n'est généralement présent que le matin, pour examiner les

¹⁸² De fait, cela devient dans ce contexte des tâches *pour* le soignant, qui doit se dédier à un patient, le détacher, éventuellement l'accompagner dans un espace fumeur – si le risque est considéré comme trop grand, le patient fume dans sa chambre et il n'est pas toujours possible d'ouvrir la fenêtre. Le soignant doit être dans une position de vigilance spécifique, avec une responsabilité associée vis-à-vis des gestes du patients qu'il est censé surveiller, et notamment de toute transgression dont il devient au moins partiellement comptable. Les soignants n'y vont généralement pas seuls, des consignent peuvent au contraire être faites de « ne jamais aller seul en chambre d'isolement ». Mais les soignants ne disposent pas nécessairement d'une marge de manœuvre importante, quand les autres soignants doivent accompagner les patients dans la salle de restauration, située à un autre étage.

¹⁸³ Le médecin examine systématiquement tous les « entrants », certains peuvent nécessiter des soins de base, comme le traitement d'une plaie, le changement de pansements. Le service n'est pas équipé pour des soins plus

nouveaux arrivants ou répondre aux demandes spécifiques, ce qui laisse le bureau de soin à la disposition des soignants¹⁸⁴. De fait, par le mélange soignants-soignés produit par le dispositif architectural, les soignants ne disposent pas d'espace à soi ou d'espace « entre soi » où ils peuvent s'extraire de l'exposition permanente à la sollicitation des patients. Ce besoin d'entre soi marque également la persistance de la division entre « soignants » et « soignés ». Cette persistance tient à l'asymétrie de ce que Goffman décrit comme une « relation de service » (Goffman 1968, p. 375 sq.) qui met les premiers en position d'être supposés détenir des solutions à un certain nombre des problèmes des seconds, que ceux-ci les identifient ou non. Cela tient également à la situation de dépendance structurelle dans laquelle les soignés se trouvent vis-à-vis des professionnels, entre autres pour tout ce qui concerne les circulations entre l'intérieur et l'extérieur, comme on va le voir. Sont alors confrontées à un relatif échec les intentions de psychothérapie institutionnelle dont étaient investies ce dispositif architectural, de déjouer « l'aliénation sociale » telle que les institutions la produisent et la reproduisent, entre autres par l'instauration de rôles fixes :

« L'aliénation sociale en général mais aussi dans l'Institution, c'est ce qui fige le grand partage entre la raison et la folie : les places assignées, les statuts, les fonctions, les rôles, qui protègent de la folie mais qui se collent les uns sur les autres, qui enferment les individus, qui empêchent de communiquer ou même de voir. Si on ne lutte pas contre l'aliénation sociale, on n'a aucune chance de toucher à la folie. L'aliénation sociale est un vêtement, une blouse blanche, une carapace, étanche comme les portes dont les garde-fous triment le lourd trousseau de clefs. Il est illusoire de penser que l'on peut accéder individuellement et directement à la folie. [...] Institutions, en ce qu'elles reposent sur des principes — la parité entre soignants et soignés, par exemple — nul n'y étant par ailleurs autorisé à s'approprier durablement un rôle, un statut, une fonction. Des institutions pour soigner le personnel aussi, le groupe ceci, la commission cela, des groupes et des réunions de tout et de rien, les roulements : le refus des statuts. Comme le dit un infirmier de Saint-Alban cité par Azoulay : "Il ne s'agit pas de faire des gestes infirmiers, il s'agit de vivre et d'être parmi les malades, de participer à leur société naissante." » (Murard 2008)

Cet échec tient à la fois au durcissement institutionnel produit par l'alignement du fonctionnement de l'hôpital psychiatrique sur l'hôpital général et ses normes, et par la brièveté des séjours des patients. Il ne peut ainsi être question de « participer à la société

« lourds » et les soignants considèrent que cela constituerait une charge excédant leur capacité de fonctionnement. Certains infirmiers reconnaissent qu'ils ne pratiquent plus certains soins techniques depuis longtemps – et une jeune infirmière qui apprécie le travail en psychiatrie et dans ce service en particulier quittera le service peu de temps après mon terrain pour un service d'urgence afin de « ne pas perdre » [ses compétences] (entretien).

¹⁸⁴ Cette découverte tardive témoigne à la fois de mon intégration progressive à l'équipe mais aussi du statut que j'y occupe : accueillie d'abord avec une bienveillante indifférence, sans défiance, puis avec une confiance progressive – mais en tant que « membre marginal » - c'est-à-dire d'abord avec un statut proche de l'assistante sociale ou de la psychologue, avec une certaine sympathie liée à mon statut d'étudiante et une certaine protection liée au fait que je ne suis pas une professionnelle de l'équipe envers laquelle ils pourraient développer des attentes, mais aussi avec des formes de distance. La confiance s'est accrue progressivement.

naissante [des malades] », les groupes se faisant et se défaisant au gré du cycle rapide et décalé des entrées et sorties des uns et des autres.

On reconnaît dans l'usage de refuges par les soignants comme l'usage des chambres, du jardin, ou de l'accès au rez-de-chaussée voire à l'extérieur par les patients, ce que Goffman décrivait sous le nom d'« adaptations secondaires » (Goffman 1968, p. 245 sq.) : des usages des espaces de l'hôpital à des fins détournées, qui ne rentrent pas strictement dans les finalités et les usages requis ou admis à l'hôpital. Goffman oscille dans sa définition entre les activités caractérisées par des usages ou des fins « illicites » (comme l'usage de la cigarette dans des lieux interdits) et des activités non expressément autorisées, « non-réglées ». Goffman montre que la distinction entre adaptations primaires (investissement des fins et des conduites conformes à celles attendues par l'institution) et adaptations secondaires n'est pas définie a priori et est susceptible de varier. La frontière entre conduites légitimes et illégitimes peut évoluer : des « adaptations secondaires » être a posteriori reconnues comme acceptables, et les institutions pouvant reconnaître des espaces-temps dédiés à des activités non-réglées (comme les récréations à l'école). Cependant il atténue l'importance de distinguer l'illicite et le non-réglé en caractérisant les institutions totales, et notamment les asiles, par le fait de n'autoriser que ce qui est expressément prescrit. Le régime institutionnel est alors l'opposé du régime ordinaire : là où dans le régime ordinaire, est autorisé tout ce qui n'est pas expressément interdit, dans ce régime asilaire serait interdit tout ce qui n'est pas expressément autorisé, et toute « adaptation secondaire » est susceptible d'être interprétée, non comme une conduite qui échappe ou transgresse les usages admis dans l'institution, mais comme des symptômes pathologiques. Ce que j'ai pu observer est plus souple : il existe une forme de régime institutionnel qui autorise un encadrement spécifique des actes, beaucoup plus strict qu'en « dehors des murs », et c'est bien ce régime institutionnel que l'on explore ici, qui inclut l'exposition des personnes hospitalisées au regard, et donc à l'intervention des professionnels. Mais comme on le voit ici, il existe davantage de « zones franches » et de « refuges » et ceux-ci ne sont que partiellement les territoires clandestins goffmaniens dans la mesure où ils sont inclus dans le fonctionnement de l'hôpital, voire reconnus juridiquement, comme les chambres qui reçoivent des garanties comme espace d'intimité. C'est cette tension à laquelle on a affaire ici entre la persistance d'un régime institutionnel qui conduit à des formes d'intervention extensives, et des souplesses qui organisent *volontairement* des formes de « déprise » institutionnelle (par opposition à l'« emprise institutionnelle » totale).

Il ne s'agit pas ici de se demander dans quelle mesure l'hôpital psychiatrique contemporain serait une « institution totale » et encore moins de mesurer cette « totalité » à l'aune de l'effectivité de l'emprise exercée sur les personnes hospitalisées. Goffman lui-même ne définissait pas le caractère total des institutions étudiées par l'exercice d'un contrôle réalisé sur la vie des « reclus », mais par le fait que par un séjour durable dans des institutions « enveloppantes », l'ensemble de la vie des personnes se trouvait sous le regard des surveillants, que celles-ci ne pouvaient circuler d'un espace social à un autre et contrôler au moins partiellement ce qu'elles donnent à voir d'elles, et, d'autre part, par les prétentions de l'institution à régler les différentes dimensions de la vie des « reclus ». Même pour des institutions auxquelles il attribuait cette prétention « totale », il observait la manière dont reclus et surveillants échappaient à cette emprise institutionnelle, se recréaient des espaces propres où déployer des activités investies de leurs propres fins – cela constitue même l'un des quatre chapitres dont est composé *Asiles* : « La vie clandestine d'une institution [totale] ». Le propos de ce chapitre n'est pas de se contenter de décalquer la grille d'analyse goffmannienne pour montrer l'emprise institutionnelle et la vie clandestine dans les services d'hospitalisation psychiatriques contemporains. En renouvelant l'enquête sur les restrictions intra-hospitalières, il s'agit de prêter une attention aux différentes formes de contrainte exercées et à leurs effets, puis, on le verra, aux formes d'interdépendance de ces contraintes entre elles, mais aussi de s'intéresser à la manière dont, parmi ces contraintes, certaines font l'objet de mises en cause critiques et éventuellement d'un travail de justification parallèle, et dont d'autres sont relativement neutralisées, banalisées. Les outils goffmaniens viennent aiguïser l'attention notamment quant à la disposition des espaces, le contrôle des circulations, et au lien entre la disposition de ce cadre et la propriété de soi, l'intégrité des personnes qui y circulent. L'enquête met en évidence une profonde différence entre l'asile goffmanien et l'hôpital psychiatrique post-asilaire, qui n'est pas seulement l'inachèvement d'un projet d'emprise totale : on n'observe en effet pas seulement la persistance d'un régime institutionnel à l'emprise extensive sur les personnes hospitalisées mais également des formes de *déprise* institutionnelle, assumées officiellement (comme l'absence d'activité) quand elles ne sont pas visées volontairement (travail d'ouverture vers l'extérieur, mais aussi, travail sur la distinction institutionnelle entre soignants et soignés, dont on a vu la faible effectivité).

3. Limitations collectives et individuelles

Les limitations collectives sont les limitations propres au dispositif et à l'organisation générale de l'institution, ici du service d'hospitalisation : la fermeture du service, les règles de fonctionnement, les restrictions imposées collectivement, s'il y en a. Les limites individuelles sont celles qui sont décidées pour un patient en particulier. Ces limites sont diverses, et n'apparaissent pas également comme contraintes. On les évoquera ici brièvement avant de s'intéresser plus particulièrement à la manière dont ces différentes contraintes, identifiées ou non comme telles jouent entre elles, et à la manière dont certaines font davantage l'objet d'une vigilance, d'une exposition à la critique, de régulations propres, et font par suite l'objet d'une plus grande réflexivité.

Parmi les limitations collectives, on trouve dans le service A la fermeture à clef du service, un contrôle plus général des circulations entre l'intérieur et l'extérieur (sorties, visites, objets et biens divers), l'accès au téléphone, la délimitation des zones où il est possible de fumer, la scansion du temps plus ou moins imposée par l'organisation du service et de la Clinique en général (horaires des levers, des distributions de médicaments, des repas, la mise en chambre du soir), un certain contrôle des objets personnels conservés dans le service. Parmi les limitations individuelles éventuelles, décidées au cas par cas, on trouve notamment les restrictions des visites, des appels, les prescriptions médicamenteuses (négociées avec le patient, mais partiellement seulement, et potentiellement imposées), les décisions de mise en chambre d'isolement ou de temps en chambre fermée, l'imposition du pyjama.

a) Ce qui peut faire l'objet de restrictions individuelles

(1) Les « consignes » et la « liasse »

Des contraintes spécifiques individuelles peuvent en effet être décidées pour certains patients. Certaines sont explicitées et transcrites dans un document synthétique mis à jour quotidiennement (sauf le week end) par le secrétariat : la « liasse ». Ce document liste les patients hospitalisés par ordre des chambres qu'ils occupent. La liasse sert notamment d'appui au contrôle du « flux » des patients hospitalisés : y a-t-il de la place ? La chambre d'isolement est-elle libre ? Ce document est régulièrement transmis au centre d'accueil et de crise qui peut ainsi anticiper les hospitalisations si nécessaire. Il indique le mode d'hospitalisation de chaque

patient (HL, HO, HDT) et précise les éventuelles « consignes » individuelles, qui sont autant de restrictions, par exemple :

« M. Gand : HL. Attention aux fugues. Pyjama, reste au pavillon. Chambre fermée, 14-16h, 22h-7h, repas dans le sas » » Liasse, notes JDT- CAC

En l'occurrence, M. Gand, bien qu'en HL¹⁸⁵, est soit en chambre d'isolement, soit en chambre dite de « soins intensif », les deux chambres individuelles qui peuvent être officiellement fermées à clef. Il est ainsi prévu que ce patient ait ce que le service appelle des « temps en chambre fermée », 2h l'après-midi, ainsi que la nuit, mais il peut circuler dans le service le reste du temps. Il doit prendre ses repas non au self, avec les autres patients, mais dans le sas, espace très petit entre les deux chambres officiellement susceptibles d'être fermées, le bureau infirmier et le poste de soin – il est donc en chambre d'isolement ou en chambre dites de soins intensifs – sans, on le voit, que l'attribution de cette chambre signifie un enfermement permanent.

Il doit en outre rester « en pyjama » et il est précisé qu'il ne doit pas sortir du service : certains patients ne sont pas en effet pas autorisés à « s'habiller », c'est-à-dire doivent rester en pyjama et chaussons, les leurs ou ceux de l'hôpital (jaune, vert, bleu pâles). Ce pyjama a pour vocation de décourager les « fugues » – à la fois par le caractère « anormal » de cette tenue dans la rue (qui ne décourage pas tous les candidats) mais aussi pour faciliter l'identification par les professionnels de l'hôpital des patients qui ne sont pas censés en sortir : les hôtesse à l'entrée, les secrétaires, et soignants qui circulent au rez-de-chaussée (il n'est pas rare que les soignants des services des étages ou les hôtesse d'accueil appellent le service A pour les alerter de la présence d'un patient au rez-de-chaussée). L'usage du pyjama n'est pas systématique dans le service A, mais certains services l'imposent les premiers jours de tout arrivant en HSC. Même s'il n'est aujourd'hui plus imposé à tous les patients, il reste assumé pour certains patients comme « rappel du cadre », du statut de patient. Même « invisibilisé » dans sa « normalité » - il est courant de voir des patients en pyjama, les professionnels et même certains patients « habitués » du service le remarquent à peine -, le pyjama maintient l'asymétrie entre les interlocuteurs.

Je me suis surprise un jour au cours de mon terrain de mettre quelques secondes avant de reconnaître un jeune homme en habits « civils » devant la machine à café alors que je le connaissais bien du service d'hospitalisation où il séjournait depuis plus de 10 jours. Je fus confuse de me rendre compte que je ne l'avais pas perçu et « lu » sa présence de la même façon qu'au sein du service d'hospitalisation. Dans le rapide coup d'œil circulaire que j'ai jeté en allant à la machine à café, j'ai « vu » un jeune homme

¹⁸⁵ Il est possible que la mention sur la liasse soit erronée. Dans ce cas, il est également possible qu'une HDT soit en cours mais encore incomplète et M. Gand retenu dans l'attente que la demande du tiers parvienne.

plaisant, un peu plus jeune que moi, habillé d'une veste en cuir et d'un jean qui lui allaient bien, quand le port du pyjama avait induit chez moi un type d'attention différent : c'était un « patient » – en dépit du postulat d'égalité dont j'aurais voulu qu'il aille de soi chez moi.

Quoique ne faisant plus partie des « cérémonies d'admission » systématiques (Asile, p.59 sq), la mise en pyjama produit les effets de dépouillement des attributs personnels et sociaux identifiés par Goffman, qu'il décrivait sous le nom de « technique de mortification » (p.56). Le pyjama prive la personne, comme l'indique Goffman, de la possibilité de recourir à ses appuis sociaux ordinaires et réciproquement tend à suspendre chez ses vis-à-vis le « sens sociologique ordinaire » (Garfinkel) que tout un chacun déploie dans sa vie quotidienne, lorsqu'il croise quelqu'un dans la rue ou dans le métro. Plus exactement, le pyjama situe immédiatement la personne comme un non-pair, et non comme quelqu'un appartenant potentiellement à l'environnement social ordinaire de l'interlocuteur.

Les indications concernant M. Gand ce jour-là sont très restrictives, et cependant marquent un début d'assouplissement avec un temps de fermeture réduit dans la journée¹⁸⁶. On notera l'usage du terme « pavillon », qui désigne ici le service lui-même, vocabulaire conservé du temps où le service d'hospitalisation était encore un pavillon dans l'enceinte du grand hôpital psychiatrique départemental. L'interdiction de sortir du service est parfois indiquée sous la forme « ne monte pas », c'est-à-dire, ne monte pas au rez-de-chaussée, le service étant situé au niveau -1. A propos d'une patiente hospitalisée de façon transitoire dans un des services aux étages, la cadre infirmière demande au moment de noter les consignes : « "ne monte pas" ? », Sylvie, la responsable du service la corrige en riant : « Non ! Ne descend pas ! » - jouant sur la double référence spatiale (elle reste dans le service à l'étage, en attendant qu'il y ait de la place dans le service A) et psychopathologique. Elle vient en effet de décrire cette jeune femme comme étant plutôt d'une joyeuse humeur, qu'elle souhaiterait lui voir conserver, quoique cette humeur lui paraisse symptomatique :

« Sylvie : Mademoiselle Sounni, ré-hospitalisée après une sortie d'essai d'HO. C'est vrai qu'elle n'est pas bien. Comme d'habitude, elle est pas déprimée, mais plutôt rigolote » (staff)

L'excitation et l'état maniaque ou, ici, identifié comme « hypomane », sont associés au fait d'être « (re)monté » ('up') à l'opposition de l'état dépressif décrit comme le fait d'être bas, abattu, « au fond du trou ». Il s'agit ainsi selon la psychiatre de la faire aller mieux, sans lui faire perdre sa légèreté, et en évitant a fortiori un « virage dépressif ».

¹⁸⁶ Sur l'exercice gradué de la contrainte voir le chapitre suivant.

Ces consignes portées sur la liasse ne sont pas les consignes ayant trait strictement au soin, elles ne contiennent aucun élément diagnostique ou de prescription. Ce sont les consignes générales ayant trait aux restrictions concernant le séjour. Un certain nombre de limitations, d'entraves, d'obligations, une surveillance particulière peuvent ainsi être imposées, par-delà l'hospitalisation contrainte, et sont ici explicitées dans ces transmissions professionnelles écrites. Cet outil de transmission explicite le fait qu'outre le mode d'hospitalisation, des décisions sont prises et imposées au patient : quant aux vêtements qu'il porte (vêtements « civils » ou pyjama), sa circulation au sein de la clinique et au dehors, le lieu de ses repas. Les personnes en hospitalisation libre ne peuvent en principe pas se voir interdire d'aller et venir dans et hors du service (en dehors de la question de quitter l'hospitalisation contre avis médical). Cependant l'acceptation d'un « cadre » donné d'hospitalisation peut leur être présenté comme une condition de l'hospitalisation s'inscrivant dans une forme de « contrat de soin » hors duquel les psychiatres refusent l'hospitalisation.

(2) Visites et appels

Quel que soit le mode d'hospitalisation des personnes, visites et appels peuvent également faire l'objet d'une régulation individualisée : interdiction de recevoir aucune visite ou appel, interdiction de recevoir visite ou appel de telle ou telle personne ou réciproquement de l'appeler, s'il est identifié que la personne est susceptible de faire « monter », voire « flamber » la personne hospitalisée, ou régulation de ces visites, si elles sont susceptibles de perturber la personne, mais aussi de perturber l'ordre du service :

« Sylvie, psychiatre : Mme Ferri, la visite de sa mère, pas plus d'une heure. » JDT réunion de synthèse

Les « consignes » sont souvent indiquées rapidement au cours du staff. La plupart du temps, les justifications ne sont pas directement explicitées, elles « vont de soi » dans un contexte donné, les décisions viennent conclure les échanges qui ont précédé sur les patients :

« Sophia, psychiatre : Le père a très peur de lui, le fils a failli le pousser par la fenêtre. C'est un persécuté sensitif sur ses lieux de travail, ses collègues sont contre lui. Il est paranoïaque et dépressif. Il a fait quatre TS (tentatives de suicide). Il était suivi à Saint Eloi car il y vivait avec sa copine mais ça a cassé. Elle était devenue comme son père : un monstre. Selon lui, son père est un manipulateur. [...]

Anne Sophie, assistante sociale : il est aux assedics.

Sophia : qu'est-ce qu'on fait de lui ?

Elisabeth, cadre de santé : il est en HDT ?

Sophia : il est en *HL*.

Anne Sophie, assistante sociale : il voudrait changer de nom et même de prénom pour ne pas garder celui de son père.

Sylvie, psychiatre : il est dangereux pour son père.

Elisabeth, cadre de santé : il demande sa sortie. Est-ce qu'il faut le garder en HL ? Il faudrait introduire la demande d'HDT avec sa belle-mère et sa sœur.

Martial, cadre de santé : il en voudra à sa famille s'il y a HDT.

Elisabeth, cadre de santé : Il en veut à tout le monde.

Sylvie, psychiatre : là il faut une HDT, il faut que la famille s'implique, mais pas le père. Et il est paranoïaque. *Pas de visite du père.* » réunion de synthèse – *Consigne soulignée par moi.*

Les réunions de « synthèse », hebdomadaires, permettent de discuter plus longuement des patients que lors des « staffs », réunions quotidiennes de l'équipe. En pratique, le type d'information et de réflexion qui y sont échangées ne sont pas fondamentalement différentes, hors le temps qu'il est possible d'y consacrer. Lorsqu'un nouveau patient arrive ou une situation doit être approfondie, le médecin qui suit plus particulièrement la personne ou l'a vue la dernière fois présente en quelques mots ce qui a occasionné l'hospitalisation et l'état de la personne. Les différents professionnels ajoutent les éléments qu'ils peuvent avoir recueillis par ailleurs. Recueil d'informations et réflexions se mêlent. Un médecin conclut, l'avis de la responsable du service étant davantage susceptible de clôturer les échanges. Le jugement des médecins fait autorité, au sens où il reçoit une présomption de légitimité dans le cours ordinaire des choses. Ainsi les visites du père d'un jeune homme hospitalisé sont limitées après que les soignants l'ont décrit comme multipliant les « demandes » lors de ses visites :

« Clarisse (infirmière) : quand le père est présent, c'est lui qui sollicite, il revient dix fois.

Paul (médecin assistant) : il faut comparer les demandes du père et du fils, ici le fils est privé des ressources parentales. Il y a un transfert de la demande, avec des délires, de l'angoisse : *Visites un jour sur deux.* Le père n'est pas à considérer comme fou, mais comme un relais du fils. M. Suljic est moins débordant, plus sensé [quand son père est là]. » staff

Cette démultiplication des demandes est identifiée par les soignants comme « faisant signe », pointant vers la pathologie, tandis qu'elle est implicitement désignée comme pénible. Les demandes peuvent porter sur les conditions de l'hospitalisation, le prochain rendez-vous avec le médecin, les perspectives du traitement, mais leur contenu n'est pas ici mentionné. Celui-ci n'est alors plus considéré comme relevant d'inquiétudes ou de sollicitations légitimes. Son éventuelle pertinence cède devant le nombre de sollicitations dont l'excès du point de vue des professionnels suscite outre leur lassitude un début de qualification pathologique. Paul, médecin assistant, qui a rencontré le père lors d'entretiens conjoints avec le fils, interprète ces « sollicitations » de la part du père auprès des soignants comme un effet de la maladie du fils, dans une conception de « la psychose » comme pouvant « déborder » vers les proches, qui se font alors porteurs des symptômes. Il canalise ici une interprétation possible de la part des soignants qui est ici latente selon laquelle le père serait également malade. Il n'explicite pas

plus le sens de la restriction des visites. S'agit-il de protéger le service des « débordements » du père, opérant un arbitrage entre l'autorisation de visites demandées et une mesure d'« ordre » pour permettre le bon fonctionnement du service ? Ou s'agit-il de desserrer un peu le système familial pour pouvoir mieux traiter le fils, mesure « clinique » ? Cette explicitation n'est pas jugée nécessaire car, sans que la justification soit précisée dans les échanges qui l'entourent, ceux-ci contiennent suffisamment d'éléments pour rendre compte de la mesure au sein des manières de faire et le sens de la pratique ordinaire dans ce service.

Le service d'hospitalisation se considère comme souverain dans ces décisions de visite : de celles des proches, mais aussi des professionnels qui peuvent accompagner les personnes en dehors des services de psychiatrie publique. Ainsi du psychanalyste d'une femme hospitalisée en HDT, très entourée par ailleurs, qui insiste et comprend mal qu'il ne puisse voir sa patiente/analysante :

« À propos de Mme Elhassar

Une infirmière : Pour Mme Elhassar, il y a eu un appel du docteur Drumont de l'hôpital Bellevue, un appel de l'hôtesse [*à l'entrée de la clinique*] : sa prof de musique demande à la voir, et il y a eu aussi un appel de son psychanalyste, il est venu à Philippe Paumelle [*site principal de l'hôpital*] samedi.

Clarisse, infirmière : on lui a dit : pas le droit aux visites pour l'instant. Il insistait : "- je suis son psychanalyste"...

Carine, aide-soignante : elle a droit aux visites ?

Clarisse : seulement son mari. » staff

Les instructions peuvent être réaménagées après demande des patients ou des soignants, au vu de l'évolution du séjour, elles peuvent également être reconduites sans examen, et parfois oubliées dans les fuites inhérentes à la transmission d'information (instructions non inscrites sur la liasse, dossier non consulté, soignant resté sur une information antérieure, confusion avec un autre patient). Les soignants disposent d'une certaine marge de manœuvre par rapport à certaines consignes, comme on le verra lors de l'analyse de la mise en œuvre des mesures de contrainte.

(3) Les affaires personnelles : possibilité de s'approprier le lieu et dépendance institutionnelle

En ce qui concerne la disposition des affaires personnelles, le service n'a pas de politique d'interdiction de celles-ci, cependant ils sont fortement incités à déposer leurs objets de valeur dans le coffre du service d'hospitalisation avant d'être transférés chez le régisseur au rez-de-chaussée, notamment en prévention des vols : concrètement, clefs, cartes bancaires, argent liquide, téléphones portables sont mis sous clef, les patients ne pouvant disposer que de

quelques euros, pour boire un café à la machine, ou donner de l'argent à un soignant pour qu'il aille acheter des cigarettes. Ils devront aller chez le régisseur pour récupérer de l'argent supplémentaire ou un autre moyen de paiement, et on voit régulièrement quelques personnes hospitalisées attendre leur tour devant le bureau du régisseur au rez-de-chaussée. Ils peuvent cependant parfois garder leurs baladeurs-mp3, une radio, des vêtements et affaires de toilettes, différents objets personnels – sauf en principe dans les chambres d'isolement¹⁸⁷. Ils ont des placards dans leurs chambres, mais les soignants gardent généralement les clefs des placards. Il y a régulièrement des problèmes de vol, qui en retour sont évoqués pour justifier l'usage des placards fermés et le placement de certains objets chez le régisseur, ou leur conservation par les soignants dans le bureau infirmier. Les paquets de cigarettes font ainsi l'objet d'une régulation propre, certains paquets étant conservés par les soignants, qui préviennent ainsi à la fois l'exposition des patients les plus vulnérables, les plus exposés aux pressions ou les plus généreux à la distribution de toutes leurs cigarettes à d'autres patients (jusqu'à des formes de racket) et régulent également la consommation des fumeurs les plus compulsifs afin qu'ils n'épuisent pas leurs provisions trop vite, se trouvant à court de stock (exerçant des formes de tutelle à la gestion des cigarettes). Ce faisant, ils se trouvent, comme pour les coups de fil qui se passent depuis le poste téléphonique du service, exposés aux demandes pressantes des patients. Le nombre des demandes qu'ils reçoivent correspond symétriquement à la dépendance dans laquelle sont mises les personnes hospitalisées en ce qui concerne des besoins et désirs ordinaires et fréquents.

La question de la disposition des affaires personnelles et de la possibilité d'appropriation des chambres par des décorations personnelles serait un élément à étudier à part entière, ce que je n'ai pas fait, m'étant initialement centrée dans mon terrain sur les formes de contrainte explicites, identifiées comme telles. Il est à noter que pour cette question comme pour celle du téléphone, la règle varie très fortement selon les services, certains ne permettant de conserver aucune affaire personnelle (ceux qui investissent le plus fortement l'hospitalisation comme isolement), toutes les gradations s'observant ensuite (régulation stricte ou non, placard fermés à clefs ou non [voir notes journal de terrain réunion soignants-soignés], clefs remises aux personnes hospitalisées ou conservées par les soignants, décorations autorisées ou non, paquets de cigarettes laissés aux personnes ou conservés par les soignants, conservés systématiquement ou seulement pour certains patients). Cette question n'a probablement pas

¹⁸⁷ Voir l'article de la psychiatre Nathalie Giloux, « La chambre d'isolement, un lieu sans objet privé » (Giloux 2003). Sur la chambre d'isolement et le dosage de la contrainte, voir plus loin.

les mêmes enjeux selon la durée de séjour – mais à partir de quelle durée aménager quelque chose comme un espace à soi peut-il être considéré comme important ? L’alignement de l’hôpital psychiatrique sur des services d’hospitalisation « ordinaires » et plus encore la réduction des temps de séjour peut émousser la perception de la possibilité de s’approprier l’espace comme un enjeu. Les personnes en « long séjour » peuvent voir les enjeux qui y sont associés disparaître dans un dispositif qui se concentre sur les courts séjours.

On peut cependant noter que pour les patients dits « chroniques », ceux qui de fait résident à l’hôpital ou qui reviennent de façon fréquente en HL, plusieurs sont installés en chambre double, dans l’idée de la part des soignants qu’ils participent à l’accueil des nouveaux arrivants, les rassurent – pour certains patients, se retrouver en « chambre seule » peut être angoissant. Seuls sont mis en chambre individuelle ceux qui peuvent nécessiter des « temps en chambre fermée », ou de cohabitation jugée trop difficile. De même, les services procèdent parfois à des « accueil temporaires de patients », lorsqu’une nouvelle personne hospitalisée arrive en excès par rapport au nombre de lits, et il peut être négocié que ce soit un patient « facile » et « connu » qui aille dans l’autre service, devant « déménager » pour un jour ou deux, et céder « sa » chambre au nouveau venu.

b) Des limitations collectives

Le partage entre ce qui relève de limitations générales ou individuelles ne va bien évidemment pas de soi : certains services établissent des règles générales quant à la disposition des affaires personnelles, comme l’impossibilité de conserver son téléphone portable¹⁸⁸, l’impossibilité de recevoir visites ou appels pendant les premiers jours d’hospitalisation¹⁸⁹, d’autres les individualisent.

Ces pratiques extrêmement différentes d’un service à un autre tiennent à l’agencement des lieux (le service A est par exemple situé de plein pied avec le self et avec le jardin, tandis que les autres services du bâtiment n’y ont accès que par l’ascenseur ou les escaliers et ne peuvent laisser descendre leurs patients qu’accompagnés), mais aussi de choix d’organisation des

¹⁸⁸ Voir les rapports du CGLPL, qui documentent précisément la question de l’accès aux téléphones portables par exemple, et l’hétérogénéité des règles selon les services.

¹⁸⁹ Dans un service visité, « la règle, la politique de service adoptée depuis plusieurs années, était que les trois premiers jours, tous les patients, dont ceux en HL étaient mis en pyjama, privé de coup de téléphone et interdits de visite. Ça n’est plus aussi systématique, souligne un des aides-soignants à la relève de 14h. "ça peut faire du bien aux patients » signale l’infirmier du matin" » JDT, notes après la visite de deux services d’hospitalisation

services. L'application du décret du 15 novembre 2006 interdisant de fumer au sein des unités de soin comme dans tout lieu « à usage collectif » a aiguisé les enjeux autour des circulations¹⁹⁰ : une médecin du travail d'un établissement psychiatrique parisien, établissement situé directement « en ville », comme « la clinique » où est le secteur A, me décrivait les règles très différentes qui régissent les circulations dans les différents services de cet établissement : l'un laisse relativement libre accès aux machines à café situées au rez-de-chaussée, ce qui est l'occasion de divers trafics et ponctuellement d'altercations avec des personnes extérieures ; l'autre laisse un accès libre à la terrasse pour les fumeurs, espace très restreint, et ne laisse pas les patients sortir du service ; le troisième organise à heures fixes des « sorties cigarettes groupées ». Les variations des choix des chefs de service et des soignants dans des dispositifs similaires met en évidence les niveaux de contrainte qu'ils jugent supportables ou normaux ainsi que les évaluations différenciées des risques et les priorités établies entre ces risques, la régulation des tensions au sein du service, les biens des patients.

Le site de l'EPSM Philippe Paumelle définit un cadre qui donne une marge de manœuvre assez large aux différents secteurs pour s'organiser comme ils le veulent pour les communication téléphoniques et en dernier ressort énonce les restrictions possibles comme relevant de décisions individualisées, soumises à évaluation médicale et visant le bien propre de la personne : (« sauf contre-indications médicales », « Dans certains cas et dans votre intérêt ») :

“Vos contacts avec l'extérieur

Le courrier

Vous pouvez recevoir et émettre du courrier. Un vaguemestre est à votre disposition pour toute opération postale. Adressez-vous à un membre de l'équipe soignante.

Le téléphone

Sauf contre-indication médicale, vous pouvez téléphoner à partir de certains postes de l'unité de soins. L'équipe soignante vous en précisera les conditions. Des cabines publiques à carte à l'extérieur des unités de soins peuvent compléter le dispositif. L'utilisation des téléphones portables dépend de l'accord de l'équipe soignante. [...]

Les visites

Vous pouvez recevoir des visites. *Dans certains cas et dans votre intérêt, les visites pourront être limitées voire non autorisées momentanément.* Les horaires vous seront communiqués par l'équipe soignante. [...]. » site de l'établissement, rubrique « votre séjour »

« L'utilisation des téléphones portables est *soumise à accord médical* (cf. chap.II B2 téléphone). » Site internet de l'établissement, rubrique « Devoirs et obligations », sous le titre « Vivre ensemble » :

¹⁹⁰ Application qui s'est effectuée avec un certain décalage : lors de mon terrain principal en 2008, les patients fumaient encore fréquemment dans les couloirs. Il a ensuite été décidé de dédier une « salle fumeur », qui a initialement été la « salle télé », puis de déplacer la télévision afin de ne pas imposer la fumée aux non-fumeurs. Enfin l'arrivée d'un nouveau cadre infirmier a conduit à l'application stricte de l'interdiction de fumer au sein du service, ce qui a été facilité par la possibilité d'accéder librement au jardin – hors les cas où le service était décrété « fermé » afin de prévenir une fugue d'un patient identifié comme « à risque (de fugue) ».

« Respect des patients et soignants » et après l'indication générale : « Votre séjour implique le respect à l'égard des autres patients et des soignants. » Les passages soulignés le sont par moi.

Les dépliants décrivant chaque secteur, ses spécificités, ses différentes unités (service d'hospitalisation « temps plein » - par opposition à l'hôpital de jour, le plus souvent dans un bâtiment distinct – CMP, CATTP, etc.) suggèrent des régimes d'hospitalisation distincts qui tiennent à des conceptions différentes du sens de l'hospitalisation. Voici des extraits décrivant l'hospitalisation dans les dépliants des services des secteurs A et R :

| | |
|--|---|
| <p>SECTEUR R « L'hospitalisation à temps plein Cette unité intra hospitalière de soins d'urgences psychiatriques, comportant 22 lits, accueille à temps complet des patients du pôle [n° du pôle] en hospitalisation libre ou sous contrainte (hospitalisation à la demande d'un tiers ou hospitalisation d'office). L'hospitalisation entraîne une coupure avec le milieu social habituel pour bénéficier de soins intensifs. <i>En dehors des situations d'hospitalisation sous contrainte, l'indication est posée en concertation avec le patient.</i> L'organisation des soins est assurée par une équipe pluri-professionnelle proposant une évaluation globale rapide du patient. Ils permettent, à terme, de construire des projets de soins individualisés et de proposer un suivi médical en articulation avec les équipes des structures extrahospitalières du pôle (CMP, HAD, HDJ, CATTP).” secteur R – plaquette 2009</p> | <p>SECTEUR A « L'hospitalisation à temps plein Elle est parfois nécessaire lorsque les troubles compromettent la poursuite de la vie quotidienne, les relations avec les proches, le milieu professionnel et le groupe social. <i>Le plus souvent, l'indication est posée en concertation avec le patient.</i> Parfois, quand les troubles le nécessitent et ne permettent pas au patient d'apprécier la situation, elle peut lui être imposée [hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) ou hospitalisation d'office (HO)]. Des consultations médicales, des entretiens avec une psychologue, des groupes de parole, des activités animées par des artistes, des sorties et séjours thérapeutiques, sont des éléments de soin. Ils concourent à ce que l'hospitalisation soit aussi courte que possible.” Secteur A – Plaquette 2009</p> |
|--|---|

Le secteur R manifeste le privilège donné à une hospitalisation comme « coupure » qui rappelle les conceptions de l'isolement comme mise à distance du milieu habituel et mise en disponibilité dans un espace consacré au soin. Dans ce service, la coupure est présentée comme associée à l'hospitalisation en général et privilégiée, au moins en début d'hospitalisation. On peut comparer cette présentation à celle proposée par le secteur A, pour qui cette coupure ne va pas de soi, qui met en avant la concertation, les activités voire les sorties (« thérapeutiques ») possibles, et termine sur l'objectif de brièveté du séjour.

Le secteur A se veut « accueillant » envers les personnes et favorise les circulations, notamment le maintien d'un lien avec la famille mais à la condition implicite de rester un espace spécifique avec ses règles propres. L'appropriation que peuvent en faire les personnes est délimitée et le contrôle des circulations par les soignants est un des lieux où s'exerce cette délimitation. La porte du service est fermée à clef, on l'a dit. L'accès au jardin via le couloir

est en règle générale ouvert, sauf restrictions particulières. Cette fermeture n'a donc pas pour conséquence, dans ce service, des restrictions pour les fumeurs, puisque ceux-ci ont un accès libre au jardin.

En revanche, la fermeture à clef de la porte d'entrée produit des effets. Les patients hospitalisés librement peuvent en principe sortir du service à la demande et il arrive que les patients hospitalisés sous contrainte y soient également autorisés, par exemple pour participer à une activité à l'étage. Mais quelque soit le mode d'hospitalisation des patients ou leurs autorisations individuelles, le passage de la porte est soumis au contrôle de celui qui détient la clef. La fermeture d'un lieu, la fermeture de la porte menant vers l'extérieur, n'est ainsi pas tant une clôture qu'un contrôle de la circulation des personnes, car celle-ci peut se poursuivre, éventuellement limitée, sous le regard des professionnels et dépendant d'eux. Un patient en HL qui veut, par exemple, boire un café, peut demander que lui soit ouverte la porte – les machines à café étant situées à l'étage ; il doit cependant pour ce faire trouver un soignant accessible, disponible et disposé à le faire – et dans certaines situations, est exposé à des refus ou des délais, si les soignants sont tous occupés. Il doit faire de même s'il souhaite aller à une activité (peinture, poterie, théâtre, danse qui se déroulent au rez-de-chaussée), a fortiori s'il entend sortir de la clinique pour faire une course. De même, pour revenir dans le service, il doit attendre que quelqu'un veuille ou puisse lui ouvrir. Ses allers et retours sont sous le regard des soignants/professionnels du service.

La fermeture d'un service a donc pour conséquence non seulement une limitation de la circulation qui se conclut pour certains (les personnes en HSC) par un empêchement, mais également pour tous, sans qu'il y ait une politique claire et stricte de surveillance, un contrôle de fait des circulations des personnes et des biens.

« Romuald, un patient « chronique » du service – c'est ainsi que les soignants nomment les patients en séjour de très longue durée dans le service, dont c'est le « lieu de vie » (c'est le cas pour 5 patients du service, qui sont tous en HL) – revient régulièrement de sa balade matinale avec un sac rempli de sucreries diverses (chocolats, bonbons, petits gâteaux) ou autres délices qu'il partage généreusement autour de lui. Ce sac est intercepté par les soignants tout aussi régulièrement. Des soignants m'expliquent qu'ils cherchent à la fois à éviter qu'il se fasse dévaliser par les autres patients sans pouvoir y toucher lui-même, à canaliser la consommation de nourriture, faisant référence au respect d'éventuels régimes (pour des patients qui reçoivent des traitements dont l'un des effets secondaires est de provoquer une appétence pour les aliments sucrés et le stockage des graisses, ce qui peut provoquer une prise de poids importante voire du diabète, mais aussi dans la visée d'une bonne norme alimentaire : manger « équilibré », pas trop de sucreries, et pas juste avant l'heure des repas) et à limiter la production de « saletés » dans le service : papiers d'emballages, chocolats fondus, miettes, et déchets divers. Ils évoquent alors un poulet rôti partagé avec d'autres patients dans les chambres, l'odeur des restes de crevettes retrouvées dans une chambre un jour, les merguez crues un autre jour. Le sac de sucreries intercepté est alors mis sous clefs dans la tisanerie, et re-sorti à l'heure du goûter, distribué par Romuald aux autres patients, distribution régulée par les soignants. A l'occasion d'un café en fin de

matinée, un infirmier me propose un chocolat au passage : il arrive sans doute que les soignants y « piochent » ponctuellement. » JDT

Cette fermeture conduit ainsi de fait à un contrôle des biens qui circulent : objets (vêtements, nourriture, objets de toilettes, argent, cigarettes, etc.) apportés par la famille, l'entourage. Ce contrôle est assumé dans certains cas, comme le contrôle de la circulation des biens « illicites », interdits par le règlement de l'hôpital, et pouvant poser d'autres problèmes dans le cadre du service, notamment les drogues et l'alcool. Il est également assumé, comme on le voit dans l'exemple ci-dessus, pour des raisons d'hygiène, de diététique même, et de protection de patients perçus comme plus vulnérables. Il peut être plus ou moins strict, les soignants peuvent avoir une vigilance particulière vis-à-vis de tel ou tel patient, mais ne font pas de « fouille » systématique¹⁹¹. Il arrive d'ailleurs qu'ils retrouvent bouteilles d'alcool ou marijuana au sein du service.

« Lucie (infirmière) : hier, on a trouvé une bouteille de whisky dans la chambre de Mme Mulot. C'est peut-être Mme Benabbès qui l'a ramenée de permission.

Khalil (infirmier) : ou peut-être Mme Mulot.

Lucie : non. En plus, elle est venue se plaindre : "on me veut du mal..." [*en déposant cette bouteille dans sa chambre*] » JDT staff notes 050208

« Sophia (psychiatre) : On a trouvé du shit dans le service, il y avait Benslimane et Marie Monnet qui fumaient, ils disaient que c'était Gosselin. Mais c'est pas très vraisemblable, il est plutôt "passif qu'actif", comme dit Philippe Boisselier (psychiatre CAC) » staff 280108

D'autres formes de « circulations » sont contrôlées de fait, dont celles qui font l'objet de restrictions individuelles, comme les visites et les appels, du fait de la fermeture de la porte et de l'accès aux communications téléphoniques par le poste du service. Les lettres doivent être remises aux soignants pour partir avec le courrier. Les téléphones portables sont comptés parmi les « objets précieux » remis au régisseur – ce qui permet de suspendre la question de la possibilité de communiquer librement que ce dispositif permettrait, en intégrant celui-ci dans la question de la disposition des affaires personnelles.

Les visites sont nécessairement moins contrôlables pour ceux qui ont accès au rez-de-chaussée, qui peuvent y donner leurs rendez-vous ou y retrouver d'autres personnes. Mais l'entrée des personnes extérieures dans le service est nécessairement filtrée. Cela conduit par exemple les soignants à se demander s'ils doivent accepter la visite de « l'amant » d'une femme hospitalisée :

¹⁹¹ Un inventaire des biens est effectué à l'entrée en hospitalisation, mais celui-ci est plus ou moins précis. Seuls certains patients en HSC sont « mis en pyjama » - contrairement à d'autres services qui imposent le pyjama en début de séjour - ce qui est aussi l'occasion de compléter l'inventaire et de filtrer ce qui arrive.

« Mme Zaim recevrait "trop" de coups de fil et "trop" de visites. C'est le "défilé" commente Anne-Sophie, l'assistante sociale, lors d'une transmission à une infirmière qui travaille dans l'équipe d'accueil et de crise, ça devient un "défilé d'amis-I-S" » souligne-t-elle. La visite en particulier d'un ami qui travaille avec elle et que le cadre retrouve en train de l'embrasser dans la chambre suscite le malaise de l'équipe qui réagit sur le caractère illégitime de cette relation. Stéphane, aide-soignant, mi-figue mi-raisin remarque : "à la sortie, il faudra prévenir le mari, qu'elle ne disparaisse pas avec l'amant".

Ce qui fait problème aux yeux des membres de l'équipe dans cette situation se décline : les nombreux coups de fils et visites sont consommateurs de temps et d'énergie pour l'équipe, mobilisent le matériel (les patients reçoivent et passent leurs coups de fils sur la même ligne et avec les mêmes appareils que les soignants) ; les soignants formulent également leur crainte qu'elle se sente un peu trop « comme chez elle », argument qui est parfois associé à l'idée que le séjour à l'hôpital offre un mieux-être superficiel par la mise entre parenthèse d'un problème qu'il faudra ré-affronter à la sortie. Se sentir trop « comme chez elle » la ferait entrer dans la catégorie des patients « illégitimes », qui « tireraient des bénéfices secondaires » de l'hospitalisation ».

L'hospitalisation expose la personne et ses activités aux yeux des soignants. Ceux-ci sont en retour exposés à l'exigence de se positionner. On est moins « sollicités à agir » lorsque l'on n'a pas quelque chose sous les yeux. En l'occurrence, la fermeture à clef de la porte du service induit non pas seulement un contrôle voulu sur les différentes circulations entre l'intérieur et l'extérieur, des produits licites et illicites, des visites souhaitables ou non en relation avec un état pathologique, mais une exposition de dimensions de la vie de la personne à des jugements de nature diverse. Les appréciations morales colorent les échanges autour de cette situation, tant l'« illégitimité » d'une relation extra-conjugale qui pourrait trouver abri à l'hôpital s'ajoute à l'illégitimité d'une éventuelle activité sexuelle dont ce baiser fait soudain rôder la possibilité – activité qui n'est pas interdite par le règlement intérieur, comme l'indiquait le chef de secteur Assouline, mais qui est considérée comme telle au sein des services hospitaliers. Les soignants se sentent d'autant plus en porte-à-faux que le mari, lui, n'a pas été autorisé à rendre visite à sa femme : ils mentionnent que ce dernier a pu (fait constaté ou hypothèse venant pimenter un scénario vaudevillesque ?) apercevoir l'ami de sa femme lui rendre visite par les baies vitrées qui donnent sur le jardin depuis l'accueil.

Trois dimensions se nouent ici : la manière dont l'hospitalisation est investie comme outil de soin, l'enjeu du bon fonctionnement de l'établissement, la manière dont le dispositif architectural et organisationnel informe le travail. Les tensions autour des circulations entre l'intérieur et l'extérieur peuvent ainsi être identifiées. L'hôpital se veut en effet « accueillant »

envers les personnes hospitalisées, faciliter leurs relations avec l'extérieur, et devenir un établissement relativement « banalisé », mais à la condition implicite et paradoxale de rester un espace spécifique avec ses règles propres. L'hospitalisation peut en effet n'être considérée que comme le cadre de la mise en place de soins spécialisés et l'exercice d'une surveillance soignante ciblée : par exemple, lors d'un changement de traitement, ou pour réaliser des soins qui ont besoin d'outils spécifiques (comme une perfusion), et ne peuvent se réaliser en ambulatoire. Les visites pourront alors avoir lieu relativement « librement » - dans les limites du « bon fonctionnement de l'établissement », qui existe à la fois comme lieu collectif et lieu de réalisation d'un certain nombre de tâches professionnelles, et les soignants sont les garants de ce bon ordre institutionnel. Une personne hospitalisée qui ferait trop « comme chez elle » menace ainsi le gouvernement implicite de l'espace par les professionnels de l'institution.

L'appropriation que peuvent en faire les personnes est étroitement délimitée et le contrôle des circulations par les soignants est un des lieux où s'exerce cette délimitation. De même, du point de vue du bon fonctionnement de l'établissement, « trop » de circulations est perçu comme venant interférer avec le fonctionnement propre de l'institution.

En psychiatrie, l'espace-temps de l'hospitalisation est en outre investi d'enjeux psychothérapeutiques propres, comme le fait de constituer un moment spécifique pour les personnes, de prise de recul, de soulagement à un moment de tensions devenues insupportables (Mme Zaim a été hospitalisée suite à une tentative de suicide, cependant considérée comme peu grave par les soignants, exposée ainsi au risque de n'être pas *prise au sérieux*¹⁹²), ou encore d'apaisement, de rassemblement et de réappropriation de soi¹⁹³. Ces enjeux résistent à la banalisation de l'espace de l'hospitalisation et les soignants assument d'opérer une régulation des relations de la personne hospitalisée, de déterminer quelles visites sont autorisées ou non, et d'avoir, par-delà une surveillance ciblée, une *attention* plus générale aux patients, à leur conduite au sein du service, en tant qu'elle peut également traduire leur état et son évolution.

Enfin, le choix organisationnel de fermer l'accès au service, lié notamment à la prévention des fugues mais aussi à cette régulation des circulations pour ce service situé en ville, induit une exposition supplémentaire au regard des soignants, à la possibilité mais aussi parfois à ce qu'ils perçoivent alors comme une exigence d'intervenir, qui excède l'attention qu'ils pourraient juger suffisante, donnant une prise extensive sur différents domaines de vie des personnes.

¹⁹² Sur les jugements des soignants sur la légitimité des séjours hospitaliers voir partie III.

¹⁹³ Voir chapitre suivant sur la notion de « contenance ».

B. L'économie des contraintes

La critique de la contrainte se fixe ainsi couramment sur certains éléments, comme le recours à la chambre d'isolement et/ou aux sangles de contention, comme la fermeture à clef des services d'hospitalisation, le pyjama imposé, mais ces éléments doivent être insérés dans une analyse de l'économie des dispositifs de contrainte, la manière dont ils jouent les uns sur les autres, s'équilibrent en eux ou se renforcent.

L'exemple de la question de la fermeture à clef des services d'hospitalisation met ce point en évidence. Lorsqu'il y a une unité d'espace pour les personnes hospitalisées en HL et en HSC, l'espace d'enfermement pour les uns (hospitalisés sous contrainte) peut se transformer concrètement en espace clos pour les autres (hospitalisés en mode « libre »), même s'il est susceptible d'être ouvert à la demande.

A l'inverse, le choix d'un service « ouvert » (pour tous) peut augmenter le recours à des « chambres d'isolement », c'est-à-dire des chambres fermées pour certains. Le CGLPL a attiré l'attention, en la condamnant, sur la pratique consistant à garder en chambre d'isolement les détenus en HO-D398¹⁹⁴, indépendamment de toute évaluation clinique de leur état, à la seule fin de prévenir des « fugues » qui deviendraient alors également des « évasions » (CGLPL 2011a). L'hôpital se présente alors pour ces patients en HO-D398 comme un endroit plus restrictif que la prison, sans promenade, ni d'occasion de sortir de cellule. Ces HO concernant les détenus représentent une crainte spécifique : elles impliquent de devoir rendre des comptes supplémentaires en cas de fugue, et sont associées à une peur supplémentaire concernant leur potentielle dangerosité (les soignants ne sont pas censés savoir le motif de l'incarcération et peuvent laisser libre cours à leur imagination). Cependant, par-delà ces HO-D398, la crainte de la fugue, plus ou moins investie selon les services, pèse sur le système des restrictions. La pratique de services ouverts a sans doute été davantage tentée dans des bâtiments situés dans un parc, typiquement dans des services localisés dans les pavillons de ces grands asiles départementaux, asiles généralement circonscrits par des clôtures, dont l'entrée ou le petit nombre d'entrées est équipé de gardiens qui peuvent être attentifs aux entrées et sorties¹⁹⁵.

¹⁹⁴ C'est-à-dire en application de l'article D.398 du code de procédure pénale qui encadre les hospitalisations sans consentement des détenus.

¹⁹⁵ Des infirmiers psychiatriques de l'hôpital de Laragne, qui n'avait pas de chambres d'isolement jusqu'à ces dernières années, racontaient à l'occasion de discussions informelles lors de rencontres professionnelles qu'il leur arrivait d'être appelés par le bistrotier du village voisin où un patient en pyjama buvait un verre. La

Lucie décrit ainsi le pavillon d'un autre secteur, dans lequel elle avait travaillé antérieurement :

« Même si c'était sous contrainte, le pavillon était ouvert en fait. Donc c'est sûr, c'est dans un parc avec l'hôpital en fait, les patients sous contraintes étaient en pyjama, on se disait que quand ils sortaient, au niveau de la grille, ben, ils étaient arrêtés, on nous téléphonait au pavillon, on nous disait : voilà, on a un monsieur, enfin quand il disait son nom, ils nous disaient le nom du patient, quand il disait pas le nom, ils nous décrivaient physiquement le patient, et nous disaient : est-ce qu'il peut sortir, est-ce qu'il ne peut pas sortir ? Donc c'est sûr que c'était ouvert, même si c'était dans un espace qui était assez, malheureusement, contrôlé même si bien sûr on peut faire la grille dans n'importe quel endroit du parc. Mais avec un contrôle quand même. » Entretien avec Lucie, infirmière

Ces anciens asiles sont d'ailleurs situés souvent en marge des villes. Goffman était attentif à ce qui « fait barrière » aux « échanges avec l'extérieur », qui peuvent être des barrières explicites : « portes verrouillées, hauts murs, barbelés », mais aussi des « obstacles naturels », tout simplement des distances, des accès difficiles, comme des « forêts ou landes » :

« Signe de leur caractère enveloppant ou total, les barrières qu'elles dressent aux échanges sociaux avec l'extérieur, ainsi qu'aux entrées et aux sorties, et qui sont souvent concrétisées par des obstacles matériels : portes verrouillées, hauts murs, barbelés, falaises, étendues d'eau, forêts ou landes. » (Goffman 1968, p. 46)

A *contrario*, les services hospitaliers « relocalisés » en ville font qu'un patient qui sort « indument » de l'hôpital se trouve immédiatement dans le tissu urbain, pouvant rapidement disparaître dans les rues, s'éloigner par des transports en commun, être en danger en traversant la rue, mais aussi exposant l'intervention des équipes pour le rattraper au regard des passants. Ainsi, les choix opérés en matière de contrainte révèlent aussi des arbitrages entre les critiques potentiellement contradictoires qui pèsent sur les pratiques. L'exemple de la problématisation de la fermeture à clef des services d'hospitalisation mettra en évidence ces arbitrages singuliers. Examiner l'économie des contraintes fait apparaître le jeu entre des contraintes plus visibles, davantage constituées en supports de critique, et d'autres plus discrètes.

L'exemple de la fermeture à clef des services d'hospitalisation

La fermeture¹⁹⁶ des services d'hospitalisation psychiatrique est aujourd'hui peu critiquée, c'est même plutôt au mouvement inverse que l'on assiste, de fermeture d'unité ou d'une

possibilité de l'ouverture était associée à une coopération bienveillante de fait de ce village, les patients ne passant pas inaperçus.

¹⁹⁶ En psychiatrie, la « fermeture » d'un service désigne, sauf situation spécifique, la fermeture à clef de son accès, le fait que l'ouverture de la porte est contrôlée par les professionnels.

partie d'un service. Deux psychiatres avec lesquels j'ai réalisé un entretien m'ont parlé du choix récent ou en cours de fermeture d'un des services d'hospitalisation ou d'une aile du service d'hospitalisation de leur secteur (l'un situé au sein d'un asile psychiatrique situé à l'origine à la marge d'une ville et aujourd'hui en zone urbaine, l'autre au sein d'un hôpital psychiatrique) Cela pourrait être formulé en sens inverse : contrairement à l'évolution que nous décrivions dans l'après-guerre, l'ouverture des services est aujourd'hui peu valorisée, souhaitée ou même seulement envisagée, comme si elle paraissait moins possible et même vraisemblable. Elle continue de l'être en partie par les militants et héritiers des militants qui ont participé aux efforts de réduction de la contrainte en général dans les services, qui s'efforcent d'attirer l'attention également sur l'augmentation du nombre de chambres d'isolement et de l'usage des contentions sans cependant produire toujours une ample mobilisation¹⁹⁷. La critique de la fermeture des services reste ainsi présente, notamment dans un service comme le service A qui se veut engagé dans une politique de faible contrainte. La critique d'un collègue psychiatre, chef de secteur dans une autre région, n'est ainsi pas écartée d'un revers de la main par le chef de secteur :

« L'unité d'hospitalisation est fermée. Ça, c'est une critique très vive de mon collègue [...], il dit toujours qu'[il faut que] j'ouvre mon unité d'hospi. » Entretien, Pierre, chef du secteur A

Ce collègue promeut des services ouverts, quel que soit le mode d'hospitalisation des patients accueillis, et oppose la présence humaine aux murs pour répondre aux besoins pour lesquels on tend à avoir recours à des contraintes matérielles.

A ce titre, la dimension de « rapprochement » opérée par la relocalisation est contre-balancée par la fermeture qu'elle a induit – ce qui maintiendrait une extériorité des services psychiatriques, selon un psychologue du secteur A, critique des évolutions du secteur :

« Donc voilà, et puis il y a eu des glissements, des glissements sur le secteur où il fallait être au plus près, au plus près... et donc est née l'idée des fameuses délocalisations, déconstructions, comme ça, dans la ville, et puis qui sont devenues quand même des petits bunkers, parce que c'est quand même hors de la ville à l'intérieur, c'est à l'intérieur de la ville, mais c'est hors de la ville quand même. » Entretien Joël Alcan, psychologue secteur A

Cette fermeture trouve d'ailleurs une autre justification, peu mobilisée dans le service A, mais rencontrée lors de la visite de services d'un hôpital psychiatrique du sud-est : deux cadres évoquaient des occurrences d'intrusions délinquantes (et indirectement l'affaire de Pau), ainsi

¹⁹⁷ Voir notamment les mobilisations organisées par le « Collectif des 39 », collectif qui rassemble des professionnels de la psychiatrie et s'est constitué le 12 décembre 2008, autour de l'« Appel contre La Nuit Sécuritaire », après le discours de Nicolas Sarkozy, alors Président de la République, prononcé le 2 décembre 2008 à l'hôpital Érasme d'Antony après le meurtre d'un étudiant à Grenoble.

que l'histoire récente d'un patient d'un autre service qui avait « disparu » et avait été retrouvé dans le service un certain temps après. Il s'y était réfugié... Cette fermeture comme protection de « menaces extérieures », de l'intrusion de personnes extérieures, est notamment évoquée dans des milieux urbains, où les services sont exposés au trafic de stupéfiants, de rackets de patients ou lorsque des altercations éclatent entre des personnes hospitalisées et des visiteurs extérieurs : dans une autre relocalisation du département (Coldefy 2010, p. 261).

Mais la forme principale de la critique de la fermeture des services aujourd'hui réactivée est une critique de l'exposition des patients en hospitalisation libre (HL) à la fermeture psychiatrique – et renvoie à l'exigence de l'encadrement légal des restrictions par la modalité spécifique d'hospitalisation et des conditions d'hospitalisation ordinaire pour les autres.

a) Critique d'une contrainte non encadrée légalement

La sectorisation a formalisé le fait que les services d'hospitalisations de secteur accueillent à la fois patients en hospitalisation libre et en hospitalisation contrainte, pas toujours dans des unités séparées. La diminution du nombre de lits d'hospitalisation dans les années 1990 a renforcé le rassemblement des patients dans une seule unité, même si certains services s'organisent pour avoir une unité ou une partie fermée réservée aux patients sous contrainte, ou tout au moins à ceux dont ils redoutent des conduites problématiques ou des fugues. La circulaire Veil, souvent citée à propos des chambres d'isolement, portait tout autant sur les services fermés, qui ne devaient pas accueillir des patients en hospitalisation libre.

« - La loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux (art. L 326-2 du code de la Santé Publique) donne à ces patients hospitalisés librement les mêmes droits que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause. Parmi ces droits figure celui d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement où ils sont soignés ; cette liberté fondamentale ne peut donc pas être remise en cause s'agissant de personnes qui ont elles-mêmes consenti à recevoir des soins psychiatriques.[...]

Un établissement de santé, public ou privé, non habilité ne peut donc recevoir que des malades en hospitalisation libre ; ces derniers ont le droit, *sous les réserves liées au bon fonctionnement du service* et indiquées plus haut, de circuler librement dans l'établissement et *ils ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clef ni a fortiori dans des chambres verrouillées.* » (Circulaire Veil 1993)

La critique de la fermeture porte sur l'atteinte aux libertés *des patients volontaires pour le soin*, et est donc bien en deçà de la réflexion sur la limitation de la contrainte en général, y compris pour les patients hospitalisés sans leur consentement. Mais cette volonté de limiter

l'hospitalisation libre dans des services fermés n'est pas une référence que l'on retrouve dans la pratique ordinaire des services, pour lesquels la décision de fermeture est restée une décision organisationnelle locale (ou plutôt devenue telle par rapport à une période où cette fermeture était questionnée). La circulaire Veil est rédigée de façon telle qu'il y a une ambiguïté quant au fait de savoir si cette restriction s'applique à tous les établissements ayant des services psychiatriques ou uniquement ceux qui ne sont pas habilités à recevoir des patients en hospitalisation sans consentement.

Le CGLPL réactive cette critique par son avis du 12 février 2011 qui dénonce la « refermeture » d'un « nombre croissant » d'unités d'hospitalisation, en visant explicitement uniquement les restrictions des libertés des personnes en hospitalisation libre :

« En deuxième lieu, à rebours de la politique entamée au cours des années soixante, les portes d'un nombre croissant d'unités hospitalières psychiatriques sont aujourd'hui fermées à clef. Leurs patients ne peuvent sortir librement, même pour se promener dans un parc, se rendre dans une cafétéria, ou participer à un office religieux. Ces restrictions ne sont pas sans incidences sur la vie des malades (par exemple sur l'éventail des activités thérapeutiques offertes ou les difficultés qu'il y a à fumer) et sur les relations avec leurs proches. Mais on voudrait ici attirer l'attention sur ce seul point : la mise sous clé des unités, donc des personnes, a pour effet de mettre dans des conditions identiques des malades entrés sous le régime de l'hospitalisation d'office et des patients présents comme hospitalisés dits « libres », c'est-à-dire étant venus à l'hôpital avec leur consentement.

On doit se demander, par conséquent, ce qu'il advient de cette liberté si, de fait, pas davantage que les autres, les malades en hospitalisation libre ne peuvent disposer du droit de sortir comme ils l'entendent, autrement dit sont, dans la réalité, privés de leur liberté d'aller et de venir. Surtout, on doit relever que cet enfermement ne s'est accompagné d'aucune procédure particulière : elle est la seule conséquence du choix des responsables de l'unité où ces malades se trouvent (on sait qu'ils sont affectés par « secteur » géographique) d'en avoir demandé et obtenu la fermeture. Ni décision individuelle, ni indication d'aucune voie de recours, ni a fortiori l'intervention d'aucun juge n'ont déterminé une telle situation. Il y a lieu de s'interroger sur cette manière de faire. Il paraît utile que le « malade libre » ait au moins le choix entre unité ouverte et unité fermée et, s'il choisit cette dernière, d'assurer qu'il est avisé de ses droits, en particulier de son droit à contester à bref délai la mesure dont il est l'objet. » (CGLPL 2011a)

Il symétrise cette contrainte de la fermeture d'une unité avec celle de toute hospitalisation sous contrainte, en suggérant qu'il serait nécessaire d'encadrer cet enfermement par des procédures en le soumettant, à l'instar de la réforme en cours lors de la publication de cet avis, au contrôle d'un juge, ou à tout le moins à un recours possible. Cette argumentation qui promeut la restriction de la contrainte à ses formes légalement encadrées et la réduction de l'exceptionnalité psychiatrique – pour les personnes hospitalisées en HL – s'oppose à un autre type d'argumentation.

b) Critique d'une contrainte injustement répartie

Le choix de fermer ou non à clef la porte d'un service peut en effet être renvoyée à un arbitrage à effectuer entre, d'une part, un niveau de contrainte plus élevé pour quelques uns, les personnes hospitalisées sous contrainte, pour rendre possible des conditions « ordinaires » pour les personnes en HL, et, d'autre part, le refus d'augmenter la contrainte sur les uns (les personnes en HSC) pour préserver les autres (les personnes en HL) associé à l'argument qu'il s'agit de préserver avant tout les personnes dans les états les « plus graves » (identifiées comme les personnes en HSC). Cet argument renvoie précisément à la question de l'économie des contraintes dans un service : fermer la porte extérieure à clef sera une restriction des libertés des personnes en HL, mais permettra peut-être d'avoir moins recours aux chambres d'isolement ou à des traitements médicamenteux plus sédatifs pour les personnes en HSC.

C'est ce que défend Laurent, psychiatre qui travaille à mi-temps dans le service d'hospitalisation et à mi-temps dans le CAC de son secteur, tous deux situés au sein d'un hôpital général :

« Et l'unité de 28 lits est ouverte ou fermée ?

Fermée la nuit, mais ouverte dans la journée. Ça m'avait surpris. Parce qu'à V. [ville où il a fait son internat], c'était pas comme ça. À V., les unités de secteur étaient toujours fermées. Après la logique est toujours la même. Est-ce que tu enfermes dans l'unité ou est-ce que tu enfermes les gens dans leur chambre ? Moi je suis un partisan de : "on enferme dans l'unité". Je trouve que c'est un peu atroce d'enfermer les gens dans leur chambre. Après c'est vrai que c'est plus sympa pour les gens qui n'ont pas besoin de service fermé d'être dans des unités où on leur dit : oui, vous pouvez sortir quand vous voulez. Moi je pense toujours que c'est les gens les plus handicapés qui doivent être le plus chouchoutés. C'est un choix personnel.

Et du coup, il y a plus recours, là, à des chambres fermées ?

Mais vraiment je ne suis pas du tout sûr. Mais je sais que théoriquement, c'est ce qu'on devrait faire au CAC [Centre d'Accueil et de Crise – qui a des lits d'hospitalisation, en principe pour une durée maximum de 72h]. Le CAC devrait être une unité ouverte, et les gens en HO-HDT devraient être enfermés dans leur chambre. Mais moi je fais partie de ceux qui sont plutôt pour foutre la pression aux équipes pour qu'on ferme la porte de l'unité et qu'on laisse les gens se balader s'ils n'ont pas de troubles majeurs du comportement. Le seul risque c'est qu'ils fuguent – ou qu'ils se suicident, mais... En sachant que toute l'unité est sécurisée au CAC puisque tous les objets dangereux sont retirés aux patients même s'ils sont en HL. On leur explique, on leur dit voilà, on peut pas vous laisser votre chargeur de portable, mais quand vous voulez charger votre portable, vous nous le donnez etc. »
Laurent Wald, psychiatre, chef de clinique, entretien

Par la suite, une aile de l'unité d'hospitalisation a été fermée pour accueillir les patients en HSC, même s'il arrive que certains soient accueillis dans l'aile ouverte, et le CAC a son accès contrôlé par les soignants, donc également fermé.

On a ici affaire à deux registres de définition de la contrainte acceptable/souhaitable/inacceptable : dans le registre des droits, articulé dans le cadre *du* droit, tel qu'il peut être

déployé par le CGLPL, la restriction des libertés n'est tolérable que dans les situations définies et encadrées par la loi. Par suite, ne peuvent se voir restreindre leurs libertés à l'hôpital psychiatrique que les personnes dans des situations qui répondent aux conditions de l'HSC et pour lesquelles une telle mesure a été prononcée. La restriction des droits des personnes hors de cet encadrement par le droit est inacceptable. En revanche, la question des conditions d'hospitalisation pour les personnes en HSC, que le psychiatre cité ci-dessus, Laurent Wald, identifie comme dans des états potentiellement « plus graves », n'est pas le problème dans ce registre. Cela le devient dans un registre du « soin ». On voit que s'opposent également deux modèles d'égalité : l'un se réfère à l'égalité comme identité de traitement, sauf exception dûment encadrée – identité de traitement entre les personnes hospitalisées en psychiatrie et dans des services d'autres spécialités. Les personnes en HSC sont considérées comme une « exception », qui demande certes d'être sous contrôle, mais qui autorise une dérogation à cette « égalité » - ou qui n'autorise une dérogation à cette égalité que contrôlée et encadrée par la loi. Ce modèle autorise un surcroît de contrainte sur ceux qui entrent dans les conditions définies par la loi de restrictions des libertés pour préserver un bien qui est la liberté comme régime ordinaire. Le groupe considéré est l'ensemble des personnes susceptibles d'être hospitalisées, quelque soit la spécialité médicale – à l'exception de ceux qui entrent dans le régime de restriction. Le deuxième modèle d'égalité se réfère plutôt à une égalité-équité où chacun se voit traiter à proportion de ses besoins et ses capacités, au sein d'une définition des besoins définie médicalement, et cherche à répartir la charge de contrainte plutôt sur ceux qui sont le plus à même de la supporter pour préserver les meilleures conditions à ceux qui nécessitent davantage de soins. Ce deuxième modèle autorise une charge de contrainte sur ceux qui ne le nécessitent pas, mettant le « soin » (des uns) avant la « privation de liberté » (des autres). Le groupe considéré est alors plus large, puisqu'il s'agit de l'ensemble des personnes hospitalisées.

« Fermeture » du service A : « On étouffe ici »

Le service A rejoue ce débat à un niveau légèrement différent. Les patients en forme physiquement peuvent passer par la grille au fond du jardin pour sortir sans demander l'avis de leur médecin – ils « fuguent » selon le terme consacré :

« Ça arrive assez souvent les fugues ? [le psychiatre vient de me parler d'un patient qui « a fugué au bout de trois jours »]

Oui.

Malgré le service fermé ?

Oui. Il y a une grille qui n'est pas très haute. On a une unité qui est autour d'un petit jardin et le jardin est fermé par une petite grille qui fait, qui doit faire 2m, 2,10m. Donc on peut grimper, on peut escalader la grille. C'est fermé, *mais c'est plus la fermeture symbolique qui est importante*. C'est pas une unité de malades difficiles. Parfois, on va avoir plus de surveillance. » Pierre, psychiatre, chef de secteur, Entretien

Le service a pour politique de limiter la contrainte, et n'entend pas prévenir les « fugues » à tout prix. Lorsqu'ils craignent particulièrement la fugue d'un patient et jugent inutile ou inopportune le recours à la chambre d'isolement, les médecins peuvent décider la fermeture de l'accès au jardin, pour éviter les échappées par la grille du fond. C'est alors qu'ils désignent localement leur service comme étant « fermé » :

« Paul, *médecin assistant* : [à propos de M. Ahmet] état très dissocié, apragmatique, en train de devenir opposant. Sa chambre n'est pas sécurisée. C'est un monsieur qui devrait avoir un service fermé, pas une chambre fermée. Pour l'instant il a un traitement *per os*¹⁹⁸ solide.

Sophia, *psychiatre* : il faut peut-être prévoir un traitement retard ?

Paul : c'est prévu s'il refuse le traitement per os.

Sophia : ça pourrait être bien.

Elisabeth, *cadre* : l'idéal, c'est un service fermé, mais c'est dur pour les soignants.

Sylvie, *psychiatre, responsable de l'hospitalisation* : si le service est fermé, ils (les patients) fument dans la salle télé. On ferme, on ferme ! Paul, si tu es d'accord, il faudrait qu'on le revoie. » JDT, réunion de synthèse du service d'hospitalisation

Ici le médecin souligne à la fois l'état pathologique de ce patient et la nécessité de « doser » la contrainte exercée sur lui : il s'agit de ne pas le braquer qu'il ne rentre pas dans une opposition stabilisée (décrite par une expression d'état : « être opposant ») et d'éviter le risque de « fugue », que son opposition risquerait d'induire. Il note par ailleurs qu'il a un traitement conséquent – qui signifie qu'il n'est pas problématique de le laisser circuler au milieu du service. Une autre médecin évoque la possibilité d'un traitement longue durée : « retard », qui ne nécessite d'être renouvelé que toutes les trois-quatre semaines, utilisé entre autres si les soignants craignent que le patient refuse de prendre son traitement. On peut noter que si le service est considéré comme « fermé » quand l'accès au jardin est fermé, il est *a contrario* implicitement considéré par les professionnels comme « ouvert » en temps ordinaire, quoique la porte d'accès soit verrouillée. Cette fermeture de service est de plus perçue comme pénible. J'y reviendrai plus tard, mais la critique de la contrainte développée par ce service est traduite par des perceptions des niveaux de contrainte comme pénibles voire néfastes – ce qui n'est pas partagé par tous les professionnels du secteur. Ainsi le cadre de l'équipe d'accueil et de crise (CAC), fâché de la « fugue » récente d'un patient que le CAC est allé chercher lors

¹⁹⁸ « per os » désigne le mode d'administration : par la bouche.

d'une intervention compliquée à domicile, rend responsable la trop grande ouverture du service :

« Julien (*cadre infirmier du CAC*) me parle longuement après la réunion, il est très amer et frustré, [...] énérvé que le service d'hospitalisation ait laissé "fuguer" M. Amri, il a le sentiment que le travail de l'équipe du CAC ? le sien en particulier, n'est pas reconnu et que leurs efforts ont été gâchés. Il me parle de quand il était à l'"hospi", il veillait à ce que les portes soient bien fermées, avec consignes aux ASH qui ouvrent grand les portes pour faire sécher le sol et aérer les chambres. Mais au bout de quelques jours, Sylvie (*la responsable du service*) disait "on étouffe ici". Il souligne la mauvaise foi des médecins : "si on veut pas accueillir ce genre d'hospitalisation il faut le dire !", le fait qu'il ne sont pas d'accord entre eux. » JDT, notes après une réunion au CAC au sujet de l'hospitalisation et de la fugue de M. Amri

La fugue de ce patient lui donne un sentiment d'inutilité des efforts que le CAC a déployé – initialement pour obtenir l'adhésion de ce patient au soin, puis pour réussir son hospitalisation, et soupçonne que la fugue est liée à une ambivalence des médecins, qui ne tiendraient pas à conserver au sein du service des patients qu'ils craignent. Mais il rend compte également d'une réaction que j'ai plusieurs fois entendue au sein du service, le sentiment de pénibilité, d'augmentation de la tension au sein du service lorsqu'il est « fermé » :

« Sophia, psychiatre : on a fermé complètement le service à cause de M. Ahmet pour qu'il puisse circuler [...]

Khalil, infirmier : c'est lourd avec le service fermé

Martial, cadre : je le trouve pas aussi inquiet qu'avant, plus détendu.

Paul, médecin assistant : vous êtes pas obligés de passer 20 minutes (*à essayer de le faire entrer dans sa chambre*) ?

Infirmière : non.

Stagière infirmière : je ne suis pas sûre qu'il partirait (*si on ouvrait le service*). Il y avait une porte ouverte, et il est pas parti.

Sophia : 2h de fermeture (*de sa chambre*) : 14h-16H et la nuit » JDT, staff du service d'hospitalisation

Dans cet échange à propos du même patient, la pénibilité du service « fermé » est à nouveau évoquée, cette fois par un infirmier, et la fermeture du service est convertie en des « temps en chambre fermée » pour le patient, après évaluation tant du risque de fugue que de l'absence de difficulté à appliquer ces consignes.

D'une certaine façon, le fait de compter la fermeture de l'accès au jardin comme une « fermeture » du service permet de se considérer implicitement comme un service « ouvert » en temps ordinaire – une infirmière, Lucie, parle d'ailleurs de fermeture du « pavillon ».

« Je pense que une fois qu'on a connu Paumelle [l'établissement principal, ancien asile départemental, aujourd'hui EPSM Philippe Paumelle] et un exemple de soin dans un grand parc comme ça, ça fait petit ici. Mais nous ce qu'on a au [secteur] A par rapport au B ou au C, on a la chance d'avoir un jardin et de pouvoir ouvrir sur le jardin. Et ça c'est hyper important. Nous on sent bien, quand le pavillon est fermé, (...) quand on a des patients sous HO et qu'on doit leur ouvrir les portes et qu'on sait qu'eux ils ont un gros risque de fugue, de se mettre en danger ou de mettre les autres en danger, on ferme le pavillon, le service, pour pouvoir les laisser en dehors de leur chambre, si on peut. Et dans ces cas-là on ressent une énorme pression dans le service. Les patients, on l'a vu, sont nerveux, angoissés, il y a une hyper-

excitation, ça fait un effet de boule de neige. Plus on restreint l'espace en phase de soin avec tous les patients, plus ça monte en pression, ça fait un effet boule de neige. Dès qu'on ouvre sur le jardin, les patients sont plus détendus, même nous, et on a l'impression de plus respirer [...] donc c'est bien d'avoir l'espace jardin. » Entretien avec Lucie, infirmière du service A

La fermeture « du service », c'est-à-dire de l'accès au jardin, est décrite comme physiquement oppressante (« on étouffe ici », « on a l'impression de plus respirer »), ajoutant de la tension émotionnelle et relationnelle (« C'est lourd avec le service fermé », « Les patients, on l'a vu, sont nerveux, angoissés »), et c'est toute une métaphore thermodynamique qui est ici mobilisée : la fermeture augmente la « pression », induisant implicitement des risques d'explosion. Si la fermeture du jardin permet de jouer sur l'économie des ouvertures et des fermetures, de « doser » la contrainte individuelle en jouant sur les contraintes collectives et ainsi de permettre à un patient de sortir de sa chambre en prévenant son éventuelle sortie intempestive, cette « homéostasie » de la contrainte dans ce cas ne signifie pas que le système est identique et produit les mêmes effets, que le « même » niveau de contrainte, sa redistribution entre la porte de la chambre d'isolement et celle du jardin est équivalente : cette décision a un effet sur le milieu dans lequel évoluent tant les professionnels que les patients. Le double mouvement qui conduit à limiter autant que possible les séjours hospitaliers au traitement des états aigus et à la localisation des services en ville, sans accès à un parc, tout au plus une terrasse ou un rez-de-jardin, converge à faire de ces systèmes complexes que sont les services hospitaliers des équilibres « sous pression » et instables.

Le service A, à l'instar d'autres services que j'ai pu visiter ou dont des psychiatres m'ont fait état en entretien, a envisagé de « fermer » une de ses ailes (celle qui comprend les chambres simples), cela revient occasionnellement pendant des réunions, et une infirmière revient sur cette possibilité en entretien :

« On avait pensé, parce qu'en fait l'architecture ici avait été pensée pour faire une aile en fait, avec une porte à la tisanerie qu'on peut fermer à clef et ça ferait carrément une aile, avec que des chambres seules, et si on devait n'avoir que des patients en HO ou en HDT qui avaient un risque de fugue par exemple, qu'on sentirait ne pas pouvoir être avec les autres patients en attendant, pas pouvoir sortir dans le jardin sans être tenté de fuguer, de se faire du mal ou de faire du mal à l'autre, ils pourraient être dans cette aile là. [...]

Et ça, ça n'a jamais été fait en fait ?

Et ça n'a jamais été fait parce que ... je pense que c'est une peur de l'abus de la chambre fermée et de travail de confiance quoi. Avec le patient. On essaie de faire confiance à l'autre et quand on voit que c'est trop difficile on met nos limites, mais on essaie au minimum d'utiliser la contention des murs. D'enfermer. Et puis peut-être qu'on n'a pas eu autant de... parce qu'il y a quand même 4, 5, 6, 6 lits ! On n'a jamais eu 6 patients en même temps en HO et en HDT en phase de crise, avec un risque de fuguer etc. On a hésité une fois, parce qu'on a eu beaucoup de fugues de patients en hospitalisation sous contrainte qui allaient mal, avec des problèmes quand ils fuyaient... donc on y a pensé une fois. C'était quand il y avait [*cite plusieurs patients*] M. Amri, M. Tilim, M. Stein, on a eu une phase comme ça avec des patients difficiles...

L'année dernière ou ?

C'était il y a un an et demi je pense.

Encore avant ?

Oui. Et on a essayé, on a essayé deux jours. C'est vrai que ça nous a permis d'être un petit peu plus sereins par rapport aux fugues, de pas être toujours à surveiller : est-ce qu'il est là est-ce qu'il est pas là, parce qu'on peut pas être partout, on n'est pas assez nombreux. Et il y a eu une période où c'était limite, il fallait un soignant derrière un patient, ils étaient quasiment tous sous contrainte, avec des risques importants, psychiatriquement ils allaient pas bien. Donc là, c'était pas possible, du coup, ça nous avait un peu soulagé de fermer l'aile [...] le personnel passe dans un couloir. Même si l'espace est restreint, c'est déjà plus grand que 9 m², ou je sais pas 15 m² dans une chambre. Donc ça ça nous avait permis de souffler un peu pendant ces deux jours-là, on a essayé cette alternative-là, maintenant, les limites à ça c'était le personnel, et quand on était deux dans le service on ne peut pas en laisser un tout seul là-bas. Il faut être au minimum deux parce que c'est des patients on peut pas rester seul avec eux, parce que c'est dangereux de rester seul avec eux, donc il aurait fallu avoir plus de personnel en fait pour pouvoir continuer comme ça. Et à la fois, ça voulait dire fermer encore plus les lieux, alors que ce qu'on voudrait nous c'est s'ouvrir un peu plus. » Entretien avec Lucie, infirmière du service A

Fermer une des ailes permettrait de prévenir les fugues de patients en HSC, résoudrait le dilemme fermeture de la chambre/fermeture du service, séparerait des patients dont la conduite avec les autres patients est crainte, délèguerait à la fermeture du lieu la surveillance par les soignants : « C'est vrai que ça nous a permis d'être un petit peu plus sereins par rapport aux fugues, de pas être toujours à surveiller : est-ce qu'il est là est-ce qu'il est pas là, parce qu'on peut pas être partout, on n'est pas assez nombreux. » Ça semble être une solution idéale, un compromis entre limiter la contrainte exercée sur des personnes en état aigu et ne pas imposer une contrainte supérieure aux autres patients. La délégation de l'empêchement à la porte fermée et par suite la suspension de la nécessité de contraindre produit cet effet de soulagement : « ça nous avait permis de souffler un peu pendant ces deux jours-là ». Cela induit cependant un double effet paradoxal : le besoin de plus de personnel, qui permettrait inversement d'avoir moins besoin de contrainte, et l'effet de surenchère de la contrainte : plus de contrainte pour assurer la contrainte.

La fermeture n'est jamais totale, ne peut pas l'être. Il faudrait rehausser les murs, ajouter des sauts-de-loups, des caméras, des gardiens aux portes, dans une escalade de la contrainte et de ses formes de résistances. Ce qui ne signifie pas que chaque économie de contrainte soit à un niveau équivalent ni chaque forme produise les mêmes effets. Mais chaque élément de la contrainte est à analyser dans une économie d'ensemble. L'évaluation de ce qui serait un « niveau de contrainte » ne peut donc s'attacher à un item mais doit examiner l'ensemble de ces niveaux et la manière dont ils s'articulent et jouent entre eux. L'étude des pratiques de contrainte ne peut se comprendre qu'au sein de cette économie des dispositifs – au croisement de ces dispositifs et de la manière dont les professionnels mettent en œuvre la contrainte, prennent des décisions, s'approprient, donnent formes à des mesures de contrainte, lui donnent sens dans la pratique.

*c) La perméabilité : la critique de l'éloignement
contre la critique de la fermeture*

En l'occurrence, la fermeture à clef de la porte des services ne renvoie pas qu'à l'économie interne des contraintes, mais aussi la situation géographique des services. Les dispositifs architecturaux et leur localisation : urbaine, péri-urbaine ou rurale, interviennent également. Le service A et les autres services de l'établissement rendent compte de leur choix de fermer le service à clef en raison de la relocalisation en milieu urbain. Le collègue psychiatre qui critique la fermeture du service a lui-même un service situé au sein du périmètre d'un établissement pavillonnaire, avec des gardiens situés aux entrées.

L'équilibre se situe alors un peu différemment de la balance entre fermeture extérieure et contraintes internes, car le mouvement de relocalisation, même s'il engage des enjeux immobiliers, notamment en région parisienne, est décrit par ses acteurs comme une volonté de rapprochement des personnes hospitalisées de leur milieu de vie, comme je l'indiquais plus haut.

C'est ainsi que les soignants interprètent les bénéfices de la « relocalisation », tant les « anciens » présents au moment de la relocalisation, qui appréciaient de travailler dans l'ancien asile départemental Philippe Paumelle et y avaient développé une manière de travailler¹⁹⁹, que les nouveaux infirmiers à qui est transmis une forme d'investissement des nouvelles structures :

« Le gros truc, c'était de quitter l'hôpital. Quitter ce parc merveilleux, parce que c'est un endroit, moi j'y suis depuis 1979, quelle beauté ! Il n'y a pas plus bel endroit pour travailler. Moi je me souviens qu'à une époque, même un temps comme ça, on prenait 4-5 patients, on allait dans les bois, il y a des bois derrière Philippe Paumelle... Oh, je sais pas, c'est quelque chose, les bâtiments sont magnifiques, il y a une richesse architecturale, du patrimoine, c'est beau.

Et ça c'est quelque chose que tu regrettes ?

Ça c'est le côté oui, je dirais pas regrets... Mais moi j'étais un défenseur de partir [...] Voilà, moi j'ai aucun regret, au contraire ! Parce que, la difficulté à l'époque, [...] ça représentait pour les familles qui venaient voir leur patient, le dimanche par exemple, plus d'une heure et demi de transport. S'ils n'avaient pas les moyens d'avoir un véhicule. Ce qui voulait dire avoir aussi dans la tête que si on avait besoin de famille sous la main, on galérait. Donc le fait qu'on vienne à A., ça a été ça, le travail avec les familles. Les familles on les avait sous la main, et elles nous avaient sous la main. Donc ça aussi ça a été un autre travail. Mais... Et puis, c'est magnifique, surtout, je souhaite à tout le monde de vivre ça. De savoir qu'un patient rentre à 18h en unité, on peut passer un coup de fil, et la technologie ayant évolué, on a un portable maintenant : 'Allo, votre papa ou votre maman est hospitalisée', dans les 10 minutes on a quelqu'un. On a tout, d'emblée, plus de perte de temps sur le travail avec les familles. On

¹⁹⁹ Un certain nombre de critiques ont cependant été déployées par les soignants. La relocalisation change notamment leurs conditions de travail, comme leurs conditions de transports, et leur organisation personnelle et familiale – ils avaient pu par exemple choisir leur logement, voire devenir propriétaires, en fonction de leur lieu de travail.

peut les rassurer, on peut travailler avec eux, on peut leur demander des papiers, on peut... voilà... On a des liens qui se nouent avec une vitesse grand V. ça c'est... ça efface le reste, le manque d'espace, le manque de bois... je dirais, c'est un choix qu'on a fait, et puis voilà. » Gilles, infirmier

Lucie, jeune infirmière qui a exercé dans un service dans l'enceinte de l'EPSM Philippe Paumelle avant de venir dans le service A reprend ces thèmes : proximité pour les familles, accessibilité en particulier pour celles qui ont peu de revenus, auxquels elle ajoute la proximité pour les patients eux-mêmes, dont certains reviennent pour des activités :

« Et le fait d'être en ville ?

Ça a son plus, même pour les familles, on est proches d'eux, les familles, c'est plus facile pour eux de venir visiter leur famille. Surtout pour, il y a quand même beaucoup de familles défavorisées quand même, qui ont pas forcément de moyen de transport, et de banlieue à banlieue, c'est un petit peu galère, de se déplacer en transports, même si c'est desservi, hein. Donc c'est bien, et pour les patients aussi de l'extra, je pense qu'il, c'est plus facile aussi de venir. C'est plus proche de chez eux, c'est moins contraignant [...] Pour le CMP, pour le CAC, pour les activités aussi, si c'était à Philippe Paumelle, je ne suis pas sûre qu'ils feraient une heure de transport [*Certains patients reviennent après leur hospitalisation pour l'activité peinture, ou pour l'activité journal – qui a le plus souvent lieu au sein du service*] [...] Ils sont carrément installés près de leur milieu de vie. » Entretien avec Lucie, infirmière

La place des familles s'intègre dans une conception plus globale du soin visant à ce que les personnes suivies ne soient autant que possible pas désinsérées de leur milieu. Cela passe par un effort pour développer des liens entre l'intra et l'extra-hospitalier, avec les familles, avec les soignants des autres structures, et en effet, avec la possibilité que certains patients poursuivent des activités initiées pendant leur hospitalisation. Cela passe aussi par un effort de réduction des temps d'hospitalisation, qui s'opère également sous la pression de l'occupation des lits, comme on le verra.

Le chef de secteur quand il rend compte de la fermeture du service d'hospitalisation mobilise le modèle de la « perméabilité » pour résoudre les contradictions entre les exigences issues de la critique de l'asile comme enfermement – il cite la critique que lui a faite ce collègue chef de secteur –, et la conservation de certaines dimensions de l'isolement et de la fermeture. En associant la critique de la fermeture à la question des liens avec l'extérieur, il met en évidence une conception de l'hospitalisation également héritière de la critique de l'asile, où l'isolement n'est qu'une dimension possible et nécessairement temporaire de l'hospitalisation, qu'il compose avec la promotion du développement de contacts avec les intervenants proches et professionnels autour de la personne :

« L'unité d'hospitalisation est fermée. Ça, c'est une critique très vive de mon collègue [...], il dit toujours qu'[il faut que] j'ouvre mon unité d'hospi. Mais moi je considère que l'hospitalisation c'est un temps, c'est une unité qui doit être *perméable*. Une des transformations de l'hospitalisation quand même, c'est que ce n'est plus un temps de rupture, c'est un temps que moi je définis comme une activation des liens, donc c'est le contraire. Il ne faut pas que le patient... Il y a des moments

d'isolement nécessaire ou des moments *d'éloignement*, mais le *temps hospitalier* doit aussi... L'unité hospitalière doit être perméable et doit permettre des *rencontres* multiples durant la phase d'hospitalisation. Le travail avec la famille, le travail avec le tuteur ou le curateur, le travail avec toutes sortes d'intervenants, les médecins généralistes, etc., le temps hospitalier doit être accessible à toutes sortes de gens. C'est pas un trou noir. » Pierre, chef de secteur, entretien (*C'est moi qui souligne*)

L'entretien des liens avec l'extérieur – tant pour les personnes hospitalisées que pour les équipes soignantes – est en effet un principe mis en avant par le chef de secteur. Lors d'une réunion du CAC, faisant une analogie entre le travail psychothérapeutique spécifique que cette équipe propose dans des moments de « crise » et le temps d'hospitalisation, le chef de secteur affirme sa ligne, selon laquelle le maintien d'un lien doit être privilégié, lien avec les soignants référents pendant le « travail de crise » avec les soignants du CAC, lien avec les familles pendant l'hospitalisation :

« [*Le précédent chef de secteur*] voulait que ça soit une parenthèse absolue. Je voudrais moi qu'il y ait maintien d'un lien avec les soignants référents, comme pour la famille pendant l'hospi : il ne s'agit pas d'oublier le patient, ça fait une pause bien sûr, mais il ne s'agit pas que tout recommence comme avant après.

Nathalie, infirmière (en aparté) : ça lui fait du bien à la famille de l'oublier un peu... » JDT, réunion du CAC

Décrire la fermeture comme « perméabilité » lui permet de mettre en balance existence d'une barrière et circulations. Le chef de secteur ne rejette pas, comme on le voit, la référence à l'isolement comme séparation – avec une insistance sur son caractère temporaire – ou comme éloignement. Mais il met cette séparation limitée au regard de l'importance qu'il donne aux liens et à leur « activation », utile également pour mettre en place les conditions de sortie d'hospitalisation.

Dans cette fermeture du service d'hospitalisation, on voit se jouer une économie des contraintes, où la suppression d'une modalité de contrainte peut conduire à l'investissement ou au réinvestissement d'un autre niveau, et non nécessairement à la diminution de la contrainte : dans le secteur A, le rapprochement du service du territoire desservi et la sortie de l'enceinte asilaire conduit à fermer le service, la volonté de limiter le recours à la chambre d'isolement peut conduire à fermer l'accès au jardin ; de la même façon, certains services « ouverts » recourront davantage peut-être aux chambres d'isolement, à des traitements « tassant » (sédatifs), ou à une aile fermée. C'est ainsi toute l'économie d'un service qu'il faut prendre en compte pour évaluer son « niveau » de contrainte. Si on a montré des « effets d'homéostasie » de la contrainte, avec des déplacements de contrainte, on a aussi montré que le système ne demeurerait pas identique, et soulève des arbitrages à faire, tant entre des enjeux

de justice entre les personnes dont on prend en compte les intérêts (patients, professionnels, ceux des patients ou des professionnels qui sont pris en compte), qu'entre les « biens » qu'on promeut potentiellement aux dépens d'autres biens : qualité du « milieu » hospitalier par opposition à la proximité du « milieu de vie » par exemple. De plus, ces effets d'« homéostasie » ne constituent en rien une « loi de la physique de la contrainte en psychiatrie » : le niveau de contrainte global peut augmenter ou diminuer et le choix d'une modalité de contrainte ou une autre, collective ou individuelle, déléguée à l'architecture, à des traitements sédatifs ou à une surveillance par les professionnels, ne sont pas similaires.

C. L'exceptionnel et l'ordinaire

Le chef de secteur Assouline, cité au début de cette partie, déclinait une série de modalités de justification de ces limitations de son service que sont l'indisponibilité d'un téléphone, l'interdiction non-officielle des relations sexuelles : justifications pratiques (« déjà, combien de temps il va rester sans être cassé ? »), protection d'autres personnes (« le maniaque qui va passer x coups de fil à sa famille, ça va être insupportable pour eux. Le paranoïaque jaloux qui va appeler sa femme toutes les 5 minutes... »), protection des patients eux-mêmes (« Mais une fois qu'elle sera redescendue, qu'elle ira un peu mieux, comment elle percevra d'avoir fait ça ? Elle peut être traumatisée. Je ne parle pas de la possibilité de violence... ») avant de mobiliser la ressource « ultime » de l'argumentation en psychiatrie : « La plus grande atteinte à la liberté, c'est la folie », qu'on retrouve également pour rendre compte de la contrainte sur le corps, des hospitalisations sans consentement. Toutes les modalités de justifications antérieures sont d'ailleurs directement articulées à des pathologies psychiatriques (justification spécifique). Il revendique ainsi un savoir sur la spécificité des propriétés des pathologies psychiatriques et le fait que les éventuelles mesures de restrictions visent avant tout la protection des patients, à partir de laquelle il réorganise les différents biens en présence : « On ne parle pas de la même liberté ». La référence à la spécificité des pathologies psychiatriques assoit la revendication de définir légitimement des exceptions aux normes communes, ici les normes référées aux droits fondamentaux des personnes portées par le représentant du CGLPL. La première partie a montré le mandat social confié aux psychiatres, l'autorité qui leur a été déléguée quant à l'évaluation des situations nécessitant un

enfermement, désormais dans un lieu dédié au soin. La médicalisation de cette mesure a été parachevée lorsque, par la loi du 4 mars 2002, les hospitalisations d'office ont été soumises au critère du « besoin de soins » de la personne hospitalisée, et non seulement à des critères d'ordre public ou de menace sur la sûreté des personnes. Quoique la régulation sociale de ces mesures passe aussi par l'organisation d'un contrôle par des tiers²⁰⁰, les psychiatres sont restés longtemps les principaux décisionnaires de la légitimité des mesures de contrainte, et ce, au nom de leur savoir sur les pathologies, les mesures de contrainte étant ainsi inscrites sous la finalité de ce qui est bon pour les patients. Quant aux contraintes intra-hospitalières, on a également montré que, quoique faiblement régulées par le droit, elles ont de même été confiées de façon constante aux médecins, soit qu'on les considère comme associées au placement contraint, soit qu'on les assimile entièrement à des mesures de soins, et ce n'est que récemment que des attentes d'une régulation propre de ces mesures de contrainte sont formulées.

Cette revendication d'exceptionnalité se voit aujourd'hui mise en cause de fait par le réinvestissement de nouvelles normes d'ouverture et d'ordinarisation des structures. Le XX^e siècle a vu le développement d'une contestation du caractère exceptionnel de l'ordre qui règne au sein des institutions et une exigence tant d'une ouverture que d'application de normes plus proches des normes communes au sein des institutions (Laforgue et Rostaing (eds.) 2011). C'est l'ensemble des institutions collectives qui a été exposée à cette exigence : prisons, hôpitaux, écoles, établissements pour personnes âgées, pour personnes handicapées, foyers d'hébergement. Cette critique investit largement le registre des droits : droits fondamentaux (Salle 2009; Bouagga 2013), mais aussi, dans un versant plus spécialisé, droits de personnes dans des situations spécifiques : droits des patients, droits des usagers en psychiatrie (Lhuillier 2009), des usagers d'établissements sociaux ou médico-sociaux, des personnes en situation de handicap, etc. Cette « ordinarisation » des prises en charge va avec la promotion du « milieu ordinaire » – c'est notamment ce qui est valorisé dans une variété de domaines, depuis le champ du handicap, que ce soit à propos de la scolarisation ou du lieu de vie, celui du grand âge, avec le développement de dispositifs et services favorisant le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, jusqu'à la création très récente de la contrainte pénale – même si l'institutionnalisation dans des établissements spécialisés reste

²⁰⁰ Tiers signataire d'une demande de soin dans la procédure « à la demande d'un tiers », ou représentant de l'Etat dans ce qui était appelé l'hospitalisations d'office, certificateurs soumis à des conditions, possibilité de recours judiciaires, contrôle par des Commissions départementales (CDHP, puis CDSP) et depuis la loi du 5 juillet 2011, modifiée par la loi du 24 septembre 2013, contrôle systématique des hospitalisations de plus de 12 jours par le Juge des libertés et de la détention.

prédominante, la psychiatrie étant sans doute l'un des domaines qui a connu la plus forte « désinstitutionnalisation ». Mais au sein même des établissements, les personnes doivent être susceptibles de voir leur droits fondamentaux reconnus, avec une attention aux conditions ordinaires de vie en établissement comme traduisant ces droits (taille minimale d'une cellule, possibilité de se laver, d'exercer une activité, la possibilité de maintenir des relations familiales, suppression des uniformes). La conférence de consensus sur la *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux* intègre dans la définition du « principe fondamental [de la liberté] d'aller et venir » la « possibilité pour [la personne hospitalisée ou accueillie dans un établissement] de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'elle a elle-même choisi » :

« La liberté d'aller et venir est une composante de la liberté individuelle et elle est inhérente à la personne humaine. La liberté d'aller et venir d'une personne hospitalisée dans un établissement sanitaire ou accueillie dans un établissement médico-social ne doit pas être entendue seulement comme la liberté de ses déplacements à l'intérieur de l'établissement, mais aussi comme la possibilité pour elle de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'elle a elle-même choisi. Cette liberté s'interprète de manière extensive et prend appui sur les notions d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne. » (FHF et ANAES 2004, p. 8)

Cette critique formulée dans le registre des droits vient s'ajouter aux critiques antérieures visant ces institutions, l'asile, la prison, l'école, mais produit également une nouvelle circulation des critiques entre les différentes institutions. Certaines critiques ciblées s'élaborent en effet dans un contexte, au sein duquel elles prennent une forme spécifique associée à l'une des finalités officielles du lieu : réinsertion, soin, retour à l'autonomie, stimulation. On pourrait prendre l'exemple de la facilitation des visites des familles dans les différentes institutions. Dans les services d'hospitalisation pédiatriques, la facilitation des visites des familles sera faite au nom de la mise en évidence de l'importance du lien parent-enfants, jusqu'à ce qui devient un quasi « devoir de présence », mais la chambre doit rester avant tout un lieu destiné au traitement médical et à l'usage des professionnels, il ne faudrait pas que la famille s'y « installe » (Mougel 2009). La présence des familles est ainsi limitée pour la bonne marche des services, et par la mise en avant des risques de contagion. En prison, le maintien des liens familiaux est promu pour faciliter la réinsertion et au nom des droits fondamentaux (Ricordeau 2008; Touraut 2012).

De fait, si des normes externes prétendent réguler les pratiques psychiatriques, elles peuvent n'avoir qu'une efficace et une pénétration relative face à la revendication d'une

exceptionnalité psychiatrique, et le développement de normes internes²⁰¹, tant dans l'évaluation des situations que dans la définition des bonnes manières d'y répondre.

Je mettrai en évidence des voies d'introduction de normes « externes » à la psychiatrie au sein des pratiques mais insisterai sur la prégnance de normes endogènes qui gênent l'introduction de nouvelles normes, et sur la force régulatrice de ces normes endogènes – lorsque celles-ci sont actives (par suite l'enjeu de la (re)constitution permanente de certaines pratiques comme problématiques face à la banalisation induite par la routine).

1. Ce qui va de soi ? Les spécificités liées à l'activité d'un lieu, les contraintes de l'organisation collective

Un certain nombre de restrictions restent identifiées comme « normales », comme le fait que certains espaces ne soient accessibles qu'aux professionnels (fournitures hospitalières : draps, savon, cuisine, a fortiori les médicaments et le matériel médical, les lieux de traitements des déchets) [Cf Peneff, *L'hôpital en urgence*]. Pour autant il existe et il a existé des institutions où certains de ces espaces sont accessibles, ainsi dans les hôpitaux où les malades participaient au fonctionnement interne de l'hôpital, travaillant à la ferme, mais aussi à la buanderie, à la cuisine et même dans les services administratifs. Les restrictions peuvent être neutralisées par les spécificités du lieu et les propriétés des activités qui s'y déroulent (on comprend, par exemple, davantage la restriction d'accès à un service de réanimation, où se réalisent des soins intensifs qui nécessitent une grande liberté d'action des professionnels (Andreo 2004), qu'au sein une maison de retraite non médicalisée).

Les restrictions (de circulation par exemple) n'apparaîtront pas ou peu pour des personnes « empêchées » par leurs propres capacités : personnes trop faibles ou trop atteintes pour sortir de leur lit par exemple. Parfois, c'est le soin ou l'examen même qui empêche : appareil de dialyse, monitoring pendant l'accouchement. La critique peut alors se porter sur la nécessité de l'examen (les travaux sur l'accouchement et la naissance montrent les controverses autour de la nécessité d'un monitoring continu pendant un accouchement par exemple, dans le cadre d'une critique de la (sur)médicalisation de la naissance [Réf]) ou naître de la mise au point de nouveaux matériels qui permettraient de lever cette restriction (monitoring sans fil, permettant la déambulation, ainsi que de changer de position au cours de l'accouchement).

²⁰¹ Emmanuelle Bernheim nomme cette normativité propre à la psychiatrie la « norme de l'anormal » (Bernheim 2013) – cette expression me semble cependant reconduire la revendication de spécificité de certains professionnels de la psychiatrie sans l'identifier comme telle.

L'empêchement de niveau supérieur, a fortiori le traitement qui porte une atteinte spécifique devra recevoir une justification spécifique – ce qui renvoie à l'examen des restrictions décidées individuellement (dans le service étudié : port du pyjama, restriction des appels ou des visites, voire fermeture de la chambre).

Selon Goffman, le « client » (de la relation de service) à l'hôpital est témoin de

« la difficulté à faire entrer dans le cadre du schéma type tout ce qui se passe autour de lui et tout ce qu'on lui fait. La réussite de cette assimilation dépend nécessairement de la possibilité d'abuser le malade sur le sens de certaines formes d'actions : une partie de la routine hospitalière repose toujours en effet, non sur des considérations médicales, mais sur des facteurs d'un ordre tout différent, les règlements relatifs à l'encadrement des malades, entre autres, étant établis pour la commodité et le confort du personnel. » (Goffman, 1968, p.400)

Goffman développe l'analyse du modèle de la relation de service de « réparation », pour y rapporter la relation « médicale » à l'œuvre dans les hôpitaux psychiatriques. Ce modèle a ici, à la fois, valeur de schéma-type et de schéma-idéal. Il entend à travers ce modèle souligner non seulement l'écart avec les pratiques, mais aussi faire l'opération de distinction, de re-séparation de ce qui relève du soin destiné à la personne et de l'organisation du service, voire du confort du personnel. Travail de re-séparation car l'ensemble des activités au sein des institutions psychiatriques subit selon lui une reformulation qui tend à les inscrire sous l'égide du soin.

Si les « raisons médicales » sont susceptibles d'être mises en avant, comme la crainte de la contagion, avancée depuis la révolution pasteurienne pour interdire ou restreindre les visites des familles d'enfants hospitalisés (Mougel 2009), ou la nécessité d'« isoler » le malade dans le champ psychiatrique, les restrictions apportées aux circulations peuvent être liées à la crainte des professionnels de voir l'ordre du service perturbé. La frontière est alors mal délimitée entre l'ordre nécessaire au bon fonctionnement d'une organisation collective, et fait de faire primer celui-ci sur la « liberté » des personnes, comme cela est formulé dans la *Conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir* :

« Il n'est ainsi plus tolérable aujourd'hui de voir des structures dans lesquelles l'organisation du travail, voire le confort du personnel, par exemple, sont des prétextes à la réduction abusive de cette liberté : horaires de service des repas inadaptés, fermeture des locaux de détente et branle-bas du soir trop tôt, confinement dans la chambre des personnes agitées, interdiction de recevoir des visites ou stricts encadrement et limitation de celles-ci, etc. » (FHF et ANAES 2004, p. 28)

Ce qui est en jeu est bien évidemment le partage de ce qui constitue des dimensions essentielles de la vie des personnes, et ce qui relèverait davantage de questions de « confort », précisément, que ce soit pour les personnes ou ici les professionnels – le « confort » qualifiant

dans l'extrait cité ce qui serait de l'ordre du superflu par rapport à ce bien fondamental qu'est la liberté. Ce passage attire l'attention sur des pratiques qui paraissent plus anodines que, par exemple, la mise en chambre d'isolement : les horaires des repas et du coucher, mais qui imposent leur temporalité à la personne, la privent de la possibilité d'habiter de façon singulière le quotidien, de se l'approprier pour répondre à ses besoins et rythmes, dont les rythmes biologiques, propres.

On voit ici que si les spécificités attachées au « but officiel » d'un lieu, ici le soin, bénéficient de davantage de légitimité, la justification des pratiques par le soin s'expose à la critique de servir d'autres intérêts, ceux de l'institution ou des professionnels eux-mêmes. Mais par ce mouvement même la question de l'organisation et du fonctionnement de l'institution ne se voit pas reconnaître toute sa place. La question des conditions de l'administration d'un « bon soin » (par exemple la conception des espaces de travail, le nombre de professionnels, formation), dont peuvent faire partie des conditions de travail non seulement décentes, mais pourquoi pas « confortables », est rangée du côté de ce superflu.

2. Une temporalité des contraintes acceptables ?

Le docteur Assouline, cité ci-dessus, mentionnait la durée d'hospitalisation comme facteur d'acceptabilité de restrictions plus importantes au sein de l'hôpital :

« Non, mais pendant le temps de l'hospitalisation, ils peuvent bien ne pas avoir de relations sexuelles. Dans 15 jours, à leur sortie, ils pourront avoir toutes les relations sexuelles qu'ils veulent. Et pour ceux qui restent plus longtemps, ben, on peut en parler. [...] » Docteur Assouline, psychiatre, chef de secteur, notes après un échange informel

Les restrictions sont susceptibles d'être minorées non seulement par la spécificité du lieu d'accueil (ici lieu d'exercice de soins) mais également par le caractère « exceptionnel » du séjour lui-même, aujourd'hui de courte durée pour une majorité de patients. Si le séjour est bref, il est peut-être plus facile d'accepter des restrictions importantes, en sachant qu'elles ne dureront pas. La réduction de la durée de séjour moyenne en psychiatrie donnerait un caractère bénin aux restrictions limitées dans le temps, et dans le fait de consacrer ce temps à un soin spécifique. Le temps plus long ferait perdre aux restrictions leur caractère « exceptionnel » pour devenir le nouvel « ordinaire », le cadre de vie des personnes hospitalisées. L'hospitalisation qui se prolonge peut ainsi relégitimer la personne hospitalisée dans l'émission de requêtes voire de protestations dans ce qui devient son cadre de vie.

Cependant temps court et temps long n'interviennent pas de façon univoque. Le temps long peut, au contraire, neutraliser une pratique par sa banalisation : elle devient « normale » en devenant simplement la « norme locale ». Le fait qu'une partie des personnes passe sa journée en pyjama dans un service d'hospitalisation n'est plus remarqué par une partie des « habitués » du service, quel que soit leur statut (ce qui ne veut pas dire que le pyjama n'organise pas les perceptions sociales) – j'ai ainsi croisé un monsieur, rencontré auparavant dans le service d'hospitalisation, qui portait un bas de pyjama d'hôpital dans le bus. Le temps long permet de plus d'appivoiser les régularités et les écarts, comme la marge de négociation possible – il donne plus de prise aux personnes accueillies sur les règles qu'on leur présente comme nécessaires ou allant de soi, permet d'appivoiser l'espace et ses ressources, de s'appuyer sur les rencontres faites dans le service, professionnels et usagers.

Le temps court, quant à lui, impose une plongée brusque dans un univers aux règles spécifiques et pas toujours clairement lisibles, sans prise sur ces règles. La potentielle brièveté des séjours psychiatriques ne rend pas l'« exceptionnalité » des restrictions nécessairement plus acceptable. La brièveté du séjour lui-même ne permet pas l'appivoisement de ce milieu étranger mais au contraire facilite sa lecture à travers les éléments par lesquels il est ordinairement décrit et stigmatisé : les personnes en pyjama, les portes fermées à clefs, les conduites étranges... Ce qui peut le rendre effrayant ou rendre pénible le sentiment d'être assimilée aux autres personnes hospitalisées, ou pénible leur fréquentation imposée, sans que la meilleure connaissance de ce lieu, que rend possible la durée, donne éventuellement l'occasion d'en banaliser les caractéristiques négatives saillantes au premier abord.

De plus, la durée du séjour envisagée par les médecins fait partie des informations qu'il peut être pour une personne hospitalisée parfois extrêmement difficile d'obtenir – qui peuvent être suspendues à une amélioration attendue, à des conditions de sortie qui paraissent soutenables (comme la remise en état du logement), ainsi qu'à de premières sorties de courte durée qui se passent bien. M. Allaoui, un jeune homme de 24 ans hospitalisé en HO depuis 4 mois déjà, après avoir agressé sa mère dans un moment délirant, demande régulièrement en entretien quand il « sortira ». Paul, le médecin qui le suit plus particulièrement pendant son hospitalisation, lui parle d'une sortie d'essai un week end à venir :

« M. Allaoui : Ce sera une sortie décisive/définitive.

Paul : Non, une sortie d'essai.

M. Allaoui : Vous avez dit : une sortie décisive, décisive... » JDT, notes après un entretien auquel j'ai assisté entre Paul, médecin assistant et M. Allaoui

M. Allaoui attend avec impatience sa sortie définitive, ce qu'il traduit par l'attente d'une sortie « décisive ». Paul souhaite faire les choses progressivement. M. Allaoui est très tranquille dans le service, quoiqu'un peu à l'écart des autres. Les neuroleptiques ont parfois une portée limitée sur les troubles, et M. Allaoui continue d'entendre des voix, il parle pendant l'entretien de sa « frénésie qui [le] prend, envoyée par d'autres ». La persistance de symptômes n'est pas en soi un obstacle à la sortie, la question est plutôt de savoir comment ceux-ci affectent la vie de la personne et ses relations avec les autres. En l'occurrence, il s'agit aussi de voir comment se passe le retour au domicile de sa mère, qui appréhende également la sortie et souhaiterait voir son fils aller mieux. La sortie d'essai est dans un premier temps un peu repoussée, puis plusieurs sorties pendant le week end seront organisées avant la sortie « définitive » de M. Allaoui.

Lorsque la fin du séjour n'est pas précisée, et qu'elle semble même être repoussée, les restrictions ne sont pas alors vécues comme « exceptionnelles » mais comme pouvant durer, et ce dès le premier jour, avec une prise restreinte ou nulle du patient sur ces restrictions. En cas d'HSC, le séjour lui-même peut faire l'objet d'une opposition, toute restriction vécue comme telle ne pourra que renforcer un vécu pénible voire douloureux. Enfin, l'exceptionnalité des mesures ne peut être légitimée, du point de vue de la personne au moment où elle les subit, par l'« exceptionnalité » d'un état pathologique dans les situations où celui-ci n'est pas reconnu par elle – ce qui soutient la revendication de certaines personnes hospitalisées de « ne pas avoir leur place ici », mais « en prison ». C'est le cas de M. Boudrissa, hospitalisé en HO, qui se retrouve en chambre d'isolement dans le service d'un autre secteur. Pendant l'entretien avec la psychiatre (que j'accompagne lors de cette visite – que je décris plus loin), il dira : « laissez moi rentrer chez moi, soit chez moi, soit en prison, mais pas ici ». Mme Ferri, femme d'une trentaine d'années hospitalisée à plusieurs reprises en HO après avoir harcelé ses voisins par des « appels malveillants », dit en entretien : « Je n'ai rien à faire ici, je ferais mieux d'être au pénal, même le docteur [*nom de l'expert psychiatre*] dit que je n'ai rien à faire ici ».

La définition de l'acceptabilité des restrictions par leur brièveté se heurte notamment aux critiques qui identifient certaines restrictions ou atteintes comme inacceptables en soi, dont l'usage même devrait être source *d'indignation*, et/ou comme causant un dommage qui n'est pas supprimé avec la levée de la restriction (voir la qualification de certaines hospitalisations sans consentement ou usages de la chambre d'isolement comme « *traumatisme* »). De plus, le fait de se centrer sur la nouvelle norme de « séjour court » comme référence de la normalité des séjours en psychiatrie conduit à négliger tant les patients qui séjournent plus longtemps,

des mois voire des années, ceux qui sont à l'hôpital littéralement « à demeure », au sens où ils n'ont pas de lieu de vie alternatif, ainsi que ceux qui reviennent fréquemment, et sont davantage exposés à cette exceptionnalité que sont ces restrictions ordinaires de l'institution. Les restrictions sont d'autant plus acceptées cependant qu'elles sont effectivement temporaires et qu'il est plus facile d'en rendre compte comme ajustées en situation : on verra a contrario, à partir de l'exemple de l'hospitalisation de M. Amri, comment l'usage de la chambre d'isolement, à la fois accepté et questionné par le service A, d'autant plus qu'il est limité au maximum et fait généralement l'objet d'aménagements progressifs, devient problématique par sa prolongation.

3. La remobilisation du registre des « droits »

Les limitations au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, font, ces dernières années, l'objet d'une réactivation de la critique, via notamment le registre des droits fondamentaux, auquel est associé le registre éthique de la « maltraitance-bientraitance » (Compagnon, Ghadi et HAS 2009). Ce registre est déployé par différents acteurs, comme le Défenseur des droits, il est inclus dans le registre de la « qualité », comme on le verra dans le développement suivant. La Conférence de consensus sur la *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux* réalisée par la Fédération Hospitalière de France (avec la collaboration de l'ANAES) participe également de cette mobilisation du registre des droits. Elle critique ainsi comme « réduction abusive de liberté » l'organisation temporelle des établissements souvent imposée aux personnes « hébergées » :

« n'est ainsi plus tolérable aujourd'hui de voir des structures dans lesquelles l'organisation du travail, voire le confort du personnel, par exemple, sont des prétextes à la *réduction abusive de cette liberté : horaires de service des repas inadaptés, fermeture des locaux de détente et branle-bas du soir trop tôt, confinement dans la chambre des personnes agitées, interdiction de recevoir des visites ou stricts encadrement et limitation de celles-ci, etc.* » (FHF et ANAES 2004, p. 27-28) c'est moi qui souligne.

Cette remarque est, semble-t-il dans le contexte du document, portée par des usagers, mais la rédaction semble indiquer que le jury de la Conférence de consensus la reprend à son compte. Les horaires des repas et des visites sont ici intégrés dans la critique forte de la « réduction abusive d'une liberté », et en cela mis sur le même plan que le « confinement dans la chambre de personnes agitées ». Les mêmes limitations peuvent ainsi être critiquées en tant que contrainte-embarras, gêne (critique faible) : cela n'est pas pratique, cela n'est pas confortable, ou au titre d'une contrainte-atteinte à des biens qui ont valeurs de biens « fondamentaux » : la liberté ou à la dignité (critique forte).

Le Contrôle général des lieux de privation de liberté participe de façon importante à la diffusion de ce registre via ses rapports de visite et ses interventions publiques. Il ne se restreint pas dans ses visites à l'examen du respect du droit positif mais à partir de l'attention aux droits fondamentaux et notamment au critère de « dignité » déploie une attention qui peut potentiellement se porter sur toutes les dimensions de la vie des personnes dans les institutions visitées. Il organise ainsi la traduction de grands principes dans l'examen d'éléments concrets de la vie de celles-ci. De plus, ayant dans ses missions le contrôle de différentes institutions, il organise le transfert de critiques élaborées dans certaines auprès d'autres institutions : là encore, il ne s'agit pas que de l'énonciation de grands principes mais l'exposition de pratiques qui peuvent « aller de soi », ou faire l'objet de critiques « faibles » (inconfort, peu pratique) en un lieu à des critiques précisées et aiguisées en mode « fort » dans d'autres lieux (droits, dignité – ou plus précisément : possibilité effective de faire un recours). Pour revenir à l'exemple de l'accès au téléphone par lequel commençait cette partie et qui suscitait les protestations du docteur Assouline : c'est un élément observé systématiquement par le CGLPL lors de ses visites d'établissement, au titre de la possibilité de communiquer avec l'extérieur, qui ne doit être restreinte qu'en cas de nécessité. De manière générale, la visite des établissements se fait selon une liste d'éléments qui doivent être systématiquement examinés par les contrôleurs, l'item « communications avec l'extérieur » comprenant notamment : les visites, le téléphone, le courrier, l'informatique et l'accès à internet, les cultes, les associations d'usagers²⁰², les communications auprès de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Le CGLPL va étendre progressivement son attention aux conditions des communications, en l'occurrence, les conditions d'intimité et de confort des conversations téléphoniques. On note ainsi une évolution entre un rapport de visite de 2008, qui relève essentiellement les possibilités d'accès au téléphone et leurs restrictions :

« Quant au téléphone, les pratiques sont très variables selon les unités. Dans certaines, comme Daquin, une ligne personnelle est autorisée dans la chambre (moyennant facturation) si le médecin est d'accord, la demande devant en être faite auprès du cadre infirmier de l'unité. Ailleurs, des cabines téléphoniques existent et peuvent être utilisées par les patients, soit pour appeler, soit pour être appelés, selon des modalités diverses (en libre utilisation ou avec intervention du personnel soignant afin de pouvoir faire respecter des interdictions concernant certains correspondants, ou en utilisant des cartes, selon certains horaires pour ne pas perturber les patients, etc.).

D'une manière générale, les téléphones mobiles cellulaires ne sont pas autorisés dans l'établissement, sauf dérogations exceptionnelles accordées par le médecin ou le cadre infirmier. Il n'est pas certain que

²⁰² En l'occurrence à l'hôpital Ballanger, l'item « associations d'usagers » ne concerne pas spécifiquement les usagers de la psychiatrie (CGLPL 2010).

cette interdiction de principe ne soit pas, aux dires de certains patients, relativement théorique. » (Rapport de visite du CHS de Bassens, sept. 2008, chap.. 1.7 p.6)

Et un rapport de visite de 2010, qui note les détails concernant la « confidentialité » des conversations ainsi que leur confort (absence de chaise, poste situé dans les courants d'air) :

« 9.3.2 Le téléphone.

Dans le pôle A, les téléphones cellulaires sont systématiquement retirés et mis dans un coffre dans le bureau du cadre de santé. C'est le médecin qui, par la suite, décide ou non la mise à disposition de ce téléphone.

L'accès au téléphone fixe est possible dès le début de l'hospitalisation, là aussi après avis médical. Si le patient n'a pas les moyens de payer ses communications, l'accès lui sera permis à partir du téléphone d'un des bureaux du personnel de santé.

Le téléphone accessible aux patients se trouve au rez-de-chaussée. Le poste, fixé au mur, n'offre aucune intimité. Le jour de la visite il n'y avait pas de chaise pour s'asseoir et une patiente qui téléphonait était accroupie au sol, le fil étant trop court pour pouvoir s'asseoir par terre.

Dans le pôle B, les patients sont autorisés à conserver leurs téléphones portables, sauf avis médical contraire auquel cas les appareils sont conservés avec les objets de valeur dans le bureau du cadre infirmier.

Un seul téléphone à carte est à la libre disposition des patients. Il est installé dans la partie du hall d'entrée pouvant servir aux visites. Il est fixé au mur à hauteur d'homme sans aucun aménagement permettant le confort et la confidentialité des conversations. L'appareil permet aussi de recevoir des appels et son numéro est affiché.

Dans le pôle C, il existe un poste téléphonique mural à carte située dans la zone de passage principal du bâtiment à proximité immédiate de la sortie et de l'escalier menant au 1^{er} étage. Cette zone est en plein courant d'air. Il n'y a aucune confidentialité, pas de chaise ni de table pour écrire. Les patients peuvent se faire appeler et le numéro de téléphone figure au dessus du poste. Les téléphones mobiles sont autorisés dans une large mesure sauf indications particulières données par les médecins. [...] » (CGLPL 2010, p. 10) (Rapport de visite de l'hôpital Ballanger, p.10)

Ces descriptions précises portent l'attention sur ces dispositifs ordinaires et des dispositions qui « vont de soi » dans chacun de ces services, dont, rapport après rapport, le CGLPL montre la variabilité selon les lieux. La simple publicisation de ces éléments via leur description est en soi source de leur constitution en problème. Et le CGLPL ne manque pas de reprendre ces éléments dans ses « recommandations » effectuées à l'issue de chaque visite :

« 9. Il conviendrait d'aménager l'espace dédié aux postes de téléphone fixes pour en assurer l'intimité et le confort.

10. Il serait souhaitable d'harmoniser les pratiques des trois secteurs dans l'accès aux téléphones portables. » (*Ibid.*, p. 36)

Le fait même de *décrire* ces modes de fonctionnement peut être considéré comme vecteur d'une charge critique, en ce que, d'une part, il exhibe certains modes de fonctionnement implicites ou qui disparaissent dans le « ce qui va de soi », et d'autre part les met précisément en continuité avec des pratiques davantage exposées à la critique, tandis qu'il les dissocie de leur justification/raison d'être officielle, s'il en est, ou appelle à leur restriction à la mesure des justifications légitimes :

« Sauf contre-indication médicale justifiée par des motifs de sécurité ou liés à la prise en charge (isolement momentané de l'entourage par exemple), les patients devraient avoir le droit de conserver

leur téléphone cellulaire, comme cela se passe dans d'autres CHS. » (Rapport de visite du CHS de Bassens, sept. 2008, chap.. 1.7 p.6)²⁰³

La nécessité d'une restriction est mise en cause par le seul fait qu'elle soit susceptible de varier d'un établissement à l'autre. Le registre des droits fondamentaux, mobilisé par la conférence de consensus citée ci-dessus ainsi que par le CGLPL, n'est d'ailleurs pas le registre exclusif qui vient à l'appui de la critique, d'autres registres peuvent susciter ou venir à l'appui de la critique de restrictions, comme l'accusation de violence, ou de maltraitance (Compagnon, Ghadi et HAS 2009), qui s'articulent ou non à un usage critique de la référence à la contrainte. Ce peuvent être également des registres spécifiques à l'institution, comme la référence à la finalité de réinsertion pour les prisons (pour laquelle une totale désinsertion sociale, la rupture des liens familiaux et l'absence de solutions d'hébergement et de ressources à la sortie ne sont pas des facteurs favorables²⁰⁴), ou le registre du soin, dans les institutions médicales et médico-sociales : le rapport de recommandations de la conférence de consensus se réfère ainsi, à côté du principe de « liberté d'aller et venir », à l'objectif de *stimulation* des capacités des personnes accueillies – objectif mobilisé notamment dans le soin des personnes âgées et/ou en situation de handicap :

« la décision de restriction de la liberté d'aller et venir doit être prise en regard du risque accepté pour et, dans toute la mesure du possible, par la personne, et donc de la préservation maximale de sa liberté. Cette analyse doit se faire *en fonction des potentialités à stimuler* chez la personne » (FHF et ANAES 2004, p. 23)

La visite des établissements par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (mentionnée par le chef de secteur ci-dessus), et ses avis publics, (ré)introduisent ainsi le registre des droits fondamentaux dans l'appréciation des conditions d'hospitalisation au sein des établissements psychiatriques. Ce registre des libertés s'était quelque peu effacé avec l'inscription progressive de la psychiatrie dans l'organisation hospitalière commune aux soins somatiques (affirmation de l'hospitalisation libre comme mode normal d'hospitalisation, auquel les HSC font exception par la loi de 1990, homogénéisation des statuts des professionnels, psychiatres et infirmiers). On le voit, l'examen des lieux d'hospitalisation à la lumière de critères communs à l'examen de lieux catégorisés comme des « lieux de privation de liberté » conduit à rendre visibles et ainsi problématiser des pratiques considérées comme anodines, comme la question des conditions des appels téléphoniques, qui restaient neutres,

²⁰³ C'est moi qui souligne.

²⁰⁴ Voir Alexia Venouil, « "Guérir et responsabiliser" : les injonctions contradictoires du système correctionnel canadien », communication au colloque « Traitement et contrainte. Approches empiriques des dispositifs de prise en charge institutionnelle », Bobigny, 14-15 juin 2012

ou dans l'allant de soi de l'organisation de l'établissement collectif ou de ses finalités principales.

4. Le registre de la qualité et la nouvelle régulation administrative-professionnelle

Une nouvelle source d'encadrement des pratiques des professionnels de santé apparaît dans les années 1990 avec la création des agences sanitaires. En principe instances indépendantes de l'Etat, celles-ci se voient progressivement confier un rôle de contrôle et de rationalisation (y compris économique) des pratiques médicales et sanitaires (Benamouzig et Besançon 2008). Se développe ainsi le registre de la qualité, qui à la fois va réinvestir des normes élaborées dans des espaces normatifs antérieurs, comme le soin médical (produits des consensus professionnels, résultats de l'*evidence based medicine*, normes de bonne pratique), le droit, l'éthique, mais aussi l'efficacité et l'efficience, et va produire ses formes de hiérarchisation propre des biens. L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux (Anesm) associe ainsi le registre éthique et le registre des droits dans le manuel de certification V 2010 des établissements de santé, au chapitre 2, « Prise en charge du patient », partie 1, « Droits et place des patients », référence 10 : « La bientraitance et les droits ».

Afin de mettre en évidence les caractéristiques de ce registre appliqué à la régulation des pratiques de contrainte, on analysera ici l'un des premiers travaux de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)²⁰⁵ : *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé*, en juin 1998. Ce référentiel de l'ANAES sur la chambre d'isolement a un poids particulier : il constitue encore aujourd'hui le seul document national de référence existant sur la chambre d'isolement, et est pris comme référence dans tous les travaux ultérieurs de psychiatres et soignants en psychiatrie²⁰⁶ et notamment dans toutes les

²⁰⁵ L'ANAES succède en 1996 à l'ANDEM, Agence nationale de l'évaluation médicale, créée en 1988 suite au scandale de l'affaire du sang contaminé pour garantir la sécurité des soins, mais qui se voit aussi confier une mission de régulation des coûts de santé, et sera ensuite incluse dans la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2004.

²⁰⁶ La référence se retrouve dans tous les articles, thèses de médecine, manuels traitant de la question de la chambre d'isolement. Une publication de la Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale sur les projets architecturaux en psychiatrie s'y réfère ainsi exclusivement dans le chapitre sur la chambre d'isolement, alors même que le référentiel annonce dès l'introduction qu'il « est destiné à évaluer les pratiques professionnelles et non les structures de soins. Malgré la demande réitérée de professionnels, l'objectif de l'Agence dans ce cadre

démarches locales d'« évaluation des pratiques professionnelles » sur le sujet²⁰⁷. C'est également suite à ce référentiel qu'est introduit dans le décret qui précise le rôle propre infirmier (*Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier*) la « surveillance des personnes en chambre d'isolement » (art. 5)²⁰⁸. On étudiera les biens et les maux qu'il identifie, leur hiérarchisation, les registres normatifs auquel il se réfère et ceux qu'il produit.

La formulation des recommandations professionnelles et la manière dont celles-ci doivent réguler les pratiques sont indirectes dans ce référentiel : ce qui est proposé, c'est un modèle d'« audit clinique » selon la méthode promue par l'ANDEM-ANAES²⁰⁹, devant permettre aux professionnels d'évaluer leurs propres pratiques (et de les modifier le cas échéant). Celui-ci doit donc servir de point d'appui à une auto-régulation. Cette auto-régulation est cependant un point d'appui à un contrôle doublement externe, puisqu'il établit un « référentiel » auquel il s'agit de comparer la situation existante et qu'il sert d'élément de référence pour préparer les démarches d'accréditation des établissements hospitaliers, dont l'ANAES est chargée :

« L'Andem a mis en place des démarches d'évaluation comme les conférences de consensus ou les recommandations de bonnes pratiques, sans contraintes ni sanctions pour les professionnels. Cependant, son activité de définition de références médicales et sa nouvelle mission d'accréditation des établissements à partir de 1996 ont confirmé son rôle croissant dans la maîtrise des dépenses de santé et le contrôle des professionnels. L'agence n'est plus une simple instance d'expertise, mais une véritable instance de labellisation. » (*Ibid.*, p. 294)

De fait, le processus d'accréditation doit commencer par la création de groupes de travail sur les différents éléments de qualité identifiés (comme le circuit des médicaments, par exemple, point commun à tous les établissements hospitaliers), les groupes d'« évaluation des pratiques professionnelles » (EPP)²¹⁰. Ce nouveau type de régulation introduit ses exigences

n'était pas de produire des règles et normes techniques relatives aux chambres d'isolement. » (MNASM 2007, p. 7)

²⁰⁷ Certains groupes d'EPP prennent cependant une distance critique à l'égard de ce référentiel et constituent leur propre référentiel afin de s'équiper d'un autre point d'appui ; l'un d'eux rédige ainsi un « guide de bonnes pratiques de l'établissement ». L'un des deux objectifs identifiés de l'un de ces groupes est ainsi énoncé : « Déterminer les écarts éventuels avec les référentiels existants (Guide de Bonnes pratiques de l'EPS sur la contention et recommandations HAS) » (Powerpoint de présentation des résultats de l'EPP – juin 2013).

²⁰⁸ Aujourd'hui article R 4311-6 du CSP depuis le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

²⁰⁹ « Cette méthode [l'audit clinique] est fondée sur la mesure de la pratique réelle par comparaison avec une pratique de référence en utilisant un ensemble de critères explicites, représentatifs de la qualité des soins. » (ANAES 1998, p. 10).

²¹⁰ Mathieu Le Mentec décrit dans son mémoire sur les chambres d'isolement (Le Mentec 2011, p. 19) sa participation à un groupe d'EPP au Centre Hospitalier Spécialisé Sainte Anne. Sans pouvoir suivre d'aussi près à ce travail (on se référera au mémoire de Mathieu Le Mentec), j'ai eu l'occasion de participer à deux réunions et des échanges d'un groupe d'EPP sur les hospitalisations sans consentement au sein de l'établissement dont

propres, et notamment l'exigence de « traçabilité » des actes des professionnels. Le « bien » principal poursuivi est l'objectif de « sécurité sanitaire ». Mais l'exigence de traçabilité s'inscrit dans le double enjeu qu'est le risque de mise en cause judiciaire en cas d'événement grave, éventualité pour laquelle il s'agit de garder des traces écrites de ce qui a été fait, et cette nouvelle « démarche qualité » qui se développe sur le modèle de la production industrielle, où l'enregistrement des actes doit permettre leur contrôle et leur amélioration. L'une des caractéristiques centrales de la « méthode » est l'élaboration de « critères explicites, représentatifs de la qualité des soins » (ANAES 1998, p. 10), critères qui doivent non seulement porter sur des éléments objectivables mais également sur des éléments qui font l'objet a minima d'un consensus professionnel, idéalement d'une validation par un niveau de preuve haute telle qu'est susceptible de produire l'*evidence based medicine*. Cette caractéristique « méthodologique » de la démarche a deux effets principaux sur la définition et la hiérarchisation des « biens » qui font l'objet de contrôle et d'efforts d'amélioration : l'exclusion d'éléments de jugement centraux pour la pratique, et la dé-hiérarchisation des critères identifiés.

Le référentiel constitué par l'ANAES exclut ainsi de ses objectifs des questions centrales. La pertinence et même la légitimité du recours à l'isolement, voire l'existence de pratiques alternatives qui pourraient être préférables ne font pas l'objet de ce référentiel, qui n'appelle pas à de plus amples travaux ultérieurs, mais se contente d'acter cette limite et d'appeler à restreindre l'isolement *en général* pour réduire les isolements « inappropriés » :

« De ce fait, et parce que des interrogations subsistent quant à la légitimité de cette pratique, une politique de diminution continue de l'isolement doit être conduite afin de réduire au minimum les isolements inappropriés. » (p.9)

Il exclut de même toute évaluation de l'« efficacité » de ces pratiques, fautes de données disponibles sur le sujet, question de l'efficacité qu'il associe immédiatement à la question de l'efficience, c'est-à-dire à son coût :

« L'efficacité et l'efficience n'ont pu être incluses dans la définition de la qualité en raison du manque d'études portant sur l'évaluation du résultat et de son coût. » (p.9)

dépendait mon terrain principal, ainsi qu'à des documents produits par le groupe d'EPP sur les chambres d'isolement au sein de ce même établissement, et de deux autres établissements.

Le caractère problématique de la pratique est relevé mais ne fait pas l'objet d'un examen propre, et une fois ces précautions prises, il est écarté au profit de critères « de qualité » qui portent essentiellement sur les « processus », c'est-à-dire les moyens mis en œuvre.

Tout en ayant soulevé la question de la légitimité de la pratique et formulé la recommandation de sa restriction au minimum²¹¹, le document produit ou reconduit des effets d'ordinarisation et de légitimation de cette pratique. Trois éléments le manifestent particulièrement : il la décrit comme inscrite dans l'histoire du progrès des soins et l'humanisation des pratiques ; en dépit des préventions mises en avant en introduction, il reconduit l'usage ordinaire de la chambre d'isolement comme normal, en se contentant de border certaines pratiques (il réaffirme la proscription d'un recours punitif à la chambre d'isolement et ainsi que pour le « confort » des professionnels) ; il s'y réfère ordinairement dans le corps du texte comme « soin », et (re)produit un cadrage médical. Un quatrième élément est l'application du registre de la qualité lui-même à cette pratique et dont on analysera les caractéristiques spécifiques.

Une rapide évocation historique décrit en effet l' « isolement » comme un « progrès majeur », s'inscrivant dans une « humanisation des soins » :

« L'isolement thérapeutique en psychiatrie décrit il y a deux siècles a été considéré à l'époque comme un progrès majeur puisqu'il venait se substituer à la contention physique des malades par des entraves. [...] Les grands réformateurs de la psychiatrie - Pinel en France, Chiarigi en Italie et Tuke en Angleterre introduisirent le traitement moral fondé sur le principe de l'humanisation des soins et d'une action éducative, tout en prônant l'abandon de la contention physique. Néanmoins, pour tenir compte des besoins de sécurité, ils développèrent les principes de base de l'isolement *dans un but non punitif, en mettant l'accent sur le respect des droits des patients et leur sécurité*. Le patient est isolé des autres patients et fait l'objet de soins et de surveillance de la part de l'équipe de psychiatrie, dans une chambre destinée ou non à cette utilisation exclusive. Leurs objectifs étaient la *prévention des blessures et la réduction de l'agitation liées au trouble mental*. » (p.7-8)

Dans un certain flou historique, la référence aux « grands réformateurs de la psychiatrie » est ici mobilisée *au profit* de la chambre d'isolement qui aurait été substituée à la contention en laquelle se concentrerait toute la contrainte sur le corps. L'« isolement » par l'asile et par la chambre d'isolement sont confondus (voir 1^{ère} partie), et la référence à Pinel est mobilisée pour réinscrire l'usage de l'isolement dans l' « humanisation des soins » (ce qui n'est pas sans ironie, Pinel est classiquement convoqué comme celui qui a « libéré les aliénés de leurs

²¹¹ « Je formule le vœu que ce travail permette aux professionnels de psychiatrie d'améliorer la qualité des *soins* et la *sécurité* des patients, dans le respect du souhait de chacun d'entre eux (?), et conformément aux attentes de la société, en pratiquant l'isolement thérapeutique *le moins souvent possible* mais de la manière la plus appropriée possible. » (Avant-propos p.6. C'est moi qui souligne)

chaînes »²¹², il est d'ailleurs ici associé à la promotion de l'« abandon de la contention physique », mais le texte semble dire que ceux-ci n'auraient été déchaînés que pour être placés en chambre d'isolement – il est vrai un isolement « non punitif », destiné à « prévenir les blessures » et « réduire l'agitation ». C'est le système d'opposition qu'il faut ici noter où se dessine ici les frontières de l'acceptabilité d'une pratique : « soins » et « surveillance » par opposition à ce qui ne serait qu'une restriction de mouvement, la chambre d'isolement est décrite par son usage « thérapeutique », mais d'une façon qui estompe la restriction des mouvements qu'elle opère et la contrainte qu'elle exerce sur le corps des personnes par contraste avec une contrainte plus forte, la restriction totale de tout mouvement par la « contention » :

« L'isolement fut défini comme une *modalité de soin* par opposition à la *contention* avec laquelle il ne doit pas être confondu. Celle-ci consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif, soit fixé sur un lit ou un siège, soit mobile, comme une camisole de force. » (p.8)

Du côté des maux, la dimension de coercition physique est écartée, le « but punitif » identifié comme mauvais objet. Quant aux biens, l'« humanisation des soins », le « respect des droits des patients », leur « sécurité » sont mentionnés. Les objectifs de la chambre d'isolement qui auraient été visés par ces grands prédécesseurs, et par là-même désignés comme désirables sont la « prévention des blessures et la réduction de l'agitation liées au trouble mental », associant comme il est courant dans ce type de description une conduite dangereuse et un problème explicitement identifié comme pathologique, pour rendre compte d'une restriction des mouvements que l'on souhaite inscrire comme intervention thérapeutique.

De plus, l'usage de la chambre d'isolement ordinarisé-neutralisé. Il est ainsi décrit comme « nécessaire »²¹³, en dépit de la mention de pratiques alternatives dans d'autres pays. La « nécessité », c'est ce qui se présente comme par-delà bien et mal, la « fréquence » de la pratique en est une déclinaison plus faible : on en « fait » beaucoup, on ne peut pas faire autrement, deux formulations distinctes de « on ne sait pas (encore ?) faire autrement ». Ici, la fréquence est notée sans valeur critique, c'est seulement un indicateur qui justifie que l'on se penche sur un acte non-rare. C'est en tant que *soin nécessaire* que la chambre d'isolement peut faire l'objet d'un audit clinique. Le point de départ de ce référentiel est cependant une critique, menée par des professionnels :

²¹² Voir le tableau exposé à l'hôpital de La Pitié Salpêtrière.

²¹³ « Ayant considéré que l'isolement restait encore une nécessité thérapeutique (...) » (p.7)

« il est important de noter que *le choix de ce thème résulte de la seule volonté des professionnels de psychiatrie*. Ce soin, peu connu en dehors de la discipline et seulement évoqué lors d'événements tragiques, est perçu globalement par les professionnels comme un *recours à la fois nécessaire et rarement satisfaisant dans son principe et sa réalisation*. La prise de conscience d'une non-qualité interne est à la source des propositions dont l'initiative revient à :

- un groupe de psychiatres réunis par l'Agence pour dresser un bilan de l'évaluation en psychiatrie ;
- aux professionnels de plusieurs hôpitaux qui ont initié une réflexion et une démarche sur ce thème. »
(p.12). Souligné par moi²¹⁴

Cette critique ou insatisfaction est d'ailleurs requalifiée comme visant une « non-qualité interne », terme qui paraît pour le moins faible s'il s'agit d'usages inappropriés voire abusifs, de locaux dégradés, de défaut de surveillance conduisant à des dommages pour la personne en chambre d'isolement – mais on reviendra aux effets propres du registre de la qualité.

a) Une surdétermination du cadrage par le soin : l'espace flou de la gestion des comportements « symptomatiques »

Le cadrage principal auquel ce référentiel se réfère est celui du soin. Le document énoncera en différents endroits que seul l'usage thérapeutique de la chambre d'isolement est acceptable, et il « performera » cet énoncé en désignant à de nombreuses reprises la chambre d'isolement comme un « soin » (voir p.12 et 23), ses motifs légitimes comme des « indications » et ses risques ou mauvais usages comme « contre-indications » (p.23), mobilisant ainsi le registre médical. Le gardien légitime de la bonne indication restant le médecin :

« Si la décision peut être prise en l'absence d'un médecin, notamment en cas d'urgence, une décision médicale doit venir dans tous les cas confirmer l'indication d'isolement sous la forme d'une prescription écrite. » (p.22)

Le cadrage thérapeutique est en un sens imposé par le cadrage même de l'institution comme hôpital, le rapport de l'ANAES l'énonce en se référant à la circulaire Veil de 1993 : « cet isolement ne peut être qu'à but thérapeutique conformément à la mission de soin des établissements de santé. » (p.9)

C'est d'ailleurs l'une des conditions minimales pour faire de la chambre d'isolement l'objet d'un audit *clinique*, qui porte nécessairement sur les pratiques professionnelles de

²¹⁴ Voir p.17 « La constitution du groupe[d'experts] a été réalisée avec la volonté de réunir :- les principales catégories professionnelles concernées par l'isolement : médecins, infirmiers, directeurs ; - des professionnels disposant d'une expérience quotidienne et/ou ayant initié une réflexion sur ce thème et suscité des améliorations. »

professionnels de santé (l'autre condition était de montrer qu'il s'agissait d'une pratique suffisamment fréquente) :

« Conformément aux procédures de décision de l'Agence, le choix d'un thème d'audit clinique doit être approuvé par le Conseil Scientifique. Avant de soumettre ce dossier, il était nécessaire de démontrer que *l'isolement est une méthode de soin, fréquemment pratiquée en France*, pour laquelle il était possible de proposer un référentiel constitué de critères de qualité. » (p.13) C'est moi qui souligne.

En dépit de ce cadrage réitéré, un flou demeure. On a vu ci-dessus la mention d'un questionnement sur la légitimité de la pratique, il est également fait référence à la question de savoir :

« si le processus d'isolement est un acte thérapeutique en soi ou s'il faut le considérer comme un "simple" moyen pour la mise en œuvre de soins qui ne pourraient être réalisés sans lui. Sur ce point nous restons sans réponse, faute d'évaluation de l'efficacité par comparaison avec d'autres modalités thérapeutiques. » (p.13)

Soin ou condition des soins ? La question reste ouverte, faute, ici encore « d'évaluation de l'efficacité par comparaison avec d'autres modalités thérapeutiques », mais le reste du document ne se réfère à la chambre d'isolement que *comme soin*, ce que traduit l'usage du syntagme « isolement thérapeutique » ou l'expression plus floue « l'isolement à but thérapeutique » (Avant-propos p.6) qui permet de ne pas trancher dans l'alternative soin/condition du soin. Le syntagme « isolement thérapeutique » est très répandu en psychiatrie et induit le fait qu'en dernière instance l'usage de la chambre fermée aurait nécessairement cette finalité thérapeutique.

L'un des motifs identifiés est la prévention des fugues :

« En France les modalités d'hospitalisation HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) et HO (hospitalisation d'office) constituent aussi des motifs d'isolement en raison du risque de fugue. Il faut noter que dans ce cas l'isolement n'est pas utilisé directement comme une mesure thérapeutique en soi, mais un moyen pour prévenir une rupture thérapeutique. » (p.16)

Le « risque de fugue » pourrait être décrit comme dysfonctionnement institutionnel (ce qui relèverait précisément des enjeux de « qualité »), mais ce n'est pas le cas ici. Il est surdéterminé comme relevant d'un enjeu thérapeutique, à défaut de pouvoir être une finalité thérapeutique propre : une contrainte *pour* le soin, au sein d'une démarche thérapeutique, dans une logique de parcours de santé adéquat. Il s'agit de « prévenir une rupture thérapeutique », et non pas de prévenir une défaillance de surveillance voire un problème de sécurité – ou encore de reporter sur un dispositif matériel une surveillance que l'effectif en personnel ne permet pas d'assurer.

Mais ce que relève le rapport quant à l'usage de la chambre d'isolement pour prévenir les fugues peut être identifié à propos des autres « motifs » du recours à l'isolement qu'il mentionne à partir de la littérature ou du témoignage de professionnels.

« Les motifs les plus fréquents sont un comportement violent envers les professionnels ou les autres patients, un comportement non violent mais inapproprié tel que l'agitation, les tentatives de "fugue", un comportement de dénudation. Les risques d'automutilation et de suicide sont aussi fréquemment cités. [...] » (p.15)

Le rapport propose de distinguer les « circonstances immédiates » qui sont le « motif déclaré par les professionnels », des « indications » qui sont une « catégorisation plus systématique des situations cliniques où l'isolement est approprié » (p.15). Ainsi à la série de situations citées ci-dessus où il s'agit d'*empêcher* un patient hospitalisé d'avoir des conduites non souhaitables est substitué une analyse de la situation mobilisant la pathologie du patient et l'effet thérapeutique attribué à la chambre d'isolement :

« Le mécanisme expliquant la perturbation du comportement du patient, comme la perte du contrôle de soi, ou encore le mécanisme d'action de l'isolement, comme la réduction des stimulations, sont des éléments qui entrent dans les motifs d'utilisation. » (p.15-16)

En l'occurrence, ce glissement dans la description de l'usage de la contrainte entre des conduites problématiques qu'il s'agit d'*empêcher* et les éventuels troubles à l'origine de ces conduites qu'il s'agit de soigner n'est pas propre à ce référentiel, comme on le verra ci-dessous à propos de l'usage de la chambre d'isolement et des décisions d'hospitalisations sans consentement, mais y est simplement reconduit.

b) Les contraintes du registre de la qualité

Le référentiel ANAES se réfère, dans son introduction, à des figures professionnelles valorisées, associées au progrès et à la diminution de l'exercice de la contrainte, à l'humanisation du soin, aux « droits des patients », à leur « sécurité ». Il se réfère également à l'encadrement réglementaire qui ne datait que de quelques années auparavant, la circulaire Veil de 1993. On a déjà vu que le référentiel écartait ce qui peut être l'une des sources de l'insatisfaction des professionnels, l'interrogation sur l'usage pertinent de la chambre d'isolement, le questionnement sur la possibilité de faire autrement.

Aux registres des valeurs morales et professionnelles (valeurs élaborées par les professionnels de la psychiatrie dans son histoire), des normes professionnelles (le référentiel se réfère aux normes élaborées par l'American Psychiatric Association (APA 1985)), du droit²¹⁵, le référentiel ANAES ajoute le registre de la « qualité », dans lequel il va retraduire les autres exigences auxquelles il se réfère et qu'il reconduit par sa voie propre. L'« insatisfaction » dans « le principe et la réalisation » de l'isolement qu'éprouvent les professionnels est ainsi retraduit comme « non-qualité » (p.12).

Le registre de la qualité recèle ses contraintes propres : la nécessité de disposer de critères clairs, si possible quantifiables et homogènes. A défaut, il se réfugie dans l'évaluation procédurale, qui est son champ d'exercice privilégié. Dans l'exemple ci-dessus, devant la difficulté d'évaluer la pertinence des motifs de l'isolement, il s'en réfère, à l'instar de l'encadrement légal, à la définition des acteurs et procédures légitimes.

« Le référentiel comporte essentiellement des *critères de processus* ayant trait à la réalisation effective du soin.

Le recours à des *critères de ressources* est plus rare dans l'audit clinique car une amélioration conduit souvent à des modifications profondes qui peuvent toucher l'organisation. Cependant, dans le cas présent quelques critères de ressources en personnel et matériel ont été inclus tant ils apparaissaient importants pour la sécurité du patient et des professionnels.

Par ailleurs, les critères de résultats sont peu utilisés dans l'audit clinique, en raison de la taille réduite des échantillons étudiés qui ne permet pas toujours l'obtention de chiffres significatifs sur le plan statistique. Dans le cas présent, le seul critère de résultat qui a été pris en compte concerne la sécurité, comme résultat à obtenir. » (p.18. *C'est moi qui souligne*)

Un tel référentiel évite d'aborder la question des « ressources », du contexte d'exercice de la pratique du soin, car cela sort de son champ opératoire : cela risquerait de conduire à « des modifications profondes qui peuvent toucher l'organisation » - autre élément qui est donc exclu de la réflexion sur l'amélioration des pratiques liées à l'usage de la chambre d'isolement. Mais, outre cette question, la raison pour laquelle seul le critère de « sécurité » est conservé comme critère de résultat est la capacité de traduire d'autres critères en critères évaluables sur un plan statistique. La traductibilité d'un élément en variable quantifiable est une condition de possibilité pour que le registre de la qualité reconduise une exigence. Restent alors principalement des critères de « processus », qui s'approchent des critères procéduraux légaux, en retraduisent certains, mais convoquent également un autre champ de pratique, celui de la production. La définition du terme de processus citée par le rapport est la suivante :

²¹⁵ Le référentiel se réfère à la circulaire Veil de 1993, aux textes de loi et textes réglementaires encadrant les professions médicales et infirmières (code de déontologie médicale, décret infirmier de 1993), à la jurisprudence y afférant, ainsi qu'à la charte des droits du patient hospitalisé.

« Un processus se définit comme « un ensemble de moyens et d'activités liés qui transforment des éléments entrants en éléments sortants » (16) en leur apportant de la valeur ajoutée qui est la raison d'être de ce processus. Toute production de produit ou service est le résultat d'un processus. Toute anomalie est la conséquence des défauts du processus et sa prévention nécessitera une intervention sur le processus. Des démarches qualité, utilisant l'approche par processus, ont été développées lors des Programmes d'Amélioration de la Qualité (PAQ), accompagnés méthodologiquement par l'Agence de 1995 à 1998 (17). »

Le rapport ajoute immédiatement :

“Sans disconvenir, d'une part qu'une telle définition doit subir une adaptation pour être acceptable dans le domaine de la santé, et que d'autre part sa formulation se révèle particulièrement malheureuse pour ce thème, on peut individualiser un certain nombre d'étapes dans le processus d'isolement.”

La saisie de la mise en chambre d'isolement comme processus conduit à l'analyser chronologiquement, et les 23 critères établis suivront un ordre quasi-chronologique plutôt que hiérarchique, par ordre d'importance, avec les exigences de possibilité de contrôle, si possible quantitatif, que doivent présenter les critères.

Les critères procéduraux définiront ainsi, en référence aux exigences réglementaires, la nécessité d'une prescription médicale, à défaut de prescription antérieure, en cas d'urgence et d'isolement par des infirmiers, une prescription médicale dans l'heure qui suit. Ils établiront des éléments de critères d'évaluation de la prescription, celle-ci doit être horodatée, indiquer le motif, la durée de l'isolement, ne pas excéder 24h, se référer à une situation singulière (pas de mention « si besoin »). Elle inclut une surveillance médicale (exigence du passage d'un médecin 2 fois par jour, d'une surveillance infirmière toute les deux heures, notamment en cas d'existence de contre-indications qui doivent être notifiées.

La rédaction des critères, et notamment des critères de processus, induit que ce ne sont pas les fins qui sont mentionnées (sécurité du patient, transmission de l'information le concernant, vigilance quant à son état somatique, etc.) mais essentiellement les moyens : mentions qui doivent être notifiées sur la prescription, sur le dossier, nombre de visites médicales, de vérification de l'état de propreté de la chambre par jour. Cette dimension est renforcée par le fait que, pour chaque critère, il doit être précisé les modalités du recueil de données. Par suite, ce qui fait l'objet d'une vérification sont les données recueillies plutôt que leur objectif visé :

« Critère 16 :Le rythme programmé de surveillance de l'état psychique est respecté. [...] Recueil des données : Le recueil repose d'une part, sur la programmation préalable de tous les actes de surveillance par période de 24 heures, et d'autre part, sur l'enregistrement de la réalisation de chaque acte effectué. »

Ce recueil de données est relativement lourd et peut se voir substituer la satisfaction de la procédure à la satisfaction des fins qu'elle vise : signer les feuilles de prescription par

anticipation, afin de laisser libre usage à l'équipe infirmière, ou au contraire a posteriori, sans que la visite médicale soit toujours effectuée, ou effectuée dans les temps :

« Par contre quand c'est en HL, des fois quand les patients sont en HL et que malheureusement t'as besoin un petit peu de les contenir et qu'ils sont en HL, logiquement on n'a pas le droit de les mettre en chambre fermée. Des fois on le fait. Mais s'il arrive quoique ce soit et que c'est nous qui avons pris la décision et que le médecin n'a toujours pas fait la feuille... Comme Georges Camel, qui a des temps en chambre fermé et qui est en HL... Normalement tout patient qui est en chambre, tu dois avoir une feuille, en fait, et les médecins prennent une feuille de chambre d'isolement où ils disent de telle heure à telle heure en chambre fermée, et tu regarderas, là, Georges, c'est peut-être fait. Mais des fois, ça n'est pas à jour. Elle est faite, la première journée qu'ils arrivent, mais des fois ça n'est pas refait à jour. Tu as lui, tu as Lucien, Lucien Zitoun aussi, il a des heures de chambre fermée où la feuille elle est jamais faite. Mais ça malheureusement, le jour où il arrive quelque chose ce sera pas le médecin, ce sera l'équipe, parce qu'on n'aura pas, on n'aura pas dit : il faut faire la feuille.

C'est fait plus systématiquement pour les patients qui sont dans la chambre d'isolement ou de soin intensif ?

Oui. Ou alors les patients qui sont en chambre comme monsieur Amri, qui sont en chambre depuis très très longtemps, par la force tu refais les feuilles, c'est automatique. Et encore, là, je te dis ça, mais je suis sûre que si tu regardes... » Aurélie, infirmière, entretien

Le contrôle des hospitalisations sans consentement, et sur un mode plus souple, celui des mises en chambre d'isolement, passe par l'exigence croissante d'une mise en visibilité de ces mesures par l'écrit : multiplication des certificats pour les HSC, des exigences de renouvellement de prescriptions et de fiches de surveillance pour les chambres d'isolement. Ces écrits pourraient être un dispositif pratique constituant un support de réflexivité (la rédaction de certificat « imposant » de se poser la question de la nécessité du prolongement de la mesure ? Le remplissage de la fiche de surveillance imposant la surveillance) – et il arrive qu'ils jouent ce rôle – tout en servant de support à son contrôle par des tiers. Mais le risque est aussi celui du développement d'une pratique bureaucratique routinisée, qui ne permet pas de constituer une occasion de réflexivité, mais au contraire perd cette force dans la multiplication des écrits – et ce, d'autant plus, si le seul contrôle est formel et s'exerce uniquement sur la conformité des dates et des mentions. La régulation exercée sur les pratiques est alors faible.

On a vu que ce référentiel est peu critique envers la pratique de la chambre d'isolement en validant son interprétation thérapeutique et en l'identifiant comme un progrès par rapport à une contention qui n'est pas elle-même totalement contestée. Cependant il participe à la production de normes de l'exercice acceptable de cette mesure : celle-ci ne peut par exemple pas être anticipée mais doit répondre à une situation singulière, et la prescription ne doit pas excéder 24h :

« Dans l'éventualité d'une prescription médicale du style « isolement si besoin », qui ne peut en aucun cas être recommandée, chaque période d'isolement doit être considérée comme un épisode en soi, car il ne s'agit pas d'une réelle programmation thérapeutique. »

Toutes ces références sont opposables, et portent une capacité de problématisation de pratiques existantes, comme des services où certains patients restent en chambre d'isolement toute la durée de leur séjour, jusqu'à plusieurs semaines, voire des mois, où dans ceux où les patients ne sont pas toujours vu le week end en l'absence des titulaires. La rédaction de certificats peut être elle-même banalisée et devenir une simple activité de conformation formelle aux exigences de « qualité », sans qu'elle corresponde aux pratiques. Mais elle reste un appui possible pour la problématisation de pratique.

Ainsi, le groupe d'EPP qui a rédigé un guide de bonnes pratiques pour son établissement pour disposer d'un référentiel complémentaire à celui de l'ANAES est critique envers la démarche même d'EPP. Cependant, il s'empare de certains outils de l'ANAES à des fins même de mise en visibilité-problématisation-encadrement de pratiques²¹⁶ saisies comme une « privation de droits fondamentaux » :

« Il a été souligné par l'ensemble des participants que le principal risque de l'EPP était de favoriser l'engouement actuel pour des pratiques qui devraient demeurer exceptionnelles, en les cautionnant par le label de « bonnes pratiques ». Néanmoins, et quelque soit la dimension quantitative de ces recours à la privation de droits fondamentaux, extrêmement disparate et inégal, il est indispensable que ces méthodes soit encadrées, tracées de façon transparente, quantifiées et régulièrement évaluées dans leurs conséquences en termes cliniques, en termes de sécurité, et en termes de relations soignants/soignés... voire d'image de la Psychiatrie (en général et de l'Etablissement en particulier) auprès de la population desservie. »

Par contraste, la hiérarchie des biens proposée par le rapport de l'ANAES apparaît d'autant plus flagrante : les droits des personnes mises en chambre d'isolement ne sont pas leurs droits fondamentaux auxquels la chambre d'isolement constituerait une atteinte en tant que restriction de liberté, mais les droits du patient qui se résument au critère 11 sur la nécessité d'informer le patient (et éventuellement son entourage) sur « les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement). La sûreté pourrait être comprise comme faisant partie de ces droits. Elle n'apparaît toutefois pas sous ce registre mais comme bien en soi et parfois de façon indirecte. Un accent particulier est mis sur la question des risques qui est visée par au moins 11 des 23 critères : identification des contre-indications somatiques et risques spécifiques, prescription d'une surveillance psychique, somatique et biologique, trois critères consacrés à la mise en œuvre effective de la prescription, signalement au service de sécurité incendie, vérification du matériel et de l'absence d'objet dangereux etc. Trois autres critères concernent les conditions très minimales d'accueil en institution, propreté de la pièce, hygiène du patient et « confort » en cas de contention.

²¹⁶ Le groupe d'EPP examine tant la mise en chambre d'isolement que l'usage des contentions, tout en les distinguant aussi fortement que le rapport de l'ANAES.

Le registre qualité confirme donc le cadrage médical de l'institution hospitalière et des activités qui s'y déroulent (ainsi, l'usage « punitif » de la chambre d'isolement est-il indiqué comme « contre-indication ») mais place le soin de façon non hiérarchisée parmi d'autres biens tels que l'hygiène et la sécurité, le respect du droit, et surtout le soumettra à des modalités d'épreuves propres qui passent principalement par la transcription des actes pour leur contrôle.

V. *Recourir à la contrainte*

Les dispositifs de contrainte intra-hospitaliers sont de manière récurrente justifiés par la possibilité d'actes violents des personnes hospitalisées. Le plan 2009 d'amélioration de la sécurité des établissements de santé autorisés en psychiatrie²¹⁷ qui prévoit notamment le financement de la création de 200 chambres d'isolement, de l'installation de caméras de surveillance, barrières, bracelets électroniques, etc., a ainsi été décidé après un meurtre commis par un patient d'un hôpital psychiatrique²¹⁸ – et c'est également ce qui a alors relancé la réforme de la loi du 27 juin 1990 (voir partie I). L'association des troubles mentaux à la violence est courante dans les représentations sociales (Bellamy, Roelandt et Caria 2004). Cette association n'est pas récente, nombre de recherches en témoignent et analysent ses formes et ses évolutions (Renneville 2004; Lovell 2005; Velpy 2009) mais elle a alors fait l'objet d'une réactivation. Une dangerosité est attribuée aux « fous » et réciproquement toute violence jugée « anormale » par sa cruauté ou dont le sens échapperait aux cadres ordinaires de compréhension tend à être imputée à un désordre mental qui relèverait d'une prise en charge psychiatrique, parfois non exclusive d'une peine de prison, comme le suggèrent certains discours et projets politiques de ces années-là. Cependant, on va le voir, le recours à cette contrainte qu'est la chambre fermée a un sens beaucoup plus large pour les professionnels que la solution à des violences réalisées ou anticipées – et est loin d'y constituer la seule réponse. Je ne me pencherai pas ici sur les seuls usages de la chambre désignée comme « chambre d'isolement » mais m'intéresserai plus largement au recours au placement dans une chambre fermée à clef. On verra que l'usage de l'une ou l'autre peut correspondre à des cadrages différents de la situation qui n'exigent pas aux yeux des professionnels le même niveau d'encadrement. J'examinerai tout d'abord la question du dispositif architectural et de l'aménagement des chambres fermées, et les tensions dans lesquels ils sont pris. J'étudierai ensuite les différents usages de la chambre fermée, tels qu'ils

²¹⁷ Voir la circulaire n°DHOS/02/F2/2009/23 du 22 janvier 2009.

²¹⁸ La réforme de la loi du 27 juin 1990 encadrant les hospitalisations sous contrainte est relancée en novembre 2008, après le meurtre d'un passant à Grenoble par un patient du Centre Hospitalier Spécialisé Saint-Egrève.

ressortent de la manière dont les professionnels du service en rendent compte²¹⁹, avant de revenir sur le rapport de ceux-ci à la possibilité de la violence associée aux troubles psychiques. J'examinerai ensuite la manière dont les professionnels définissent le bon exercice de la contrainte, jusque dans sa mise en œuvre : les savoir-faire et normes professionnels qu'ils élaborent de façon à en conjurer les maux, et notamment l'abus et la violence dont ils pourraient être eux-mêmes les auteurs, ainsi que le rôle d'une réflexivité critique qui peut être plus ou moins active, au cœur de la régulation interne que les professionnels peuvent exercer sur leur usage de la contrainte.

J'ai montré précédemment le rôle du dispositif spatial et architectural, la manière dont les différents niveaux de régulation des circulations tendent à faire système et jouer entre eux, les tensions entre ouverture (favoriser les circulations, rapprocher du milieu de vie et des familles) et fermeture (prévenir les fugues, organiser un espace soignant, empêcher des actes violents), et la façon dont ouverture et fermeture sont investies d'enjeux en tension : L'ouverture rend possible la visibilité, la proximité, la vigilance, mais expose aussi au contrôle et à l'intervention intrusive. La fermeture, quant à elle, renvoie à la clôture, à l'enfermement, à la restriction, mais aussi à la protection de l'intimité. Ces enjeux se concentrent encore davantage dans la disposition de la chambre d'isolement, sur laquelle nous allons nous attarder pour étudier la manière dont ces tensions normatives se révèlent dans les dispositifs pratiques de la contrainte, avant même d'observer comment elles apparaissent dans leur usage.

²¹⁹ Une première version de ce développement a été publiée dans l'ouvrage collectif de Claire Crignon et Marie Gaille : *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* (Crignon de Oliveira et Gaille (eds.) 2010; Moreau 2010)

A. Les tensions normatives des dispositifs de contrainte : L'exemple de la chambre d'isolement

« Que ce soit l'objet architectural comme l'asile, premier agent thérapeutique de cette spécialisation, l'objet identifié comme spécifique à la psychiatrie telle que la camisole ou des objets plus communs de la vie hospitalière comme le lit, tous structurent l'action des différentes populations psychiatriques. Médecin, infirmière, assistante sociale, patient vivent la psychiatrie à travers ces objets. Ces "non-humains", pour reprendre l'expression de Bruno Latour (1987), conditionnent beaucoup plus fortement la psychiatrie que ne le laisse apparaître une historiographie focalisée sur une analyse des écrits de psychiatres. » (Majerus 2011, p. 99)

Benoît Majerus, invitant à relire les controverses psychiatriques à travers les objets de la psychiatrie et leurs usages, décline un programme de recherche qui doit étudier tant la « mise en objets des théories psychiatriques », que « l'appropriation de ces objets » par ceux qui n'en sont pas nécessairement les concepteurs, mais peuvent être leurs utilisateurs – en s'intéressant en particulier aux formes de « subjectivité rebelle » dont peuvent faire preuve ces utilisateurs : soignants, psychiatres, patients, mais aussi ce que produisent les objets eux-mêmes dans la vie ordinaire des établissements. On a vu la manière dont le dispositif architectural et le jeu des portes fermées pouvait déjà à la fois être investis de différents usages tant par les professionnels que par les patients, et induire des modalités de relations et d'évitement de relations, des augmentations ou des diminutions de contrainte. La chambre d'isolement met de même en évidence les interactions entre un dispositif et ses acteurs dans son aménagement même et dans ses usages, dans les anticipations et les réponses croisées des professionnels et des personnes enfermées. On se centrera dans un premier temps sur l'aménagement des chambres d'isolements, la manière dont il anticipe et configure ses usages, avant de se concentrer sur ces derniers.

Il s'agit en effet de « planter le décor », et après la description d'un service d'hospitalisation en psychiatrie, de s'attarder sur un dispositif de contrainte explicite qu'est la chambre d'isolement. Mais ce « décor » participe à la situation et traduit les exigences croisées dont sont investis ces dispositifs. Pour étudier l'aménagement des chambres d'isolement, on s'appuiera à la fois sur des observations de chambres d'isolement et sur les comptes-rendus

que font les professionnels de cet aménagement, dont un document produit par un groupe de travail au sein d'un centre hospitalier psychiatrique, qui présente tant le développement d'une réflexion sur la chambre d'isolement, son architecture, son mobilier et sa disposition, ce qui constitue la chambre d'isolement en une technologie ou en un ensemble de technologies de contrainte, que les normes positives dont elle est investie et les figures négatives qui sont conjurées. Mais précisons d'abord ce que l'on désigne comme une « chambre d'isolement », afin d'introduire aux enjeux de régulations de aménagements et ses usages.

1. Qu'est-ce qu'une chambre d'isolement ?

On l'a vu, la régulation de l'usage de la chambre d'isolement (comme des hospitalisations sans consentement) passe par la mise en visibilité de celui-ci, qui devrait permettre de suivre son évolution au niveau global (d'un service, d'un établissement ou au niveau national), de contrôler les décisions dans le cours ordinaire du travail, et de remonter la chaîne des responsabilités en cas d'incident. De plus en plus, l'exigence que soient relevés et notifiés les usages de l'isolement est ainsi renforcée, au travers des exigences croisées de la protection des droits des patients, de l'engagement possible de la responsabilité médicale, et de la prégnance croissante de la « démarche qualité » dans la gouvernance hospitalière (ANAES 1998; Le Mentec 2011, p.19-21) qui vient alimenter à une nouvelle source la procéduralisation de la contrainte (voir chapitre précédent). L'usage d'une chambre d'isolement doit être notifié, en principe, de quatre façons : sur le dossier du patient, qui se décline dans le service A, (1) en dossier papier qui comprend les prescriptions et observations particulières et (2) en dossier informatisé avec notamment les débuts et fins des mesures (sachant qu'une prescription ne peut excéder 24h), (3) au service de sécurité incendie, et (4) au service des admissions qui « gère » les chambres d'isolement vacantes pour y placer, le cas échéant, le patient d'un autre service dont les chambres d'isolement seraient déjà occupées.

Cela a également été une exigence de la Direction Générale de la Santé, qui a inclus le recueil de l'usage des chambres dans les données obligatoires des rapports annuels de secteur (données plus ou moins exhaustives selon les secteurs et les items). Au sein de l'EPSM Philippe Paumelle, les chambres d'isolement, ou plutôt « chambres de soins intensifs » (CSI), selon la terminologie officiellement retenue, ne sont pas dénombrées en tant que telles par le département d'information médicale (DIM). Ils indiquent cependant qu'il y en a 20 dans leur rapport de 2008, c'est-à-dire entre une et deux par secteur. En revanche, doivent être relevés systématiquement par les services sur le logiciel les « passages en CSI ». Le logiciel de saisie

utilisé actuellement a été mis en place en 2000, les premières instructions de saisie des CSI ont été données par le DIM en 2003 (postérieurement aux instructions de la DGS), et les premières données sur les CSI apparaissent dans les rapports du DIM en 2006, les informations recueillies antérieurement ayant été considérées comme trop lacunaires.

Encore faut-il savoir ce qu'on nomme « chambre d'isolement », et ce qui sera dénombré à ce titre. Lorsque commencent à être comptabilisées le nombre de chambres d'isolement et les jours d'occupation (par patient), qu'est-ce qui sera inclus à ce titre ? Le rapport du DIM cité ci-dessus ne compte qu'une chambre d'isolement pour le secteur A, c'est-à-dire ni la chambre dite « de soins intensif », ni l'éventuel usage d'autres chambres comme « chambre fermée ». Ensuite, la saisie des « passages en chambre d'isolement » dépend de l'opérateur, et des interprétations locales et de l'appropriation individuelle des consignes données. L'usage de contentions ne fait pas l'objet d'un relevé spécifique.

Or selon les établissements, voire selon les services, les chambres d'isolement prennent différents noms : chambre d'isolement, chambre de soin intensif, chambre sécurisée, chambre d'apaisement. En outre, une chambre ordinaire peut éventuellement être fermée à clef, ce qui est admis comme une pratique possible et même courante. Le référentiel ANAES sur la chambre d'isolement définit ainsi l'isolement par la porte fermée :

« À la suite de cette circulaire [la circulaire Veil de 1993], on peut 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 » (ANAES 1998, p. 8-9) p. 8-9 [voir EPP sur chambres d'isolement].

Le document d'un groupe d'EPP sur la chambre d'isolement et les contentions rappelle également que l'isolement « peut être partiel, il peut être réalisé en CI [chambre d'isolement], en CSI [chambre de soin intensif] et en chambre hôtelière ».

***a) Chambre d'isolement, de soin intensif, d'apaisement :
une question lexicale ?***

Dans certains lieux d'hospitalisation, « chambre de soins intensifs » voire « chambre d'apaisement » sont des quasi équivalents de la chambre d'isolement dans leur usage. Lors d'un échange avec une psychiatre rencontrée à l'occasion d'un séminaire, lorsque j'évoque les « chambres d'isolement », celle-ci me reprend sans insister : « Chez nous, on parle plutôt

de "chambre de soins intensifs" ». De même, Cyril, un infirmier du service A, se reprend pendant l'entretien : « [...] qu'on n'appelle maintenant plus chambre d'isolement mais chambre d'apaisement », alors qu'il est en train d'évoquer la politique initiée par le précédent chef de secteur de limitation de la chambre fermée. Je n'ai pas observé cet usage pendant les 6 mois passés au sein du service, où médecins et soignants utilisent régulièrement le terme de « chambre d'isolement ». Il arrive qu'ils parlent de « chambre fermée », ou d'« horaires de fermeture », d'autres chambres que la chambre d'isolement pouvant être utilisées pour la mise en chambre d'isolement ; ils peuvent également désigner la chambre d'isolement par son numéro, notamment lorsqu'ils s'occupent de la gestion des lits et de la répartition des nouveaux arrivants au sein du service. La correction proposée par Jean Paul traduit plus, à mon sens, la marque de la vigilance réflexive à l'œuvre dans le service, renforcée par la situation de discours « semi-public » de l'entretien, sans que cette dernière dimension l'emporte nécessairement.

Certains dénoncent l'euphémisation produite par de telles dénominations de la fonction d'enfermement de ces pièces (Friard 2002) – ce qu'opérait déjà l'appellation d'isolement, et a fortiori la désignation de la chambre fermée comme « isolement thérapeutique », qui toutes deux estompent l'enfermement dans une chambre-cellule au profit d'un cadrage médical. Ces distinctions ne sont cependant pas que lexicales. Elles servent de support à des distinctions pratiques plus ou moins importantes, dans le dispositif des chambres, dans leur usage, dans leur perception, et dans leur statut administratif. C'est ce que l'on va mettre en évidence à travers deux exemples, l'un au sein du service A, l'autre dans un établissement visité.

Le chef de secteur A distingue ainsi au sein de son service entre la « chambre d'isolement » proprement dite de la chambre de « soin intensif » :

« En ce moment, par exemple, on a un patient qui est très délirant, très violent et qui est en chambre d'isolement depuis longtemps. Enfin, c'est pas une chambre d'isolement, la chambre d'isolement on l'utilise vraiment pour une durée très brève. Mais on a des chambres fermées, qu'on appelle *chambre de soins intensifs*, qui ne sont pas des chambres d'isolement. La chambre d'isolement si vous voulez, c'est un peu... c'est *hardos*. Un matelas en mousse, une chambre nue, y a rien qui dépasse, y a pas de mobilier. Il y a un matelas indestructible et imbrûlable, il n'y a pas de fenêtre qui s'ouvre, il y a une ventilation. Les toilettes fermées à clé. C'est vraiment une *chambre de contention*. On n'en a qu'une au niveau du service. Nous, on n'en a gardé qu'une comme ça. C'est vraiment 24 heures, 48 heures dans un état très aigu. Ensuite, on passe en chambre de soins intensifs. C'est une chambre avec un mobilier normal, mais scellé au sol, avec une armoire. Une chambre qui ressemble à une chambre normale, mais qui est une chambre fermée et qui va impliquer une surveillance infirmière beaucoup plus importante qu'une chambre ouverte. » Pierre, chef de secteur secteur A

Dans le service A, le chef de secteur décrit une distinction forte entre les deux types de chambres – et cette distinction passe par leur aménagement même et suggère une gradation dans leur usage. Ici, ce qui distingue chambre d'isolement et chambre de soin intensif tient tant à l'usage qui en est fait qu'aux caractéristiques des chambres, leur ameublement. Les lits sont également scellés dans les chambres individuelles qui peuvent être fermées et tout mobilier supplémentaire peut en être retiré si besoin. Ces distinctions dans le dispositif et l'usage appuient également la délimitation des frontières de ce qui est acceptable. Elles servent de support à une distinction entre ce qui relèverait de la « contention » pure et ce qui serait plus « normal » avec seulement un niveau de surveillance supérieur, où la surveillance même est cadrée comme soin. Dans cet extrait, on voit le chef de secteur qualifier négativement la chambre d'isolement (« c'est hardos »), et insister sur l'usage limité qui en est fait. Il ne mentionne pas la possibilité de fermer les chambres individuelles – possibilité utilisée, en général limitée à quelques heures dans la journée.

De fait, certains patients, en fonction de leur état seront préférentiellement orientés vers l'une ou l'autre : le jeune homme menaçant vers la chambre d'isolement, la patiente dans un « état maniaque » plutôt dans la chambre de soin intensif. Cet usage préférentiel va ensuite s'intégrer dans la gestion d'un ensemble limité de 20 lits : un patient pourra ainsi rester longtemps en « chambre d'isolement », au-delà du temps jugé nécessaire pour son état ou sa conduite, si une autre chambre ne se libère pas. Il est toujours possible d'ajouter quelques meubles dans la chambre fermée, de permettre la détention d'un certain nombre d'objets, et surtout de l'ouvrir progressivement, de doser les circulations autorisées : de donner des temps d'ouverture de la chambre c'est-à-dire d'accès au sas, au service, au self. Si les recommandations soulignent que les patients ne doivent pas rester en chambre d'isolement faute d'une autre chambre disponible, cela est moins assuré dans la pratique. Si le passage en chambre « ordinaire » sera éventuellement accéléré pour permettre l'accueil d'un autre patient, à l'inverse, dans un contexte de tensions, de présence de patients qui posent des difficultés à l'équipe, la chambre d'isolement sera éventuellement volontairement maintenue occupée pour éviter l'accueil d'un nouveau patient (voir la IIIe partie). La gestion des chambres fait l'objet d'une gestion stratégique, comme le montre cet échange ainsi au sujet d'un patient qui doit revenir d'une unité pour malades difficiles :

« Martial, cadre infirmier : il faut lui réserver la chambre d'isolement

Sylvie : Il ne sera pas systématiquement en chambre fermée. Il faut préparer la chambre 4 ou quelque chose comme ça, une chambre seule, qu'on peut fermer si besoin. » JDT, réunion de synthèse

Au-delà de cet usage « préférentiel » de l'une ou l'autre chambre, associé à leur aménagement (l'une aménagée comme une chambre « normale », l'autre marquée par la dénudation), toutes deux sont susceptibles d'être utilisées en tant que « chambre sécurisée », de même que les chambres individuelles.

b) Une chambre « à soi » ? Expérimentation et détournement d'une « chambre d'apaisement » dans un centre hospitalier

Dans un grand hôpital psychiatrique du sud-est de la France a été introduit un dispositif appelé « chambre d'apaisement ». Selon le psychiatre du service « princeps », qui le présente lors d'un « journée de pôle »²²⁰, ce dispositif avait été inventé par des enfants, que l'on avait, dans le cadre d'une activité expérimentale, laissés jouer avec de grands cubes avec lesquels ils pouvaient construire librement ce qu'ils voulaient. Ils avaient ainsi construit une « pièce » dans laquelle il était possible pour eux de se retirer, de s'isoler au sens courant du terme, un espace à leur disposition. Un « espace à soi », un « refuge », au moins pendant un temps, protecteur. Ce psychiatre insistait ainsi sur le fait que ce dispositif d'isolement n'avait pas été conçu par ceux qui avaient un pouvoir et potentiellement une influence, les adultes, mais par les individus « mineurs » en différents sens du termes (mineurs légalement, en position de subir les décisions des adultes, dotés peut-être implicitement de qualités telles qu'une forme d'innocence qui les mettrait plus spontanément en contact avec leur propre bien), et dont la démarche autonome avait conduit à la création de cet espace dont ils pourraient user librement ; en aucun cas, un dispositif de « contrainte », en aucun cas, un dispositif « hétéronome », réglé par d'autres que par les sujets eux-mêmes. La transposition dans ce service de psychiatrie avait conduit à la création d'une pièce avec un ameublement en mousse, relativement confortable et sans danger, dont les patients auraient libre disposition, dont la porte pourrait être fermée à clef à *leur demande*. Celle-ci reste d'ailleurs généralement ouverte, selon un psychiatre et des infirmiers de l'équipe avec lesquels j'ai échangé lors d'une pause. Le dispositif a séduit d'autres services et il a été reproduit dans l'hôpital. L'équipe qui

²²⁰ J'ai découvert ce dispositif à l'occasion d'une journée de formation d'un « pôle » de cet hôpital, dont l'intitulé était : « La contenance psychique, de la contention à la continuité des soins » (organisée en novembre 2011). Ce centre hospitalier n'est plus organisé en secteur, suivant l'ordonnance de 2003 et la loi HPST, mais en pôles, avec le maintien d'un découpage géographique, mais plus large. Les deux services hospitaliers que j'ai pu visiter à cette occasion accueillaient la population d'un même territoire regroupant ceux des deux secteurs antérieurs, tout en restant distincts.

a initié ce dispositif est cependant très critique envers l'usage qui en est fait dans les autres services, soulignant que les autres services n'avaient fait du « salon d'apaisement » qu'une chambre d'isolement supplémentaire. J'ai visité deux de ces services, « Les Lilas » et « La Roseraie », qui disposent désormais chacun d'une chambre d'isolement (CI) et d'une chambre d'apaisement (CA). Le nom même a été « normalisé » : « salon » est (re)devenu « chambre », et les équipes des Lilas et de la Roseraie disent en effet explicitement qu'il s'agit presque d'une deuxième chambre d'isolement.

« Les deux chambres sont occupées à la Roseraie, je ne pourrai pas les visiter. Mais je verrai la chambre d'apaisement de l'unité des Lilas, momentanément libre entre le changement de chambre d'une patiente et l'arrivée d'un autre patient, et qui est assez similaire à celle de la Roseraie, me dit-on. Elle est dotée d'un lit scellé au sol, avec des anneaux auxquels on peut attacher des sangles (« sinon, on peut les attacher aux pieds du lit, mais c'est moins pratique », dit un infirmier dans cette unité depuis 20 ans). Il y a un fauteuil, non scellé. La cadre des Lilas me dit qu'il ne devrait pas se trouver là, mais la patiente, assez âgée, ne devait pas rester trop longtemps « en *decubitus* », c'est-à-dire en position allongée. Le fauteuil avait été mis là pour qu'elle puisse s'asseoir. Le motif du placement de cette patiente en chambre d'apaisement n'est pas clair. La CA paraît ainsi à peine moins sécurisée que la CI. Les CI sont mutualisées au Centre Hospitalier Sud Est. Les CI restent ainsi, comme le font remarquer différents interlocuteurs, rarement inoccupées. Tandis que les CA sont à la disposition de l'équipe.

En un autre sens que le salon d'apaisement, qui était également décrit de façon méliorative par un psychiatre de cette unité comme « à la disposition » de l'équipe infirmière, un outil créé par eux pour eux, dont l'usage ne dépend pas d'une indication médicale. Seul un usage du salon d'apaisement fermé dépassant plus de 3h devant faire l'objet d'une prescription. Enfin, les chambres simples peuvent être fermées (certains infirmiers disent n'y être pas favorables, mais la pratique se poursuit) cela fait alors l'objet d'une prescription. Une infirmière me cite le cas d'une femme d'une quarantaine d'années qui menaçait de se suicider, qui était « contentonnée » sur son lit, dans sa chambre, faute de place en CI (les infirmiers sont plusieurs à dire qu'il en manque), et maintenue en plus pendant près de trois heures par un infirmier /une infirmière – l'équipe avait trop peur qu'elle se fasse mal. » JDT, notes après la visite des Unités Les Lilas et La Roseraie

Le nouveau dispositif « salon d'apaisement » avait été créé afin de rendre possible l'un des usages de la chambre d'isolement, « calmer la personne » (voir plus bas les usages de la chambre d'isolement), sans la dimension coercitive de la fermeture externe et de l'injonction de l'équipe médicale-infirmière à y rester. Il a vocation à être un espace pour soi dans cet espace collectif qu'est le service, en particulier quand une partie des chambres sont doubles. Dans sa transposition à d'autres services, ce dispositif est d'emblée détourné de ses caractéristiques initiales : le mobilier n'est pas en mousse, avec sa dimension esthétique et confortable, rassurante (ou du moins sa conception visant ces effets) ; le fauteuil et le divan, ont été remplacés par un mobilier hospitalier classique, et même sécurisé : lit scellé, anneaux permettant l'usage de sangles. Les équipes des deux autres services visités assument explicitement son usage *comme* une chambre d'isolement, c'est-à-dire dont les portes peuvent être fermées par l'équipe soignante. Sa caractéristique spécifique, dont se saisissent les équipes, est de ne pas être mutualisée avec les autres services.

Dans l'hôpital dont dépend le secteur A, les services dont des chambres sont libres, et en particulier la chambre d'isolement, *peuvent* être sollicités par d'autres services : cela fait l'objet d'une demande et d'une négociation entre services, même s'il est difficile de refuser un patient, cela reste de la décision du responsable d'hospitalisation. Les négociations peuvent porter sur le patient qui est transféré : c'est parfois un patient plus « facile » qui est transféré, et le patient plus « difficile » laissé à son secteur. Dans cet hôpital du sud-est, les services n'ont pas la main sur leur chambre d'isolement, ce qui les conduit à devoir accueillir des patients qu'ils ne connaissent pas, et dont ils peuvent redouter que la relation ne sera pas aisée avec lui : n'a-t-il pas déjà agi d'une façon telle que la décision de recours à l'isolement a été prise ? Réciproquement, la décision de recours à l'isolement est plus « aisée », car elle rencontre moins l'obstacle de la rareté : d'autres chambres d'autres services peuvent être disponibles. A l'inverse, un service qui cherche à limiter le recours à la contrainte aura plus de risque de devoir accueillir des patients d'autres services, ce qui complique l'organisation, et pourrait inciter à « occuper » la chambre d'isolement avec un patient connu plutôt que d'être exposé au risque d'accueillir un inconnu. Les chambres d'apaisement, au contraire, en restant à la disposition de l'équipe, peuvent faire l'objet d'une gestion stratégique des chambres et d'un usage gradué des mesures de restriction. La distinction ici n'est pas que lexicale, mais engage le statut administratif de la chambre et l'autonomie infirmière dans sa gestion.

Dans ces deux exemples, le travail de distinction initial n'est pas qu'une opération lexicale visant à euphémiser l'enfermement mais s'inscrit dans une réflexion de la part de professionnels, parfois collective, pour ressaisir leurs usages de la chambre fermée et proposer des alternatives au seul enfermement sécurisé (par la dénudation, la fixation des meubles), possiblement extraire les dimensions positives qu'ils trouvent à un temps en chambre, imaginer des manières de laisser une marge d'initiative aux patients. Pour autant, la « routine » comme la diffusion d'un dispositif expérimental dans un contexte de « gestion du flux de patients » est susceptible d'éteindre ce travail réflexif pour revenir à des usages plus ordinaires de la chambre d'isolement comme délégation à un dispositif matériel de l'« empêchement de conduites problématiques » et gestion du collectif de patients. Ils manifestent la difficulté à maintenir ce travail réflexif actif, quoiqu'il soit réactivé de façon récurrente en de nombreux lieux, par de nombreux acteurs, le secteur A le manifeste. L'usage de la chambre « d'apaisement » comme une « chambre d'isolement » n'est cependant pas à interpréter comme une simple réduction : il répond à un besoin de prise par les professionnels sur les conditions d'exercice de leur travail et de leur soin, a contrario de l'arrivée d'un

patient inconnu d'eux sous la présentation d'un « besoin de chambre d'isolement », induite par la mutualisation des chambres d'isolement. Cette dernière pratique quant à elle réduit strictement l'usage de la chambre d'isolement à un enfermement dans un espace dit sécurisé, en désinscrivant le patient enfermé des relations avec ses soignants habituels, et en favorisant le recours à des empêchements matériels en l'absence de tout repère permettant aux professionnels d'anticiper les réactions de ce nouveau patient comme de tout élément d'alliance antérieurement établis.

Outre ces éléments que l'on approfondira à propos de l'exercice de la contrainte, on voit ici les effets des catégorisations administratives et leur capacité toute relative à saisir les pratiques. Chambre d'isolement, de soins intensifs, d'apaisement, les usages lexicaux apparaissent sans stabilité d'un lieu à un autre. Les distinctions opérées à travers ces usages donnent davantage de prise sur les enjeux des dispositifs dont il s'agit. Et ces distinctions sont immédiatement associées à l'aménagement des chambres d'isolement.

2. Angle, fixations, visibilité : L'aménagement de la chambre d'isolement ou le développement d'une technologie de contrainte

L'aménagement des chambres d'isolement est soumis à toute une série d'exigences croisées, potentiellement antagonistes. Bien que leur usage soit régulièrement cadré comme « thérapeutique », l'un des enjeux majeurs de la chambre d'isolement s'avère être la « sécurité », dont il va s'agir de conjurer les dimensions négatives, les effets potentiellement délétères pour la personne enfermée, tout autant que les contradictions dans le cadrage médical que ses traductions matérielles risquent d'introduire. Le « Projet de réaménagement des chambres d'isolement », issu de la réflexion d'un groupe de travail sous la direction du docteur Nathalie Giloux, chef de secteur des urgences²²¹ du Vinatier, permet de mettre en évidence ces exigences croisées. Les objectifs étaient de « concevoir un dispositif architectural intégrant les aspects cliniques, éthiques et sécuritaires de la chambre d'isolement ». Le document souligne le caractère carcéral de nombre de chambres d'isolement de l'établissement :

- « architecture et équipement des lieux renforcent l'ambiance carcérale :
- oculus étroit et grillagé, souvent implanté très haut,
- lits et équipements scellés au sol,

²²¹ L'« UMA », l'unité médicale d'accueil, qui aujourd'hui accueille les urgences psychiatriques de l'ensemble du département, est située à l'entrée du Vinatier, hôpital psychiatrique du Rhône. Ce travail a été réalisé à la demande de la direction de l'hôpital en 2005-2006 et a conduit à une collaboration avec un master de design pour proposer une chambre d'isolement répondant aux exigences énoncées dans le document.

- toilettes non séparés de la chambre,
- lumières violentes et permanentes (veilleuses la nuit),
- commandes extérieures (eau, électricité, volets, chasse d'eau...),
- radiateurs sous d'épaisses grilles »

Il s'agit précisément de conjurer cet aspect carcéral en tant qu'il contribue à faire des hôpitaux psychiatriques des lieux « stigmatisants » et risque par là-même de nuire à « l'alliance thérapeutique ». Cependant la dimension « sécuritaire » – terme dont la dimension critique affleure dans la remarque introductive :

« ces dernières années, les impératifs sécuritaires de leur conception ont largement dominé »

est elle-même réassumée par l'affirmation qui suit : « et de fait, aucun accident professionnel en lien avec l'insécurité architecturale des locaux n'est à déplorer ». Il est possible que « sécuritaire » soit partiellement réassumé aussi en l'absence d'un adjectif qui caractériserait une situation de sécurité ou de sûreté, équivalent par exemple de « secure ». La dimension de « sécurité » est dès lors assumée comme objectif de leur aménagement – et distinguée de ce « caractère carcéral » qui serait, lui, à proscrire.

En effet, quelques soient ses effets attendus par les professionnels, dont on verra que les plus légitimes vont d'un cadrage très thérapeutique (« contenir », « apaiser ») à un cadrage de sécurité assumé (prévenir un geste violent), la chambre d'isolement à la fois constitue en elle-même une contrainte physique, « par les murs », et se voit adjoindre d'autres modalités de contrainte : la « mise en chambre » peut requérir une contrainte exercée physiquement par les professionnels, et une médication y est le plus souvent associée dont le rôle premier est de « calmer » voire de « tasser » (visée sédatrice et/ou anxiolytique) avant qu'il y ait éventuellement des effets sur les « troubles eux-mêmes » (symptômes psychotiques ou dépressifs) à l'origine de l'hospitalisation et/ou de la chambre d'isolement.

La qualification de la chambre d'isolement comme contrainte va « de soi », cette qualification ne fait pas objet de controverse entre les acteurs. La critique et les formes de réflexivité mises en œuvre par les acteurs ne passent ainsi pas par la qualification de contrainte, mais portent notamment sur sa dimension potentiellement violente, qui est alternativement repoussée et interrogée de façon récurrente. Ce surcroît de contrainte physique, s'il peut venir en réponse à des actes violents (mais ce n'est pas toujours le cas), inscrit, par son dispositif même, les relations dans des rapports de force qui préfigurent les réponses possibles des contraints. L'opposition à l'exercice de la force induit des formes de résistance physique – qu'il s'agit en retour d'anticiper afin de s'en prémunir.

À la fois réponse à des conduites potentielles de personnes hospitalisées et exercice de coercition physique suscitant de possibles résistances sur le même plan, ce dispositif engendre ainsi un redoublement des mesures de « sécurité ». Il produit en soi une économie de la contrainte qui tend à l'augmentation de celle-ci. Il ne s'agit pas que de la fermeture d'une pièce : il faut sceller les meubles au sol voire les enlever pour éviter la constitution de projectiles et permettre la circulation de plusieurs soignants dans la pièce ; il faut enlever toute aspérité à la pièce, utiliser des draps qui ne se déchirent pas, des matelas ignifugés, etc. Ce surcroît de contrainte est en outre d'autant plus exposé à la critique, ce qui renforce par ailleurs les formes de vigilance quant à ce qui peut se produire en son sein : il est attendu une surveillance médicale et infirmière plus dense. Les « accidents » – effets des médicaments ou actes de la personne enfermée – sont davantage susceptibles d'être imputés à un défaut du travail des professionnels, à commencer par un défaut de vigilance. Au croisement de la double exigence de sécurité et de finalité médicale du dispositif se trouve l'impératif de surveillance qui va se traduire par la recherche de moyens permettant la mise en visibilité de la personne enfermée : une pièce sans angle mort ni espace clos, avec une porte percée d'un hublot, voire une caméra dans la chambre. Cet enjeu de « mise en visibilité » entre en tension avec le registre des droits, qui associe principe de respect de la dignité et respect de l'intimité. De même, l'enjeu de sécurité conduit à dénuder la pièce de tout objet, tandis que l'exigence de conditions « dignes » conduira à l'équiper, ainsi que l'effort pour établir les conditions d'une relation thérapeutique « fiable »²²².

L'exemple de la « porte des "lieux d'aisance" » sur lequel Benoît Majerus ouvre son article sur « la vie sociale des objets de la psychiatrie » est à ce titre très révélateur :

« Le 5 juillet 1938, le directeur de l'hôpital Brugmann rédige à l'intention de Georges Vellut ingénieur à la Commission d'assistance publique (CAP), une note relative à la construction de toilettes supplémentaires à l'Institut de psychiatrie. [...] »

À la fin de cette lettre se trouve un paragraphe qui décrit les détails de la porte. Selon ces instructions, Vellut dessine un avant-projet qui permet la surveillance du reclus, notamment par une porte semi-transparente (voir document 2). Celle-ci cache à peine, dès lors, les utilisateurs des toilettes. Les cinquante centimètres d'ouverture en bas, prévus sur l'esquisse, permettent de voir une personne qui se tiendrait debout sur la cuvette des toilettes, haute de quarante centimètres. Et la hauteur de la porte, un mètre cinquante à compter du sol, permet à toute personne de taille moyenne de jeter un coup d'œil sur l'intérieur.

²²² Le groupe de travail dirigé par Nathalie Giloux propose ainsi que la chambre d'isolement soit redoublée non seulement d'un « sas », où pourront être conservées les affaires du patient et situées les commandes de la chambre (lumière, thermostat, arrivée d'eau), mais d'une pièce contiguë « avec une table et des chaises scellées (*conditions dignes pour renouer le contact rapidement*) » (c'est moi qui souligne). Cette proposition est insérée dans les « éléments retenus sur le plan clinique ».

Les toilettes sont, pour un patient, l'unique endroit de l'Institut qui ne soit pas collectif. Le dortoir, la salle de bain, le parc... tous les autres «espaces psychiatriques» (Topp, Moran et Andrews 2007) sont des espaces partagés qui ne permettent pas d'échapper au regard des autres patients ou du personnel soignant et médical. Cette visibilité totale est un des principes théoriques des espaces d'enfermement qui se construisent au XIX^e siècle et qui restent valables jusqu'à aujourd'hui (Foucault 1975). Il n'est donc guère étonnant qu'un des manuels de psychiatrie les plus lus par les infirmiers mette ses lecteurs en garde envers ce lieu :

«La surveillance des W.C. doit être aisée ; des suicides ont eu lieu pendant les minutes où, pour ménager sa pudeur, on a laissé un malade y aller seul ». (*Morgenthaler et Forel 1940 : 135*) » (Magerus 2011, p. 95)

La porte a ainsi un double rôle de fermeture et de protection visuelle. Mais qu'elle ferme la chambre ou les toilettes, la porte cristallise les enjeux autour de la fermeture (spatiale ou visuelle) et de la surveillance : que cette surveillance soit similaire à celle qui s'exerce en milieu carcéral (d'un côté, « surveiller le reclus », prévenir les tentatives de fugue ou d'agression du personnel « surveillant », de l'autre, prévenir les atteintes à l'intégrité de la personne dont on a la garde, suicide ou agression entre « reclus ») ou spécifique à un cadre soignant, pour des personnes identifiées comme ayant une vulnérabilité médicale spécifique. L'exigence de « ménager la pudeur » du malade, formulée dans l'exemple ci-dessus sous la forme d'une exigence morale individuelle de membres du personnel, se durcit dans le registre des droits en devenant un élément de la « dignité des personnes ». Elle pèsera dans le sens d'une opacification de la « porte », tandis que l'exigence de « sécurité-sûreté » pèsera dans le sens de la transparence : aménagement d'ouvertures²²³, absence de portes aux sanitaires, éventuellement intégration des sanitaires dans un espace unique afin d'éliminer des recoins, des espaces échappant au regard, jusqu'à l'installation de caméras dans certains lieux²²⁴. La mise en visibilité s'étend ainsi jusqu'aux « lieux d'aisance » dans une perspective de « sécurité », mais est également présente à travers l'exigence de surveillance « médicale » et « biologique ».

²²³ Dans l'exemple de Benoît Magerus, il est proposé un modèle de porte réduit à un battant d'un mètre de hauteur, laissant une ouverture de 50 cm depuis le sol et ne montant ainsi pas au dessus d'1,50 m ; dans les portes de chambres d'isolement il est prévu des « oculi », petites fenêtres rondes ou carrées à hauteur d'homme par lesquelles il est possible d'apercevoir la pièce.

²²⁴ Le document du Vinatier s'oppose aux caméras en opposant « deux raisons : le risque d'un appauvrissement de la relation soignante et l'introduction d'un climat persécutoire qui viendrait confirmer le patient dans ses perceptions pathologiques. » La crainte que les caméras viennent « nourrir le délire » de patients qui craignent déjà d'être surveillés a également été mobilisé pour s'opposer aux audiences à distance dans le cadre de la loi de 2011. La première raison correspond à une autre crainte : la crainte que la délégation de la surveillance « à la caméra » rende possible aux professionnels de ne pas entrer en relation. Cet argument est mobilisé dans le fait de déléguer la « contenance » à des éléments matériels : murs, sangles, mais aussi dans les controverses opposant telle contrainte à une autre : les sangles imposeraient un « soin » rapproché, tandis que les murs permettraient de s'éloigner (les tenants des « murs » par opposition aux sangles considèrent la contrainte des sangles excessive).

Le tableau suivant synthétise les usages et interprétations croisées des ouvertures et fermetures :

| Ouverture et fermeture | Sens ou usage associé | Interprétation critique /accusation | Interprétation positive/ justification |
|------------------------|-----------------------------|---|---|
| ouverture | proximité | Circulations perturbantes, circulations de biens illicites | Entretien des relations avec l'environnement proche, préparation de la sortie |
| Ouverture (intérieure) | visibilité | Transparence-contrôle Contrôle social, emprise institutionnelle | Vigilance-attention-surveillance médicale : Sécurité / soin |
| fermeture | Clôture, séparation | Enfermement, possible atteinte aux droits | « isolement » (sens thérapeutique) voir figure partie I |
| fermeture | Régulation des circulations | Contrôle, exposition à l'intervention (des personnes hospitalisées) | Protection : du cadre du soin |
| fermeture | opacité | Non exposition au contrôle (de l'institution elle-même) | Protection de l'intimité |

Tableau : les interprétations croisées des ouvertures et des fermetures

Les technologies de contrainte sont élaborées au fil des mises à l'épreuve successives par les patients eux-mêmes qui vont en éprouver toutes les failles.

« "Pour des patients susceptibles d'être violents, la seule solution dans le service où il y a à la fois des HSC et des HL, c'est la chambre d'isolement, on est obligés de laisser enfermée la personne parfois jusqu'à 3 semaines-1 mois. M. Boudrissa disait préférer aller en prison plutôt qu'être en hôpital psychiatrique : là-bas, au moins, ils peuvent sortir, et dans la chambre, il n'y a rien. Elle est en deux parties, une chambre et une partie sanitaire. Il y a une porte entre les deux, il est arrivé qu'ayant laissé accès à la partie sanitaire [*c'est-à-dire en laissant la porte de communication déverrouillée*], un patient dégonde la porte pour tenter d'enfoncer la porte qui donne sur le couloir. Ils ferment alors pour certains malades la porte de la chambre, en ne laissant qu'un seau. La pièce est vide, avec seulement le matelas et le seau. La personne enfermée se sert alors parfois du seau pour repeindre la pièce ou le jeter sur les soignants." Julien oscille entre compréhension : "c'est vide, il n'y a rien à faire d'autre, il n'y a pas d'exutoire", et "c'est vraiment agréable", anti-phrase par laquelle il commente le fait de recevoir des excréments, et plus généralement la pénibilité du travail des soignants dans le contexte de cet usage de la chambre d'isolement. » JDT, notes après un échange informel avec Julien *cadre infirmier du service d'urgence, qui a été cadre en unité d'hospitalisation*]

Dans cet échange informel, le cadre infirmier du Centre d'Accueil et de Crise revient sur la dureté des conditions d'hospitalisation pour des patients dont on craint la violence, dans ce service moins contraignant que beaucoup d'autres. Il explique le recours à la chambre d'isolement par l'intrication des niveaux de fermeture et d'ouverture, en faisant référence à la fois aux exigences légales liées aux statuts d'hospitalisation des personnes et à l'exigence de sûreté-sécurité. L'argument se déploie ainsi sur un plan légal : la présence simultanée de patients aux statuts légaux différents tend à faire privilégier une moindre restriction globale

des circulations, mais conduit à faire peser une contrainte plus forte sur le patient dont on craint la fugue. Sur le plan de la sécurité, ce service peu sécurisé implique la réclusion dans cet espace limité et dépouillé qu'est la chambre d'isolement. Le cadre poursuit par la description d'un dispositif coercitif et dépouillé, dépouillé également par un auto-renforcement de la logique de sûreté-sécurité. Ce qu'on retrouve également par exemple dans cette description d'une chambre d'isolement par des contrôleurs du Contrôle général des lieux de privation de liberté à l'occasion d'un contrôle d'un centre hospitalier :

« La chambre, aveugle, de 2,34m sur 3,24m a une surface de 7,60m². Lors du contrôle, le lit n'était constitué que d'un matelas de 1,90m sur 0,85m, d'une épaisseur de 15cm, recouvert d'une housse plastifiée bleue, posé à même le sol, de deux draps et d'une couverture. Les soignants ont expliqué aux contrôleurs que le cadre métallique du lit avait été retiré car un patient s'en était servi peu de temps auparavant pour tenter de fuir en accédant à une bouche d'aération placée au ras du plafond. La chambre est dépourvue de tout autre mobilier. » (CGLPL 2011a, p. 35)

Tout élément laissé dans la chambre d'isolement – un seau pour les besoins, même une porte de séparation, un cadre de lit – , peut être utilisé tant dans les tentatives de résistance à la contrainte, d'agression de ceux qui l'exercent ou de ceux qui sont autour, mais aussi pour combler le vide imposé par cette réclusion. C'est à ce risque que répond l'adaptation progressive de l'aménagement de la chambre d'isolement (la fermeture de la partie sanitaire en ne laissant qu'un seau à disposition) voire son aménagement (la suppression d'une porte à la partie sanitaire).

Ce type de récits associé à la discussion de l'aménagement des chambres d'isolement est récurrent. J'accompagne un jour Sylvie, la psychiatre responsable du service d'hospitalisation et Guillaume, le cadre supérieur du secteur A, qui doivent voir un patient, M. Boudrissa, hospitalisé temporairement dans le service D., faute de disponibilité de la chambre d'isolement du secteur A. Le service D. est situé dans un pavillon du Centre hospitalier Philippe Paumelle. En attendant que se regroupe le « renfort hommes », des soignants masculins d'autres services qui doivent venir pour sécuriser l'entretien avec ce jeune homme, Guillaume échange avec les soignants du service D : le psychiatre responsable de ce service, la cadre infirmière et des infirmiers et infirmières présentes dans le bureau infirmier à ce moment-là. Guillaume veut entretenir les relations avec les collègues à qui est délégué l'« accueil » d'un patient supposé difficile, en insistant sur le fait que la chambre d'isolement du service A était occupée. Il entend désamorcer le soupçon selon lequel le transfert n'aurait pas été effectué par pure impossibilité mais aussi par volonté de se décharger d'une situation appréhendée. Il décrit le service d'hospitalisation A comme mal adapté à l'accueil de ce

« type de patient », notamment par l'impossibilité de recourir à des renforts étoffés, comme sur le site de Philippe Paumelle (commentaire d'ailleurs risqué qui pourrait renforcer le soupçon au lieu de le désamorcer²²⁵). La discussion s'oriente de la même façon vers la question de ce dispositif de réclusion et sur l'évolution dynamique de l'aménagement des chambres d'isolement à travers la mise à l'épreuve parfois dramatique qu'en font les patients enfermés :

« Dans le temps d'attente, discussion sur l'équipement des chambres et la question de la contention : Guillaume souligne qu'ils ne sont, dans le secteur A, pas « équipés » pour ce type de patient [...]. La cadre infirmière du lieu décrit comment ils ont réaménagé une chambre au fur et à mesure que les patients cassaient le matériel : lit scellé par un point, puis par trois points ; grille installée sur le radiateur qui avait été arraché, puis sur la clim', actuellement en voie de détérioration ; après qu'un patient a jeté son seau un certain nombre de fois à la tête des soignants, toilettes à la turc. Ils discutent technique : Guillaume raconte son voyage dans un hôpital à Strasbourg où ils sont "clairs avec ces questions" : leurs chambres d'isolement sont bien équipées, tout le matériel est sans angle. À la Clinique Bouvreuil [*où est localisé le service A*], c'est mal conçu. Il a participé à l'aménagement d'une [*autre relocalisation*]. Mais tout n'a pas été obtenu à l'époque : ils ont alerté sur les fenêtres. Réponse : "On les changera quand il y aura un incident". Moins de deux semaines plus tard, une patiente s'est défenestrée. Ils ont changé les fenêtres. Question de la cadre de D, car il n'a pas précisé : "elle est décédée ?" "Non, non, elle a eu une fracture du bassin", le psychiatre local : "Ah quand même", "Non, non, mais maintenant, ça va" [*ce n'était pas l'enjeu de son récit*]. Guillaume raconte ensuite la contention d'un patient sur un "matelas bleu" [*ignifugé*] – au lieu du lit à poignées – comment "le type a pu ensuite jouer au lasso avec ses liens" [*après avoir réussi à se détacher, faute d'adéquation du matériel*]. » JDT, notes du 010307 à propos de M. Boudrissa – lors de la visite au pavillon D

Les « petits incidents » ne sont pas rares, et certains événements peuvent être dramatiques, comme la défenestration de la patiente. On lit dans ces exemples, qui pourraient être multipliés, la mise à l'épreuve quasi exhaustive des éléments qui composent la chambre d'isolement : pas par un patient dans une chambre, mais par la multiplicité des personnes dans une multiplicité de chambres au cours d'une certaine durée, qui potentialise le risque qu'un événement arrive. Localement cependant, c'est la mise à l'épreuve partielle des chambres qui conduit à leur aménagement progressif. Au mieux, c'est au niveau de l'établissement qu'est conduite une politique d'« amélioration » des chambres d'isolement. Au pire, les chambres d'isolement sont progressivement dénudées de ce qui risque de constituer une arme, leur sécurité renforcée par des grillages, et la pièce reste dans un état dégradé, avec des murs sales, des inscriptions aux murs.

Tous les dispositifs de contrainte font l'objet un jour, quelque part, de formes de résistances, parfois jusqu'aux plus extrêmes. Les échanges entre professionnels sur ces dispositifs font intervenir de façon récurrente les récits d'expériences vécues ou rapportées de ce qu'a fait, un

²²⁵ Sur le modèle de la vieille plaisanterie : « je ne t'ai jamais emprunté de seau, et en plus il était troué », où le deuxième argument invalide le premier.

jour, quelque part, un patient : tout ce qui est démontable a été démonté, tous les objets manipulables, tous les éléments d'aménagement qui ont pu être détachés ont pu être utilisés comme élément d'agression, comme projectile, arme, comme élément de destruction de la pièce, comme arme contre soi, comme outil d'évasion. Les récits insistent sur les éléments spectaculaires : comment un patient a démonté la grille d'aération sans instrument, renversé le lit d'hôpital pesant une centaine de kilos, dégonflé une porte, détruit le cabinet de toilette, repeint la pièce de ses excréments ; ils insistent sur la disproportion entre l'outil et sa capacité de destruction : le stylo avec lequel l'un a creusé le mur, celui qu'un autre a essayé de s'enfoncer dans la gorge. À l'intensité de la contrainte peut répondre, un jour, quelque part, l'intensité de la réponse qui ne connaît que les limites du possible. Limites repoussées par la créativité et l'énergie issues de la colère, de la peur panique ou du désespoir. Pour autant, tous les patients ne vont pas réaliser le « pire imaginable ». Les récits ont alors pour effet de rendre présents ensemble des risques singuliers, de les rendre sensibles, que ces récits soient mobilisés pour satisfaire un goût du spectaculaire, dans des échanges d'« histoires de chasse », dans des tentatives d'appropriation d'événements peu commensurables, à des fins de justification de mesures extrêmes, ou encore d'appels à la vigilance.

Conséquemment, la prévention de ces risques peut prendre des proportions extrêmes : enlever tout l'ameublement, dépouiller de tout bien personnel, éventuellement attacher sur un lit scellé au sol voire sur un unique matelas ignifugé, rendre possible la surveillance permanente, directe ou via la vidéo surveillance, jusque dans les toilettes, voire ne pas laisser l'accès aux toilettes, mais ne permettre qu'un accompagnement à des toilettes « à la turc » consistant en un trou dans le sol. Régulièrement, des rappels aux normes de prévention strictes sont faits et, régulièrement des aménagements, des souplesses sont introduits, pour le confort de la personne et de l'équipe, rendant son séjour plus humain et potentiellement plus « risqué ». Le risque fait cependant l'objet d'une appréciation située et les assouplissements peuvent en réalité participer d'une diminution des risques quand la « prévention » par l'augmentation de la contrainte (par la dénudation de la pièce, la séparation avec l'environnement, la privation des objets personnels, etc.), est potentiellement elle-même délétère. Le degré de tolérance des professionnels à ces dispositifs n'est pas seulement individuel ; il est localement construit une norme collective de l'acceptable. Ceux qui entrent trop en dissonance avec cette norme et ne parviennent pas à se l'approprier finissent par partir.

La chambre d'isolement est ainsi soumise ainsi à une série d'exigences dont les unes sont convergentes (surveillance « de sécurité » et surveillance « médicale » par exemple) et les

autres en antagonisme. L'exigence de sécurité porte à la fois sur la *sécurité des soignants* : qui doivent prévenir les risques, pouvoir évoluer à plusieurs dans la pièce, en sortir rapidement, alerter les collègues, et également sur celle *du patient*, qui ne doit pas pouvoir se blesser, a fortiori s'il est hospitalisé parce qu'on craint une tentative de suicide ; l'équipe est également censée assurer une surveillance médicale en cas d'aléa somatique (crise d'épilepsie, problème cardiaque). Le registre de la « sécurité » croise ici le registre « médical ». Le *cadreage médical* de la contrainte et en particulier de la chambre d'isolement fait du recours à la chambre fermée un « soin intensif »²²⁶, qui vient renforcer l'exigence de surveillance médicale et infirmière importante²²⁷. Mais cette surveillance ne porte pas que sur les conduites des personnes hospitalisées ; elle est amplement motivée par l'usage des neuroleptiques, médicaments utilisés dans le traitement des psychoses, qui peuvent avoir des effets importants sur le système cardio-vasculaire. Ceux-ci peuvent être administrés à de fortes doses en service d'hospitalisation, a fortiori lorsque la personne est mise en chambre d'isolement : peuvent être recherchés tant leur effet « thérapeutique » sur les symptômes observés, que leur effet sédatif afin de calmer une personne « agitée » mais aussi pour qu'elle « supporte la chambre fermée ». Si l'« agitation » peut être, comme on le verra, un motif de recours à la chambre d'isolement, réciproquement l'usage de la chambre d'isolement est reconnu comme facteur d'angoisse et d'agitation pour lequel le traitement sédatif est indiqué. Ce traitement peut venir ainsi répondre à l'un des états qui motive la mise en chambre d'isolement, mais il est souvent prescrit de façon systématique avec la chambre d'isolement, pour prévenir l'angoisse de l'enfermement, dans l'effet de redoublement possible de la contrainte qu'on a précédemment indiqué (ici une première forme de contrainte, la chambre d'isolement, entraîne une deuxième forme, des traitements imposés pour la supporter).

Enfin, à ces exigences – enfermement, sûreté pour le patient, soin –, s'en ajoute une autre, qui n'est a priori pas la moindre : le respect des droits de la personne, enfin ceux qui lui

²²⁶ Les chambres d'isolement sont fréquemment (re)nommées chambres de soin intensif, parfois en y associant une distinction entre les deux (voire ci-dessous « Qu'est-ce qu'une chambre d'isolement ? »). Le référentiel ANAES sur la chambre d'isolement que nous analysons plus bas s'y réfère comme à un soin intensif à trois reprises (HAS-ANAES 2005, p. 25, 47, 60). Mais de manière générale, les formes les plus coercitives de la psychiatrie sont susceptibles d'être requalifiées comme soin intensif comme les UMD, Unités pour malades difficiles, ou, dans leur intitulé même, les USIP, Unités de soins intensifs psychiatriques (voir Partie I, chap. III, sur le réinvestissement de dispositifs de fermeture). Voir l'article du psychiatre Bernard Lachaux, chef d'une UMD, « Les unités de malades difficiles : d'une histoire sécuritaire à un projet de soins intensifs en psychiatrie » (Lachaux 2012).

²²⁷ Le référentiel de l'ANAES sur les chambres fermées indique une « surveillance médicale », c'est-à-dire une rencontre, un examen avec un médecin au minimum quotidienne voire bi-quotidienne, (avec le problème des week end et jours fériés, souligné par le CGLPL) ainsi qu'une surveillance infirmière toutes les 2h au minimum avec éventuellement surveillance des « constantes » (température, constantes).

restent. La « dignité » est ainsi mobilisée au milieu du dénuement prescrit de la pièce et vient partiellement modérer l'exigence de mise en visibilité justifiée par les attentes de sécurité et de surveillance médicale. Le respect des « droits » vient également soutenir la limitation stricte de l'enfermement à ce qui est nécessaire – tout en étant dans ce contexte jugé non incompatible à son usage. La « sûreté » de la personne au sein de la chambre d'isolement est d'ailleurs susceptible d'être mobilisée au double titre du registre de l'exigence médicale et de l'exigence des droits.

C'est à cet exercice de la contrainte par les professionnels que l'on va à présent s'intéresser : la manière dont ils s'approprient le travail de contrainte au sein du service de psychiatrie, la manière dont ce travail est « dosé », mesuré, de façon à répondre aux exigences non seulement d'un usage légitime mais également « efficace », en mettant en évidence la façon dont sont collectivement établies des normes de l'usage acceptable de la contrainte.

B. Décisions de mise en chambre d'isolement : isolement thérapeutique ou mesure de sécurité et d'ordre ?

Lors de la réunion exceptionnelle qui a lieu à la suite de l'agression violente d'une soignante, Laetitia, par une patiente, Marie Monet²²⁸, le cadre supérieur de santé, Guillaume, exprime son incompréhension du fait que la patiente ne soit pas restée plus longtemps en chambre d'isolement, ou même qu'elle n'ait pas été envoyée en Unité pour Malades Difficiles (UMD), se référant alors à des situations antérieures similaires. Il met en parallèle ces décisions avec celles concernant la soignante agressée, à qui le chef de secteur demande de repousser son retour. Voici un extrait des échanges :

« Guillaume, cadre supérieur de santé : ce que je ne comprends pas, c'est pourquoi Laetitia doit voir le médecin de secteur avant de reprendre le travail, c'est pas une faute, c'est une maladresse [Parle-t-il alors de ce qu'a fait Laetitia, ou du chef de secteur ?]. Quand il y a un arrêt de travail, si on est bien, alors on reprend le travail sans aller voir le médecin. Si ça avait été M. Tilim [un autre patient], il aurait tout de suite été en UMD. Les patients qui ont besoin d'aller en chambre d'isolement le supportent très bien. [...]

Sylvie, psychiatre responsable du service d'hospitalisation : tu dis, Guillaume, qu'on a ouvert trop tôt la chambre d'isolement ? Pour moi, la chambre d'isolement, c'était une évidence le premier jour. Mais [Marie, la patiente] a reconnu immédiatement ce qui s'est passé : « Faites quelque chose pour moi,

²²⁸ Voir le premier chapitre de la II^e partie, où cette réunion est déjà évoquée.

faites-moi dormir, c'est pas normal, je suis trop violente, j'ai frappé des gens dans le métro ». Ça n'est pas comme M. Tilim, et ça, tu peux pas l'annuler.

Guillaume : elle aurait pu aller en UMD ou [*dans un autre service*]. On en a parlé. Parce que quand il y a un persécuteur désigné²²⁹, c'est le patient qui change de service. Il faut que Laetitia puisse retravailler.

Sylvie : ce que j'ai pensé cliniquement, c'est que [*Laetitia, l'infirmière*] a été persécutrice désignée dans un moment aigu. Il ne faut pas aller trop vite. » JDT, notes pendant une réunion exceptionnelle après l'agression d'une soignante

Dans ces échanges très denses où s'entrecroisent plusieurs lignes argumentatives et différents niveaux de disputes, apparaît de manière latente l'idée de punition. Selon le cadre infirmier, c'est la soignante qui serait pénalisée – par le fait de se voir imposer un entretien avant son retour et par la présence de la patiente dans le service, hors d'une chambre fermée, tandis que l'acte de la patiente n'aurait pas reçu la réponse qu'il doit. Les conditions de travail de la soignante devraient selon lui être garanties en priorité, ce qui en l'occurrence impliquerait l'éloignement ou l'isolement de la patiente qui a constitué une menace pour elle. Le bien (-être) de la patiente n'apparaît dans les propos du cadre infirmier que comme ligne d'argumentation secondaire : être en chambre d'isolement ne serait pas nocif pour elle car elle en aurait « besoin ». La psychiatre responsable du service d'hospitalisation répond alors au cadre infirmier strictement sur le plan de l'analyse clinique qu'elle fait de l'état psychique de la patiente : celle-ci peut se distancier de ses actes et la soignante ne représentait pour elle une menace, dont il fallait qu'elle se défende, que dans un délire temporaire. C'est le registre thérapeutique qui est réaffirmé comme le plus légitime au cours de ces échanges, et le cadre doit à un moment désamorcer la notion de punition qui pouvait être entendue dans ses propos, pour reconnaître la primauté du soin :

« Guillaume : la question n'est pas celle de la responsabilité, ça n'est pas notre boulot, c'est celle du soin, du bon soin qu'on donne au patient. La question n'est pas "elle est en faute, il faut qu'elle paie". »

Ici, le registre médical fait obstacle à la tentation du registre punitif – qui induirait par exemple de chercher une « réponse » proportionnelle à l'acte : par durée plus longue en chambre d'isolement, ou le passage en unité pour malade difficile. En revanche, les psychiatres responsables du secteur et du service ne répondent pas à l'accusation de négliger les conditions de travail de la soignante, pour qui il est difficile de revenir travailler tant que Marie Monet est présente dans le service ; plus tard dans la réunion, quelqu'un remarque, sans avoir l'air d'y toucher, que si ça avait été un chef de secteur, la réponse aurait été différente.

²²⁹ Un patient a un « persécuteur désigné » lorsqu'il « désigne » dans ses discours et/ou ses actes une personne qui serait la responsable de tous ses maux. C'est pour les soignants un signe indicateur d'un risque de passage à l'acte violent. Voir le lexique en annexe.

On voit ici que l'usage de la chambre d'isolement est limité et ajusté à l'évaluation de l'état de la patiente : la violence de cet acte est associée à ses troubles et ni la violence ni les troubles ne sont présumés constants et invariables. La capacité de Marie Monet tant à « reconnaître ce qui s'est passé » qu'à identifier elle-même les moments où elle va moins bien permet, du point de vue de la psychiatre du service, de ne pas étendre la contrainte dont elle fait l'objet. Au sein de l'équipe soignante, les points de vue sont partagés, voire divisés : la soignante agressée, Laetitia, craint de croiser Marie Monet ; une autre soignante soutient Laetitia, mais je n'ai pas réussi à savoir si elle pensait nécessaire de prolonger l'usage de la chambre d'isolement ou de réaliser un transfert, si elle partageait les craintes de Laetitia ou souhaitait marquer sa solidarité envers sa collègue. Certains soignants craignent un peu Marie Monet mais reportent le risque d'une nouvelle réaction violente sur la présence de Laetitia, dont ils remettent en cause en partie la réaction « maladroite » : avoir critiqué les propos d'une patiente tandis qu'elle parlait à sa mère. La plupart soutient la décision des psychiatres, en adhérant au principe de limiter le recours à la chambre d'isolement, mais aussi en l'absence de crainte envers une patiente qu'ils connaissent bien, dont ils estiment être capables d'identifier les moments où les troubles sont plus présents et les moments plus à risque.

On voit ici la manière dont la « référence thérapeutique » fait régulation : elle exclut l'usage punitif de la chambre d'isolement, à la fois comme usage non thérapeutique, donc non légitime et ajuste l'usage de la chambre d'isolement à l'état « clinique » du patient, « dosant » cet usage au minimum nécessaire.

Mais dans l'affirmation du cadre supérieur : « les patients qui ont besoin d'aller en chambre d'isolement le supportent très bien » apparaît également la manière dont la référence thérapeutique peut être mobilisée comme justification, rejoignant en cela tout à fait les conceptions jugées légitimes au sein du service.

De fait, le recours à la chambre fermée est justifié dans le service A par plusieurs motifs souvent intriqués. On distinguera, à un pôle, l'attribution d'un rôle *thérapeutique-soignant*, visant le bien du patient, le plus légitime, et, à l'autre pôle, un rôle *d'ordre*, qui lui-même se décline entre la *prévention du danger*, c'est-à-dire protéger les autres patients et les soignants de la violence effective ou redoutée du patient, jugé pleinement acceptable et le *bon fonctionnement* du service, motif souvent moins explicite, moins légitime, mais qui transparait dans les usages de la chambre fermée. Le motif « punitif » comme sanction d'une

transgression étant considéré comme blâmable. Au sein du bon fonctionnement du service, on verra un motif qui n'apparaît pas dans cet exemple, mais que l'on a mentionné précédemment : prévenir la fugue.

a) *Un rôle thérapeutique-soignant : « contenir »*

Le rôle le plus « thérapeutique-soignant », est indiqué par l'usage du verbe « contenir ». Les « murs » peuvent aider à « contenir » un patient, et ce verbe ne signifie pas simplement maintenir un patient dans un espace délimité et fermé, mais aussi, pour un patient perçu et décrit comme « éclaté », « dispersé », ou simplement « agité », l'aider à se « rassembler » et à « s'apaiser », c'est-à-dire se retrouver et se calmer.

« À propos de Mme Loubès

Khalil, infirmier : les heures de fermeture, ça lui a fait du bien, elle est moins confuse, moins éclatée...

Lucie, infirmière : elle délire un peu » JDT, staff

Les termes « éclaté », « dispersé », « agité » sont utilisés pour qualifier des états symptomatiques de psychose. La nécessité de « contenir » les personnes est décrite face à ces symptômes : l'« éclatement », la « dispersion », la dissociation, ou encore l'« envahissement » par des délires ou des hallucinations. Les termes « éclatés » et « dispersés » désignent des formes d'incohérence des propos ou de la conduite, des idées désordonnées ; quelqu'un est dit dissocié s'il est observé des formes de distorsion entre ce qu'il dit et les émotions qu'il manifeste, ou « dissocié » de son corps propre, dont il peut ne plus ressentir les limites (avoir le sentiment qu'une partie de son corps n'est plus à lui, ou que des éléments étrangers y ont été introduits). La description comme « agité » désigne également une conduite jugée symptomatique. Elle tend à désigner de façon euphémisée une conduite d'opposition, qui peut être une opposition physique, voire des actes de violence. Mais elle peut également renvoyer à une forme d'excitation désordonnée : il peut s'agir d'une personne qui va et vient, multiplie les demandes, sollicite les uns et les autres, ne cesse de passer d'un sujet à l'autre, d'une émotion à l'autre, ou passe rapidement à un niveau d'émotion intense, que ce soit tristesse, gaieté ou colère. La chambre fermée ne correspond ainsi pas uniquement à l'empêchement d'actes de violence, mais potentiellement à une excitation désordonnée. C'est ainsi qu'une infirmière décrit le temps de chambre fermée pour M. Maurel (en HL), sans qu'aucun élément inquiétant ni menaçant soit mobilisé, au contraire :

« Clarisse, *infirmière* : M. Maurel : chambre fermée pour le rassembler un peu. Il est très dispersé. Gentiment. Il "excite le sourire" (*l'infirmière cite le patient avec amusement*). » JDT, transmissions soignantes

De fait, certains patients dorment pendant ce temps de chambre fermée et en sortent plus sereins.

La notion de contenance, issue d'une compréhension psychopathologique des troubles de type psychanalytique, est susceptible d'être mobilisée à propos d'une série d'actes et dispositifs : sont ainsi évoqués la « contenance par les murs », par « l'hospitalisation » elle-même, par la présence humaine. C'est également la notion de contenance qui est évoquée à propos de la pratique du « *packing* », ou « enveloppement », réalisée dans le service (pour certains patients, avec leur accord). Un infirmier explique à un médecin récemment arrivé :

« la personne est nue, enveloppée de draps et de serviettes mouillées, puis d'une couverture, pendant pendant 45 minutes – entourée par plusieurs personnes [...] le drap se réchauffe rapidement [...] » JDT, échanges avant un staff

Le contact du froid mouillé puis du réchauffement est réputé permettre de prendre conscience des limites de son corps, de permettre la distinction corps propre-extérieur et d'avoir, comme la présence permanente des accompagnants, l'effet « contenant »-rassurant de l'emballage pour les nouveaux nés. Cette notion est courante en psychiatrie, un cadre infirmier d'un service d'urgences psychiatriques dans un hôpital général me l'évoque également, à propos d'un patient hospitalisé sous contrainte :

« Et puis on s'aperçoit que ce monsieur est effectivement complètement délirant, mais surtout très, très angoissé et très dissocié, qu'il est en rupture de tout.

Moi : Dissocié, ça donne quoi ?

T'as plusieurs phases, t'as une dissociation affective par exemple, où le patient va dire que sa mère vient de mourir et qu'il éclate de rire. T'as un discours qui peut être totalement hermétique, complètement incohérent parce qu'il y a un mot pour un autre, parce qu'il y a des idées qui fusent dans tous les sens. Il peut d'un seul coup avoir un espèce d'arrêt et puis, il se met dans une attitude d'écoute, tu as l'impression qu'il cherche des choses comme ça. En fait, c'est souvent des dissociations corporelles, c'est-à-dire que son corps n'existe plus en tant que tel. Son corps, il fait partie de tout. C'est terrible, notamment chez les patients qui sont dans cet état-là, ils prennent jamais de douche parce qu'ils se voient partir dans le siphon. Donc c'est des situations extrêmement angoissantes. Nous, on est là pour les rassembler. C'est pour ça que, souvent, soit on les contient, soit on les couche et on les borde pour que le corps soit bien ressenti. C'est pour ça qu'ils se font souvent mal aussi, pour sentir leur corps. Donc, ce patient-là, on le voit vraiment très dissocié dans son fonctionnement, avec une quête de soin, tout en sachant qu'il n'est pas malade : « je ne suis pas malade, mais je viens vous voir pour des soins ». C'est le discours généralement de la dissociation. C'est très, très éclaté. Donc, ce monsieur, on lui dit qu'on va l'hospitaliser, il dit non, qu'il n'est pas malade. Donc à ce moment-là, on dit : « maintenant, on prend la décision de vous hospitaliser, vous n'avez pas le choix, on va faire ça à votre place ». D'un coup, le patient, il monte, il dit : « non, je ne suis pas malade », mais en lui-même, il est rassuré. On l'installe sur le lit et puis on lui dit qu'on va lui donner un traitement. Il veut pas le recevoir, bien qu'il le demande, il ne veut pas le recevoir parce que, quand même, il faut qu'il montre qu'il est là. Et puis, finalement, il accepte le traitement. Là, il s'apaise, après qu'on l'ait bordé. On le serre bien et il s'apaise parce qu'on a pris la décision à sa place. Il n'a pas ce choix à faire.

Moi : Vous avez eu besoin d'utiliser de la contention ?

Non, parce qu'on a dit : « maintenant, ça s'arrête ». Il était vraiment apaisé. » Thierry, cadre infirmier aux urgences psychiatriques, entretien

Dans la manière dont le cadre infirmier décrit cette scène, la « contenance » vient décrire le fait de « border » ce monsieur, mais aussi du fait même de « border » ses décisions elles-mêmes, de décider à sa place. Il est « bien serré » dans tous les sens du terme. A un moment, celui-ci cède – que ce soit par acceptation de la décision ou sentiment de ne pouvoir résister, ce qui prévient l'usage d'un niveau de contrainte supérieur – et selon le cadre infirmier, cette contrainte est également source d'un apaisement intérieur.

b) La bonne et la mauvaise contrainte

S'il y a « glissement » entre la « contenance psychique » et la contrainte physique, comme le soulignent Yannis Gansel et Samuel Lézé (Gansel et Lézé 2015), une vertu positive n'est pour autant pas imputée à toute forme de contrainte. De « contenir » à « contention », il pourrait n'y avoir qu'un pas : de fait, l'association se fait spontanément et « contention » est bien le substantif associé au verbe contenir. Ce n'est cependant pas le cas dans le service A. Sophia, une psychiatre titulaire a ainsi 'rappelé à l'ordre' devant moi une psychiatre étrangère « faisant fonction d'interne » (déjà diplômée dans son pays mais soumise à l'obligation de passer un nouvel examen pour voir son diplôme pleinement reconnu en France) qui avait noté « contention » sur le dossier d'un patient : la psychiatre senior lui signale alors que « contention » fait référence aux sangles et qu'il faut mettre « chambre d'isolement ». Dans ce rappel, il y a tout le travail de distinction opéré localement entre la contrainte utilisée, à laquelle on assigne un rôle thérapeutique ou à tout le moins bénéfique (la chambre d'isolement), et la contrainte refusée et même repoussée comme mauvais soin voire maltraitance (la contention), ce que le chef de secteur (re)formule lors de la réunion exceptionnelle sur Marie Monet (voir la situation qui ouvre ce chapitre) :

« La contention et l'isolement ne sont pas des soins comme les autres. Il ne faut pas les banaliser. La contention, les liens, là-dessus je suis prudent. L'isolement, la chambre d'isolement, c'est contenant. Ça peut aider. Ça n'est pas la même chose que l'isolement sensoriel, qui est potentiellement négatif. » Pierre, chef de secteur, JDT, notes pendant une réunion exceptionnelle après l'agression d'une soignante par une patiente

S'il met en garde contre l'usage des deux, la contention et l'isolement, il distingue l'une et l'autre. Le double sens de contenir entre « enfermer » et « rassembler » est ainsi réparti entre le verbe et le substantif : tandis que « contenir », associé à « rassembler », permet de

retravailler le rôle de l'enfermement dans un sens thérapeutique-soignant, la « mauvaise » contrainte est rejetée du côté de la « contention » qui dans ce service est synonyme des sangles, ainsi que du côté de l'isolement sensoriel. Un jour, les sangles sont utilisées dans le service, pour un patient qui est arrivé attaché pendant le week-end. L'équipe ne connaissait pas ce patient, qui l'inquiétait, et n'a pas voulu le détacher à un moment où l'effectif est moindre. Le chef de secteur revient sur ce choix et réaffirme son orientation sans désavouer directement les actes de l'équipe.

« Une conjonction du contexte où on essaie de faire jouer à la psychiatrie un rôle paracarcéral et du recours à la contention comme option thérapeutique. Bon, Lacanal [*cheffe d'un autre secteur*] est caricaturale là-dessus, son service est bourré de personnalités psychopathiques, déjà la contention physique en chambre d'isolement, mais la contention par des sangles, d'une part, comme disait Eric [*un infirmier intervenu auparavant*], on devient esclave de la personne, mais c'est aussi une manière de ne pas négocier avec sa peur. Avec un patient imprévisible, il faut discuter, négocier. On n'est pas obligé de composer avec le délire quand la personne est attachée. Je ne vous dis pas de jamais le faire, plutôt pour des patients auto-mutilateurs, des patients autistes adultes qui risquent de se faire du mal. Mais pas pour des patients psychopathiques qui recourent à l'hospitalisation comme ils recourent à l'incarcération, parce que ça leur fait du bien. Il faut être très vigilant, ne pas banaliser le recours aux contentions. Je ne vous le reproche pas, mais il faut se poser sérieusement la question » Pierre, chef de secteur

Eviter le recours à des dispositifs matériels, c'est aussi s'obliger à « discuter, négocier » : avec le patient, mais aussi « avec sa peur », s'obliger à « composer avec le délire », dans une conception du soin qui passe aussi par la relation avec le patient.

Dans les services qui ont plus facilement recours aux sangles, cependant, la dimension de « contenance » peut être attribuée également à leur usage. Certains renversent la hiérarchie entre chambre d'isolement et sangles, soulignant le risque que le patient « isolé » soit délaissé (la chambre d'isolement rendrait possible de négliger/oublier le patient) par opposition aux soins rapprochés (pour lui permettre de se nourrir, de faire sa toilette, de faire ses besoins) qu'imposeraient les sangles (Bouville et Becker 1996). La « contenance » reste ainsi une figure disponible pour rendre compte de la contrainte jugée localement acceptable. Avec cet envers qu'est la possibilité de déléguer l'empêchement de la conduite dérangeante à la contrainte matérielle et de délaissé l'attention à la personne contrainte.

c) *Cadrer, rappeler le cadre*

A mi-chemin entre le thérapeutique, le pédagogique-éducatif, et le maintien de l'ordre, se trouve la notion de « cadrage », largement employée dans le service, et qui dans certaines de ses dimensions renvoie à la notion de contenance : « cadrer », « rappeler le cadre », signifie à

la fois resituer le contexte de l'hôpital, le redéfinir comme le lieu de soin et un lieu de vie collectif, rappeler les *règles* de ce lieu et poser des limites aux demandes et aux actions. L'« indication » en est ainsi « posée » dans son versant thérapeutique lorsqu'il s'agit de limiter la « toute-puissance » du patient, c'est-à-dire son sentiment non seulement d'être capable de tout faire, mais aussi son sentiment d'avoir le droit de tout faire, l'idée que son désir fait loi, qu'il lui est légitime de faire impunément ce qu'il veut. La notion de cadrage renvoie ainsi implicitement également à des conceptions psychanalytiques sur le rôle de la loi dans la construction psychique :

« Pierre, *psychiatre, chef de secteur* : on est repérés comme souples, voire laxistes. On utilise la chambre d'isolement le moins possible, et ils ne sont pas attachés. C'est un choix. C'est plus facile de négocier quand ils ne sont pas attachés. Mais tu as raison, la négociation avec un patient dans un état maniaque, ça sert à rien, ça monte. C'est bien que tu le dises, on est toujours entre deux positions, une position humaniste, réduction de la contrainte, mais il ne s'agit pas de tomber dans les « bons sentiments et le masochisme ».

Eric, *infirmier* : je crois qu'il y a une demande « arrêtez-moi », c'est cadrant, structurant. Et il faut prendre en compte la dangerosité de la situation. Il faut qu'on se protège, qu'on pense à la sécurité des soignants. [...]

Sophia, *psychiatre* : il faut être clair sur ce qu'on peut négocier, et ce sur quoi on ne peut pas négocier, il faut cadrer les choses. Il y a des petites négociations possibles, sur la cigarette. »

JDT, réunion de synthèse, à propos de trois patients hospitalisés avec lesquels il y a eu des difficultés peu de temps auparavant

L'échange, à l'initiative d'un infirmier, Eric, porte sur trois patients qui ont mis en difficulté le service quelques jours avant la réunion. La discussion porte notamment sur le fait d'avoir hésité au moment de la mise en chambre d'isolement, ou sur le maintien dans la chambre d'isolement. Le « c'est », dans le « c'est cadrant », se réfère à la fois au fait d'utiliser la chambre d'isolement et par ce moyen de « dire stop », « dire non ». On voit ici l'association de deux pôles de motifs dans le recours à la chambre d'isolement : le pôle soignant, avec le caractère « cadrant, structurant » de la chambre fermée, et la nécessité de garantir la sécurité des soignants. En outre, le caractère contraignant de la chambre fermée est désamorcé en la justifiant par une demande non-formulée par le patient mais *manifestée* par ses actes. Il y aurait de plus une distinction à faire sans doute entre « ordre » et « sécurité », en l'occurrence, sécurité des *autres*. Mais avant cela, il faut d'ores et déjà remarquer qu'il n'y a souvent pas solution de continuité entre les motifs thérapeutiques-soignants et ceux que j'ai regroupés sous la notion d'« ordre-sécurité ». Si, dans l'extrait qui précède, les deux types de motifs sont distingués au sens où ils sont énoncés séparément, ils sont associés et censés se renforcer mutuellement dans la conclusion vers laquelle ils convergent.

La continuité apparaît plus nettement dans l'expression que l'on retrouve dans la justification des hospitalisations sans consentement comme du recours à la chambre d'isolement : « être un danger pour soi ou pour les autres » :

« Je l'ai jamais aimée [*l'hospitalisation sans consentement*], en même temps, je sais qu'il y a des moments où on peut pas faire autrement. Mais c'est vraiment en dernier recours. Au même titre que les chambres de soins intensifs dans un lieu d'hospitalisation, pour moi, c'est vraiment en dernier recours, dans le cadre de sécurité de la personne et non pas du systématique dès que la personne bouge un petit doigt.

Sécuriser la personne c'est-à-dire ?

En milieu hospitalier, quand on a affaire à quelqu'un qui est très délirant, qui peut être dangereux, encore une fois pour lui et pour les autres, il y a une promiscuité aussi qui fait que... La promiscuité peut être très dangereuse pour celui qui est hospitalisé, qui est fragile. Il peut tellement mal le ressentir que l'angoisse montant, il tape.

Quand il est à l'extérieur de l'hôpital ?

Quand il est à l'hôpital. » Brigitte, infirmière CAC

Brigitte établit ici une analogie entre hospitalisation sans consentement et chambre fermée, les caractérisant toutes deux comme outil de « dernier recours », les inscrivant dans la finalité de la « sécurité de la personne ». Dans ces expressions, l'enfermement (dans l'hôpital ou dans la chambre d'isolement) est défini comme *protection*, avec une indétermination et même une continuité établie entre ceux que cette mesure est censée protéger. S'agit-il d'une mesure pour le patient ? Auquel cas on reste dans un motif thérapeutique-soignant, à tout le moins visant son bien. Ou d'une mesure pour ceux qui sont autour de lui ? Auquel cas il s'agit plutôt d'une mesure d'ordre. En associant les deux ou en laissant l'objet de la protection indéterminé, on s'autorise à ne pas trancher entre ces deux motifs. Il y a un bénéfice dans la confusion des motifs qui est de ne pas éclaircir ce dont il s'agit.

De même que pour la notion de « contenance », « cadrer » peut se traduire par des opérations diverses. Lors d'une réunion de synthèse du CAC, Pierre, le chef de secteur, revient sur la proposition que Paul²³⁰ a faite à un patient, Georges Maurel, de venir prendre ses traitements au CAC, alors qu'il était prévu qu'il aille au CMP :

« Pierre, chef de secteur : Le but avec Georges Maurel, ça n'est pas de le soigner en trois ans, mais le ritualiser, il a une psychose très désorganisée : il faut l'organiser par des rituels de soins pour lui cadrer sa journée. C'est la ritualisation qui calmera ses angoisses psychotiques. »

À la souplesse proposée par Paul, le chef de secteur oppose une régularité (des « rituels de soin ») qui répondrait à la « désorganisation » et aux « angoisses » des troubles psychotiques de M. Maurel.

²³⁰ Médecin assistant, Paul exerce selon les jours au sein du service d'hospitalisation et au CAC.

Quoique le plus souvent associés à un pôle « thérapeutique » ou au moins « bienfaisant », les motifs relevant de manière plus distincte du pôle « ordre-sécurité » sont cependant identifiables. Ainsi, les soignants pourront justifier la mise en chambre fermée parce qu'un patient « fait monter le service », c'est-à-dire que par son « agitation », qu'elle soit excitation joyeuse, sollicitations fréquentes et/ou agressivité et menaces, le patient énerve à leur tour les autres patients, qui s'excitent, s'inquiètent, s'angoissent, s'énervent, sollicitent, etc. :

« Quelque fois on est devant un double choix : si... soit j'enferme le patient...soit... au risque qu'il fasse flamber... ça on l'a vu avec les maniaques, ils ont un tel comportement libidineux, expansif, ils sont dans la phase aiguë de la maladie, alors soit on les laisse au contact des autres, ce qui veut dire que c'est les autres... il risque de rendre un peu plus mal... Soit on isole une personne – enfin, voilà, il y a des choix qu'il faut faire, moi je me dis, c'est pas gênant... » Gilles, infirmier, entretien

Gilles évoque ici un isolement qui ne vise pas en soi le bien du patient, mais qui est motivé par le fait que, dans l'état où il est, le patient risque de déclencher des réactions chez d'autres patients, suscitant leur inquiétude, leur impatience, le sentiment d'être agressé, jusqu'au risque de les « rendre un peu plus mal » voire de les faire « flamber ». Cette dernière image représente l'état de certains patients comme spécifiquement « inflammable », plus sensibles aux interactions qui sont susceptibles « d'alimenter » leur pathologie. Il s'agit bien alors d'un « double choix » pour les soignants, qui doivent arbitrer entre les intérêts potentiellement antagonistes de différents patients présents ensemble. Ce d'autant plus que, si la chambre fermée est représentée comme un apaisement pour certains patients, les soignants savent combien elle peut être angoissante pour d'autres ou vécue comme une atteinte qui suscite leur résistance. Gilles poursuit en se mettant à la place de celui qui est « enfermé » :

« Alors c'est pareil, hein, c'est un enfermement... Là tu me dis que tu m'enfermes, tu vas me faire beaucoup rire. Par contre si tu me dis pourquoi tu m'enfermes. Moi l'important, c'est pas tant l'enfermement, c'est qu'est-ce qu'on en fait qu'est-ce qu'on en dit. On a eu des patients, moi je dis souvent à mes jeunes collègues : on peut dire non à un patient. Par contre, on peut rajouter pourquoi on dit non. Ben oui. Un patient qui vient, ça va te paraître ridicule, évidemment, demander du papier toilette, si tu lui dis non, il va peut-être se mettre en colère. Par contre si tu lui dis : non, je suis désolé, l'hôpital est en rupture de stock, la colère ne sera peut-être pas la même, pas dirigée de la même façon. Tu vois ? C'est, pour moi, ça c'est important. » Gilles, infirmier, entretien

Il contourne l'enjeu du « double choix » (entre préserver le bien du patient perturbant et l'enfermée pour préserver les autres et un ordre supportable au sein du service, dont finalement il n'envisage que la deuxième branche de l'alternative), en orientant sur *la manière* de mettre en chambre fermée et de l'expliquer. Quel que soit le choix (« on peut dire non à un patient ») il est possible de l'assumer devant le patient et de lui expliquer – ce qui permettra éventuellement de désamorcer une réaction de colère (qu'il évoque ici à propos d'un refus sur

une demande ponctuelle (de papier toilette), mais qui dans la logique de son propos évoque la colère potentielle de celui qui est mis en chambre fermée).

Le patient nettement menaçant ou qui a usé de violence au sein du service, ainsi que celui qui arrive en hospitalisation d'office à la suite d'une histoire d'agression, sera mis en chambre d'isolement – comme M. Gand, qui frappe un autre patient :

« Le matin, M. Gand a frappé George Maurel au ventre. Il est vu en entretien par Paul, médecin assistant, et Gilles, infirmier (*je n'y assiste pas*). Ce dernier en parle à la transmission infirmière du midi : M. Gand a remercié Gilles de l'avoir « mis en cage », « ça me fait du bien » aurait-il dit. Gilles se rengorge un peu. Gilles lui a dit de s'écarter de lui-même quand il sent que les autres l'énervent. A l'heure du goûter, pendant la synthèse, M. Gand tente de faire un croq en jambe à M. Pierret. Tancé par les soignants, il va « tabasser Lucien [Zitoun] » à l'autre bout du couloir, racontent les soignants qui sont intervenus. Celui-ci a une coupure à la pommette : M. Gand lui aurait faite en le griffant. » JDT, notes après la journée

La réponse au coup donné par M. Gand est une mise en chambre d'isolement et un entretien. Celui-ci reconnaissant sa faute, louant même l'intervention des soignants et sa mise en chambre d'isolement, peut sortir l'après-midi même. Il provoque alors un patient puis en agresse de nouveau un autre. La mise en chambre fermée comme le rappel du cadre, quel qu'en soit l'effet (ici, faible), semble être du ressort classique de la gestion de l'ordre intérieur. La frontière entre *soin*, enfermement qui permettrait en soi l'apaisement, *empêchement*, le temps que s'apaisent ou diminuent les troubles qui ont pu susciter la conduite problématique et *punition*, sanction de la transgression d'une règle, paraît parfois mince.

d) *Un mauvais usage : punir*

Si le service reconnaît ponctuellement des bons usages de la contrainte, la punition fait cependant typiquement partie de ses mauvais usages identifiés. Exception qui confirme la règle, c'est en le présentant comme une boutade que le chef de secteur identifie un usage punitif légitime de la chambre fermée, à propos d'un patient résidant à long terme dans le service, et en associant le terme de « punition » au champ lexical éducatif :

« Eric, infirmier : Lucien a menacé Lucie et Clarisse (*deux infirmières*)
Pierre, chef de secteur : il faut le mettre en chambre d'isolement, c'est l'une des rares indications comme punition [...] c'est un grand malade, mais c'est aussi un sale gosse mal élevé. » JDT, réunion de synthèse

Aurélie, une infirmière, confirme cet usage avec ce patient, qui fait partie de ceux qui habitent littéralement dans ce service. Si elle indique que c'est dans des moments où les soignants craignent un coup, elle le formule comme un parent un peu fâché qui renvoie son enfant en colère dans sa chambre :

« Lucien il y va, même si c'est pas marqué, il y va. Parce que des fois le mercredi quand il va en permission et que ses gentils parents ne viennent pas le chercher et qu'ils ne préviennent pas, Lucien s'énerve. Alors comme il nous insulte, des fois qu'il est à la limite de nous en coller une, donc il va faire un petit tour en chambre pour se calmer, et les feuilles, elles sont pas faites. » Aurélie, infirmière, entretien

Ce commentaire marque les relations de familiarité qui s'installent dans le service, et un usage de la chambre fermée qui s'inscrit dans la gestion des humeurs collectives et l'encaissement des affects individuels intenses que traverse chacun – ici la forte déception de M. Zitoun, qui chaque jour réclame de pouvoir appeler ses parents, et tous les mercredi matin demande confirmation de leur venue, les attend en avance dans le hall de la clinique, et constate certaines fois leur absence. Il marque tout à la fois l'autonomie infirmière dans la gestion des chambres, et le peu de contrôle dans certaines situations. Un stagiaire psychologue présent dans le service depuis quelques semaines critiquait la façon parfois « limite » de certains soignants de s'adresser à M. Zitoun et de le « pousser » en chambre. Le cadrage « familial » de la situation conduit à ne pas respecter les procédures ordinaires, en l'occurrence la nécessité d'une prescription médicale (les « feuilles »), comme si ça n'en relevait pas.

Le fait même de ne pouvoir évoquer explicitement un usage de la chambre comme punition autrement que sous forme de plaisanterie marque l'illégitimité du motif. Lors de la réunion sur l'agression de Laetitia par Marie Monet, comme on l'a noté, le cadre de santé est 'contraint' de désamorcer la notion de punition présente dans ses propos, et de signifier qu'il se situait lui-même bien dans le cadre du soin à propos de la patiente.

Enfin, un dernier motif se situe entre redoublement de l'hospitalisation comme contrainte pour permettre le soin et le maintien de la sécurité et de l'ordre : l'empêchement des fugues

e) Empêcher les fugues

Le mode d'hospitalisation reste prégnant même s'il n'intervient que partiellement sur les limitations imposées individuellement, ce pour deux raisons principales. D'une part, parce que l'ensemble des contraintes doivent entrer dans le cadre légal de l'HSC, et ne restent pas

dans une zone indéterminée. D'autre part en ce que ce mode légal exerce ses propres contraintes : le départ « non-autorisé » d'un patient en HL pourra être qualifié administrativement comme « sortie contre avis médical » – même si cela ne décharge pas le service de toute responsabilité d'un point de vue juridique : le patient doit en effet être informé des risques associés, des alternatives de suivi possibles en ambulatoire, et s'il sort « à l'insu du service », celui-ci peut être mis en cause pour défaut de surveillance, a fortiori en cas de risque décelable (comme le risque de suicide). La sortie non autorisée d'un patient en HSC sera quant à elle systématiquement qualifiée de « fugue », et même, dans le document utilisé par les secrétaires pour relever jour après jour les entrées et sorties, d'« évasion ». Le service a une position de relative tolérance envers les fugues : le chef de secteur notamment indique qu'il n'entend pas augmenter la contrainte exercée ; il tend à voir dans les fugues l'expression de la persistance d'une subjectivité qui s'affirme chez le patient. Le service est cependant exposé aux critiques de l'administration et des collègues (la première sur le mode de la réprimande, les seconds sur un mode ironique), ce qui pèse dans le sens d'un surcroît de vigilance. Un aide-soignant d'un autre service d'hospitalisation situé dans le même bâtiment que le service A commente à propos des différences entre ces deux services :

« Ben je vais te donner un exemple, par exemple sur un truc que je vois par rapport à nous, c'est que eux ont un taux de fugue impressionnant. C'est pas notre cas. Maintenant, on n'a pas le jardin. Donc c'est... là, la différence, elle est faite. Mais en même temps, chacun prend ses responsabilités. On a choisi d'être à l'étage, maintenant on a un taux de fugue qui est normal. Maintenant, on a des fugues spectaculaires. C'est la différence.[...] » Bruno, aide-soignant du service B, après avoir souligné à la fois la bonne entente entre les équipes dans les situations où ils avaient dû intervenir ensemble et la différence entre les « projets de service ».

Une pression administrative supplémentaire peut être présente pour des patients en HO – car il faudra rendre des comptes à la préfecture, à l'époque à la DDASS (ce serait aujourd'hui l'Agence régionale d'hospitalisation). De plus, pour certains patients en HO, une instruction judiciaire est en cours, et la question de leur détention provisoire ne se pose pas tant qu'ils sont hospitalisés, mais la police peut demander à être prévenue de la sortie d'hospitalisation pour appréhender la personne immédiatement. Outre ces appels à la vigilance externe, qui relèvent à la fois des exigences de la qualité, des rappels hiérarchiques à l'ordre, et des interpellations de différents acteurs avec lesquels ils se doivent de coopérer (dont éventuellement les proches), le service identifie des patients pour lesquels il faut être particulièrement attentif : parce qu'ils sont dans un état clinique qui nécessite d'être traité, parce qu'ils craignent des gestes violents de leur part à l'extérieur ou parce qu'ils risquent de se mettre particulièrement en danger. Un autre motif s'y ajoute : leur fugue nécessiterait de déployer tout un dispositif pour se ressaisir de ces patients. Ceux qui ont rendue possible la

fugue sont exposés aux critiques internes du service et de tous les acteurs qui ont participé à la réalisation initiale de l'HSC. Ce « coût » de la fugue renvoie au « coût » initial de l'HSC, la difficulté que représente la coercition initiale, annoncer une décision imposée à la personne et non souhaitée par celle-ci, et l'éventuel rapport de force physique pour se saisir d'elle et la déplacer jusqu'au lieu d'hospitalisation.

L'usage de la chambre d'isolement à des fins de prévention de la fugue peut apparaître comme un motif relativement autonome des motifs précédemment mobilisés – mais il relève d'une fonction simple « d'empêchement », en deçà d'une quelconque visée de « transformation », qu'elle soit thérapeutique ou pédagogique, fonction déjà mobilisée dans les motifs de sécurité et dans certains motifs d'ordre (il s'agit là aussi d'assurer le bon fonctionnement du service qui s'avèrerait fautif en cas de fugue). En un sens, la chambre fermée en prévention des fugues relève d'un redoublement de l'enfermement constitué par l'hospitalisation – ou de sa matérialisation si le service est « ouvert » (non fermé à clef) par ailleurs. Elle correspond à une augmentation du degré de contrainte par le dispositif. En effet, la restriction des mouvements se fait alors dans un espace encore réduit : non plus celui de l'hôpital ni du service mais celui de la chambre : une unité spatiale²³¹.

Outre les motifs « positifs » du recours à la chambre d'isolement, positifs au sens où ils visent à produire un état nouveau (contenir, apaiser, cadrer), il existe des motifs « négatifs », où la fermeture de la chambre d'isolement a d'abord vocation d'empêchement : empêcher les désordres, empêcher des actes, empêcher les intrusions (protection). Ce recours redouble ainsi l'empêchement représenté par l'hospitalisation et est dès lors marqué par l'ambivalence. Si le chef de secteur l'identifiait comme soin, celui-ci revêt une particularité (« La contention et l'isolement ne sont pas des soins comme les autres »). Son maintien dans le registre du « bon soin » est difficile, et il peut être aisé de glisser vers d'autres usages moins assumés (rétablissement du calme dans le service, punition d'une transgression). On voit aussi que les normes propres du service peuvent jouer un rôle de « garde-fou » dans le recours à la chambre d'isolement, mais que différents registres de « biens » peuvent entrer en tension dans des cas particuliers.

²³¹ Dans les monastères et en prison, on parle d'ailleurs d'une « cellule » qui est également le nom de l'unité organique.

C. Exercer la contrainte, conjurer la violence : la régulation de la contrainte par la normativité des savoir-faire

1. L'exercice de la contrainte par la force

Au cours de mes terrains, Il m'a été très peu donné de voir des situations d'exercice pur de la force ; peut-être parce que cela était relativement rare au sein du service A, du fait des savoir-faire déployés pour désamorcer les tensions ; peut-être était-ce lié à la « facilité » (relative) des fugues, qui offraient une « soupape » pour certains patients (mais on a vu que les fermetures sont susceptibles d'être renforcées lorsque le service veut particulièrement parer ce risque de fugue) ; peut-être était-ce dû à l'asymétrie du rapport de force au sein d'un établissement institutionnel, qui conduit à avoir peu besoin de l'exercice de la force mais permet ce bon vouloir. Il me semble important de présenter ici deux scènes d'exercice pur de la force, afin que ces situations apparaissent dans ce compte-rendu du recours à la contrainte en psychiatrie que je propose ici. Sans « brutalité », exercices d'une force maîtrisée, ces deux scènes font apparaître la matérialité de l'engagement physique qui fait partie des pratiques ordinaires en psychiatrie.

Les deux scènes que je vais présenter ici se déroulent dans des contextes contrastés : la première a lieu dans une chambre d'isolement, avec un « renfort » important – la force y est utilisée de façon préventive, pour désamorcer tout risque de violence ; la seconde se déroule au domicile de la personne, il s'agit pour les soignants littéralement de se saisir de celle-ci pour l'hospitaliser.

a) « *Entretien, piqûre, plateau* »

La première scène a eu lieu lorsque j'ai accompagné Sylvie, psychiatre du service d'hospitalisation et Guillaume, cadre supérieur de santé, venir voir M. Boudrissa, hospitalisé en HO temporairement dans le pavillon du secteur D. Sylvie a déjà vu M. Boudrissa la veille au commissariat et sait déjà qu'elle souhaite lever l'HO. Elle vient dans le service du secteur D pour revoir le jeune homme, prescrire le traitement et faire le certificat de non confirmation d'HO (je reviendrai dans la partie III sur cette décision d'HO et sa levée). Avant même l'entretien avec M. Boudrissa, et en dépit du projet de levée d'HO, il est déjà prévu de lui faire une injection : M. Boudrissa s'est échappé la veille au moment de son hospitalisation, et

a été ramené par sa famille. Il est gardé depuis en chambre d'isolement, et l'injection a une finalité principalement sédative : qu'il « supporte » la chambre d'isolement et que son bref « séjour » au sein du service soit facilité pour les soignants.

Sylvie, psychiatre du service A, annonce la composition de la piqûre qu'elle compte faire. « Ah de ça on n'en a plus ! - Alors de ça. »

Puis le « renfort » commence à arriver. Un infirmier demande à savoir un peu de quoi il s'agit. Ça lui est résumé en trois mots : entretien, piqûre, plateau, dans le désordre. Ils sont 8 infirmiers hommes, pas tous spécialement costauds, des petits, des frêles. Ils entrent tous dans la chambre avec la psychiatre au milieu des infirmiers. L'homme est complètement en boule sous ses draps. S'est-il déjà réveillé le matin ? A-t-il reçu des traitements ? Un infirmier réveille M. Boudrissa en l'appelant sans douceur. Il émerge. Grand corps. S'assied. La psychiatre, se présente à lui : vous m'avez vue hier. Quand il se réveille vraiment, il se lève brusquement, marche vers la psychiatre, les infirmiers tout de suite : "Asseyez-vous M. Boudrissa, Asseyez-vous." Lui : "j'ai rien à faire ici, je veux mes affaires, je veux rentrer chez moi, je veux pas qu'on me touche, me touchez pas. J'aime pas être enfermé. Déjà les fenêtres elles sont fermées/bloquées". Il s'assied, puis se lève une deuxième fois brusquement, la psychiatre se recule, se met un peu en retrait par rapport aux infirmiers. L'entretien est bref : M. Boudrissa réclame à la psychiatre de sortir : "Laissez moi rentrer chez moi, soit chez moi, soit en prison, mais pas ici". Elle lui dit qu'elle pense effectivement le laisser sortir, mais il faut d'abord régler quelques points, donc qu'il sortira tout à l'heure, et qu'il faut d'abord lui faire une piqûre. Il se relève : "Non, pas de piqûre, j'en ai déjà eu une hier". Là, les infirmiers se font signe et se saisissent aussitôt de lui et, en deux temps trois mouvements, il est renversé sur le lit coincé avec tous les infirmiers sur lui qui le tiennent. Ils appellent l'injection qui n'est pas prête. Un grand jeune homme noir en blouse, un ASH, qui porte le plateau repas et attendait en arrière, se recule. La tension monte alors que l'injection se fait attendre. M. Boudrissa : « vous me faites mal ». Guillaume, cadre de santé du secteur A, lui tient les pieds. Il est resté légèrement en retrait pendant la prise tout en y participant. La seringue arrive, un infirmier désinfecte une fesse - le jeune homme est resté fesses à l'air pendant l'attente : « Pas celle-là, c'était déjà celle-là hier », proteste M. Boudrissa. L'infirmier lui fait l'injection à l'autre fesse. Puis l'ASH pose le plateau repas dans le coin, sur indication des infirmiers, et se retire précipitamment en me faisant un signe complice que je lis comme « je retourne me mettre à l'abri ». La psychiatre est sortie de la pièce dès que l'entretien était fini, partie se renseigner sur l'état de préparation de la piqûre. Quand les infirmiers décident de le lâcher, ils se font un signe et sortent tous rapidement de la pièce sans lui tourner le dos.

Guillaume me demande si ça va. Oui, ok.

Un débriefing informel a lieu dans la salle de soins. Un infirmier se fâche de l'impréparation de la seringue. Un autre : "il aurait pas fallu le laisser faire son [kakou]... dans ces cas-là, il faut tout de suite..."

Sylvie dans un bureau appelle successivement : la famille, le lieutenant de police, la juge d'application des peines : "Ils sont d'accord, pas contents mais d'accord." La famille, elle, était contre l'hospitalisation. » JDT, notes après le déplacement pour voir M. Boudrissa en hospitalisation transitoire au service D

Par cet exemple, il s'agit de décrire une scène « classique » de contention dans un établissement hospitalier où il est possible de faire appel à un nombre important de soignants. Le moment où les soignants se saisissent du jeune homme est bref, celui-ci est rapidement « maîtrisé », et il ne se débat pas – soit qu'il ne puisse pas, soit que le rapport de force manifestement inégal l'en décourage, soit qu'il n'avait pas l'intention d'aller au delà d'une négociation verbale. Les infirmiers s'efforcent de réaliser une action rapide et efficace – l'attente de la seringue y contrevient, quoiqu'elle n'ait pas ici de conséquence. Il s'agit également d'identifier le « bon moment » pour intervenir, l'un des infirmiers estime qu'ils ont trop tardé – en tant qu'observatrice extérieure, il ne m'a pas paru que le jeune homme avait

spécialement « fait son kakou », mais le fait même qu'il se lève est perçu comme introduisant du rapport de force, du fait de sa taille, et par ailleurs, les infirmiers cherchent à déceler les signes d'une possible tentative de résistance physique, qu'il s'agit de décourager avant même qu'elle ait eu l'occasion de commencer.

b) « Pourquoi vous voulez me tuer » ?

La deuxième scène concerne Mme Fofana. Je raconte le contexte de décision de son hospitalisation à la demande d'un tiers, son fils, dans la troisième partie. C'est la deuxième fois que l'équipe du CAC rencontre Mme Fofana, ils l'avaient vue quelques jours auparavant pour évaluer la situation et décider de l'hospitalisation. Il s'agit ici de mettre en œuvre la mesure, et concrètement d'aller chercher Mme Fofana pour l'emmener dans le service :

« En bas de l'immeuble, Jean-François, Brigitte (respectivement psychiatre et infirmière au CAC) et moi retrouvons l'ambulance privée et les concierges. Les ambulanciers prennent un siège qui se fixe dans l'ambulance. La concierge monte avec Brigitte en ascenseur, les ambulanciers, Jean-François et moi à pied, jusqu'au 6^e étage. La concierge ouvre la porte du domicile et part – elle se tourne vers moi en disant « ça va aller » (je comprends après coup qu'elle me prend pour la petite amie du fils), elle est très émue. Aucune consigne n'est échangée. Nous entrons avec les ambulanciers chez Mme Fofana, sans frapper avant d'entrer. Celle-ci est dans la cuisine, elle se prépare des accras. Je ne peux m'empêcher de me dire : comme quoi, elle mange (c'était l'un des éléments énoncés dans les échanges avec ses enfants au moment de la décision d'HSC). Jean François va lui parler.

Brigitte prépare sa seringue dans une pièce à côté, où du linge sèche, pièce entièrement vide sinon. Jean François explique à Mme Fofana qu'ils vont l'emmener avec eux. Elle se récrie aussitôt : "Non, je ne suis pas malade, c'est un complot, il ne faut pas me tuer" - "Laissez-moi je vous en prie" - "Moi je veux pas venir, je vais très bien". Il re-constate avec elle les meubles cassés, les prises électriques défectueuses, l'armoire encore plus désarticulée que lors de la visite précédente. Quand la seringue est prête, Brigitte le signale à Jean François, ils se font signe avec l'ambulancier, attrapent Mme Fofana, l'allongent sur le canapé. Elle crie : "arrêtez, vous voulez me tuer, pourquoi vous voulez me tuer ? Ne me tuez pas, ne me tuez pas ! Dites-moi au moins pourquoi vous voulez me tuer ? Vous me faites mal !" L'ambulancier lui tient solidement les jambes. (Cet ambulancier explique plus tard qu'il travaillait avant au Samu et s'était déjà trouvé dans des situations semblables). L'autre infirmier regarde la scène, n'intervient pas, seulement au moment d'ouvrir le siège. Brigitte fait la piqûre en expliquant à Mme Fofana que ce n'est pas pour la tuer, juste pour qu'elle se détende et se repose un peu. Jean François lui caresse la tête. Brigitte lui remet ses vêtements en place. Ils continuent de lui parler. Elle répète qu'elle ne veut pas y aller.

Je reste derrière la porte vitrée. Brigitte m'a demandé de garder ses lunettes. Je ne veux pas gêner, j'ai peur d'être prise dans une mêlée éventuelle, et je crains que Mme Fofana me voie pendant qu'elle pense qu'on lui fait du mal, pendant qu'elle est réduite à l'impuissance, au moment où elle a peur qu'on la tue. Ils la maintiennent dix minutes sur le canapé, afin que l'injection commence à faire son effet. Puis ils l'attachent sur le siège. Brigitte éteint le gaz et l'électricité, ferme les fenêtres. Elle prend le sac et les papiers de Mme Fofana, ses clefs, et laisse le courrier. Les ambulanciers descendent celle-ci par l'escalier. Elle essaie de s'accrocher aux barreaux de la rampe, puis moins. Jean François : "l'injection commence à faire son effet."

Brigitte me confie sa veste et monte dans l'ambulance avec Mme Fofana.

En partant, elle m'a demandé : "ça va ?" JDT (sur cette décision d'HDT, voir partie III)

Je n'ai assisté que trois fois à des situations d'exercice « pur » de la force : lors de cette hospitalisation à la demande d'un tiers, lors d'une injection forcée en chambre d'isolement,

lors de l'entraînement depuis le CAC jusque dans le service d'hospitalisation d'une femme venue consulter accompagnée par un travailleur social, et hospitalisée elle aussi en HDT²³². Chaque fois un infirmier, une infirmière, un cadre, s'est tourné vers moi en me demandant : ça va ? Je ne crois pas avoir suscité la question en paraissant particulièrement émue. Cette question marque, selon moi, la conscience qu'ont les acteurs de la violence que peut représenter ce type de scène, et ce d'autant plus aux yeux d'un témoin « naïf », non « initié », indépendamment de leur conviction du bien fondé de l'action et ce, même s'ils sont satisfaits du bon déroulé de l'action qui se marque dans les deux scènes décrites ci-dessus l'absence de brutalité et l'efficacité des gestes. L'absence de brutalité est un élément central de cette opération pour les professionnels, qui permet de conjurer l'accusation de violence : l'attention à ne pas faire de gestes dangereux, ne pas blesser, ne pas occasionner de douleur ou limiter la douleur exercée à un niveau supportable et au minimum possible. L'efficacité des gestes pour maîtriser rapidement contribue à contrôler le risque de gestes dangereux.

La « violence » de la scène – pour la personne qui la subit et pour le spectateur « naïf » – réside dans ce moment de transition entre une situation où une personne est un interlocuteur qui décide pour soi, qui répond et interpelle à son tour quand il est interpellé, et une situation où ce que la personne peut dire ne compte plus et où elle ne contrôle pas ce qui est fait à son corps : en l'occurrence ici où elle est saisie, reçoit une injection et est emmenée. Cette situation constitue une rupture avec un statut ordinaire protecteur dont ces gestes constituent une transgression. Ici, la rupture du cadre ordinaire associée à ce statut n'est pas occasionnée que par ces gestes, qui sont peuvent être vécus comme une agression, mais par le fait inquiétant que des représentants d'une institution, ou des personnes qui se présentent comme telles, au lieu de venir protéger ce statut, sont celles qui opèrent la transgression et annoncent le changement de statut. Si une agression est en soi une ouverture des possibles – jusqu'à la peur d'être « tuée » comme l'exprime Mme Fofana, le fait qu'y participent des institutions rend instable les repères de confiance ordinaire, et vient alimenter les inquiétudes et pensées terrifiantes que peut avoir une personne éventuellement déjà engagée dans des constructions alternatives de la réalité, souvent inquiétantes et menaçantes. C'est ce que soulignent Edwin Lemert et Erving Goffman, la manière dont les proches et/ou les professionnels forment alliance pour répondre aux problèmes identifiés vient renforcer la crainte de collusion et de menace (Lemert 1976; Goffman 1973a) – comme le confirme parfaitement la figure du « complot », mobilisée par l'accusation par Mme Fofana.

²³² Je n'ai assisté qu'à un bref moment de cette situation, n'étant présente que dans le couloir du service d'hospitalisation, mais ni à l'entretien au CAC, ni dans la chambre d'isolement.

Une médecin urgentiste réalisant un mémoire d'éthique sur les difficultés de la *décision* d'HDT identifie de la « violence » dans l'ensemble des éléments de l'opération qui consiste à se saisir d'une personne pour l'hospitaliser sans son consentement :

« Cette violence de l'intervention dans l'échange verbal, dans la contention physique, dans la sédation chimique appliquée et surtout dans la finalité du propos : hospitaliser quelqu'un en psychiatrie sans son consentement, est difficilement acceptable et ne peut pas être satisfaisante. »

Lorsqu'elle intervient au sein d'un SMUR et non pas aux urgences de l'hôpital, elle peut avoir pour principale fonction de mettre en œuvre le transport de la personne, sans avoir de rôle dans la décision d'HDT :

« Selon les équipes, cette épreuve [*faire monter le patient dans l'ambulance*] peut se dérouler de différentes manières. Dans la version caricaturale (mais véridique) de l'efficacité sans perte de temps : intervention musclée avec plaquage au sol du patient non compliant, injection intramusculaire d'un tranquillisant à travers le pantalon ou après un déculottage public, ligotage du patient sur le brancard de l'ambulance pour le transport...

L'autre version met en place une négociation longue et parsemée d'embûches, attentive au choix des mots, essayant d'amadouer l'autre et de le convaincre du bienfait de l'hospitalisation par une argumentation douce, mais persuasive, lente mais décisive, en donnant l'impression de laisser le choix alors qu'il ne l'a pas. Au pire, cette deuxième version finit par se dérouler comme la première après échec de la discussion. » (Legrain 2006, p. 8)

Dans le type de situations auxquelles se réfère ici cette urgentiste, la décision de contrainte « administrative » a déjà été initiée par le premier certificat et la demande de tiers. L'intervention consiste alors dans la réalisation de l'hospitalisation où se joue un autre niveau de recours à la contrainte : l'obtention du « bon gré » de la personne (au besoin par différentes formes de ruse ou d'intimidation) ou l'exercice de la force. On voit que l'usage du terme « consentir » est miné par une situation où il n'y a pas d'alternative proposée à la personne. L'issue de l'action (au moins celle qui est visée, car il arrive régulièrement qu'une personne parvienne à s'échapper pendant l'opération d'hospitalisation) est pré-définie ; le champ lexical, utilisé par cette urgentiste, de la « négociation », de l'« argumentation » (« convaincre ») – qui présuppose un interlocuteur égal et rationnel, est immédiatement contrebalancé par celui de la ruse et d'un rôle instrumental de persuasion donné à la parole : « amadouer », « argumentation douce [...] », « donnant l'impression ». Mais ces efforts pour obtenir le « bon gré » s'ils réussissent, constituent une issue plus satisfaisante pour les professionnels que l'exercice pur de la force, même s'il est efficace et sans brutalité.

Une psychiatre décrit ce passage à la contrainte et à la « force » comme un moment « compliqué » :

« Mais comment dire, ce qu'il y a de compliqué, c'est de dire – quand la contrainte est entendue, symboliquement et a un poids moral, entre guillemets, c'est pas très compliqué. Je veux dire quand il s'agit d'agir la contrainte, c'est-à-dire de faire prendre un traitement de force, de faire venir de force, au moment de l'hospitalisation, le cadre est important aussi. Je veux dire, il faut avoir du monde pour le faire, je veux dire, il s'agit pas d'avoir une mêlée dans un bureau avec tout qui vole et des blessés, c'est pas le but. C'est toujours ça qu'on essaie d'éviter. Et que c'est aussi difficile de passer de la relation au rodéo. C'est vrai que tous les cadres de soins ambulatoires, contractuels, sont pas des cadres où on raffole de s'asseoir sur les gens pour leur faire une piqûre de force. Parce qu'effectivement on est dans une double casquette qui n'est pas évidente. » Marianne, psychiatre dans un service d'hospitalisation

Cette « complication » s'entend sur deux plans : lorsque la « contrainte est entendue, symboliquement et a un poids moral » sur la personne sur laquelle elle s'exerce, celle-ci s'y plie, à défaut d'y souscrire, voire idéalement reconnaît partiellement le bienfondé de la décision. Dans ce cas, l'exercice de la contrainte est fluide : de la décision suit l'action. Si la contrainte physique est plus éprouvante, c'est aussi parce qu'elle est exercée dans des situations où la personne résiste et résiste physiquement : dans le corps à corps qui risque d'y être associé, un geste violent a plus de risque de se produire. Les figures imagées du rapport de force sont multiples dans la bouche des soignants en psychiatrie, souvent identifiées d'ailleurs comme des images négatives : « rodéo », « ça va être Fort Alamo », « on n'est pas les cow-boys du service », « sauter sur un patient » etc. On peut lire des persistances d'asymétrie dans ces métaphores : le patient est-il un taureau furieux, un indien ensauvagé au prisme des récits coloniaux ?²³³ Ce sont des figures de « bagarres », qui traduisent le risque d'un corps à corps dont il n'est pas sûr qu'il pourra être contenu dans l'exercice maîtrisé d'une « contention physique » technique, à la fois efficace et non douloureuse. L'imprévisibilité qui s'ouvre dans l'initiation du passage à la coercition physique est aussi une appréhension pour soi : celle de « se prendre un coup ».

C'est le premier plan, celui d'une complication pratique de l'action.

Le deuxième plan de la complication est moral : si la personne reconnaît l'autorité de la décision, son auteur ne fait pas l'objet d'interpellation, et la fluidité de l'action n'est pas en soi source de questionnements. Dans l'exercice de la force, la contrainte se matérialise, se rend visible, sensible. L'exposition à l'accusation de violence s'accroît. De plus, la confrontation physique réinstaure une symétrisation des positions : de la même façon que s'opère une symétrisation dans la coopération, avec des formes de réciprocité et d'attente de réciprocité qui se déploient, une symétrisation se produit dans le rapport de force, dans lequel chacun s'engage sur ce plan.

²³³ Ce n'est d'ailleurs pas sans évoquer l'expression du XVIII^e siècle, qui figure dans la loi sur l'organisation judiciaire des 16-26 août 1790 : les « furieux ».

C'est ce que dit la psychiatre – « il ne s'agit pas d'avoir une mêlée » – mais, dans le même temps, passer du contrat à la contrainte c'est passer « de la relation au rodéo ». Alors il s'agit autant que possible d'éviter la « bagarre » par les moyens de maîtrise de l'exercice de la contrainte. Le travail de mise en œuvre professionnelle de la contrainte passe ainsi par la maîtrise et la mesure de l'exercice d'une contrainte à la fois ajustée à ce qui est nécessaire et qui évite la violence – physique tout au moins, la douleur autant que possible, et au moins la blessure. La symétrisation apparaît également dans l'indétermination de ceux qui seraient « blessés » dans le cas où il y aurait « mêlée » et « tout qui vole » : la personne elle-même, les professionnels ? Pour l'exercice de la contrainte professionnelle, il en faut ainsi les conditions : des professionnels suffisamment nombreux entre autres : le nombre (de contraignants) installe en effet un rapport de force qui peut dissuader la résistance ; il permet d'assurer la maîtrise du corps en cas de résistance plus rapidement et plus efficacement (comme dans le cas de M. Boudrissa ci-dessus), il rend ainsi possible une meilleure maîtrise des gestes des professionnels, ce qui est plus protecteur pour l'ensemble des participants (voir le chapitre sur l'exercice de la contrainte).

Cette psychiatre manifeste la réticence morale, à changer le cadre de relation « contractuelle » antérieurement établi, qui existe a fortiori dans les cadres de soins ambulatoires. Elle manifeste une réticence à passer à la « bagarre ». Et elle rend compte de ce qu'exige la contrainte physique, dont la question des moyens pour l'exercer.

c) L'intégration de certaines formes de contrainte dans le répertoire d'action professionnel

L'exercice de la contrainte jusqu'à l'usage de la force ne va ainsi pas de soi. L'assimilation de la contrainte dans le répertoire des actions légitimes est progressive ; elle s'insère dans une initiation qui passe à la fois par la familiarisation avec des situations d'exercice de la contrainte, et par l'appropriation des manières d'en rendre compte positivement. Les jeunes professionnels sont davantage susceptibles de faire état de cette transition des regards. Ainsi, à l'occasion d'une question sur les différents stages qu'elle a effectués en psychiatrie, Claire, une interne, évoque une situation – non celle où elle a assisté pour la première fois à l'exercice de la contrainte par force, ni celle où elle a dû l'exercer elle-même – mais celle où elle a dû décider de l'exercice de cette contrainte :

« Je me rappelle de la première fois où je me suis retrouvée justement seule, et c'était justement une ado, une ado qui avait fait pas mal de passages à l'acte où elle avait fait des tentatives de suicide, et qui

était dans un contexte familial avec plein de violence et d'agressivité, et carencée, abandonnique, et donc, je lui avais... j'étais assez inquiète et je pensais qu'il fallait qu'elle soit hospitalisée. Elle a refusé, et à un moment donné, pendant l'entretien, elle s'est levée en me disant : 'Moi je m'en vais, je reste pas là, de toute façon, je vais fuguer, vous n'avez aucun moyen de me retenir', et j'ai toujours pas réussi à me dégager de ça, parce que j'ai eu un mal fou à aller prévenir l'équipe en disant : il faut la retenir. Et même, au vu de l'unité d'urgence qui a les portes ouvertes, il faut qu'on l'attache au lit, quoi. *Et elle hurlait, elle hurlait, elle nous insultait, en nous disant qu'on était les pires des salauds.* Et j'avais fait appel à l'assistante [...] Et je pense vraiment que c'était une assistante géniale, très accompagnante, en fait elle m'a aidée en en discutant avec moi, mais elle n'a pas voulu venir voir la jeune avec moi. Et sur le coup j'avais trouvé ça horrible de sa part, je pensais qu'elle avait été très vache avec moi. En même temps, c'était important que je m'y retrouve confrontée, et il fallait que j'apprenne, quoi. *C'est insupportable d'attacher quelqu'un.* D'autant plus insupportable que *tu as du mal à te dire que si tu fais ça c'est pour le bien de la personne.* C'est ça en fait qui te fout la pagaille dans ta tête. Si tu n'arrives pas à te raccrocher au fait que tu fais ça pour son bien et que toute l'agressivité qu'elle te lance, il faut que tu arrives à la réceptionner en tenant bon, parce que c'est ça... heu... tu te demandes jusqu'où tu vas... je sais pas...

Moi : Tu te demandes si... tu te dis : on a du mal à dire que c'est pour son bien parce qu'au moment où on le fait on a tellement l'impression de faire du mal que... ?

Oui, c'est hyper violent quoi. En fait, tu te dis que putain, t'as pas fait ce métier pour ça, enfin, je sais pas. [...] finalement les infirmiers sont arrivés et lui ont attaché les quatre membres, et on l'a, je pense que j'ai dû être obligée de lui mettre un traitement injectable parce que laisser quelqu'un de très angoissé, de très énervé, attaché sans sédation, c'est pire que tout. Et en même temps, pareil, tu te dis, merde, j'ai pas fait ce boulot-là pour faire des gens des légumes, et en même temps t'es sûr que dans ces moments-là c'est la meilleure chose à faire parce que sinon... [...] il y avait un autre assistant qui était venu me donner un coup de main. On avait rencontré la famille, et on avait fait en sorte qu'elle puisse être hospitalisée avec l'accord des parents... » Claire, interne, entretien

L'intégration de l'usage de la contrainte et de certaines de ses déclinaisons : se saisir de quelqu'un, l'enfermer, éventuellement l'attacher, le « sédater » (lui injecter un calmant), se fait à la fois par la fréquentation d'un espace où cet usage est normal et légitime, et la répétition des « bonnes raisons » de le faire. L'inquiétude morale décrite par cette interne vient du fait qu'elle se représente simultanément deux manières de décrire ce qui se passe et ce qu'elle y fait. La décision d'hospitaliser une jeune adolescente est d'abord présentée comme étayée par une accumulation d'éléments dont elle a appris dans sa formation que c'étaient des signes d'alerte (« qui avait fait pas mal de passages à l'acte où elle avait fait des tentatives de suicide, et qui était dans un contexte familial avec plein de violence et d'agressivité, et carencée, abandonnique, et donc, je lui avais, j'étais assez inquiète et je pensais qu'il fallait qu'elle soit hospitalisée »), de même que la décision de lui faire une sédation associée à la contention : « j'ai dû être obligée de lui mettre un traitement injectable parce que laisser quelqu'un de très angoissé, de très énervé, attaché sans sédation, c'est pire que tout. ». Ce sont deux décisions qu'elle décrit sous la modalité d'une nécessité « il fallait », « j'ai dû être obligée » qui relèvent des exigences de la situation elle-même. Cependant persiste une autre lecture de la situation qui relève de sa sensibilité morale antérieure (« j'ai pas fait ce boulot-là pour faire des gens des légumes ») et des discussions avec ses amis, par laquelle elle ne parvient pas à inscrire entièrement ce qui se déroule (le fait de l'attacher par

les quatre membres et de lui injecter un calmant) comme visant un bien *pour la personne* : « C'est insupportable d'attacher quelqu'un. D'autant plus insupportable que tu as du mal à te dire que si tu fais ça c'est pour le bien de la personne. »

Si la poursuite de l'exercice professionnel dans des lieux où ce type de contrainte s'exerce passe par l'acceptation de l'intégration des formats locaux de contraintes comme acceptables, nécessaire ou légitimes, cela ne passe pas nécessairement par l'entière banalisation de ces pratiques. D'une part, selon les services, le partage entre pratiques acceptables ou problématiques voire illégitimes n'est pas toujours opéré de la même manière, d'autre part, même dans des services où un certain nombre de contraintes sont acceptées et utilisées, celles-ci peuvent conserver leur caractère problématique.

Les professionnels qui sont passés par plusieurs services, comme les internes, qui réalisent plusieurs stages successifs de 6 mois, ou les soignants qui ont changé récemment de service, témoignent de l'extrême variété des usages selon les services – entre ceux qui font commencer toutes les séjours en HSC par le triptyque « pyjama - chambre fermée - pas de visite », ceux qui utilisent couramment les sangles ou au contraire presque jamais, etc. Une jeune infirmière décrit l'usage fréquent des sangles dans le précédent service où elle travaillait, qui est aussi le premier service de psychiatrie où elle a travaillé :

« Donc après ça fonctionnait exactement comme ici [...] Par contre la politique du service là-bas c'était plus : attacher les patients. Donc c'étaient pas mal de contentions. Donc ça au départ ça m'a un peu choquée parce que j'en avais jamais vues, à part entendu [parler] en cours, donc voilà, au fur et à mesure on s'y fait, et puis voilà. » Aurélie, infirmière, entretien

Aurélie décrit le choc de la découverte, et la normalisation par habitude. Elle voit la différence avec le service A : « par contre la politique du service là-bas c'était plus : attacher les patients », mais cette différence ne constitue pas un critère dirimant, puisque la première chose qu'elle affirme est que « ça fonctionnait exactement comme ici ». Les plus « anciens », ou ceux qui ont davantage été initiés à la psychiatrie dans le secteur A ou des secteurs similaires, construisent davantage une différence « forte » entre les secteurs qui utilisent les sangles et ceux qui ne l'utilisent pas. Claire, interne au secteur A, décrit le contraste qu'elle a ressenti entre son précédent stage, dans un service d'un autre établissement psychiatrique, et celui-ci :

« À B. [*nom de l'autre établissement psychiatrique*], dans le service du docteur Toussaint, j'ai passé 6 mois, c'est pour ça que ça m'a fait un choc de passer de chez Toussaint à chez Fauveau [*le secteur A*], parce que chez Toussaint on attachait fréquemment des gens, notamment des gens qui venaient pour des phases maniaques qui étaient dans une excitation psychomotrice énorme. À B., souvent, les 3 premiers jours, ces gens-là, ils étaient hyper-sédatisés et attachés. Quand tu vois le fonctionnement chez Fauveau

« c'est quand même pas tout à fait la même chose. Ils laissent les choses assez ouvertes même s'ils sédatent avec les médicaments, c'est rare qu'ils enferment les gens. » Claire, interne, entretien

Les internes, au cours de leur formation, vont ainsi passer dans des services qui ont des pratiques plus ou moins éloignées les unes des autres, et tandis que des pratiques proches vont confirmer la « normalité » de l'usage de tel ou tel type de dispositif, le contraste entre d'autres va faire apparaître la possibilité de fonctionner autrement. Claire souligne cependant l'usage dans le service A des traitements à des fins sédatives. Bruno, aide-soignant dans le service d'hospitalisation B, décrit le fait que son service utilise actuellement davantage la « contention » (le fait d'attacher un patient au lit) :

« [à propos de la contention] « Alors ça c'est... curieusement, c'est pas dans la pratique du service, et j'ai le sentiment que ces derniers temps, on l'utilise de plus en plus. Et... pourtant, jusqu'à maintenant c'était pas vraiment la pratique. Alors est-ce que c'est parce qu'on a le monsieur, le jeune homme là qui est en contentions, assez régul- en contentions perpétuelles... enfin continuellement, je pense que c'est ça qui amène à contensionner les autres aussi. Parce que là, il y a deux jours, on a reçu un monsieur, qui vient de Paumelle [*le centre hospitalier principal*], qui est en chambre d'isolement actuellement. On sentait que ça allait mal se passer pour les collègues, c'étaient deux... non c'étaient pas deux femmes, mais que ça allait mal se passer pour les collègues de nuit. Donc, on a préféré la contention, avec le médecin de garde. Et la semaine d'avant, ce fameux patient qui était du secteur E [*en hospitalisation transitoire*], pareil. On a préféré la contention, donc j'ai l'impression qu'on est dans la pratique de la contention actuellement et... bon. Je sais pas, est-ce qu'il est plus facile de faire de la contention plutôt que discuter, ou est-ce qu'il faut faire de la contention et discuter... Je sais pas. C'est pas mon... c'est pas ce que je préfère quand même. Ça rassure quand même je crois les collègues féminines... Les gens qui sont sous contention... Parfois c'est plus facile pour elles. » Bruno, aide-soignant, entretien

L'usage de formes de contrainte plus « dures », que ce soit la chambre d'isolement ou les sangles, est supposé plus rassurant – et il est fréquemment rapporté que c'est préféré lorsqu'il n'y a « que des collègues femmes » voire que c'est demandé par elles. On verra ci-après le fait que l'usage de la force est davantage attendu des hommes que des femmes. Cette recherche n'a pas exploré systématiquement les attentes genrées envers les professionnels, ni la manière dont les professionnels selon leur genre s'appropriaient la relation avec les patients et l'éventuelle anticipation de rapport de force. J'ai rencontré par ailleurs d'autres infirmières expérimentées travaillant en service d'hospitalisation qui portaient des critiques fortes à l'égard de la recrudescence du recours aux dispositifs de contrainte. Bruno décrit ici la manière dont une pratique s'est introduite avec l'arrivée d'un patient avec lequel l'équipe était particulièrement en difficulté ; cela semble avoir constitué un précédent et rendu plus facile d'y recourir pour un deuxième patient. Il affirme cependant de façon marquée sa réticence envers cette pratique, s'interrogeant sur la manière dont elle pourrait s'interposer dans l'échange, dubitatif sur la possibilité de maintenir le dialogue avec un patient contenu. Cependant il s'agit, par-delà une opposition argumentée à cette forme de contrainte, d'une réticence intériorisée, d'un partage sensible entre les pratiques acceptables et inacceptables. Il

identifie chez un de ses collègues, qui a travaillé dans un autre secteur où l'usage des sangles est courant, une autre sensibilité :

« On a un autre collègue, Denis, qui était au secteur C avant, chez comment, chez madame... chez Lacanal [*Nom de la cheffe de secteur*], Lacanal, c'est les spécialistes de la contention. Voilà, c'est peut-être plus facile pour lui [*Denis*] – c'est peut-être moins difficile dans sa tête de contenir. »

Il se dit que c'est plus normal...

Oui, probablement. Enfin, je sais pas hein ! Je sais pas, mais, je pense qu'il y a une réflexion à se faire autour de ça, sur cette pratique qu'on fait actuellement parce que c'était pas dans nos pratiques habituelles. » Bruno, aide-soignant, entretien

Le partage moral entre les actes acceptables et inacceptables est ainsi tout à la fois raisonné et sensible, et traverse les acteurs de la psychiatrie. À propos de Marie Monet, le chef de secteur, Pierre, indique, qu'ils se sont « posé la question des sismothérapies » suscitant aussitôt la réaction d'indignation de Victoria, psychiatre-psychanalyste sud-américaine faisant fonction d'interne.

« *Pierre* : c'est humain, c'est indiqué dans les cas résistants aux traitements. » JDT, Réunion après l'agression d'une soignante par une soignante

Le secteur A n'est pas familier du recours aux électrochocs, contrairement à l'un des services dans lequel a travaillé l'une des internes. Un de leurs patients, M. Stein, en a reçu en Unité pour malades difficiles où il est hospitalisé au moment où parle Pierre, et il va spectaculairement mieux après des mois de traitements neuroleptiques peu efficaces. Sa sortie d'UMD est d'ailleurs envisagée. Cela conduit le secteur A à envisager favorablement cette proposition pour Marie Monet. La « sismothérapie » (autre nom des électrochocs) ne pouvant être réalisée que dans un autre hôpital non-habilité à recevoir des HSC, l'HDT de Marie Monet est alors levée. Celle-ci accepte initialement en effet les électrochocs, mais arrivée dans la clinique où elle doit les recevoir, elle refuse, et revient dans le service, avant de sortir d'hospitalisation. Le service n'envisage en revanche pas de lui imposer les ECT sous contrainte.

D'autres pratiques sont controversées : ainsi à propos du « *packing* », lorsque l'infirmier explique ce dont il s'agit, l'assistante sociale, qui vient d'entrer dans la pièce, commente : « c'est de la torture... »²³⁴. Dans le service A, cette pratique est réalisée, des soignants y sont « initiés » (il faut une formation spécifique pour y participer), mais elle n'est pas imposée aux patients. Ceux-ci peuvent la refuser au dernier moment, comme les ECT n'ont pas été

²³⁴ Cette pratique a fait l'objet d'une controverse récente sur son usage dans les services de pédo-psy accueillant des enfants autistes. Voir (Borelle 2013, p. 131 sq.).

imposés à Marie Monet (seule patiente pour laquelle ils ont d'ailleurs été envisagés pendant mon terrain, en plus de M. Stein qui les a poursuivis après son retour d'UMD dans le service, puis après sa sortie d'hospitalisation).

Les critiques sur les pratiques psychiatriques peuvent être ainsi opérées par des personnes sur qui ces contraintes s'exercent, par des personnes extérieures à la psychiatrie, mais aussi, comme on le voit ci-dessus par des professionnels de la psychiatrie, selon toute une série de modalités : désaccord ou conflit plus ou moins explicite, protestation ponctuelle, contestation locale ou politique, recours juridique, affaire publicisée... Comme on le voit ci-dessus, les clivages sur une pratique donnée peuvent être forts tant au sein d'une même profession que dans une même unité de soins.

2. L'exercice de la contrainte

a) Exercer la force, un sale boulot ?

« Isoler un patient, lui imposer de se mettre en pyjama, lui imposer même le pyjama hospitalier, le priver de ses objets personnels, le conduire dans ce qu'on nomme le plus souvent une cellule ou encore une C.I. (chambre d'isolement), parfois devoir le contenir physiquement, tout ceci est loin d'être une tâche noble pour les médecins et les infirmiers. » (Giloux 2003, p. 117-118)

« Tout ceci est loin d'être une tâche noble pour les médecins et les infirmiers » : ainsi écrit la psychiatre responsable de l'Unité Médicale d'Accueil de l'hôpital du Vinatier de Lyon (service d'urgences psychiatriques aujourd'hui départementales), amenée à gérer fréquemment des situations de crises et à utiliser quotidiennement chambre d'isolement et contentions. L'exercice de la force en contexte hospitalier, c'est l'illustration même choisie par Hughes pour les tâches assignées au bas de la hiérarchie, à côté du « linge sale » :

« A mesure que leur statut s'élève, les infirmières délèguent les plus humbles de leurs tâches traditionnelles aux aides-soignantes et aux femmes de service. Nul n'est inférieur, dans la hiérarchie de l'hôpital, à ceux qui sont chargés du linge sale et, à l'hôpital psychiatrique, au garçon de salle dont le travail combine certaines tâches malpropres et l'usage de la force. » (Hughes 1996a, p. 64)

C'est un « sale boulot » en ce qu'il est exposé à une critique d'ordre moral. Les soignants en psychiatrie se défendent de valoriser son exercice. Ils qualifient de « cow-boys » ceux qui auraient du goût pour l'aventure, le risque, la confrontation physique, leur attribuant une

forme de témérité mêlée d'un plaisir suspect et de désinvolture, par opposition à une action réfléchie et cantonnée aux strictes limites d'un nécessaire dicté par la soin. De la même façon que le Docteur Nathalie Giroux renvoyait certains dispositifs de sécurité de la chambre d'isolement du côté du « carcéral », les soignants renvoient fréquemment l'exercice de la force à une mission de « police », à qui ils délègueraient volontiers la dimension de contrainte lors de la « saisie » de personnes susceptibles d'être violentes lors des hospitalisations sous contrainte – et à laquelle ils ont déjà eu recours, certains week-end où ils étaient particulièrement peu nombreux, pour « remettre un patient en chambre ». L'exercice de la force est également un « sale boulot » en ce qu'il est l'objet d'appréhension : la crainte de recevoir un « mauvais coup » mais aussi d'être amené à un « mauvais geste » côté soignant, équivalent du risque de « bavure » pour les policiers. Ceux qui mettent en œuvre la contrainte sont exposés, et notamment de la part de ceux qui la subissent, à des accusations véhémentes : de violence, voire de méchanceté, de sadisme, d'y investir des affects personnels : « vous ne m'aimez pas », et, toujours, de faire souffrir. Lorsque les professionnels en viennent à exercer la force, même s'ils parviennent dans nombre de cas à éviter la brutalité, fréquemment celui ou celle qui subit la force peut protester, hurler même, se débattre, exprimer sa souffrance, sa colère, sa révolte contre ce qui lui est fait, ou sa peur.

Le soupçon de sadisme, ou de profiter du pouvoir sur autrui que permet le cadre institutionnel, qui vise certains professionnels, ne vient pas que des patients. Un cadre infirmier ne me dit qu'une fois l'enregistreur éteint que son propre père était infirmier, et il m'évoque en quelques mots rapides le contre-modèle que celui-ci représentait, les bleus avec lesquels il revenait à la maison, et qui témoignaient du goût de son père pour les confrontations physiques. Claire, l'interne citée ci-dessus, après m'avoir évoqué une situation où un infirmier avait réagi avec colère envers une patiente qu'il avait mise en chambre d'isolement alors que celle-ci devait sortir d'hospitalisation, commente :

« si tu as un minimum d'éléments un peu sadiques ou pervers qui existent chez chacun hein, mais qui peuvent être attisés, je pense que la contrainte pour le coup, ça devient vraiment quelque chose de dangereux, une super-puissance de... » entretien avec Claire interne

De façon plus large, la contrainte est menacée par la transgression directe qu'elle représente vis-à-vis ce qui est au cœur des métiers des professionnels en psychiatrie : « prendre soin », ce dont témoignait l'interne : « t'as pas fait ce métier pour ça ».

L'exercice de la force relève du « sale boulot ». Mais son statut à l'hôpital psychiatrique s'avère à l'examen de la division du travail plus ambivalente que cela. Plusieurs logiques se croisent et entrent en tension : tension entre la délégation de l'exercice de la force aux hommes et l'exercice de la contrainte comme épreuve de solidarité d'une équipe, tension entre une tendance à externaliser l'exercice de la force (à la police, à des vigiles, voire des sociétés de sécurité privées) et une appropriation de la contrainte soit comme soin soit comme pratique maîtrisée qui est la mieux à même d'en écarter la violence ou la brutalité. Cette exigence est bien identifiée par Jérôme Thomas dans sa thèse sur les urgences psychiatriques. Il la décrit très précisément comme « une forme de mise à l'épreuve de la solidarité dans le service » :

« Dans la logique de sublimation du « sale boulot » de la contention, un autre point intéressant se dégage des entretiens avec les infirmiers et les aides-soignants. La contention est perçue par les soignants comme une forme de mise à l'épreuve de la solidarité dans le service. Il s'agit vraiment d'une sublimation puisque la dimension réelle de l'acte est refoulée (contraindre, priver de liberté, se confronter à la violence et à une crise de la communication et de la relation soignante) pour laisser apparaître une représentation acceptable et valorisante qui est en rapport, mais déplacée, par rapport au point de réel. Quand une contention est nécessaire, il se produit comme un rassemblement du service dont les personnels travaillent en temps normal plutôt solitairement : "on est tous dans la même galère, quand on attache, c'est plus le secteur de quelqu'un, le patient il appartient à tout le monde" ; "une bonne contention, c'est une culture de service" ; "on est vachement soudés, on n'aurait pas confiance en nos collègues, les contentions se passeraient beaucoup plus mal". » (Thomas 2010, p. 383)

Son approche d'inspiration psychanalytique ne permet pas cependant de déployer toutes les dimensions de la notion d'épreuve (avec la part de succès et d'échec – dans la « solidarité » et le « refoulement » entre autres), et de restituer le point où, bien loin de s'exclure mutuellement, pénibilité et solidarité s'articulent. Avec cette notion de sublimation, et telle qu'elle est ici décrite, on oscille entre un effet de dissimulation et un effet de dépassement de la signification pénible de l'acte. Or la participation à la contrainte comme épreuve de solidarité est indissociable de la pénibilité de l'acte : pour faire épreuve, cette pénibilité doit être reconnue et pour que l'épreuve soit réussie, la pénibilité doit être assumée. Celui qui participe, le ou la collègue infirmière, doit montrer qu'il « s'y colle » n'a pas peur de le faire/de « se mouiller », qu'il n'y met ni réticence ni mépris, qu'il l'assume comme faisant partie de sa mission, qu'il ne cherche pas à s'esquiver, qu'il ne marque pas sa place hiérarchique par la délégation des tâches pénibles, qu'il a à cœur la mission collective. C'est parce que la contrainte est identifiée comme un « sale boulot » qu'elle est une épreuve de la solidarité d'équipe et/ou du « bon esprit » d'un membre, qui acceptera d'y participer non par goût mais pour assumer les dimensions pénibles du « boulot ».

Ceux qui n'y participent pas font l'objet de mépris ou d'exclusion. Une psychiatre qui a exercé pendant plusieurs années dans une unité d'urgence raconte sa participation en première ligne aux « contentions physiques », afin de ne pas laisser les « collègues » se confronter seuls à la situation. Une infirmière critique des collègues d'autres services qui, quand ils les appellent en renfort « restent sur le côté et observent. Ils nous mettent en première ligne. » La valeur défendue est d'assumer toutes les dimensions du métier comme d'assurer collectivement la bonne marche de l'ensemble : de la même manière qu'un-e infirmier-e pourra aider un-e aide-soignante à préparer une chambre, même si ça n'est pas son « rôle propre », ou l'un des aînés des infirmiers, identifié comme « leader » dans les situations difficiles, pourra se lever pendant un staff pour aller ouvrir la porte du service quand quelqu'un sonne, afin de montrer qu'il ne méprise pas cette tâche.

L'exercice de la force est cependant délégué le plus souvent de manière genrée aux hommes, et cela, parfois explicitement : dans certains hôpitaux ou services on parle de « renfort hommes ». Une cadre infirmière d'une unité d'urgences psychiatriques, située aux portes d'un grand hôpital psychiatrique départemental, décrit ainsi les « appels à renfort », où la première question est : « est-ce que vous avez des hommes ? »

Oui, les appels à renfort, ils arrivent au standard. Ils arrivent au standard et le standard nous les... ou au cadre de permanence. Nous, ça arrive. Ça nous est arrivé hier, il y avait une situation qui était un petit peu... Alors on sait pas toujours pour quel type de situation, on sait pas. On sait qu'on était appelés, il y avait un appel à renfort sur l'unité d'admission : « est-ce que vous avez des hommes ? » Il y avait pas un seul homme ici et je dis : « écoutez, il y a un appel, il faut y aller ». Donc il y a deux infirmières qui se sont apprêtées pour partir. Donc on a une voiture de service qui est à notre disposition, elles étaient en train de monter dans la voiture, que le standard les a appelées, en disant : « non, c'est plus la peine, c'est bon ».

Moi : Dans ces cas-là, c'est plutôt les hommes qui interviennent ?

Oui, sauf que la population masculine se raréfie et certaines fois, c'est vrai qu'il faut être mis à contribution dans ce genre de situation. Alors des fois, pour faire nombre et puis certaines fois c'est vrai que ça marche, les femmes. Et puis on n'est pas dans le même rapport. C'est-à-dire un patient agité, tout dépend de l'agitation. Si c'est quelqu'un de délirant, la présence d'une femme va être très, très apaisante. Par contre, quand [le système d'alerte automatisé] appelle, on ne sait pas dans quelle situation on va se trouver, donc on va privilégier les hommes. Mais souvent, le plus souvent, il y a pas... On se roule pas par terre, ça veut dire que le nombre de trois pose la situation et il n'y a pas besoin d'une intervention visible. On est dans la négociation. Il y a certaines fois c'est vrai qu'il faut isoler. Il y a certaines fois aussi – je suis désolée de le dire – mais il faut sauter sur le patient pour pouvoir le contenir physiquement. Déjà, le fait de le contenir physiquement, ça peut sécuriser la personne et faire en sorte que la situation, l'agitation se calme un peu.

Moi : Et ça arrive que les femmes participent à la contenance [je ne fais alors pas bien la distinction entre contenance et contention] ?

Oui, voilà. Et après, elle peut aussi contribuer à la contention chimique pendant que les hommes tiennent un peu, c'est elle qui pique. Il y a des fois où le fait de faire nombre suffit. Des fois pour le patient, il y a du nombre en face, donc ça suffit. En sachant que pour les soignants, c'est vraiment le dernier recours. C'est-à-dire que personne n'aime ça. C'est vraiment, c'est vraiment pour... On signifie un stop quoi. Il y a toujours de la négociation, mais c'est jamais agréable à faire. »

En première ligne interviennent infirmiers et aide-soignants, et pour compléter le groupe des « hommes », mais parfois seulement en adjuvants, les psychiatres (on a vu cependant ci-dessus la participation d'une psychiatre aux contentions physiques). Les femmes interviennent plutôt au deuxième plan, ou pour réaliser l'injection – selon la disponibilité d'autres hommes et la force de l'exigence de solidarité. L'exemple ci-dessus indique que les femmes y vont en l'absence d'hommes. Une « virilité sans gloire », ainsi désignent Pascale Molinier et Clotilde Giujizza l'envers de cette assignation des hommes à l'exercice de la force en milieu hospitalier (Molinier et Giujizza 1997). Avec son « endroit » qui est de renvoyer à une série de caractéristiques valorisées dans la hiérarchie traditionnelle des sexes, la supériorité physique supposée (indépendamment même des caractéristiques effectives des professionnels en question), voire l'autorité qui leur est imputée. Aux femmes sera attribuée une présence « apaisante », éventuellement le recours à des modalités de présence qui passent par autre chose que le rapport de force, susceptible de faire décroître la tension. Cette « virilité » doit cependant rester « sans gloire » : il ne s'agit pas non plus d'y prendre plaisir ou d'y être indifférent. « C'est jamais agréable », souligne la cadre ci-dessus. Au quotidien, les professionnels doivent la banaliser au sens où elle ne doit pas être dramatisée, elle doit être entourée de neutralité pour rester un « acte professionnel comme un autre ». Dans les faits elle peut être banalisée en un autre sens, un sens où elle ne suscite plus l'interrogation morale – comme le montrent les variations de pratiques acceptables selon les services.

Cette attribution genrée des propriétés se redouble d'une attribution de conduites et de valeurs aux patients selon leur origine sue ou supposée, dans des représentations non dépourvues de préjugés d'un monde social où certains patients sont réputés « supporter mieux » les ordres venus des « hommes » : certains patients identifiés comme maghrébins sont ainsi notamment supposés ne pas tolérer recevoir d'ordres émanant de femmes.

La délégation de l'usage de la force aux hommes, si elle trouve nombre de contre-exemples en pratique où des femmes, infirmières et/ou médecins participent à l'exercice de la force, a cependant une autre conséquence qui est l'imputation à la féminisation des professions soignantes en psychiatrie de l'augmentation du recours à la chambre d'isolement et aux sangles, par la délégation à des dispositifs matériels du rapport de force physique. Je ne reviens pas ici sur les transformations du recrutement infirmier en psychiatrie survenues avec la suppression du diplôme d'infirmier psychiatrique de secteur en 1992 pour unifier la profession infirmière sous le diplôme unique d'infirmier diplômé d'Etat. Le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique était non seulement une formation spécifique dédiée à la

psychiatrie, alors que la psychiatrie ne représente plus aujourd'hui que quelques heures dans la formation, et le plus souvent pas plus d'un stage pendant les quatre années que dure la formation, mais une formation rémunérée accessible sans le bac et donc susceptible d'attirer des jeunes gens peu désireux de poursuivre leurs études.

b) Collusion ou triangulation – l'effet de la division du travail

La régulation des soins sans consentement est organisée en partie, on l'a dit, par l'organisation d'une « triangulation » de la décision, c'est-à-dire en faisant intervenir un tiers dans l'intervention contraignante visant à éviter l'exercice d'un pouvoir abusif et à garantir l'adéquation de la mesure. J'ai utilisé ce terme de « triangulation » à propos de l'organisation de la régulation légale de la contrainte. Ce terme vient de la psychologie systémique principalement, et désigne la manière dont un tiers peut permettre la régulation d'un conflit dans une relation duelle – il peut à l'inverse ne pas produire cet effet et être « happé » par ce conflit, pris à partie. Je l'utilise ici pour identifier les situations où l'un des intervenants peut donner à une situation un autre cours, et notamment contrevenir à ce que Goffman désignait comme un effet de collusion, où plusieurs « s'allient » dans une définition de la situation et sur la manière d'y répondre. Dans l'intervention des professionnels, la possibilité de la contrainte est aussi une « tentation » en ce qu'elle semble apporter un certain nombre de garanties : de sécurité, d'ordre, de prévention des fugues. Il est apparu que la régulation interne du recours à la contrainte vient alors également d'un effet de triangulation issu de la « division du travail de contrainte » (Lechevalier Hurard 2013) au sein des services d'hospitalisation.

La division du travail de contrainte officielle est relativement claire : la contrainte étant mise sous l'égide du soin, elle est soumise, on l'a dit, et c'est le cas tant des contentions que de la chambre d'isolement, à une prescription médicale. Les médecins sont donc en position d'être décisionnaires de la contrainte, et les soignants en position d'en assurer tant l'exécution initiale que le maintien et les conséquences de la décision. Dans ce modèle officiel, il ne s'agit ni de triangulation ni collusion, mais une organisation hiérarchique du travail – où c'est le prescripteur qui porte la responsabilité de la prescription et de son adéquation à la situation, et où l'infirmier a un rôle restreint de contrôle – par exemple, pour l'administration de médicaments de vérifier qu'il n'y a pas erreur manifeste de dosage.

Où se jouent alors les enjeux de triangulation ou à l'inverse de collusion ?

Les infirmiers sont aux prises directes avec les demandes des patients, le fait de pouvoir faire porter la responsabilité de la décision de la contrainte à un tiers leur permet, dans une mesure limitée, de s'extraire de l'exposition à la demande (de diminuer ou supprimer cette contrainte). Eux-mêmes peuvent demander une mise en chambre d'isolement pour une personne qui est source de problème dans le service. Le psychiatre peut alors faire « tiers », en s'opposant à cette demande s'il la juge injustifiée – il peut s'extraire de la pression de la relation pour examiner la pertinence de la demande. Symétriquement, le jugement d'un psychiatre peut être jugé non pertinent par les soignants parce que manquant de prise sur la réalité de la situation, la réalité des conditions de travail et/ou l'état réel du patient.

A l'inverse, les infirmiers, selon leur assurance, se donnent plus ou moins de marge de manœuvre dans l'application des prescriptions : ils s'autorisent par exemple à laisser un patient hors de la chambre d'isolement plus de temps que prévu, permettent davantage de cigarettes etc. La prescription n'est en effet pas nécessairement de 24h : il arrive fréquemment qu'il y ait des heures de sortie de la chambre d'isolement, par exemple, 2h le matin et/ou l'après midi, et que ces plages soient progressivement étendues, incluent les repas pris au self, Cette marge de manœuvre leur laisse davantage de place pour une appréciation plus fine de l'état du patient, et/ou davantage de souplesse pour de petites négociations qui assurent le bon déroulement des choses (Chauvenet, Rostaing et Orlic 2008). Cette division du travail peut donc jouer un effet de régulation de la demande de contrainte : modération du pouvoir infirmier par les médecins, aménagement des prescriptions médicales par les infirmiers.

Les médecins du service A font confiance à l'expertise des soignants et leur demandent régulièrement leur avis en staff pour suivre l'état du patient et ajuster la mesure de contrainte, doser les heures d'ouverture de la chambre d'isolement, autoriser le repas au self avec les autres patients. Ils reconnaissent aussi la difficulté de la tâche et sont attentifs à ce qu'exprime l'équipe : « tirer sur la corde » risque d'entraîner arrêts de travail voire départs du service, à un moment où plusieurs postes sont déjà vacants au sein du secteur, ce qui est susceptible de rendre la situation encore plus difficile au sein du service.

Claire, une interne qui a fait un stage au service A, décrit une réflexion partagée tant entre les soignants qu'entre médecins et soignants :

« Je pense aussi, enfin c'est l'impression que j'ai eue, il y avait aussi suffisamment de communication entre les infirmiers, et puis entre les infirmiers et les médecins, des réflexions communes, de façon à ce que les choses soient cohérentes, et que les inquiétudes des équipes soient entendues et qu'ils puissent être rassurés. » Claire, interne, entretien

L'importance de la communication est soulignée pour la cohérence des choix effectués, mais son propos fait également apparaître une division du travail du travail au sein de cette communication, où les médecins doivent tenir compte des « inquiétudes » et « rassurer ». Cela implique pour les médecins d'inclure les perceptions et les appréhensions des soignants dans leurs décisions – qui ne relèvent pas que de l'expertise propre qui peut être reconnue à ceux-ci par ailleurs, mais de leurs évaluations et ressentis, susceptibles de varier d'un soignant à un autre, de l'équipe de soignants présente à un moment « t » à une autre, selon l'expérience des uns et des autres. Cela dépend aussi des relations que les soignants ont pu établir ou non avec les patients présents, si ce sont des patients qu'ils connaissent, dont ils sentent qu'ils peuvent anticiper leurs réactions ou compter sur eux, ou dont ils appréhendent les réactions, ou des patients inconnus, avec lesquels ils n'ont pas de repères, et qui peuvent arriver précédés d'une réputation ou d'éléments des faits qui auraient conduit à leur hospitalisation :

« Cette chose qui traîne encore que j'ai vue encore hier ou avant hier, où les gens... on a un patient qui va revenir d'UMD là, qu'on connaît bien, et d'emblée la pensée c'est « la chambre d'isolement n'est pas libre ». Et c'est un petit peu ce que je te disais la dernière fois, c'est se battre contre ce genre d'idées, il est en HO, il est en, enfin il est sous hospitalisation sous contrainte, on a intérêt à avoir une autre évaluation sur l'idée de la chambre d'isolement. C'est pas le HO qui va faire qu'il doit aller en chambre d'isolement, ça doit être vraiment une évaluation clinique. Agité, pas agité, dangereux, pas dangereux. Voilà. C'est surtout parce que... Moi j'ai associé ça – purement personnel, hein – à des termes de rejet. Ce patient qui arrive, on le connaît, une équipe va aller faire une évaluation, va demander l'avis de l'équipe là-bas et si c'est comme la dernière fois, parce qu'on a déjà eu un précédent... [...] Donc là c'était clair l'équipe nous avait dit : « non, il va dans une chambre avec quelqu'un ».

Ah oui, il va même en chambre double, pas du tout en chambre seule ?...

Voilà. Donc même, on va pas du tout utiliser la chambre d'isolement parce qu'il est sous contrainte. C'est pareil, à l'heure actuelle, on voit pour l'hospitalisation sous contrainte au gré des gouvernements, on voit un peu la flambée des hospitalisations sous contrainte à l'heure actuelle. » Gilles, infirmier, entretien

Gilles, infirmier d'expérience, dénonce ici la réaction première de l'équipe à l'annonce du retour d'un patient d'unité pour malades difficiles (UMD), qui peut aussi se produire devant l'arrivée d'une personne en hospitalisation d'office, qui se traduit par la question : « la chambre d'isolement est-elle libre ? », voire par la pré-affirmation : elle ne l'est pas, arrangeons-nous pour qu'elle ne le soit pas – ce que Gilles perçoit comme une forme de « rejet ».

Mais si l'effet de triangulation opéré par la division du travail peut limiter le recours à la contrainte (les médecins limitant les demandes potentielles de chambre d'isolement de l'équipe, par crainte d'un patient ou pour fluidifier le cours du travail, et réciproquement les soignants aménageant les prescriptions, étendant les ouvertures, autorisant davantage de cigarettes), il n'est pas toujours opérant. Une interne décrit des situations de « rapport de force » avec l'équipe infirmière d'un service où elle fait ses gardes. Elle a le sentiment que les

infirmiers profitent parfois de la présence du médecin de garde pour obtenir une mise en chambre d'isolement à laquelle s'opposent les psychiatres habituels :

« Et pour revenir aux chambres d'isolement, il y a des moments qui sont assez compliqués quand tu es de garde, sur l'intra là comme je suis en ce moment, parce que tu t'aperçois que les équipes profitent que ce soit l'interne qui soit de garde pour appeler, pour t'appeler et faire en sorte que tu passes le patient dans une chambre d'isolement. Parce que les médecins qui suivent le patient tiennent bon face à une équipe qui est parfois épuisée, qui en peut plus, qui se dit que la solution, ce serait de le mettre dans la chambre d'isolement comme ça au moins ça serait un peu détendu – ce que je comprends, parce que c'est compliqué de gérer un patient qui part dans tous les sens. Cela dit, des fois, je me pose la question, de pourquoi est-ce que le médecin qui le suit a décidé de pas le faire alors que l'équipe, et toi tu entends que c'est pas la première fois qu'ils font cette demande-là. Et de passer par l'interne, ça permet un peu de nous piéger en disant regardez, il est complètement explosé, persécuté, dangereux, il faut absolument le mettre en chambre d'isolement et des fois, je pense qu'on se fait un peu manipuler, et surtout les patients comme ça sous contrainte, face aux pressions d'une équipe qu'on ne connaît pas, et ça peut être vraiment négligeable... »

Elle décrit en outre une situation, où tenue par l'exigence de « cohésion » de l'équipe, elle a eu le sentiment de ne pouvoir faire autrement que valider l'action d'un infirmier :

« J'ai eu un moment pénible dans ce service. C'était avec Assia, une patiente état-limite, qui venait alcoolisée, qui s'était pris plein de médocs, qui venait dans ce contexte-ci, qui était, qui avait très peu d'étayage, qu'on n'arrivait pas à accrocher, et l'équipe avait fini par la prendre en grippe en disant : "mais merde, à chaque fois elle vient parce qu'elle a picolé et qu'elle a pris des médicaments, elle fait rien de son hospi, elle ressort et puis on repart à zéro, c'est insupportable, il y a pas de lien avec l'extérieur". [...] donc je vais la voir et je lui dis : voilà, je pense que vous allez pouvoir sortir aujourd'hui, et machin et bidule... ah oui, et puis voilà : ils l'avaient notamment prise en grippe parce que la dernière fois elle avait demandé à ce qu'il y ait un taxi qui la ramène jusqu'à chez elle, en ayant des bénéfices secondaires. Et là pareil, elle avait remis ça sur le tapis en disant : vous allez me chercher un taxi, hein, si vous voulez que je sorte... [...]. Et puis elle avait un peu lâché le truc et elle avait dit : mais vous nettoyez mes fringues avant que je parte, je veux qu'ils soient propres, qu'on fasse une machine, je partirai pas. Et j'étais avec Alain (*un infirmier*), qui s'était mais, qui avait commencé à s'énerver, qui avait dit : "bon, on arrête l'entretien, maintenant vous sortez, vous sortez de l'hôpital, le docteur vous a dit que vous sortiez, vous sortez". Enfin ça c'est fini comme ça. Et quand elle était dans le couloir, elle a renchéri en disant : "mais moi je partirai pas sans mon linge propre, c'est clair et net, je partirai pas sans mon linge propre", et il y a Alain, je pense, qui s'est trouvé complètement débordé, et qui a commencé à aller vers elle de façon très agressive, qui l'a plaquée contre le mur en lui disant : "qu'est-ce que tu cherches, là, qu'est-ce que tu cherches ? C'est ça que tu veux ? Tu veux la confrontation ? Tu veux qu'on te force ? Mais finalement tu veux pas sortir de l'hôpital, c'est quoi cette histoire de fringues ? Ben tu vas voir, si tu veux rester à l'hôpital, ben on te met en chambre d'isolement", et il avait appelé je sais plus qui en renfort. Moi, j'étais à côté j'avais pas pipé un mot, j'avais rien dit, j'étais sous l'effet de la surprise, tu vois et il l'avait amenée [...] dans la chambre d'isolement [...] ils la maintenaient au centre du lit, ils étaient plusieurs autour d'elle, et là, il y a Alain qui me regarde et qui me dit : "Qu'est-ce qu'on fait ?" Sur le coup, je l'ai pas dit devant la patiente parce que je trouvais ça complètement déconnant, mais je l'ai regardé, et j'ai dit : "Ben, on fait une injection." Mais après, mais j'étais verte de rage, je me suis dit, mais p..., qu'est-ce que c'est que ce truc qui tourne pas rond, enfin, il faut que les soignants aussi arrivent à gérer leurs propres énervements, parce que là, très clairement, et ce qui m'a semblé énorme, c'est que la patiente à ce moment-là, elle a dit - à Alain hein – elle a dit : c'est bon, vous êtes calmé ? Et je trouvais ça énorme. C'était exactement ça. Et après, j'avais repris ça avec Alain, je lui avais dit : "Moi, plus jamais ça, quoi. Enfin, tu te rends compte dans quoi tu me mets, cette patiente elle était partie pour sortir. Elle se retrouve en chambre d'isolement, sédattée, pourquoi ? Pour une histoire de vêtements sales ?" C'est complètement déconnant. C'est vraiment quelque chose qui est compliqué à gérer la contrainte. » Claire, entretien

Les relations entre patients et soignants peuvent être éprouvantes et pousser chacun à ses limites – l'asymétrie du pouvoir au sein des services entre soignants et patients est alors

susceptible de ressurgir à ces moments. La possibilité de reprendre les situations difficiles ou identifiées par l'un des intervenants comme problématiques fait partie de la régulation des usages de la contrainte. La hiérarchie joue au sein des équipes hospitalières : il est plus aisé à un médecin de reprendre l'action d'un soignant que l'inverse. Ici, la hiérarchie existe – le médecin est celui qui prend la responsabilité de la mise en chambre d'isolement, comme d'ailleurs du fait que la patiente ne sera pas sortie d'hospitalisation ce jour-là, mais est modérée par le fait que le médecin est ici une interne, c'est-à-dire une médecin encore en formation pour sa spécialisation en psychiatrie, face à un infirmier expérimenté – ce qui ne protège pas toujours ce dernier d'actions problématiques, comme l'exemple donné ci-dessus.

c) Savoir-faire et protocoles : définir des repères dans l'usage professionnel de la contrainte et les transmettre

Le terme de « maladresse » employé par différents soignants pour qualifier l'intervention de la Laetitia dans la conversation de Marie Monet avec sa mère, lors de la réunion sur l'agression qui a suivi, renvoie à toute une série de savoirs et de savoir-faire dans la relation aux patients : savoirs et savoir-faire qui permettent autant que possible d'établir un bon « lien » avec les patients et de désamorcer une situation qui se tend. Ce sont le plus souvent des savoirs d'expériences ou transmis entre pairs, dans des « débriefs » formels ou informels suite à des situations rencontrées au fil de la pratique – où l'erreur est possible donc. La régulation de la contrainte passe aussi par ces savoirs et savoir-faire : utiliser celle-ci à bon escient, mais aussi, limiter ce recours, mesurer l'exercice de la contrainte, limiter la violence *dans* l'exercice de la contrainte. Ce sont des savoir-faire plus ou moins appropriés individuellement, mais ce sont aussi des savoir-faire d'équipe. Certains vont porter sur la dimension relationnelle jusque dans l'exercice de la force : comme la consigne « expliquer et rassurer », c'est-à-dire autant que possible parler à la personne pour lui dire ce qui lui est fait et va lui être fait et pourquoi (comme dans la contention de Mme Fofana) ; c'est-à-dire continuer de la situer comme interlocutrice, et poser des repères afin que ce passage à la force ne semble pas ouvrir la possibilité d'une violence imprévisible – même si les propos sur le moment peuvent être peu efficaces.

D'autres concernent plutôt une efficacité technique des gestes et l'ajustement des intervenants. Un « bon » exercice de la contrainte impliquera ainsi :

- une concertation efficace avant et pendant une action, l'évaluation pour savoir s'il est plus pertinent d'y aller en petit nombre, pour ne pas être dans la surenchère, ou en grand nombre, pour décourager toute tentative de rapport de force physique ; pour décider également du moment où l'exercer ;

- la maîtrise des gestes de contention, pour maîtriser le corps d'une personne sans la blesser. On observe là aussi une variété des pratiques et du partage entre pratiques normales, acceptables et inacceptables : une psychiatre dans sa thèse rapporte le recours d'un infirmier arrivé en renfort à la technique dite « du foulard », qui consiste à étrangler un patient – geste dangereux, dont il a expliqué qu'il était pratiqué dans son service (Clément 1996). Certains services exigent que l'ensemble des personnels soignants soient formés à la gestion de la violence et à la contention ;

- la maîtrise des équipements. Ce service qui considère négativement l'usage des contentions a voulu conserver sous contention un patient qui était arrivé attaché pendant un week end. Les soignants maîtrisant mal le matériel, le patient s'est détaché de ses liens, dont il aurait pu faire un mauvais usage. Le « bon » usage de la contrainte impose un investissement dans sa maîtrise, ses techniques, son matériel, qui permet d'éviter les blessures potentielles – mais qui en retour peut participer de sa normalisation comme soin. Un service visité avait un protocole de vérification hebdomadaire des « kits » de sangles – ce qui était jugé inutile dans le service A qui n'en avait a priori pas usage.

Les réactions des deux cadres commentant l'aménagement de la chambre d'isolement marquaient ce rapport différencié aux technologies de contrainte :

L'ensemble du discours de Julien, le cadre infirmier du CAC, oscillait entre la spectacularité des actes, la dimension latente ou active de la menace représentée par un patient identifié comme violent en chambre d'isolement, et une forme d'empathie avec ce que peut ressentir un tel patient subissant ces conditions pendant sur une certaine durée (il indiquait une durée de trois semaines-un mois comme relativement longue, mais cela peut être plus long encore, et être considéré comme une durée banale dans d'autres services).

La tonalité du discours de Guillaume, cadre supérieur, était différente, centrée sur les dimensions technologiques de la contrainte, la manière dont une réflexion, un savoir spécialisé issu de l'expérience, produit des objets et des dispositifs plus adaptés. Ce discours traduit un positionnement de Guillaume, arrivé plus récemment dans le secteur A, légèrement

différent par rapport à la contrainte. Julien marque une réticence critique plus forte envers la contrainte, une sensibilité à ses effets négatifs. Guillaume, lui, estime qu'il faudrait assumer davantage la contrainte, et que c'est en l'assumant qu'on garantit davantage la sûreté des personnes. Il valorise le fait que l'hôpital de Strasbourg qu'il a visité est « clair avec ces questions », ce qui le conduit à l'installation d'un matériel adapté, à l'opposé du contre exemple d'un matériel mal adapté et mal utilisé qui a conduit à une situation dangereuse : le patient qui a réussi à se détacher et qui peut ensuite « jouer au lasso avec ses liens ». Lors de la réunion exceptionnelle qui a suivi l'agression d'une soignante par une patiente, il marque cette position de « contrainte assumée » qui est issue aussi de l'expérience antérieure d'un service qui y a plus facilement recours :

« Guillaume, cadre supérieur : Les patients qui ont besoin d'aller en chambre d'isolement le supportent très bien.

Sylvie, psychiatre : oui, elle a dit la supporter très bien.

Guillaume : Chez [*Nom du chef du secteur dans lequel il a travaillé auparavant, par lequel il désigne métonymiquement le service*], il y a des patients qui restent trois mois en chambre d'isolement. Il faut rediscuter le sens de l'enfermement, il ne faut pas dire « la pauvre ». » réunion exceptionnelle suite à l'agression d'une soignante par une patiente

Il n'est pas indifférent au sort des patients, mais compte non pas sur l'empathie avec les personnes enfermées mais d'abord sur le « bon travail » : le respect du cadre juridique, le bon usage des bons outils, la rigueur, la régularité, pour atteindre simultanément les objectifs de bon fonctionnement du service et du respect et du bon soin des patients.

La contrainte de la chambre d'isolement est pour lui acceptée en tant qu'elle participe au soin, que les patients peuvent en avoir « besoin ». Il considère d'ailleurs que l'épreuve de ce besoin est la bonne tolérance qu'en marquent les patients. En ce sens, il estime que la coloration négative de la contrainte qui affecterait négativement le patient est une empathie mal placée.

Le chef de secteur reconnaît le défaut de maîtrise d'équipements comme les sangles – qui lui a été reproché par la directrice des soins :

« il n'y a pas de protocole sur la contention, ce dont se plaint Mme [*nom de la directrice des soins*]. Et ça parce qu'on s'y est opposé, parce qu'on s'opposait à leur utilisation. Du coup, ce sont des outils dont on ne sait pas bien se servir » Pierre, chef de secteur, réunion de synthèse

Pierre marque ainsi son opposition à certaines modalités de contrainte. Mais il s'oppose également à ces modes de régulation internes « durcis » que sont les protocoles. Certains services se dotent en effet, et la régulation sur le registre de la qualité y incite fortement, de « protocoles » (de contention/de mise en chambre d'isolement), de façon à rassembler certaines « règles de l'art » et certains impératifs élémentaires, de façon à pouvoir être

transmis de façon plus stabilisée, s'imposer de manière plus homogène. L'absence de protocole expose en effet aux aléas de ce à quoi l'on pense et ce que l'on oublie, sans être confronté ni à l'exercice identique d'une même règle. L'opposition aux protocoles n'est pas qu'une critique de la banalisation de certains outils, mais correspond aussi à une réflexion sur ce que signifie la maîtrise de l'exercice de la contrainte, comme le montrent les échanges suivant lors d'une réunion de synthèse :

« Pierre, *chef de secteur* : Je n'aime pas beaucoup les protocoles, c'est verrouillé en amont, il faut laisser une confrontation avec l'imprévu...

Sophia, *psychiatre* : on peut faire un protocole sur une série de questions à se poser en amont, les protocoles peuvent être utiles.

Pierre : il y a des conclusions écrites sur les réunions sur Marie Monet [*patiente qui a agressé une soignante*]

Eric, *infirmier* : il faut valider le consensus, le bon sens.

Pierre : le protocole sur les chambres d'isolement est utile. Il faut un leader, que ça soit rapide, efficace, sans violence.

Eric : il y a souvent un leader, Gilles, mais il faut suivre le leader, soutenir, pas laisser les collègues. Je suis pas pour les chambres d'isolement, mais leur usage est possible. C'est pas contre la personne, c'est contre la folie. » réunion de synthèse du service d'hospitalisation

Aux protocoles qui organisent l'ordre des gestes et des vérifications, Pierre et Sophia, psychiatre, renvoient plutôt à une forme de réflexivité pendant l'action et sur les situations antérieures, qui doivent plutôt que permettre la standardisation de procédure permettre la « confrontation avec l'imprévu ». Il est intéressant de noter qu'à la proposition de Sophia de faire un « protocole sur une série de questions à se poser en amont », Pierre renvoie non à un protocole prospectif, mais à une réflexion collective sur une situation qui s'est mal passée, et aux manières d'en tirer des conséquences. Il souscrit cependant, et est suivi en cela par Eric, infirmier, à la nécessité d'avoir quelques principes d'action qui permettent son efficacité et d'éviter la « violence ». Eric souligne l'importance de la solidarité entre collègues. Mais au moment où il rappelle ces principes, il réaffirme son adhésion à une position qui résume plus largement celle du secteur : « Je suis pas pour les chambres d'isolement, mais leur usage est possible. C'est pas contre la personne, c'est contre la folie. »

On observe ainsi une tension entre le développement d'outils de régulation « externes » ou « internes-externes » (production locale de protocoles), de façon à parer aux aléas humains et garantir la professionnalité des gestes, et la recherche du développement de savoirs dynamiques et d'une réflexivité de façon à développer l'attention dans la singularité et la constitution de repères communs – de façon à désamorcer l'occasion de contrainte et l'application aveugle d'une cote mal taillée.

3. La possibilité de la violence et la peur

Si l'hypothèse d'une plus grande intolérance sociale aux violences physiques peut être formulée (Fassin et Bourdelais (eds.) 2007), précipitant un recours à la psychiatrie (Lovell 2005), la perception de la violence par les professionnels de la psychiatrie apparaît en décalage par rapport à la sensibilité sociale et relever d'une normativité en partie endogène²³⁵. En décalage ne signifie pas qu'il y ait imperméabilité à cette transformation. A l'hôpital, cette nouvelle sensibilité à différentes formes de violence se traduit par une attention plus grande portée tant aux atteintes subies par les patients dans le cadre d'une lutte contre la « maltraitance » qu'à celles subies par les soignants, dans une attention aux effets traumatiques éventuels des violences commises par des patients ainsi qu'à travers le thème de la « souffrance au travail »²³⁶. Cependant, certaines manières de percevoir et d'aborder les actes des patients restent propres aux professionnels de la psychiatrie et, comme c'est le cas dans d'autres métiers, celui de policier (Monjardet 1994) ou de surveillant de prison (Chauvenet, Rostaing et Orlic 2008) par exemple, les actes agressifs et la présence de personnes ayant commis des actes violents est une possibilité admise et banale dans un service de psychiatrie, intégrée dans la pratique courante des soignants. Cela n'est pas uniquement lié à l'occurrence effective de violences régulières. Ce qui est en question est précisément la manière dont les professionnels se représentent leur métier et son cadre « normal » au sens du cadre habituel auquel ils peuvent s'attendre lors de son exercice. On peut penser a contrario aux enseignants. Il arrive que des soignants en psychiatrie évoquent entre eux la « baffé » reçue d'un patient en la banalisant, comme un fait éventuellement pénible mais pas inattendu ni insupportable. Bien sûr, tant qu'il n'a pas eu de conséquence grave ou dramatique, le coup reçu peut avoir valeur d'épreuve du feu, d'épreuve « initiatrice » – et l'absence de charge affective douloureuse peut être affectée, affichée précisément comme une qualité professionnelle de dédramatisation de la violence. Mais il reste que la possibilité de violence, à des degrés divers, est intégrée dans l'ordre des possibles ordinaires. Dans le récit, partiellement fictif, par lequel Lorna Rhodes commence son ouvrage *Emptying beds*, sur le travail d'une unité psychiatrique d'urgence, celle-ci met en scène plusieurs situations avec des patients représentant les différentes dimensions de la pratique de l'équipe soignante. Face

²³⁵ Certains éléments de ce chapitre ont fait l'objet d'une première publication dans l'ouvrage dirigé par Laurence Guignard, Hervé Guillemain et Tison : *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e-XX^e siècles)* (Moreau 2013b; Guignard, Guillemain et Tison (eds.) 2013).

²³⁶ Voir sur la violence en milieu hospitalier en général (Tursz 2005) et sur la psychiatrie en particulier (Velpry 2009).

à l'un de ces patients, arrivé dans le service parce que son « comportement est devenu si perturbant (*disruptive*) qu'il ne peut être toléré ni dans son propre monde social, ni dans la plupart des services médicaux ou psychiatriques », l'équipe réagit à peine, (*react almost casually*), poursuivant son activité ordinaire, « manifestant que ce type de situation relève pour eux de la routine » (Rhodes 1995, p. 13).

Les soignants travaillant en psychiatrie acceptent la possibilité d'actes violents comme faisant partie de leur contexte de travail normal. Ils opèrent un partage au sein des actes de transgression, entre ceux qui relèvent ou non d'une pathologie. Ils n'évaluent pas la violence en tant que telle, et certainement pas comme une propriété fixe de la personne, mais l'intègrent dans l'examen de l'état psychique de la personne et de son évolution au jour le jour, afin de déterminer si une prise en charge psychiatrique est pertinente et le traitement requis. De plus, ils apprécient d'une façon pragmatique différents risques : celui de « prendre un coup », que la personne fasse mal à d'autres, dégrade le service, ou se porte atteinte à elle-même.

Pour faire face à cette possibilité de violence physique, les soignants disposent de toute une série de moyens d'action, de dispositifs (appel de renforts, parfois constitution d'équipes prêtes à intervenir), de techniques (« bip d'alerte »), de règles d'action (se diriger rapidement et sans délai vers la source de l'appel) ; ils ont la possibilité d'avoir recours à de la contention physique (tenir, mise en chambre fermée, éventuellement sangles voire camisoles) ou chimique (injection de sédatifs-calmants) – autant de marques de l'intégration de cette possibilité dans l'exercice du travail. En l'occurrence, les camisoles ne sont pas utilisées dans le service observé²³⁷ et les sangles ne le sont qu'exceptionnellement (de l'ordre d'une fois par an).

La qualification de violence est d'ailleurs susceptible d'être retournée contre les actions des professionnels ou le dispositif institutionnel lui-même (Clément 1996). Elle reste au cœur des accusations portées contre la psychiatrie, de la critique qui peut être portée par les professionnels eux-mêmes en son sein. Le service étudié se réfère à cet héritage critique ; tout en ayant recours à différentes formes de contrainte dans sa pratique (hospitalisations sans consentement, chambre d'isolement, service fermé, sédatations), il reste défiant vis-à-vis de ses

²³⁷ Je n'en ai vues que lors de la visite d'une Unité pour Malades Difficiles, un type d'unité dont il n'existe que cinq exemplaires dans toute la France.

usages et est considéré par un certain nombre de soignants comme étant relativement peu contraignant²³⁸.

Tant pour éviter ce recours à la contrainte que, de manière plus générale, une confrontation physique qui reste source d'appréhension, tout un ensemble de manières de faire et d'être sont développées et transmises, le plus souvent de manière informelle. Les soignants n'ont, en effet, généralement pas de formation spécifique. Ceux du service étudié peuvent éventuellement choisir une formation proposée par le centre hospitalier – mais ne sont pas nombreux à le faire et celle-ci n'est pas systématisée. Elle ne fait pas partie du cursus initial des infirmiers, a fortiori depuis la suppression du diplôme d'Infirmier Psychiatrique de Secteur et la généralisation du diplôme d'infirmier d'Etat en 1992, qui ne contient plus que quelques heures sur la psychiatrie. D'autres services cherchent à ce que les soignants reçoivent systématiquement une formation à la gestion de l'agressivité et à la maîtrise physique des personnes. Ceux qui restent en psychiatrie acceptent la possibilité de la violence tout en n'en faisant pas un objet de crainte permanent et apprennent éventuellement auprès de leurs pairs différentes « techniques » au fil des jours pour éviter un acte violent :

« Je suis arrivée, le service était de 22 patients, à l'époque [...]. Ben c'est simple, pendant trois jours je sortais pas du bureau mais quand je sortais, je rasais les murs, donc réellement j'avais peur. J'ai connu pas mal d'incivilités à l'époque [...] et puis au bout de trois jours, discussion avec le personnel, notamment un collègue, un ancien qui est toujours là, et qui m'a donné pas mal de petits tuyaux, de petites astuces et qui m'a redonné confiance en moi, et puis après ça a été, ça a été tout seul. » entretien avec Assia, aide-soignante, 36 ans

Différents conseils ou prescriptions transmis entre soignants sont ainsi mentionnés au cours des échanges ou pendant les entretiens : ne pas aller voir seul un patient en chambre d'isolement ou de manière générale un patient dont on craint la violence ; à l'inverse ne pas créer d'emblée une situation de rapport de force : éventuellement s'asseoir, ne pas rester debout, plus haut que le patient ; mettre un terme à l'entrevue si l'on sent la tension croître, etc. Cette transmission se fait au cours des réflexions a posteriori sur des situations singulières, de façon informelle ou de réunions organisées. Le caractère acceptable de la possibilité de la violence passe à la fois par le fait de pouvoir se rapporter aux patients autrement que comme à des sources de violences potentielles et par le sentiment de ne pas être seul face à une situation difficile si elle survenait : le moment d'intégration du collectif de

²³⁸ L'appréciation du degré de contrainte donne lieu à des jugements contrastés : ce service était jugé peu contraignant par les soignants qui travaillent dans ce service, par les soignants d'un service voisin, ainsi que par les internes que j'ai pu rencontrer et qui ont l'occasion de travailler dans plusieurs services pendant leur internat. Aux yeux d'autres soignants, le fait que le service soit fermé et ait une chambre d'isolement suffirait à le considérer comme très voire trop contraignant.

soignants, qui permet à la fois de s'approprier d'autres manières de voir et de réagir mais aussi de savoir que l'on n'est pas seul si une situation difficile se présentait, est une étape essentielle (Chauvenet, Rostaing et Orlic 2008).

Cependant les professionnels de la psychiatrie ne sont pas dans la crainte permanente de la violence. Ils tendent moins à présumer une violence ordinaire chez l'ensemble des personnes souffrant de troubles psychiques : fantasmes et préjugés tendent à disparaître dans la fréquentation au quotidien des patients. On peut ici faire un rapprochement avec une autre institution qui induit non seulement une asymétrie avec les personnes accueillies mais une appréhension de leurs conduites. Antoinette Chauvenet, Corinne Rostaing et Françoise Orlic montrent que la prison tend à entretenir de façon structurelle l'« imprévu et le danger » qui sont à la source de l'appréhension de la violence en ces lieux (p.71) par les gardiens mais qui notent que la peur du début de carrière tend à diminuer :

« L'interconnaissance et la continuité des relations constituent des remparts contre la peur. Celle-ci recule avec la familiarisation des lieux, avec la découverte que les détenus sont aussi des êtres humains normaux, avec le fait qu'on a pu éprouver qu'on pouvait compter sur les collègues en cas de danger. » (*Ibid.*, p. 72)

Une partie des personnes hospitalisées ne suscitent pas la moindre peur, en aucun moment de leur séjour ; chez les autres, l'appréhension d'une possible violence n'est pas constante et ne vaut pas pour tous les soignants et tout au long du séjour. Certains patients font peur à certains soignants, et pas à d'autres, ou à des moments donnés, et pas à d'autres. Le fait d'apprendre à connaître les patients au cours d'un séjour, voire de séjours réitérés, introduit une certaine familiarité avec leurs dispositions et évolution, donne le sentiment de davantage être capable d'anticiper leurs réactions, de mieux maîtriser ce qui apaise ou les précautions à prendre selon les différents états dans lesquelles la personne peut se trouver.

La violence peut ainsi, dans une certaine mesure, avoir un caractère « normal » au sein d'un service – au sens où elle n'y a rien d'extraordinaire et fait partie du cadre de la pratique des soignants – bien qu'évidemment des actes de violence ne surviennent pas quotidiennement et que ceux-ci ne concernent pas tous les patients. Pour autant, toute violence n'est pas considérée comme ayant sa place en psychiatrie. On verra dans la partie III la manière dont les professionnels discutent de la légitimité de certains séjours en hospitalisation, et pour certains patients dont ils ne remettent pas en cause la légitimité de leur présence mais qu'ils craignent, la manière dont ils peuvent à la fois s'efforcer de déléguer la prise en charge et accepter leur part, et même parallèlement investir très fortement ces prises en charge.

Conclusion de la deuxième partie

Les différentes pratiques de contraintes sont soumises à des encadrements normatifs divers : chambre d'isolement et contentions sont soumises à une régulation externe, réglementaire et au titre des évaluations « qualité » relativement faible, qui laisse une large part à l'auto-régulation par les professionnels eux-mêmes. Ce sont des contraintes décidées par un médecin²³⁹, pour une personne particulière. L'interprétation courante en France est que cela doit être un acte thérapeutique. Cela s'intègre dans l'évolution plus générale qui a conduit, dans la deuxième moitié du XX^e siècle, à faire du soin (thérapeutique) la finalité légitime en dernière instance de la psychiatrie, à laquelle doivent s'ordonner toutes les autres, du moins jusqu'à une période très récente. Pour autant, ce caractère thérapeutique est précisément ce qui ne va pas de soi : ne s'agit-il pas que d'une mesure de contrôle d'un comportement qui menace la sécurité ou l'ordre dans un moment d'impuissance du soin ? Dans certains pays comme le Canada ou l'Allemagne, elle est décrite comme une mesure explicitement de sécurité (Friard 2002), et on a indiqué dans la première partie la redéfinition proposée dans le projet de loi de santé actuellement examiné au parlement²⁴⁰. Bien souvent, la contrainte apparaît comme une réponse à des situations jugées insupportables et ingérables par d'autres moyens, comme le montre le caractère fortement contextuel du recours à la contrainte, par opposition à une action uniquement fondée sur l'évaluation de l'état du patient.

Les soignants en psychiatrie tendent à s'approprier le mandat qui leur est confié et à revendiquer la définition de la contrainte légitime. La coexistence de pratiques contrastées entre les services montre cependant le défaut d'une réflexion largement partagée au sein de la psychiatrie avec des effets de banalisation locale de certaines pratiques dans leur usage routinier qui sont parallèles à des formes de réflexivité actives qui re-problématisent certaines pratiques. On observe une difficulté pour des normes extérieures à pénétrer un univers déjà fortement producteur de normes, et en même temps la capacité potentielle de ces nouvelles normes à servir de support à la réflexion sur les pratiques, comme le renouveau du registre des droits et des libertés. A l'inverse, certains dispositifs de contrôle, qui pourraient servir de support tant de régulation que de réflexivité, peuvent s'épuiser dans l'excès bureaucratique

²³⁹ Il arrive que le médecin avalise une mise en chambre réalisée par les soignants.

²⁴⁰ Le Sénat a adopté en première lecture le projet de loi de modernisation du système de santé le 6 octobre 2015, il doit désormais être examiné en commission mixte paritaire.

(concentration de l'intérêt sur la « preuve » plutôt que sur la chose elle-même). La prééminence de la référence aux normes médicales, qui se déclinent dans une variété de registres « psy » et médicaux, est à la fois un appui dans la régulation de la contrainte, mais sert potentiellement à disqualifier tout contrôle extérieur. Le service principal étudié opère un travail de « régulation des contraintes » par un questionnement nourri par une réticence plus générale envers la contrainte. Les dispositifs d'échange formels et informels établis au sein des équipes permettent la transmission des savoir-faire dans une réflexivité ancrée sur les situations singulières et leur déclinaison. La présence de normes liées à la critique asilaire continue de servir de garde-fou, et assure le maintien d'une vigilance envers les usages excessifs, punitifs ou tout simplement brutaux de la contrainte. Cependant toute situation où un individu ou un groupe d'individus a du pouvoir peu contrôlé sur un autre ouvre la possibilité de l'abus.

PARTIE III – Les décisions d’hospitalisation sans consentement comme moment frontière : prises et déprises institutionnelles

La transformation profonde qui a affecté la psychiatrie est la réduction des temps de séjours hospitalier. Temporaire, la prise institutionnelle « entre les murs » de l’hospitalisation psychiatrique est moins susceptible de toucher à l’ensemble des domaines de la vie de la personne, qui peut renouer les fils éventuellement distendus par l’hospitalisation, retrouver son cadre de vie, reprendre la main sur ses choix. Pour ces hospitalisations plus courtes, la potentielle atteinte au « moi », au cœur de l’interrogation de Goffman, sera d’autres ordres : l’éventuelle « effraction » qu’a pu constituer l’hospitalisation sans consentement ou l’exercice de différentes contraintes (injection forcée, chambre d’isolement, sangles), le « choc » de l’hospitalisation en psychiatrie, avec l’expérience de l’ordinaire des services et ce qui peut être associé et renvoyé comme image de soi, et la possibilité même de la contrainte.

Ce qui va caractériser l’intervention d’une psychiatrie qui s’exerce majoritairement hors de l’hôpital, c’est à la fois la possibilité de la contrainte et d’une contrainte réitérée, c’est-à-dire de formes de prises institutionnelles extensives et intrusives, et une temporalité limitée de ces interventions. La durée limitée de la plupart des hospitalisations comme des mesures de soins sans consentement conduit à des formes de « déprise » institutionnelle qui passent non seulement par des sorties d’hospitalisations mais aussi par des limitations tant dans l’intervention extra-hospitalière que dans les décisions de contrainte. S’il existe des formes de prises en charge stabilisées, acceptées voire recherchées par les patients, qu’elles soient limitées à un contact ponctuel régulier ou sous la forme d’un accompagnement intensif, c’est aux moments qui sortent de cette routine et des formes d’accord établies avec la psychiatrie que l’on va ici s’intéresser, soit qu’il s’agisse d’un premier contact, soit qu’un changement de cet équilibre pose la question d’une extension de l’intervention psychiatrique.

Je chercherai à éclairer les décisions d’hospitalisation en les saisissant à travers deux dimensions : premièrement, en mettant en évidence le rôle de l’économie des dispositifs psychiatriques sur un territoire donné dans les décisions d’hospitalisation, afin de montrer en particulier la manière dont « la décision » d’hospitalisation est susceptible d’être éclatée entre différents moments et différents acteurs, avec des chemins « courts » et d’autres où différents

événements peuvent relancer l'évaluation ou interrompre le chemin. Deuxièmement en distinguant différents usages des HSC selon les situations où ces décisions sont prises : il s'agit de déployer la polysémie de l'expression « un danger pour soi ou pour les autres » par laquelle il en est communément rendu compte, et de déconstruire cet « improbable miracle » que serait une mesure qui conjuguerait la sécurité (de tous) et le soin (de l'un). J'entends mettre en évidence l'agencement que constitue l'hospitalisation sans consentement dont différents éléments peuvent selon les cas être visés ou mobilisés. Cette déconstruction n'a pas pour objet de « rabattre » les HSC sur l'un de leurs termes, soin ou sécurité-contrôle, mais de restaurer au contraire les incertitudes morales et normatives qui les entourent. Enfin, je montrerai le rôle du dernier « temps » des décisions d'hospitalisation qui se déroule au sein même du service, par lequel ces décisions sont confirmées ou non, les mesures levées ou reconduites, avant d'ouvrir sur la variété des modalités d'engagement du secteur psychiatrique dans les parcours des personnes dans lesquels il intervient.

VI. Chemins vers l'hospitalisation sans consentement : le rôle de l'organisation des dispositifs de soins et de la coopération entre les acteurs concernés

Je commencerai tout d'abord par un bref état des lieux quant aux données dont on dispose sur le nombre d'hospitalisations psychiatriques et leur augmentation, ainsi que les hypothèses croisées dont cette augmentation fait l'objet, afin d'établir les éléments d'objectivation existants et de situer les résultats obtenus par l'enquête de terrain. Le questionnement sur l'économie des dispositifs et l'articulation des acteurs dans un territoire donné a ainsi notamment été ouvert par l'hétérogénéité territoriale du recours aux soins sans consentement. Cependant, s'il est indispensable de situer ces éléments, il m'a paru important de me dégager partiellement des questionnements ainsi ouverts qui tendaient à homogénéiser les situations, et de revenir à l'aspérité des situations et à l'incertitude qui entoure ces décisions, en faisant apparaître dans chaque cas la manière dont les ressources et les obstacles présents, l'économie des dispositifs de soin, mais aussi la disponibilité de différents acteurs, intervenaient dans des décisions de contrainte ou de suspension du recours à la contrainte.

A. Une forte augmentation du nombre de mesures d'hospitalisations sous contrainte et une forte disparité entre les territoires

1. Hypothèses croisées autour de l'augmentation du nombre d'hospitalisations sans consentement

En 2004, une circulaire de la Direction générale de la Santé (DGS) rend publics les chiffres des hospitalisations sans consentement entre 1991 et 2001, indiquant leur forte hausse²⁴¹. Cette circulaire est publiée à la suite d'une interpellation publique par un député, George Hage, qui demande la création d'une Commission d'enquête parlementaire sur l'augmentation du nombre d'« internements » :

« La Direction Générale de la Santé n'est quant à elle toujours pas en mesure de fournir les chiffres statistiques détaillés pour l'année 2000, n'ayant pu traiter, jusqu'alors, que ceux de 1999. Le retard pris dans le traitement de l'information atteint ainsi désormais 4 ans alors que la sauvegarde de la liberté individuelle est en cause. Il semble qu'il y ait une volonté d'occulter un aspect très inquiétant de la psychiatrie actuelle. » George Hage. *Proposition de résolution n° 1459 tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France*, Assemblée Nationale, 25 février 2004.

La plupart des grands journaux nationaux reprennent cette information²⁴². *Le Figaro* alerte début juin sur « L'inquiétante explosion du nombre des internements forcés », titre qui ne craint pas les redondances (Chayet 2004) ; *Libération* reprend en juillet le terme d'explosion, et selon son style habituel, ajoute un jeu de mots : « La folle explosion des internements » (Favereau 2004). Plus sobrement, *Le Monde* titre : « Le nombre d'internements psychiatriques a fortement augmenté » (Prieur 2004) tout en conservant le terme d'« internements » qui résiste à la tentative de normalisation opérée via la dénomination d'hospitalisations sans consentement (HSC) introduite par la loi de 1990 et contient en soi une critique latente.

²⁴¹ La circulaire du 24 mai 2004 "relative au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques pour l'année 2003" (Circulaire 2004) publie en effet les chiffres les plus « récents » des HSC, avec 3 ans d'écart : ceux de 2000 et 2001 et retrace en outre leur évolution depuis 1991.

²⁴² Certains journaux citent non pas directement la circulaire mais le rapport de la députée Maryvonne Briot au sujet de la proposition de résolution de George Hage (Briot 2004), comme l'article de *Libération* « Dans un rapport achevé le mois dernier et encore jamais rendu public (...) » (Favereau 2004). Ce rapport se réfère aux chiffres de la DGS, mais précède de fait la publication de la circulaire, qui a vraisemblablement été aiguillonnée par l'interpellation des parlementaires. Cette augmentation apparaissait déjà dans un rapport consacré à l'évaluation de la loi de 1990, le rapport « Strohl et Clément », qui publiait des chiffres de 1995 (Strohl et Clément 1997) ainsi que dans le rapport annuel de la Cour des Comptes de 2000 (Cour des Comptes 2000).

Si l'on prend les chiffres dont on dispose aujourd'hui, le nombre de HSC aurait en effet augmenté de 86 % entre 1992 et 2001 pour atteindre un total supérieur à 72 000 en 2001²⁴³ et autour de 74 000 en 2005²⁴⁴. L'augmentation du nombre de procédures d'urgence, alors sur le mode dit du « péril imminent » pour les HDT ou après un arrêté du maire pour les HO, est particulièrement souligné : elles représentent 44,8 % des HDT (sur 60 368 HDT au total) et 63 % des HO en 2005 (sur 11 465 HO au total²⁴⁵) (Circulaire 2008).

Tableau : Évolution des mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie de 1998 à 2007.
Source : Rapport d'activités du CGLPL 2011, citant les chiffres de la DREES à partir des rapports des CDHP (CGLPL 2011b, p. 234)

Tableau 4. Évolution des mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie de 1998 à 2007

Source : DREES, Les établissements de santé en 2007. Hospitalisations sans consentement comptabilisées à partir des rapports des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, données corrigées des non-réponses de certains départements. Les hospitalisations d'office de personnes bénéficiaires d'un non-lieu, d'un acquittement ou d'une relaxe pour irresponsabilité pénale et celles de détenus sont exclues.

Champ : France métropolitaine et DOM

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2003 | 2005 | 2007 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Hospitalisation d'office (HO) | 8 817 | 9 487 | 9 208 | 11 211 | 11 939 | 11 579 |
| Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) | 55 097 | 58 986 | 62 708 | 66 915 | 62 880 | 61 019 |
| Hospitalisation sans consentement (HSC) | 63 914 | 68 473 | 71 916 | 78 126 | 74 819 | 72 598 |
| Nombre d'entrées en hospitalisation complète en psychiatrie générale (H) | 580 543 | 610 381 | 610 815 | 615 244 | 618 288 | 606 040 |
| HO/HSC | 13,8 % | 13,9 % | 12,8 % | 14,3 % | 16,0 % | 15,9 % |
| HSC/H | 11,0 % | 11,2 % | 11,8 % | 12,7 % | 12,1 % | 12,0 % |

Note : ce tableau modifie les résultats présentés dans le Rapport 2009 par suite de corrections introduites par la DREES pour éviter l'effet des non-réponses.

²⁴³ Circulaire du ministère de la Santé DGS/6C du 24 mai 2004.

²⁴⁴ 73 809 selon la Circulaire DGS n° 2008-140 du 10 avril 2008 relative aux hospitalisations psychiatriques sans consentement en 2005 (Circulaire 2008), chiffres « redressés » à 74 819 dans le tableau qui figure ci-après de la Cour des comptes, citant les chiffres de la DREES.

²⁴⁵ En excluant les hospitalisations d'office prononcées au titre des articles L. 3213-7 du code de la santé publique (personnes bénéficiaires d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement pour irresponsabilité pénale) et D. 398 du code de procédure pénale (personnes détenues) – ce qui explique l'écart avec le chiffre total de 73 809 HSC au total. HDT et HO (hors irresponsabilité pénale et détenus) sont ainsi au nombre de 71 831 en 2005, selon la circulaire de 2008.

Les interprétations de ces chiffres sont multiples, et parfois proposées simultanément. L'un des volets de la discussion consiste à relativiser cette hausse en discutant les chiffres ainsi produits, comme le font la DGS ou la députée Maryvonne Briot, qui réalise le rapport sur la proposition de Georges Hage : les chiffres du début de la période sont en effet vraisemblablement sous-estimés. Ils sont établis d'après les rapports des commissions départementales d'hospitalisations psychiatriques (CDHP), auprès desquelles toute HSC doit être déclarée et qui ne se mettent que progressivement en place à la suite de la loi de 1990. Cependant, la hausse se confirme sur une période plus restreinte, on observe ainsi une hausse de 30% d'HDT et de 29% d'HO entre 1997 et 2003 (Coldefy 2007). De nombreux acteurs insistent sur le fait que la part relative des hospitalisations sans consentement parmi les hospitalisations en psychiatrie ne croît que légèrement sur la période, de 11 à 13% de 1992 à 2001 (Circulaire 2004) et est globalement restée stable depuis (Tachon 2009) : elle est par exemple de 12,25% en 2005 (Circulaire 2008). Cela n'enlève pas cependant l'augmentation importante du *recours* à ces mesures et leur banalisation. Cela laisse de plus une question sans réponse, que ces chiffres ne permettent pas d'éclairer : cette augmentation du nombre de mesures concerne-t-elle une population de personnes élargie ou correspond-elle à des réhospitalisations des mêmes personnes ? Les rapports des CDHP ne comptabilisent alors que le nombre des *admissions* en HSC et ne permettent pas de déterminer dans quelle mesure le nombre de *personnes* hospitalisées a augmenté.

Un autre volet important de la discussion consiste pour certains acteurs à renvoyer cette hausse à l'organisation du système de prise en charge psychiatrique en France, en notant la disparité des chiffres entre les territoires (on y vient ci-dessous). Cette augmentation conduit ainsi des psychiatres, associations de familles et journalistes (voir les articles cités ci-dessus), à interroger notamment la question de la gestion des urgences, et plus largement à mettre en cause la réduction des temps de séjour et l'absence éventuelle d'un réseau de soins extra-hospitalier suffisant, obligeant à des hospitalisations multipliées, phénomène bien connu sous le nom de « *revolving door* » (ou « tourniquet » en français). Des associations de proches comme l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam) ont même renversé l'accusation d'internements abusifs en parlant de déshospitalisations ou de « désinternements abusifs » (Bungener 2001) : des sorties trop précoces, à des moments où les personnes ont encore besoin de soin. Des psychiatres mettent en cause une intolérance sociale plus forte, qui se traduirait à la fois par une moindre capacité à vivre avec des personnes souffrant de troubles psychiques mais aussi à une orientation accrue de « fauteurs de

troubles » désignés vers la psychiatrie. D'autres acteurs, comme la DGS, neutralisant la critique, analysent l'augmentation du recours aux HSC comme une transformation des usages de l'hospitalisation, qui tend à être réservée à des situations de « crise », où le consentement peut être plus difficile à obtenir (Circulaire 2004; Coldefy 2007, p. 209). L'augmentation du nombre de mesures d'urgence au sein des HSC, qui pourrait renforcer le questionnement sur la question de l'accès aux soins psychiatriques, est en revanche peu significative. Différents observateurs émettent l'hypothèse que le choix d'une modalité ou l'autre d'hospitalisation tient moins à l'évaluation du « niveau » d'urgence qu'à la facilité organisationnelle d'obtenir facilement un second certificat (Strohl et Clément 1997; Michaut 2004). Cette hypothèse est confirmée par mes observations sur différents terrains (service d'urgence psychiatrique dans un hôpital général, centre d'accueil et de crise dépendant d'un secteur et assurant les urgences psychiatriques de l'hôpital général voisin).

L'augmentation du nombre de mesures d'HSC, lorsqu'elle est minorée en montrant sa faible augmentation relative par rapport au nombre total d'hospitalisation, est restituée dans les transformations actuelles du champ de la santé mentale et notamment l'élargissement du public aujourd'hui adressé à la psychiatrie (Ehrenberg et Lovell (eds.) 2001; Dodier et Rabeharisoa 2006). La psychiatrie se voit ainsi adresser des problématiques nouvelles associées au deuil, aux psychotraumatismes (Fassin et Rechtman 2007), aux consommations de produits psychotropes et aux addictions, cette dernière hypothèse étant étayée par l'augmentation de la file active en psychiatrie et la relative stabilité de la proportion d'HSC sur le nombre d'hospitalisations total. Ce dernier point pourrait à l'inverse être l'occasion d'une *diminution* de la proportion des hospitalisations sous contrainte, si l'on considère que l'extension du champ de la santé mentale ne concerne pas nécessairement des situations susceptibles de donner lieu à des HSC. Si la part relative des HSC reste relativement stable, cela voudrait dire dans cette hypothèse que les pratiques d'HSC concernent désormais une population élargie, et pas seulement des réhospitalisations de personnes qui auraient antérieurement été maintenues en hospitalisation plus longtemps.

On dispose, depuis 2006, des chiffres de la Statistique annuelle des établissements, enquête annuelle réalisée par la DREES, et, depuis 2007, des données du Rim-P, mis en place dans les établissements de santé publics et privés autorisés en psychiatrie, et géré et diffusé par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), qui contiennent des données

concernant le nombre de patients hospitalisés ou sous mesure sans consentement, et de les distinguer du nombre d'entrées et/ou de séjours :

« En 2012, plus de 77 000 patients (contre 74 000 en 2010) ont été pris en charge au moins une fois sans leur consentement en psychiatrie, soit une augmentation de 4,5 % par rapport à 2010. Mais cette hausse est conforme à l'augmentation de la file active totale suivie en psychiatrie en établissement de santé : les patients ayant reçu des soins non consentis représentent toujours près de 5 % de la file active en 2012. » (Coldefy, Tartour et Nestrigue 2015, p. 2)

Les chiffres cités ci-dessus indiqués pour 2010 incluent 3000 personnes en sortie d'essai toute l'année, sous mesure d'HSC, mais ayant fait l'objet d'une mesure d'HSC avant le 1^{er} janvier 2010. Les patients hospitalisés sans leur consentement au cours de l'année 2010 représentent 29 % des patients hospitalisés à temps plein en 2010 (Coldefy et al. 2014, p. 50).

Tableau : Hospitalisation sans consentement ou sous contrainte en 2010. Source : Rapport d'activités du CGLPL 2011, citant les chiffres de l'ATIH (CGLPL 2011b, p. 234)

Tableau 5. Hospitalisation sans consentement ou sous contrainte en 2010.

Source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, statistiques PMSI.

Champ : France métropolitaine et DOM, établissements publics et privés.

| Hospitalisation sans consentement ou sous contrainte | Nombre de séjours | Nombre de journées (milliers) | Nombre de patients | Age moyen | % homme | % séjours terminés |
|--|-------------------|-------------------------------|--------------------|-------------|-------------|--------------------|
| Hospitalisation à la demande d'un tiers | 76 733 | 2 898,3 | 62 842 | 42,6 | 54,4 | 60,6 |
| Hospitalisation d'office | 19 494 | 1 234,7 | 16 460 | 39,3 | 80,9 | 50,1 |
| Hospitalisation personnes jugées pénalement irresponsables | 548 | 72,8 | 419 | 36,3 | 93,1 | 45,7 |
| Ordonnance provisoire de placement | 271 | 7,2 | 205 | 16,9 | 54,6 | 83,6 |
| Hospitalisation de détenus | 1 682 | 32,8 | 1 365 | 32,0 | 93,9 | 88,7 |
| Total | 92 461 | 4 245,7 | 79 017 | 41,7 | 60,3 | 59,0 |

La qualité du recueil et le taux d'exhaustivité de réponse des établissements peuvent cependant être défectueux au moment de la mise en place de ces nouveaux outils. De plus, la démultiplication des sources rend difficile leur comparaison, la définition des variables choisies et le mode de recueil étant différents. Entre le premier tableau et le second, on passe du décompte du nombre de mesures, d'après les rapports des CDHP (commissions départementales des hospitalisations psychiatriques) au nombre de séjours/patients/journées à partir des données PMSI des établissements.

L'une des difficultés à interpréter cette augmentation tient cependant au fait qu'associée à leur explication, la qualification normative d'une hauteur donnée ne va pas de soi. La circulaire de 2004 de la DGS qui décrit l'augmentation du nombre d'hospitalisations sans consentement met en évidence l'ambiguïté des chiffres :

« Il est parfois avancé qu'un nombre élevé d'hospitalisations sans consentement, notamment en cas de réhospitalisations, témoigne d'un manque de respect des droits des patients et/ou d'une prise en charge inadéquate (durée d'hospitalisation trop courte, insuffisance de suivi extrahospitalier, ...).

Néanmoins, à l'inverse, un nombre peu élevé d'hospitalisations sans consentement n'est pas forcément le témoignage d'une prise en charge adéquate et d'un meilleur respect des droits des patients. En effet, le recours à l'hospitalisation sans consentement est lié à la manière de prendre en considération le refus de soins du patient et de sa protection par un encadrement légal du soin sans consentement. De plus, les hospitalisations pouvaient auparavant être moins nombreuses mais d'une durée beaucoup plus longue, sans que la question du respect des droits des patients ne se pose (certificats, renouvellement des mesures,...). En conséquence, cette situation pouvait être également le témoignage d'une prise en charge inadéquate et de droits des personnes peu considérés.

Le respect des droits des personnes se manifeste également par le nombre important de levées des mesures d'hospitalisation sans consentement, dès lors qu'elle n'est plus justifiée. » (Circulaire 2004, p. 15)

Il s'agit alors de la part de la DGS d'écarter le spectre d'internements abusifs, avec plus ou moins de succès, comme on l'a vu avec la couverture médiatique qui en a été faite. Mais le fait qu'il y ait respect *du* droit et protection des droits des patients, même si on ne le réduit pas au respect formel de la loi (rédaction des certificats en temps et en heure) n'épuise pas les problèmes soulevés par ces mesures. La question « pourrait-on faire autrement ? » s'éclipse, a fortiori quand la contrainte est banalisée. La persistance d'un nombre important de recours à des mesures de HSC marque le caractère courant de cette pratique pour les psychiatres et pour tous les acteurs impliqués, comme les élus pour les hospitalisations d'office.

Par-delà le « soutien » institutionnel de la DGS aux pratiques d'HSC, sous la forme de la proposition d'une interprétation généreuse, le problème identifié est à relever : la difficulté d'attribuer une valeur univoque aux chiffres, d'identifier des taux normaux et des seuils problématiques, d'attribuer à des augmentations ou des diminutions des valeurs négatives ou positives, notamment quand on va s'intéresser aux disparités territoriales du recours aux HSC. Un nombre important de réhospitalisations traduit-il des « déshospitalisations abusives », des sorties trop précoces, ou des tentatives de limiter au maximum la contrainte, de tenter des sorties, dont certaines ne « tiennent » pas – mais qui peuvent être utiles, également pour que les personnes hospitalisées fassent l'expérience du besoin qu'elles ont ou non d'une hospitalisation, de traitements, etc. De la même façon, un nombre élevé ou une augmentation d'HSC est-il négatif en soi ? Son interprétation peut même varier selon les territoires : un

nombre élevé d'HSC indique-t-il une difficulté d'accès au soin et/ou une insuffisance du soin en ambulatoire (MNASM 2003), des atteintes aux droits du patients, une forme de collusion des intervenants et une psychiatisation des troubles, voire plus largement une montée d'une intolérance sociale aux troubles divers ? Ou au contraire met-il en évidence l'investissement d'un encadrement légal protecteur, la présence et la disponibilité de la psychiatrie sur le territoire et l'engagement des acteurs du territoire dans la santé mentale, l'accès au soin ? L'engagement et la disponibilité de la psychiatrie et d'autres acteurs sociaux autour des personnes hospitalisées n'exclut d'ailleurs pas des formes de « sur-interventionnisme » (Marques 2010).

2. Comment rendre compte de ces disparités territoriales de recours aux HSC ?

L'autre fait marquant associé aux chiffres des soins sans consentement est le fort contraste entre les territoires (Coldefy et Salines 2004; Coldefy (ed.) 2007; Coldefy et al. 2014). En 2005, le taux de HDT pour 100 000 habitants âgés de 20 ans et plus varie presque de 1 à 4 (de 65 pour 100 000 habitants en Seine-et-Marne à 245 pour 100 000 dans le Jura). Quant aux HO, l'écart est de 1 à 10,5 en 2005 (74 pour 100 000 habitants dans le Lot-et-Garonne contre 7 pour 100 000 dans le Territoire de Belfort)²⁴⁶. Ces variations seraient relativement stables (Tachon 2009, p. 275-276).

Différents rapports renvoient en premier lieu à l'hétérogénéité de l'organisation des soins selon les territoires pour rendre compte notamment de l'augmentation importante des HSC et de leurs disparités (Coldefy 2007; Juhan et al. 2010; Coldefy et al. 2014). Magali Coldefy dans son étude sur « L'évolution et les disparités géographiques départementales [des HSC] » (Coldefy 2007) formule l'hypothèse que le taux de recours à des HSC est corrélé à des pratiques locales et à la structuration locale de l'offre de soins. Si elle estime alors qu'il peut y avoir dans certains territoires une « morbidité psychiatrique locale variable, liés au cumul de facteurs de risque en population générale (l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la situation matrimoniale et la situation vis-à-vis de l'emploi), de disparités géographiques de

²⁴⁶ Circulaire DGS n° 2008-140 du 10 avril 2008.

morbidité-co-morbidité mal connues (alcoolisme, toxicomanie, par exemple²⁴⁷), d'autres facteurs semblent être mieux à même d'expliquer l'hétérogénéité territoriale observée.

Dans une étude ultérieure de 2014, Magali Coldefy et al. étudient la variabilité du recours aux HSC à partir des données du PMSI, en prenant par suite comme unité territoriale non plus le secteur (qui n'existe plus partout – voir la I^e partie et l'extrait du rapport de la Cour des Comptes (2011) en annexe), ni le département, mais la zone géographique PMSI, à partir d'une série de variables concernant l'offre de soins, le contexte socio-économique, les caractéristiques géographiques et l'état de santé (Coldefy et al. 2014). Ils identifient ainsi des facteurs favorisant le recours aux HSC. L'hypothèse selon laquelle le recours aux HSC serait favorisé par un défaut d'accès au soins et un retard de prise en charge n'est pas confirmée ou doit se voir adjoindre une hypothèse adverse : la densité de l'offre de soin et l'articulation entre les acteurs d'un territoire, via des dispositifs tels que les Conseils locaux de santé mentale, tend à être un facteur d'*augmentation* des HSC.

« En effet, à partir des résultats de la typologie des territoires de santé en matière de prise en charge de la maladie mentale, nous observons que pour les territoires des classes 4 et 5 perçus comme relativement bien dotés en équipements et en personnel avec une forte représentation des établissements publics ou Espic spécialisés dans la prise en charge des maladies mentales, les taux de recours à l'hospitalisation sans consentement sont plus élevés. » (*Ibid.*, p. 57)

Les HSC ne sanctionneraient alors pas un défaut de présence des institutions, mais plutôt une plus forte intervention de celles-ci. De même, le taux de recours aux HSC est plus important en zone urbaine qu'en zone rurale : là aussi, on peut émettre l'hypothèse que l'accessibilité est davantage un facteur de recours aux HSC que l'inverse.

Une recherche-action menée en 2005 dans huit villes sur les HO interrogeait ainsi le rôle possible des « HO municipales » dans la gestion des troubles de voisinage (Furtos, Bertollo et Rhenter 2008). Selon cette recherche, les chiffres disponibles ne reflétaient ni la morbidité psychiatrique d'une population ni le degré de troubles « compromettant la sûreté des personnes et portant atteinte à l'ordre public », selon la formule consacrée par la loi, mais bien plutôt la manière dont fonctionnent les dispositifs en charge de ce type de problème. En l'occurrence la différence d'organisation des soins : comme l'organisation de l'accueil des urgences, des dispositifs de « crise », des transports des personnes en cas d'HSC, la possibilité

²⁴⁷ Certains auteurs notent que la fréquence des problèmes liés à l'usage de substances psycho-actives lors des HSC n'est pas plus importante que lors des HL, et n'est pas en augmentation par rapport à ce qui était observé dans le passé CF Le Fur, Lorand et al. P. 237 in (Coldefy (ed.) 2007)

de faire des visites à domiciles, la durée des hospitalisations ou les délais pour le premier rendez-vous en aval de l'hospitalisation.

« D'abord, les chiffres sont fonction de l'investissement d'une ville : plus une ville investit la santé mentale par ses organismes municipaux et par ses élus, plus il y a d'HO (dans les villes que nous avons étudiées). [...] Il peut être certain que si dans une ville, il y a un système de plaintes ou d'adressage de la demande à un système compétent qui instruit les dossiers, on va dire que, surtout s'il y a une construction d'un vrai dispositif de discussion avec la psychiatrie de secteur, les bailleurs, les associations et en règle générale les citoyens, il va y avoir des situations qui vont être traitées avant qu'elles ne débordent dans l'extrême urgence, avec les pompiers, la police... ça signifie effectivement que pour les villes qui prennent à bras le corps cette préoccupation de santé mentale, avec la législation actuelle, il y a une tendance à l'augmentation des HO parce qu'il y a une tendance à traiter les situations hors de l'urgence. Evidemment, il y a moult situations qui auraient pu devenir des HO qui sont désamorçées et traitées autrement d'une manière sociale ou thérapeutique. Quand on prend le temps, il y a des situations avec des vieilles personnes dans l'incurie, avec des jeunes, etc., qui sont traitées différemment, ce qui évite l'HO. » Jean Furtos in (Rhenter, Bertollo et Furtos 2007, p. 81)

L'hypothèse que la variation de l'organisation des dispositifs de soins et de l'articulation entre les acteurs va dans le sens d'une intervention psychiatrique ouverte sur les conditions de vie des personnes, ce que promeut par ailleurs Jean Furtos, psychiatre qui propose une « clinique psycho-sociale » pour approcher des situations où problèmes sociaux et troubles psychiques sont étroitement intriqués. Le résultat de cette enquête est cependant paradoxal, puisque l'intervention coordonnée promue est ce qui devrait permettre de « désamorcer et traiter autrement » les « situations qui auraient pu devenir des HO » - hypothèse que conserve Jean Furtos, et pourtant induit une extension de l'intervention qui aboutit à une augmentation du nombre d'HO, produite à la fois par une sensibilité aux troubles mentaux et à un recours facilité à la psychiatrie.

Deux indicateurs relatifs au contexte socio-économique sont en outre identifiés par l'étude de Magali Coldefy et al. comme significatifs pour rendre compte de la variabilité du recours : l'indicateur de « (dé)favorisation sociale, qui tient compte du niveau de revenu, d'éducation, des catégories socio-professionnelles et du chômage », et l'indicateur de « fragmentation sociale, prenant en compte le statut marital, l'isolement du ménage et le type d'habitat entre autres » (Coldefy et al. 2014, p. 57), le premier étant moins significatif seul. Ces deux indicateurs permettent de mettre en évidence des observations relevées dans les rapports des Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques :

« Les caractéristiques des patients et leur évolution peuvent également influencer dans le recours à une hospitalisation sans consentement. De nombreuses CDHP font ainsi état de patients davantage désocialisés ou isolés qu'auparavant, avec un soutien familial et social moindre et des conditions de vie précarisées. Ces paramètres influent sur la demande de soin, le recours aux soins et la qualité du suivi. Les représentations sociales de la psychiatrie favorisent cette situation. » (Circulaire 2004, p. 15)

Une limite forte de ces indicateurs, notent les auteurs, est leur forte variabilité à l'intérieur des territoires étudiés, plus importante que la variabilité *entre* ceux-ci.

Enfin, Magali Coldefy et al. contestent l'affirmation courante selon laquelle les différences de recours aux HSC seraient liés à des différences de prévalence des troubles psychiatriques :

« Lorsque la prévalence de la prise en charge des troubles schizophréniques (patients identifiés car bénéficiant d'une ALD, d'un arrêt de travail supérieur à 6 mois ou ayant été hospitalisés avec un diagnostic de troubles schizophréniques) est forte, le recours aux hospitalisations sans consentement est alors plus élevé. » (Coldefy et al. 2014, p. 58)

On pourrait cependant interroger cette analyse en inversant l'hypothèse de causalité entre ces éléments corrélés : lorsque la prise en charge psychiatrique est disponible sur un territoire donné et que les acteurs tendent à intervenir jusqu'au recours à la contrainte, n'ont-ils pas également plus de chances de poser des diagnostics de troubles psychiatriques, a fortiori dans des situations où il y a effectivement eu recours à la contrainte dans la trajectoire des personnes²⁴⁸ ?

Coldefy *et al.* estiment que leur modèle explique 29% de la variabilité du taux de recours à l'hospitalisation sans consentement (*Ibid.*, p. 56), ce qui est relativement faible. Ils signalent qu'ils n'ont pu tenir compte dans leur étude que de façon limitée des dispositifs médico-sociaux disponibles sur un territoire, ceux-ci étant moins documentés que le secteur sanitaire (*Ibid.*, p. 58). Les auteurs en font principalement une limite de leur analyse sur la variabilité des hospitalisations de « longue durée », mais il me semble que c'en est également une pour celle sur les hospitalisations sans consentement. Ainsi les formes de relais de prise en charge extra-psychiatriques et les alternatives à l'accompagnement des personnes vivant avec des troubles psychiques graves n'apparaissent ainsi pas. Elles sont pourtant susceptibles de constituer des ressources supplémentaires pour les personnes, de permettre de diminuer les sources de stress ou d'angoisse favorisant les troubles, favoriser l'insertion, et augmenter le nombre d'interlocuteurs capables de réagir lorsque les troubles réapparaissent ou augmentent, en amont d'une « crise » qui majore le risque de recours à la contrainte.

Enfin, l'une des questions centrales est celle non seulement de l'échelle choisie mais du territoire pertinent :

« La plus faible valeur explicative du modèle relatif à la variabilité du recours aux hospitalisations sans consentement peut être liée au fait que l'échelle d'observation et de qualification de l'offre de soins n'est pas l'échelle pertinente pour expliquer la variabilité de ce mode de prise en charge. Les pratiques

²⁴⁸ Sur les usages des catégories diagnostiques par l'équipe du secteur A, voir chap. VIII.

soignantes se jouent à une échelle plus fine telle que celle du secteur, pour les établissements sectorisés. » (*Ibid.*, p. 59)

Lors de précédentes recherches, Magali Coldefy avait proposé de premières approches de l'étude des variations entre territoires, prenant l'échelle du secteur (Coldefy et Salines 2004) puis du département (Coldefy 2007). De fait, l'échelle du département ne permet pas de mettre en évidence les différentes politiques menées par les secteurs de la psychiatrie conduisant ou non à développer les dispositifs de soins ambulatoires, à travailler avec les intervenants des territoires qu'ils desservent, la réceptivité de ceux-ci à ces éventuelles tentatives ou leur propre travail sur les questions de santé mentale. Le secteur psychiatrique a cessé cependant d'être une échelle mobilisable au plan national : comme on le rappelait en première partie, l'organisation en secteurs a en effet commencé d'être désarticulée par l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 qui supprime la carte sanitaire, ce qui est confirmé à la suite de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST). Nombre d'établissements conservent une organisation fonctionnelle par secteur (c'est le cas de l'EPSM Philippe Paumelle, dont dépend le secteur A), d'autres regroupent les secteurs en « pôles » desservant des territoires plus grands ou regroupant des unités « intersectorielles » centrées sur des problématiques données. Les secteurs étaient déjà très contrastés, tant par la taille de la population que du territoire desservis, sans parler des équipements développés. L'organisation territoriale n'est dès lors plus homogène sur l'ensemble du territoire – ne pouvant ainsi faire l'objet d'une analyse nationale. Les auteurs concluent sur la nécessité de recherches plus qualitatives et sur des territoires plus réduits – à l'échelle de l'organisation locale des soins :

« Les pratiques soignantes se jouent à une échelle plus fine telle que celle du secteur, pour les établissements sectorisés. » (p.59)

Sans m'inscrire directement dans cette problématique, j'entends mettre en évidence la manière dont s'articulent sur un territoire donné les dispositifs disponibles et les interventions des différents acteurs, notamment institutionnels, dans les chemins du recours à la psychiatrie qui donnent lieu à des HSC ou au cours desquels la question du recours à une HSC est posée.

B. Une décision ubiquitaire : l'éclatement des lieux et acteurs d'une mesure d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie

Observer des décisions d'HSC s'est avéré complexe, et l'épreuve de cette difficulté a rapidement montré la difficulté d'identifier le moment, le lieu, et les acteurs de la décision d'HSC. Plusieurs acteurs sont nécessaires à une mesure d'HSC : celui qui prend l'initiative de la demande de soin et/ ou de la demande de contrainte, celui qui fait l'évaluation initiale, celui qui confirme, celui qui donne son aval, celui qui renouvelle la décision. Plusieurs décisions sont prises, en des lieux et des moments différents. Une mesure d'HSC, telle qu'elle est organisée par la loi, ne peut dépendre d'un seul acteur, son effet dépend des actions d'autres personnes de sorte qu'ils confirment ce sens ou proposent d'autres orientations. Il s'agit ici cependant de préciser qui a la possibilité d'initier une intervention, et quelle est la marge de manœuvre des différents acteurs, initiateurs, adjuvants et opposants à cette action ; la manière dont lois et dispositifs attribuent les pouvoirs et dont ceux-ci peuvent se rejouer en situation.

La multiplication des focales a été choisie pour « saisir » des « décisions » qui échappent car ubiquitaires, éclatées entre une multiplicité d'acteurs et de lieux, mais aussi éclatées dans le temps. Cette difficulté de l'observation a mis en évidence une tension propre à ces « décisions » et à la temporalité de ces mesure : entre l'exigence d'une menace imminente ou d'un danger qui justifierait la prise de corps et sa « retenue » dans l'institution par une hospitalisation, et l'épaisseur de la traversée des épreuves permettant l'exposition d'une personne au regard expert et éventuellement sa saisie pour son hospitalisation. Un temps plus ou moins long peut en effet s'écouler entre le moment où un service psychiatrique est « alerté » au sujet d'une personne, et où des tentatives plus ou moins heureuses se mettent en place pour (re)mettre en place un contact, un soin, et éventuellement réaliser une hospitalisation sans consentement. Dans les temporalités resserrées, les évaluations se succèdent rapidement, permettant de faire corps avec l'hypothèse d'un danger que l'hospitalisation écarte. Dans les temporalités plus diffuses, entre l'évaluation « d'alerte » initiale, justifiant une « saisie de corps », et la « mise sous surveillance » au sein d'un service hospitalier, peuvent se produire une série d'aléas. Ainsi, un échec de l'hospitalisation (la personne n'est pas à son domicile, elle a réussi à sortir du service d'urgence, à partir pendant

la tentative d'hospitalisation), puis conduire à l'expiration des délais de validité des certificats médicaux ou de l'arrêté du représentant de l'Etat, éventuellement un certain attentisme, et, en l'absence de relance par des tiers, induire le renoncement à la procédure. Ces situations d'« échec » d'HSC (qui ne sont pas nécessairement des échecs du soin ou des échecs pour la personne concernée) mettent en évidence les problèmes pratiques « matériels » d'une décision d'HSC. S'assurer de l'hospitalisation effective de la personne, éventuellement par la saisie de son corps, permettre le transport jusqu'à l'hospitalisation, implique une coordination d'acteurs : soignants, proches, éventuellement police, pompiers ou samu, ambulanciers, et même serrurier, la conjugaison de pratiques administratives. Mais ces difficultés ne sont pas uniquement des obstacles à la réalisation d'une décision, elles rouvrent de l'incertitude dans l'évaluation. Elles donnent parfois l'occasion d'estimer que la personne « ne va pas si mal » ou de renégocier un soin accepté.²⁴⁹ Elles ne sont d'ailleurs pas que des obstacles « matériels » : une porte de domicile fermée rentre dans les formes d'indisponibilités présentées par les personnes opposées à l'intervention institutionnelle et relance les conditions de légitimité de la contrainte et de la transgression de ce qui est propre à une personne : qu'est-ce qui justifie de pénétrer un lieu privé ? Cela, parfois au travers de questions très concrètes : qui va prendre en charge la réparation de la porte s'il s'avère que l'état de la personne ne justifie pas une hospitalisation ou si celle-ci ne peut être réalisée car la personne est absente ?

Je propose ici une approche des décisions d'hospitalisation à partir de trois perspectives distinctes. La première perspective est celle que m'ont permise mes observations au sein du Centre d'Accueil et de Crise du secteur A : à savoir d'observer des situations pour lesquelles la question d'une hospitalisation sans consentement se pose, où elle est réalisée ou non, les différents acteurs qui interviennent dans les différentes positions identifiées. La deuxième perspective est une approche des usages des HSC à travers l'analyse de trois types de sources : n'ayant pu assister qu'à peu de situations où la question d'une HSC se posait pendant mes terrains dans des services d'urgences, je me suis appuyée sur des récits de décisions d'HSC recueillis par entretien auprès de psychiatres de différents secteurs et qui interviennent fréquemment dans plusieurs types de services (surtout hospitalisation et urgences, mais aussi CMP, unité mobile précarité ou personnes âgées, ainsi que pratique libérale) ; j'ai également étudié les certificats d'HSC du service d'urgence de l'hôpital H réalisées pendant un mois (voir annexe méthodologique) et ceux des personnes hospitalisées

²⁴⁹ Ce qui ne le transforme pas nécessairement en soin « consenti » : ce qu'épingle la formule lumineuse de Nicole Claude Mathieu « quand céder n'est pas consentir » (Mathieu 1991).

pendant mon terrain au sein du service d'hospitalisation A (pendant six mois donc), complétés pour le service A par les notes sur les dossiers et les échanges entre les professionnels sur les situations ayant donné lieu à ces HSC. Enfin, la troisième perspective concerne l'issue de ces HSC initiales en portant sur les décisions prises au sein du service d'hospitalisation A : décision de levée ou de poursuite de l'HSC, décision de sortie. Cette analyse ouvrira sur la question des différentes modalités d'interventions dans lesquelles s'engage le secteur A : depuis des interventions ponctuelles, localisées, à la demande des personnes, jusqu'à des formes de « prises institutionnelles » extensives contre leur gré. Il apparaîtra que ces engagements différenciés auprès des personnes tiennent à la fois au positionnement propre du secteur A, qui intègre dans sa responsabilité et son souci la question des suites de l'hospitalisation et de l'insertion sociale des personnes, et au jeu de places des intervenants autour d'une personne. Ce jeu de places entre les acteurs concernés dessine les interventions de chacun : celles du secteur A se définissent entre sollicitations par la personne ou par des tiers, silence des interpellations, relais entre le secteur, la personne, ses proches et les autres intervenants, ou au contraire dans le défaut de relais.

1. Intervenir auprès d'autrui dans les territoires de la ville

La déshospitalisation amorcée avec la politique de secteur, puis la fermeture de lits dans les années 1990 dans une entreprise de réduction des coûts publics de santé a conduit de fait à ce que les malades ayant des troubles chroniques continus ou récurrents vivent à l'extérieur de l'hôpital. Cette déshospitalisation a entraîné une redistribution de la *responsabilité* d'identifier les troubles, comme l'a souligné Isaac Joseph :

« [...] le désenfouement expose le fou au regard, au jugement, et à la responsabilité non du seul psychiatre ou du personnel hospitalier, mais aussi bien de son entourage familial ou professionnel, de son voisinage, des agents du service public qui le prennent en charge. L'impératif d'intervention et le jugement clinique de personnes qui ne sont pas pour autant formées à déchiffrer ces symptômes brisent le monopole d'imposition du langage psychiatrique et mobilisent des cadres de jugement qui précèdent et instruisent la consultation médicale. » (Joseph 1996, p. 17)

A la question de l'identification des troubles et de leur qualification orientant vers un recours à la psychiatrie, non seulement susceptible de valider cette qualification, mais surtout de répondre aux problèmes identifiés et de constituer un relais d'intervention (Emerson et Messinger 1977), se joint ainsi la question de la désignation ou de l'autodésignation des intervenants (Béliard et al. 2015), dont Isaac Joseph décrit l'évolution comme un éclatement de ce qui était assigné à la psychiatrie. J'aimerais ici restituer qualification des troubles et

(auto-)désignation des intervenants dans les *espaces* d'intervention (ou de non-intervention) face à des situations où des troubles psychiques sont identifiés. Le cadre urbain dans lequel j'ai réalisé mes terrains implique regroupement dense, proximité d'un grand nombre d'habitants, mais aussi organisation et/ou cumul d'espaces hétérogènes : depuis des espaces publics communs ou partagés jusqu'aux espaces privés distincts mais souvent juxtaposés, où le domicile privé n'échappe que partiellement aux perceptions de ceux qui sont autour, avec toute une variabilité de ce qui se dérobe à l'attention ou s'impose à elle. La distinction public/privé rencontre vite ses limites dans la description des interventions, *a fortiori* si l'on entend se tenir à des critères juridiques de définition de ce qui est public ou privé. En l'occurrence, comprendre les interventions nécessite de s'intéresser aux espaces à partir des usages qui en sont faits : entre des espaces ouverts au public mais privés, dont la gestion par exemple de la propreté comme de la sécurité relève d'abord d'un gestionnaire privé (Orillard 2008) ; des espaces publics, mais retirés, cachés, recoins privés de visibilité, ou encore des logements, privés donc, mais qui peuvent déborder sur les uns et les autres ou sur des espaces communs, mais de gestion privée, de multiples façons – littéralement par des fuites d'eau, par des objets laissés sur le paliers, par des éclats de voix ou de la musique. Les critères de différenciations des espaces se cristalliseront alors autour de notions d'accessibilité, de fréquentation, de possibilité d'appropriation, d'exposition au regard d'autrui, d'existence de régulations formelles ou informelles des occupations de ces espaces. Ann Lovell le montre bien à propos des *espaces interstitiels* (Lovell 1996b) dont elle décline sept types : lieux de passage ou d'attente anonyme, « non-lieux » en mouvement (transports en commun), espaces d'attente ou de pause, espaces privés mais à filtrage faible, espaces désaffectés, espaces qui défient l'appropriation humaine (*Ibid.*, p. 62). Il serait possible de prolonger la typologie en direction des espaces à *filtrage* plus fort, dont l'accès est davantage contrôlé (portes, clefs, gardien), jusqu'au domicile fermé, voire jusque dans des institutions de réclusion.

Je parlerai de territoires, non pas au sens des territoires définis par les politiques d'intervention publique, mais plutôt dans un usage issu de celui qu'en fait Goffman pour aborder l'espace selon les critères que nous avons distingués : accessibilité, possibilité d'appropriation, contrôle de l'accès, partage, etc. Goffman mobilise cette notion de territoire en se référant explicitement à un modèle éthologique décrivant le rapport d'appropriation que peut avoir un animal ou un groupe d'animaux à leur espace. Dans le chapitre sur les « territoires du moi » dans *La mise en scène de la vie quotidienne* (Goffman 1973c, p. 43-72), Goffman appréhende les relations dans des espaces publics au sens large (rue, square, théâtre, transports en commun...) par ce modèle de la territorialité comme propriété-appropriation

d'un espace, pour mettre en évidence les règles informelles qui régissent, dans les contextes où plusieurs personnes sont ensemble, la zone « réservée » de l'individu – qui lui sera spontanément reconnue ou qu'il peut revendiquer en cas de transgression, (par exemple dans une file d'attente : si quelqu'un dépasse quelqu'un d'autre), qu'il peut « marquer » en y plaçant des possessions (comme en posant son sac sur le siège à côté de soi dans le bus). Cet intérêt pour une approche de l'espace social en termes de « territoire » apparaît déjà dans *Asiles*, où Goffman identifie toute une série d'espaces au sein de l'établissement : « espaces interdits », « aires de surveillances », « zones franches », « territoires réservés », « refuges », etc. selon les appropriations possibles, la possibilité d'échapper à l'intervention des professionnels (Goffman 1968, p. 283-302). Si l'ensemble du territoire de l'hôpital est une zone d'intervention légitime des soignants, cette légitimité ne va pas de soi dans les interventions extérieures.

La notion de territoires de la ville permet de signaler cette hétérogénéité d'espaces, par-delà la distinction espaces publics/espaces privés, et l'hétérogénéité des manières dont les différents acteurs s'y rapportent : dont ils pensent qu'ils doivent ou peuvent plus ou moins en jouir à leur façon (chez soi, couloir de l'immeuble, parc public, berges du fleuve...) et/ou s'en tenir pour responsables et dont les différents intervenants publics et sociaux pensent qu'ils doivent ou peuvent légitimement intervenir dans ces espaces. Ces territoires ne s'excluent pas mutuellement : ils peuvent être partagés, déborder les uns sur les autres, être l'objet de concurrence dans la revendication de l'autorité qui s'y exerce, ou au contraire laisser entre eux des interstices.

On s'intéressera à la manière dont se dessinent les interventions auprès d'autrui en contexte de troubles psychiques identifiés en amont de l'hospitalisation, en analysant notamment comment s'opère la désignation ou l'auto-désignation de ceux qui interviennent selon les différents espaces où est perçu le trouble qui sollicite l'intervention. Pour ce faire, après avoir indiqué les différents circuits de recours conduisant à des hospitalisations au sein du secteur A à partir de l'étude des dossiers d'HSC pendant 6 mois, j'analyserai trois situations où le Centre d'Accueil et de Crise a été mobilisé et où la question du passage à la contrainte dans l'intervention a été posée. Ces situations n'ont pas été choisies pour leur représentativité du travail quotidien de cette équipe, mais parce que, sans être exceptionnelles par leurs caractéristiques, elles présentent des dimensions contrastées pour l'analyse de ces

interventions, au regard de cette hétérogénéité de territoires²⁵⁰. Il s'agit en effet de mettre en évidence à partir de différents espaces (un espace d'insertion accueillant le public, et deux situations dans des domiciles) les concurrences entre les *territoires d'intervention légitime* des différents acteurs (psychiatrie, police, pompiers, proches, voisins, bailleurs, etc.) et au contraire les *no mans'land*, territoires désertés.

Analyse des HSC arrivées au service A pendant 6 mois

Quelles situations sont à l'origine d'HSC, et par quels chemins des personnes arrivent-elles en HSC ? Quelles sont les dispositifs et acteurs qui interviennent ? J'ai essayé d'identifier, pour les personnes présentes en HSC dans le service d'hospitalisation A entre janvier et juin 2008, quelle avait été la situation à l'origine de leur hospitalisation, et les principaux acteurs qui sont intervenus au cours de celle-ci. Il m'était apparu que nombre d'hospitalisations ne passaient pas par le CAC, ce qui a été confirmé par les observations et les données recueillies au sein du service d'hospitalisation et au sein du Département d'Information Médicale, qui m'a autorisé, avec l'accord du chef du secteur, à travailler sur les données du secteur A.

Il y a eu au secteur A entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2008 :

| |
|---|
| 207 hospitalisations (en cours au 1er janvier ou initiées entre le 1er janvier et le 30 juin 2008), dont 47 HSC : |
| - 16 HO, |
| - 31 HDT, |
| - 6 Non renseignées (dont il n'a pas été possible d'établir le mode d'hospitalisation en croisant avec |

²⁵⁰ Les informations recueillies l'ont été principalement lors des échanges au cours du travail du CAC, pendant leurs réunions, régulières ou *ad hoc*, complétées à partir des notes rédigées par les infirmiers et psychiatres, mais aussi comme témoin direct d'interventions. Une partie de ces informations est donc recueillie de façon semi-indirecte et parfois plusieurs versions en sont recueillies dans les échanges, un certain flou peut donc les entourer. Mais je partageais un niveau d'informations analogue à celui de l'équipe, elle-même en situation d'intervenir en condition de connaissance partielle. Ce sont en effet des situations où les éléments d'information sont éclatés entre ceux qui participent aux différentes étapes de l'intervention ; ces éléments d'information sont alors tributaires des transmissions effectuées. Le caractère partiel et parfois incertain des informations transmises est récurrent sur l'ensemble des terrains réalisés en psychiatrie. Une psychiatre du service B, Marianne me fait ainsi le récit de l'HO d'un jeune homme, dont elle dit l'évidence manifeste de troubles délirants, mais dont l'interpellation par la police fait suite à des coups de couteau qu'il aurait donnés et qui ne font pas l'objet d'une enquête, au delà de l'identification par des témoins après son interpellation. L'enquête s'arrête précisément en raison de l'HO qui conduit apparemment le procureur à interrompre les poursuites. Le service d'hospitalisation peine à recueillir des éléments d'information qui étaieraient leur intervention face au jeune homme qui nie la version de la police, soutenu par sa famille. Par delà la connaissance de la situation initiale, qui peut faire l'objet d'interprétations, de suppositions et déformations au fil des transmissions, c'est également la procédure judiciaire elle-même qui est mal communiquée au service, qui récupère des éléments d'informations petit à petit : quant au cadre de la sollicitation initiale d'un psychiatre par la police : s'agissait-il d'une évaluation pour compatibilité avec la garde à vue ? D'une expertise en vue d'un possible « 122.1 », reconnaissance d'une irresponsabilité pénale de la personne ? Mais aussi les informations quant à la poursuite puis l'interruption de la procédure : il semble ensuite que l'expertise n'était « pas valable » d'un point de vue formel, mais à quel titre ?

| |
|--|
| d'autres données – initialement 13 non renseignées), - 155 HL |
| 137 <i>personnes hospitalisées</i> , dont 43 au moins une fois en HSC - 15 hospitalisées en HO dont 11 en HO seulement, 2 en HDT et en HO, 2 en HL et en HO ; - 28 en HDT (non compris les personnes hospitalisées en HDT et en HO), 23 en HDT seulement, 5 en HL et HDT ; - 88 hospitalisées en HL seulement - 6 personnes hospitalisées (mode inconnu) |

La différence entre le nombre d'hospitalisation et de personnes hospitalisées vient du fait que certaines personnes ont été hospitalisées plusieurs fois.

Sur les 43 personnes hospitalisées au moins une fois en HSC entre janvier et juin 2008, j'ai pu rassembler des éléments, souvent partiels, sur les conditions d'hospitalisation et la situation à l'origine de l'hospitalisation pour 32 d'entre elles (12 HO et 20 HDT, voir Annexe), via les certificats d'hospitalisation et les demandes de tiers lorsqu'elles étaient dans le dossier disponible dans le service d'hospitalisation (ils pouvaient être au secrétariat), les notes dans le dossier, et les échanges autour de la situation.

Les proches sont intervenus dans 15 des situations qui ont conduit à des HSC, accompagnant aux urgences (7 à 9 cas), la personne pouvant être elle-même demandeuse, contactant le CAC (3 ou 4 cas), ou appelant la police (2 ou 3 cas). De fait, le CAC n'a été la principale porte d'entrée dans le cours d'action qui a mené à l'hospitalisation sans consentement que dans 5 situations ; le CAC est par ailleurs probablement intervenu en tant qu'équipe d'urgence psychiatrique dans les situations où le recours initial (ou une étape du recours) a été les urgences de l'hôpital général voisin. De manière générale, les urgences d'un hôpital général ont été le recours initial pour 11 situations (10 HDT, 1 HO), dont deux ont donné lieu à des soins somatiques initiaux après une tentative de suicide. En dépit de l'« ouverture » du secteur A vers les acteurs de son territoire, la psychiatrie reste mal connue et les portes d'entrées initiales sont plutôt les urgences, et sans doute la médecine générale, dont l'intervention est peu lisible à partir de mes observations, mais qui apparaissait comme recours lors de ma recherche sur la place des proches. Pour les situations où la décision avait été prise à partir d'une intervention du CAC, celui-ci avait initié des soins pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines avant la décision d'hospitalisation. Il est bien évidemment plus difficile d'identifier les situations d'hospitalisation *évitées* par l'intervention du CAC – si celle-ci s'opère avec souplesse lors d'un premier moment d'alerte, il est possible que n'émerge pas même une situation où la question d'une hospitalisation sans consentement se pose.

La police a été sollicitée avant la psychiatrie dans 10 des 12 situations qui ont donné lieu à des HO – pour les 2 autres, l'une concernait une situation où le CAC intervenait auprès d'un

patient déjà connu du service, en rupture de soin, après qu'un ami les avait sollicité alors qu'il s'inquiétait, mais il est difficile de savoir qui a déclenché l'HO dans un contexte de troubles-conflits de voisinage assez fort ; l'autre a été initié après l'agression grave d'un père par son fils, mais celui-ci est allé aux urgences de l'hôpital général après l'agression. Dans 6 cas, la police est intervenue directement suite à des plaintes ou des troubles sur la voie publique, avant de solliciter la psychiatrie soit pour un examen de compatibilité de l'état de la personne avec la garde à vue, soit parce que l'état de la personne les conduisait à s'interroger sur la nécessité d'une HO (pour deux cas où les troubles se sont produits à Paris, la situation transite alors par l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police). Dans certains cas, les désordres sur la voie publique étaient relativement mineurs et qu'ils donnent ou non lieu à poursuite, n'auraient pas nécessairement conduit à une détention – si les évaluations successives identifiant la présence de troubles psychiatriques n'avaient pas orienté vers une HO.

2. Hospitaliser ou ne pas hospitaliser sans consentement : analyse de trois situations

La première situation est celle qui a conduit le jeune homme concerné (M. Boudrissa) en chambre d'isolement, et à l'injection que j'ai décrite dans la seconde partie. Arrivant un matin au centre d'accueil et de crise, je découvre la situation de M. Boudrissa, hospitalisé la veille en HO, mais dans le service d'hospitalisation d'un autre secteur, car la chambre d'isolement, jugée nécessaire, n'était pas disponible dans le service A. Dans le bureau du CAC, qui a organisé en partie l'HO, tous discutent et échangent des informations, sur ce qui s'est passé et ce qui va se passer. J'assiste à la réunion *ad hoc* convoquée à la fois pour débriefer sur ces événements, et notamment les différents « ratés » de l'intervention et envisager les suites possibles de l'hospitalisation. Une psychiatre accompagnée d'un infirmier doit se rendre dans le service qui l'a accueilli – mais l'objet de ce déplacement n'est initialement pas clair : s'agit-il d'aller le voir en entretien pour évaluer son état avant de prendre une décision, ou sont-ils déjà en train de prendre la décision, et laquelle ? Aller le chercher pour qu'il réintègre le service ou lever l'HO ? Julien, le cadre infirmier du CAC, à qui je pose une question à la suite des échanges entre les soignants, me fait un long récit des événements de la veille, que je reconstitue ici.

L'initiative du recours à la psychiatrie vient du directeur d'un espace d'insertion pour les jeunes, qui appelle le CAC à propos d'un jeune homme d'une vingtaine d'années, qui y crée du désordre : celui-ci a renversé des objets, secoué des meubles et s'est montré menaçant. Dans un premier temps, l'information circule au sein de l'équipe du CAC sous la forme « il a tout cassé à l'Espace d'insertion » – c'est ainsi que me le raconte Julien, et que je l'entendrai répéter par la suite. La réaction du directeur n'est pas si fréquente. Il est rare que les différentes structures publiques, administratives ou associatives sollicitent directement les structures de la psychiatrie publique. Elles les connaissent souvent mal et ne savent pas toujours comment les joindre, sachant que le dispositif est différent d'un secteur à un autre, et sont parfois « mal reçues » par les secteurs²⁵¹. De plus, il n'existe pas toujours d'unité d'urgence susceptible de se déplacer. Le plus souvent, dans des situations de violence ou de menace de violence dans des espaces publics, c'est la police qui est directement appelée et qui intervient. Eventuellement, celle-ci sollicite ensuite un psychiatre en plus des examens somatiques dans le cadre de l'examen médical visant à établir la compatibilité de l'état de la personne avec la garde à vue, ceci soit au commissariat, soit aux Urgences Médico-Judiciaires de l'hôpital voisin.

Dans cette situation, le Centre d'Accueil et de Crise est connu, et le jeune homme, s'il a des antécédents judiciaires, est aussi identifié comme pouvant relever de la psychiatrie – il sort de prison et a une injonction de soins dans le cadre d'une libération conditionnelle. Le directeur de l'espace d'insertion sait que M. Boudrissa est suivi par le secteur psychiatrique et il connaît le Centre d'Accueil et de Crise. La psychiatrie est donc directement sollicitée. Le CAC se « dérobe » cependant dans un premier temps et oriente vers la police, en suggérant en outre de porter plainte : il s'agit pour l'équipe de ne pas définir de façon prématurée la situation comme relevant de la psychiatrie, mais aussi d'éviter toute mise en danger des soignants. La consigne est claire entre les professionnels : en cas de violence, il faut enjoindre ceux qui interpellent l'équipe d'appeler la police, que la personne soit connue ou non du service. Si elle est connue, il y a cependant plus de chance qu'il y ait des exceptions : si la violence de

²⁵¹ J'ai également eu l'occasion d'animer plusieurs sessions d'une formation organisée par l'hôpital Philippe Paumelle à destination des travailleurs sociaux du département : 6 formations de 6 journées chacune, dans lesquelles intervenaient des psychiatres de l'établissement et quelques intervenants extérieurs, auxquelles participaient environ 20 participants par session, de différents métiers et différentes institutions : assistantes sociales en polyvalence de secteur, éducateurs spécialisés de dispositifs de lutte contre les addictions et la toxicomanie, conseillères en éducation sociale et familiale intervenant dans les offices HLM, « hôtesse » de pensions familiales, directrices de centre d'hébergements, parfois soignants intervenants dans des dispositifs médico-sociaux comme des SAMSAH... Ceux-ci intervenaient sur différents territoires qui pouvaient concerner un ou plusieurs secteurs psychiatriques et nombre d'entre eux décrivaient des situations où ils n'avaient pu échanger avec la psychiatrie : soit que leur interlocuteur les renvoie vers la police ou dise de façon plus ou moins amène que c'est à la personne elle-même de contacter la psychiatrie.

certain patients connus est redoutée, les soignants peuvent à l'inverse se fier à la relation déjà établie avec la personne et à leur meilleure familiarité à ses réactions, ce qui leur permet d'ailleurs éventuellement de relativiser des informations « dramatisantes ». L'orientation vers la police est ainsi déterminée aussi par l'appréhension à intervenir des soignants. M. Boudrissa présente plusieurs caractéristiques susceptibles de nourrir cette appréhension : le fait qu'il ait fait de la prison, l'évocation de ses « passages à l'acte » violents antérieurs, et... le fait qu'il soit de grande taille : il est décrit comme « faisant près de 2 mètres ». Comme dans de nombreuses situations, les informations transmises entre les différents intervenants et membres de l'équipe sont souvent raccourcies, emmêlées voire confuses : en l'occurrence, il y a une incertitude quant au fait qu'il se serait attaqué à des personnes, alimentée par le récit de réactions impulsives et de bris d'objet : il a quelques jours auparavant cassé un téléphone du CAC en le jetant à terre.

Mais parallèlement à ce refus du CAC d'intervenir dans un premier temps, le maire, alerté, signe un arrêté d'hospitalisation d'office (HO) provisoire, pour lequel il n'a pas besoin d'un certificat médical mais peut alors s'appuyer sur la « notoriété publique » des troubles mentaux²⁵² : le CAC est alors appelé pour organiser l'HO, ce que commence à mettre en place Julien, le cadre. Des infirmiers s'interrogent : est-ce le rôle du CAC ? Philippe, psychiatre de l'équipe, commente, approuvé par les infirmiers : « On est une équipe d'accueil, on est accueillants, pas persécuteurs, comment instaurer un lien sinon ? » Nouvel appel du lieutenant de police en charge de l'affaire : ils se sont saisis du jeune homme, il est au commissariat. Le CAC est sollicité pour son transport jusqu'à l'hôpital. L'équipe ne disposant pas directement d'ambulance, le cadre doit solliciter soit l'EPSM Philippe Paumelle, établissement hospitalier dont le secteur dépend (mais ses véhicules ne sont pas toujours disponibles), soit le SAMU, soit des services d'ambulance privés. Lorsqu'il appelle le régulateur du SAMU, celui-ci répond (c'est le cadre qui rapporte ses propos) : « On n'est pas des auxiliaires de la police ; on est obligés de fournir une ambulance, pas d'être prescripteurs [d'une injection] ni d'aider à la contention ». Un médecin du service d'hospitalisation, Sylvie, et des infirmiers se rendent au commissariat. Le jeune homme est « sédaté »²⁵³, emmené à l'hôpital Philippe Paumelle car « il n'y a pas de place à la Clinique Bouvreuil [où se situe le service d'hospitalisation A], pas de chambre d'isolement disponible ». L'hospitalisation connaît ensuite quelques avatars

²⁵² Code de Santé Publique, art. L. 3213.2. L'hospitalisation devait cependant pour être maintenue être confirmée par le Préfet au vu d'un certificat médical. En l'occurrence, cette hospitalisation ne sera pas confirmée. Le critère de « notoriété publique » a été supprimé depuis (Conseil constitutionnel 2011).

²⁵³ Il reçoit une injection de sédatifs.

puisque la police qui avait donné son accord pour accompagner l'ambulance jusqu'à l'hôpital ne l'a finalement pas fait. Le jeune homme avait reçu une injection sédatrice, mais celle-ci n'avait sans doute pas encore fait effet et il avait gardé suffisamment de force : au moment de l'entrée dans le service qui devait l'accueillir en hospitalisation transitoire, il bouscule un médecin et s'enfuit à toutes jambes, ce qui renforce chez les équipes le sentiment d'avoir affaire à une « force de la nature ». C'est sa famille qui le ramène un peu plus tard.

Dernier épisode : Sylvie, la psychiatre responsable de l'unité d'hospitalisation A lève l'hospitalisation d'office – je les accompagne, elle et le cadre supérieur du secteur, sur le site de l'hôpital Philippe Paumelle²⁵⁴. Elle fait un certificat établissant que la situation ne relève pas de la psychiatrie, car, m'explique-t-elle dans la voiture sur le chemin du retour, il s'agit de « troubles de la *personnalité* » (il est « impulsif » voire a des « troubles psychopathiques », est « immature », et a peut-être une « débilité légère », ce qu'elle qualifie de « psychose infantile mal cicatrisée), qui ne sont pas en eux-mêmes considérés comme relevant d'une *pathologie* psychiatrique. La secrétaire du service qui a reçu M. Boudrissa en hospitalisation transitoire demande, pour que la demande de levée d'HO soit acceptée par la préfecture, que figure une phrase du type : « il ne présente pas de dangerosité », la psychiatre ajoute sur le certificat : « sa dangerosité n'est pas liée à un trouble psychiatrique ».

Dans l'entretien que j'ai réalisé avec elle quelques semaines plus tard, je l'ai interrogée sur cette levée d'HO :

« J'avais discuté avec d'autres psychiatres. J'étais accompagnée d'infirmières expérimentées en qui j'ai toute confiance, pour qui l'avis est, pour moi, aussi important que le mien. Et puis effectivement, après, la situation... Parce que la situation au poste de police m'avait vite convaincue que cet homme-là n'était pas plus dangereux dans la rue que n'importe qui, qu'il n'était pas plus malade que n'importe qui. En tout cas pas quelque chose qui justifiait une hospitalisation en HO. Et en plus, après, en le voyant enfermé là-dedans [*à l'hôpital*] et comment l'enfermement le transformait en bête furieuse, alors que je l'avais vu... En le voyant chez les policiers la veille, sans menotte, non attaché – vous n'y étiez pas chez les policiers ?

Non

Heureusement que je l'avais vu chez les policiers la veille. On me décrit une situation où apparemment il casse tout, il est violent, il hurle, etc. On me dit que je dois aller le voir au commissariat de police. Je m'attends à voir quelqu'un menotté. Ce que je m'étais fait dans la tête, c'était ça : on me dit qu'il est immense, qu'il fait 2,50 m. Je m'attends à voir quelqu'un, immense, une grosse brute, menotté, fou furieux, enragé d'être attaché. En gros je me dis : on prépare les cinq ampoules de Loxapac et on se jette sur lui, on lui fait ses cinq ampoules de Loxapac et on le jette à l'hôpital. C'est ça que je pensais devoir faire. Au lieu de ça, j'arrive, il était sans menottes, tranquillement assis, là comme vous, au bureau du policier. Le policier était seul devant lui dans un bureau pas plus grand que celui-ci, complètement encombré, c'est-à-dire que s'il avait voulu prendre un truc et nous le balancer à la tête, il y avait des milliers d'objets à nous balancer à la tête. Il était là et il était tout petit, assis sur une chaise. Il était grand, certes, mais tout mince. Il avait une tête d'enfant. Et il disait aux policiers, je sais plus ce qu'il a dit. Oui, dès qu'on arrive, il me dit : "bon, docteur, oui, j'ai pétié les plombs". Il reconnaît qu'il a pétié les plombs : "j'ai pétié les plombs, j'ai tout cassé, mais je promets, je le ferai plus ». Donc voilà et je crois

²⁵⁴ C'est à cette occasion que j'assiste à l'injection forcée de sédatifs au sein de la chambre d'isolement.

que j'ai été sensible à sa dimension enfantine, qui, quand même, signait l'existence, chez cet adulte, d'une pathologie qui s'appelle la "psychose infantile". » Sylvie, psychiatre, entretien

La psychiatre décrit le contraste entre les deux moments où elle voit le jeune homme : tout d'abord calme, au commissariat, reconnaissant ses « fautes » de conduite, puis, le lendemain, quand « l'enfermement le [transforme] en bête furieuse » à l'hôpital, ce qui la conduit, après échange avec ses collègues psychiatres et infirmiers, à lever l'HO. Elle justifie cependant ensuite la mesure initiale d'HO par le débordement de conduite : « le trouble de l'ordre public est maousse costaud, à tel point que le préfet ou le maire se sont affolés », auquel elle attribue une valeur de signification d'une limite qui a été transgressée :

« Quelquefois, l'HO est décidée aussi parce que les conséquences – comment dire ? – la violence que le patient a atteint ce jour-là, elle est insupportable, elle est trop au-delà des limites et il faut signifier ça par une HO. C'est pas que lui soit tellement plus fou furieux, mais c'est qu'il a cassé tellement de choses que le seul moyen pour lui de ne pas dénier ça et qu'il s'en rende compte, c'est qu'il ait un HO. Il y a quelque chose comme ça.

Moi : Ça marque un peu ce qui s'est passé ?

Voilà, oui, alors c'est de l'ordre de pouvoir faire rentrer dans le crâne d'un patient quelque chose. »
Sylvie, psychiatre, entretien

Dans son commentaire, la qualification pathologique de l'état de ce jeune homme oscille : elle évoque à la fois une « pathologie qu'on appelle psychose infantile », parle de lui comme d'un patient – qui a antérieurement été pris en charge dans le service –, identifie un trouble à l'ordre public qui justifie l'initiative d'HO par le représentant de l'Etat, et cependant lève l'HO, en raison du fait que par-delà l'inquiétude que ce désordre a suscité, ce n'est pas « en raison de ses troubles » que le jeune homme a ainsi agi : il « n'était pas plus dangereux dans la rue que n'importe qui, qu'il n'était pas plus malade que n'importe qui ». D'une certaine façon, il est identifié comme « plus dangereux » à l'hôpital, et certains commentaires de Sylvie indiquent son appréhension à l'évocation de la possibilité qu'il soit hospitalisé dans son service.

On voit, dans cet exemple, que se posent simultanément des questions pratiques : faire cesser une situation problématique, ici des violences, des désordres ou des menaces, et des questions concernant l'acteur pertinent ou légitime qui doit intervenir : la manière dont le jeune homme se présente (avec une certaine « limitation intellectuelle ») et son injonction de soin (ordonnée par le juge) oriente les acteurs extérieurs (juge, directeur de l'espace d'insertion, police, maire) vers le secteur psychiatrique, tandis que les professionnels de ce dernier réfutent l'existence de troubles psychiatriques proprement dits chez ce jeune homme, et voit dans son parcours judiciaire antérieur des éléments incitant à le renvoyer dans le circuit pénal. La

question de l'acteur légitime qui doit intervenir se pose à toutes les étapes : en amont de l'intervention, avant même que la nature de celle-ci soit décidée, et après celle-ci, ici après la décision d'hospitalisation d'office, au moment de la saisie de la personne et de son transport, question récurrente dans les hospitalisations sans consentement : cela met au jour l'ambiguïté d'une mesure telle que l'hospitalisation d'office selon les différents intervenants. S'agit-il d'une mesure de santé ou de police ? On a vu dans le cas de M. Amri qu'une même situation pouvait dans son déroulement donner lieu à une HDT ou à une HO.

L'identification de tendances « psychopathiques », qui signeraient l'incapacité de ce jeune homme à intégrer des normes, incitent d'autant plus les professionnels de la psychiatrie à ce renvoi, qui selon eux confronterait les personnes ainsi caractérisées aux conséquences de leurs actes. La réponse « punitive », dont les professionnels de la psychiatrie refusent qu'elle fasse partie de leur répertoire d'action, est ainsi renvoyée du côté du système police-justice, qu'ils investissent ou non le rappel à la loi du rôle psychique d'incarner l'« ordre symbolique », interprétation d'inspiration lacanienne répandue en psychiatrie. Selon cette interprétation, le circuit police-justice figurerait la « Loi » et incarnerait des limites non intériorisées, prenant ainsi une double valeur éducative (d'apprentissage des règles) et de construction psychique. Mais par-delà l'évaluation d'une potentielle « carence éducative » et/ou le diagnostic d'un développement psychique « immature », ce renvoi vers le circuit police-justice est affirmé de façon d'autant plus nette que les professionnels de psychiatrie appréhendent l'accueil de personnes potentiellement violentes. Ils s'estiment dans leur configuration actuelle « mal adaptés » à cet accueil (la relocalisation rendant plus faible le nombre de soignants disponibles pour d'éventuels besoins de « renfort »), même s'ils considèrent de leur charge d'accueillir la violence associée à des pathologies nettement psychiatriques (psychotiques, notamment) et accueillent de fait des situations où l'évidence de l'existence d'une pathologie n'est pas toujours claire. Le cumul de la crainte d'une violence potentielle, de la « débilité légère » et de la difficulté proche de l'incapacité de ce jeune homme à intégrer des normes et à avoir conscience des conséquences de ses actes est au cœur du va-et-vient ici entre psychiatrie d'une part, police et justice de l'autre, chacune des institutions estimant que ce jeune homme n'a « pas sa place » chez elle²⁵⁵. Du côté de la psychiatrie, le « rejet » de ce type de situation – jeunes gens impulsifs, éventuellement avec une limitation intellectuelle – est ainsi au carrefour de la délimitation de ses compétences propres (ce ne serait pas de l'ordre de

²⁵⁵ Ce renvoi entre institutions n'est pas sans évoquer les allers-retours des batailles d'expertise en médecine du travail, voir (Dodier 1993b).

la maladie), du constat de son impuissance (les traitements proposés, quelle que soit leur nature, ont une faible efficacité), et des difficultés que pose l'accueil de telles hospitalisations dans leurs services²⁵⁶.

Ce jeune homme est pris par ailleurs dans un autre nœud institutionnel : il apparaîtra que M. Boudrissa est enjoint à trouver un travail par sa juge d'application des peines comme condition de sa liberté conditionnelle, alors qu'il aurait été antérieurement reconnu « inapte au travail » par la Maison départementale pour le handicap (MDPH). Cette dimension de l'histoire sera reconstituée par la suite par l'équipe psychiatrique : toute la séquence d'actions engagée initialement a pour but de répondre à la « violence » (terme dont nous avons vu l'ambiguïté et les variations d'extension possible : menace ou acte, atteinte à des biens ou à des personnes, avoir « tout cassé » ou simplement renversé meuble...); la recherche de la compréhension de ce qui s'est passé n'intervient qu'ultérieurement. M. Boudrissa n'est pas qu'un grand jeune homme « qui fait peur », il est aussi confronté aux contradictions de différentes institutions qui se coordonnent peu et mal, lui-même ayant possiblement des difficultés à démêler les fonctionnements respectifs de ces différentes institutions et à répondre à leurs attentes.

La deuxième situation est celle de Mme Fofana, dont l'issue est également apparue dans la deuxième partie : son hospitalisation à la demande d'un tiers. J'ai accompagné deux membres de l'équipe du CAC, Jean-François, psychiatre, et Brigitte, infirmière, lors de la première visite à domicile de Mme Fofana. L'hospitalisation aura lieu lors de la deuxième visite. Cette première visite est organisée avec son fils. Le bailleur HLM de Mme Fofana aurait écrit au CAC après avoir reçu nombre de plaintes de locataires à son sujet : elle ferait du bruit, crierait la nuit, aurait descendu ses meubles en bas de l'immeuble, et les pompiers ont récemment été appelés car elle aurait fait du feu chez elle au milieu de son salon : ceux-ci ont dû casser la porte de l'appartement. Apparemment, les enfants de Mme Fofana ont également contacté l'équipe de leur côté : l'une des filles âgée de 22 ans est venue le week end voir le CAC, et peut-être est-ce également le cas du fils, qui a 24 ans²⁵⁷. Celui-ci n'a pas la clef de l'appartement de sa mère, mais la gardienne, que nous rencontrons au bas de l'immeuble, l'a (bien que le bailleur ait exigé récemment des gardiens que toutes les clefs en leur possession soient restituées aux locataires). Lorsque nous arrivons devant la porte, réparée depuis

²⁵⁶ On y reviendra à propos de la définition par la psychiatrie des hospitalisations légitimes.

²⁵⁷ Les transmissions du week-end rapportées par les soignants de la semaine ne sont pas claires à ce sujet.

l'intervention des pompiers mais qui en garde les traces, la gardienne l'ouvre avec la clef, avant que l'équipe ait pu frapper. Le fils entre en premier, suivi par le psychiatre, l'infirmière et moi. La gardienne reste à l'extérieur. Le jeune homme appelle sa mère, qui vient. L'équipe se présente, évoque les problèmes mentionnés par le bailleur. Mme Fofana proteste : « J'ai pas de problème », « vous voulez me casser, c'est un complot », « vous dites c'est [nom du bailleur] qui vous envoie, moi je n'ai rien reçu, moi je n'ai rien à me reprocher ! ».

L'appartement est très propre, certaines pièces sont très peu meublées, la fenêtre du salon est ouverte. Le fils fait constater à l'équipe les transformations de l'appartement. Il indique la place des meubles dont elle s'est débarrassée (la gardienne confirmera ensuite les avoir trouvés en bas de l'immeuble), il montre les fils électriques dénudés et arrachés, l'occlusion des bouches d'aération, le réfrigérateur sur le balcon. Il raconte que sa plus jeune sœur est allée habiter chez lui après que leur mère a arraché les fils de son ordinateur. Mme Fofana accuse son fils d'avoir été payé, de se droguer. Elle invoque des « problèmes d'aération » à propos des grilles d'aération bouchées et de la fenêtre ouverte. C'est ainsi que Mme Fofana explique le feu qu'elle a allumé : c'était pour se chauffer. L'équipe discute brièvement avec Mme Fofana, qui parle des menaces qui proviennent de ses voisins, et en général des gens autour d'elle : « ils », qui peuvent être les bailleurs, ses enfants, peut-être d'autres êtres qui menacent à travers les bouches d'aération et les fils électriques. Aucune des personnes présentes ne parvient à apaiser Mme Fofana, qui dénonce ce qu'elle subit des autres. Elle dit aller très bien et n'avoir pas besoin d'aide. Le psychiatre et l'infirmière décident qu'il est temps de partir. A la sortie, le fils nous explique la vie difficile qu'a eue sa mère, qui a été employée de ménage dans une entreprise avec des conditions de travail pénibles, et qui était battue par son mari. Elle s'est ensuite séparée de lui à un moment où elle avait encore plusieurs enfants à charge. Il parle de ce qu'il essaie de faire pour elle, des meubles qu'il lui avait achetés, qu'elle a jetés avec les autres.

Le « diagnostic » de la situation est vite fait du point de vue de l'équipe psychiatrique qui y reconnaît des signes typiques de troubles psychotiques : les fils électriques et les bouches d'aération, de la même façon que tout ce qui peut être source de circulation entre l'intérieur et l'extérieur, comme la télévision, peuvent être perçus par une personne souffrant de troubles psychiques comme vecteurs de menaces qui viendraient soit de personnes réelles autour d'elle, les voisins par exemple, soit d'êtres entre réalité et fiction, la CIA, des agents secrets, des esprits immatériels, comme des « djinns » etc. Ce peuvent être des faits ordinaires qui sont réinterprétés dans un récit organisant le monde ou certains de ses éléments comme menaçants, ou peuvent s'y ajouter des perceptions propres de la personne : bruits, ondes, voix

entendues en soi ou comme venant de l'extérieur. Les psychiatres interprètent cette crainte d'une menace qui traverserait les murs comme participant des troubles affectant la distinction du soi et du non-soi, les murs du domicile ici, le corps chez d'autres, avec des angoisses de pertes d'organes ou de membres, des croyances d'avoir des choses dans son corps, d'être enceint, où la peau ne fait plus frontière (Anzieu 1985; Anzieu (ed.) 2000). Un peu plus tard, le psychiatre et l'infirmière insisteront auprès de moi sur le fait que cette femme va très mal, se « met en danger » comme par exemple avec le feu qu'elle a allumé et, de plus, risque l'expulsion par les désordres qu'elle crée à cause de ses troubles.

Le psychiatre indique qu'il faudra réaliser une hospitalisation à la demande d'un tiers car la mère est trop « persécutée » (c'est-à-dire qu'elle se sent trop menacée par les personnes autour d'elle) pour accepter une hospitalisation. Le fils écrit, sous les indications de l'équipe, une demande d'hospitalisation, il essuie des larmes alors qu'il le fait. Il est prévu une nouvelle visite à domicile un ou deux jours après pour réaliser cette hospitalisation (décrite dans la II^e partie). Le psychiatre rédigera, le jour même de l'hospitalisation, un certificat d'« hospitalisation à la demande d'un tiers » (HDT). C'est la procédure simplifiée qui est choisie, une HDT dite de « péril imminent » (au sens de la loi de 1990, c'est-à-dire la procédure d'urgence qui ne requiert qu'un seul certificat médical). Aucun médecin extérieur n'est sollicité.

Comme pour la séquence d'intervention de la première situation, celle-ci mobilise de nombreux acteurs différents : voisins, enfants, bailleur, gardien, équipe psychiatrique (et pour le transport vers le service psychiatrique : ambulance privée). La séquence est initiée par des acteurs extérieurs à la psychiatrie et le secteur psychiatrique ne peut réaliser une hospitalisation sous contrainte sans un tiers qui signe la demande d'hospitalisation. Cependant, contrairement au cas précédent, c'est ici le secteur psychiatrique le principal décisionnaire de son mode d'intervention, en l'occurrence une hospitalisation sans consentement, et qui organise, et trouve normal d'organiser, les dispositions pratiques nécessaires à la réalisation de celle-ci : c'est une infirmière du CAC qui vérifie auprès du service d'hospitalisation qu'un lit est libre et qui appelle l'ambulance privée. Il y a ici consensus entre les intervenants sur le fait que la situation relève de l'intervention psychiatrique.

L'équipe ne marque aucun doute dans cette situation, cela probablement en raison de ce qui constitue pour eux des troubles évidents. Mais outre la légitimité à intervenir, du point de vue de l'équipe psychiatrique, en raison de cette pathologie identifiée, le risque d'expulsion de

Mme Fofana est un élément qui compte dans leur prise de décision. La perte de son logement serait dramatique pour cette femme, dans un contexte où l'accès au logement est un bien rare, a fortiori un logement social, seul possible pour son niveau de revenu. C'est aussi pour cela que le chef de secteur s'efforce d'être en lien avec les bailleurs sociaux : il vaut mieux intervenir en amont d'une expulsion, quitte à ce qu'il y ait une hospitalisation sans consentement, mais avec la garantie qu'il n'y ait pas d'expulsion pendant celle-ci : situation à laquelle plusieurs professionnels de psychiatrie m'ont dit avoir été confrontés. Un chef de secteur parisien développe pour les mêmes raisons des liens avec les bailleurs sociaux, et évoque « plusieurs situations » de bailleurs particuliers qui ont vendu leur logement, sans signaler la situation de leur locataire – la psychiatrie étant alors saisie au moment de l'expulsion de ce dernier, et se trouvant sans solution à l'issue de l'hospitalisation :

« Alors, nous faisons un réseau... Tout le temps, de visites à domicile. Et puis il y a des réseaux qui sont mis en place pour prévenir les expulsions parce que pour retrouver un appartement dans Paris... Donc, la prévention des expulsions fonctionne maintenant dans notre secteur relativement bien avec les offices HLM. Et avant d'entamer l'expulsion, ils nous préviennent. Mais par contre, pour un bailleur particulier, il y a même des personnes qui ne font pas de bruit, qui sont délirantes chez eux, dont personne ne s'occupe, qui sortent la nuit, qui se nourrissent de racines et de mie de pain qu'ils trouvent dans les poubelles, qui rentrent chez elles, qui n'ouvrent jamais leur courrier. Et comme elles n'ouvrent jamais leur courrier, elles ne payent pas leurs charges même si elles ont de l'argent. Et elles se retrouvent avec un appartement vendu sans qu'elles le sachent, en plein Paris.

Il n'y a pas de...

Il y a surtout que quelqu'un sait bien que cet appartement... Et on est en plein Paris [...]. J'ai eu cet exemple-là à plusieurs reprises, à plusieurs reprises [...] La personne n'est même pas soignée, on ne lui a même pas donné la chance de se soigner qu'on a déjà vendu son appartement.[...] » Docteur Agnelli, chef de secteur parisien, entretien

Ce chef de secteur défend une position interventionniste :

« Parce qu'on entend d'autres secteurs qui disent : on n'a pas les moyens d'intervenir à domicile.

C'est compliqué ça, pourquoi ? Parce que quand on fait ce travail-là, on évite beaucoup d'hospitalisations, donc on libère les lits, donc on récupère du personnel. C'est des positions de stratégie de secteur, mais je suis pas sûr que le manque de moyen soit forcément l'argument principal. On peut aussi dire qu'on ne repère pas la demande, que la liberté individuelle, qu'on est là pour recevoir les malades, que la police doit intervenir, qu'on n'est pas dans notre rôle, qu'on n'est pas intrusif, etc. C'est ces éléments... [...] Nous, c'est pas notre pratique.

Vous...

Nous, on y va.

S'il y a quelqu'un qui est enfermé chez lui par exemple ?

On y va, pompiers, machin, police, tout, ça ne nous gêne pas du tout. » Docteur Agnelli, chef de secteur parisien, entretien

Certaines situations peuvent soulever des questions difficiles sur la question de savoir *pour le bien de qui* est réalisée l'hospitalisation : pour la personne, pour le bailleur, pour les voisins ? La nécessité ainsi produite de travailler avec les bailleurs peut conduire à des arbitrages difficiles où la préservation du lien avec ceux-ci se joint à la menace d'expulsion dans la

décision d'hospitaliser. On reviendra sur ce point au moment d'examiner les différents rôles des HSC.

Dans le cas de Mme Fofana, l'équipe n'a pu aller jusqu'à elle, dans cet espace privé et fermé qu'est son domicile, que par l'intervention de tiers y ayant accès. Du point de vue pratique, l'hospitalisation est facilitée par le fait que l'équipe dispose de la clef. Si le dispositif légal implique l'intervention de tiers, la réalisation concrète l'implique également – avec des acteurs qui sont plus ou moins susceptibles de « faire tiers », c'est-à-dire de proposer une perspective sur la situation distincte de celles des autres intervenants. Ce sont des bricolages, la légalité de cette entrée au domicile de la personne par exemple est discutable. Si la porte avait été fermée, la situation aurait été matériellement plus difficile : il faut arriver à convaincre la personne d'ouvrir la porte ; si la personne refuse ou ne répond pas, il faut soit l'intervention de la police, mais celle-ci peut refuser d'intervenir hors de violence avérées²⁵⁸, soit l'intervention des pompiers, plus faciles à solliciter car ils ne sont pas perçus comme instance de répression/sanction, mais ceux-ci exigent qu'il y ait des raisons de craindre une urgence médicale ; soit solliciter un serrurier – situation que l'on va rencontrer dans le troisième exemple. L'espace privé du domicile est protégé non seulement par l'obstacle matériel que représente la porte verrouillée mais par les garanties légales dont il est doté.

²⁵⁸ Lors d'un entretien avec la mère d'un homme ayant été hospitalisé en hospitalisation à la demande d'un tiers, celle-ci raconte qu'un soir où son fils avait cassé des objets, renversé des meubles et s'était montré menaçant envers eux, son mari et elle avaient appelé la police :

« Ben, on [*les médecins antérieurement contactés*] nous dit, 'A ce moment-là, il faut faire venir les flics.' Alors, on fait venir les flics. On les fait venir à la maison, les miroirs, les lampes, les ... tout est cassé. Les flics... Et Julien [*son fils*], bien sûr, écoute, et les flics disent : 'On peut rien faire. Parce que c'est un conflit familial. Intra-familial, on peut absolument rien faire, on est désolés. Sauf s'il y a du sang.' Julien l'a entendu, l'histoire du sang. 'Sauf s'il y a du sang. S'il y a du sang, alors on peut [*intervenir*]' »

La question de la violence à domicile associée à de potentiels troubles psychiques pose le double problème de l'acteur légitime et pertinent pour intervenir, comme dans la première situation, et de l'intervention dans un espace privé. Cette mère a appelé la police après avoir cherché auparavant une prise en charge médicale de son fils. Un père témoigne de la même difficulté :

« L'équipe psychiatrique : Ben : « non, on peut pas, nous, il nous faut la police ». La police dit : « ah ben oui, mais moi il me faut l'avis du médecin ». Alors le médecin dit : « écoutez, moi je suis pas là, je connais pas votre fils, donc il faudrait que je trouve le médecin... » ou « moi je suis médecin de garde, je sais pas ». Y a toujours, enfin toujours, je peux pas dire les choses comme ça, mais y a souvent des obstacles de ce type-là. » (entretiens réalisés dans le cadre d'une recherche sur la place des proches de personnes hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie voir (Moreau 2007)).

Le troisième exemple présente ces difficultés, qui sont simultanément des difficultés pratiques : comment entrer ?, mais aussi et surtout des difficultés éthiques, déontologiques, et légales portant sur les limites de l'intervention. Mme Damiens est suivie par le secteur et bien connue de lui. Cela fait plusieurs mois qu'elle ne vient plus aux rendez-vous avec son psychiatre de CMP. L'équipe d'Accueil et de Crise est sollicitée par sa fille qui s'inquiète de ne pas avoir de nouvelles. Une infirmière du CAC peste contre le médecin du CMP qui « ne fait rien » alors que sa patiente ne se présente plus aux rendez-vous. Une première difficulté apparaîtra dans le fait de parvenir à joindre les différents acteurs : le CMP, la tutrice, la fille, et Mme Damiens elle-même. Pour cette dernière, c'est un échec : impossible de la contacter. Pour la tutrice et la fille, ceux qui les appellent peinent à les joindre ou transmettent de façon incertaine les informations qu'ils recueillent. Ceux qui prennent le relais pendant les jours de congés des premiers rappellent, sans toujours avoir bien pris connaissance des dossiers. A un moment, un infirmier du Centre Médico-Psychologique se plaindra « Mais vous êtes combien au CAC ? J'ai l'impression d'avoir eu toute l'équipe au sujet de cette patiente ! ». Il apparaît que Mme Damiens ne se rend plus à son travail, un emploi protégé dans un service public ; elle est pour l'instant en arrêt maladie, mais risque à terme de perdre son emploi. De plus, il semble qu'elle ne tire plus d'argent avec sa carte bleue, ce que la tutrice peut contrôler à partir des relevés bancaires qu'elle reçoit. L'équipe cherche à joindre la tutrice, pour préciser les informations, organiser une visite avec elle. Celle-ci ne rappelle pas aussitôt, et le temps passe.

Le souci pour Mme Damiens semble osciller entre des moments d'inquiétude forte et des moments où il se perd dans la dispersion d'une équipe sur-sollicitée, et dans la difficulté à se coordonner avec les autres intervenants. Mme Damiens a-t-elle ou non des contacts avec sa tutrice ? Si elle ne tire pas d'argent, comment fait-elle pour se nourrir ? L'inquiétude sur son état, réactivée par les appels réitérés de sa fille, est réelle : inquiétude sur son état psychique, sur le fait qu'elle se nourrisse, et souci également d'une situation sociale qui n'est pas encore irréversible mais dont les professionnels craignent qu'elle se dégrade – ici, c'est la perte de l'emploi qui est craint – élément précieux d'insertion sociale, et source de revenus. Le fait qu'un certain temps déjà se soit écoulé dilue l'urgence d'intervenir, tandis que les sollicitations de sa fille, les références à la crainte que Mme Damiens ne se nourrisse pas ou perde son emploi relancent l'inquiétude.

L'équipe cherche à réaliser une visite à domicile, et, alertés par les informations données par sa fille finit par organiser une hospitalisation à la demande d'un tiers. La décision est prise et l'équipe parvient à coordonner les différents intervenants pour la réaliser : la tutrice est

contactée pour établir un lien avec Mme Damiens et pour signer une éventuelle demande d'hospitalisation, car la fille de Mme Damiens habite à plusieurs centaines de kilomètres de là, ainsi qu'une ambulance et un serrurier. Le fait d'appeler un serrurier en l'absence de clefs paraît alors aller de soi. J'accompagne l'équipe ce jour-là, Jean François, psychiatre, et Armelle, infirmière. Devant l'immeuble, nous retrouvons la tutrice, puis le serrurier. Nous attendons un peu l'ambulance, en retard. Lorsque nous arrivons devant la porte de Mme Damiens, Jean François et Armelle sont embarrassés : non seulement ils trouvent la porte fermée, mais ils ne parviennent à établir aucun contact avec un éventuel habitant à l'intérieur, ni, par suite, à établir que Mme Damiens est bien présente à son domicile. Ils hésitent à faire intervenir le serrurier : et si elle n'était pas à l'intérieur, si elle était sortie faire une course ? Qui rembourserait la serrure, et même la porte (car la serrure ne permet pas d'intervention « légère »), hors de toute hospitalisation justifiant l'intervention ? Ici c'est l'obstacle matériel qui empêche l'intervention : l'accès au territoire privé est protégé. L'équipe renonce alors à l'hospitalisation, et décide de chercher à nouveau à contacter Mme Damiens par téléphone ou par une visite à domicile. Croisant une voisine dans l'escalier, le psychiatre et l'infirmière cherchent à savoir si elle-même a vu Mme Damiens et à recueillir des éléments pour savoir s'il y a motif de s'inquiéter ou pas – la voisine dit l'avoir aperçue et n'est pas elle-même inquiète, mais promet d'appeler l'équipe quand elle sait Mme Damiens à domicile pour qu'ils ne se déplacent pas « pour rien ».

Dans le deuxième exemple, les difficultés éthiques, déontologiques et légales ont été court-circuitées par « l'urgence » d'intervenir mais aussi par la possibilité matérielle de le faire sans trop d'obstacles : la gravité des troubles constatés, la « mise en danger de soi », expression consacrée, et l'urgence sociale, du risque de perte du logement, dont ces professionnels de la psychiatrie sont conscients de l'importance comme condition de vie minimale et de stabilité. Dans l'exemple de Mme Damiens, la difficulté pratique est augmentée du trouble de l'équipe quant à la légitimité de leur intervention : la résistance des faits rend l'intrusion plus lisible et l'absence de fluidité de l'action donne le temps et l'espace aux doutes pour s'exprimer.

Dans cette situation apparaissent deux écueils possibles et antagonistes de l'intervention : l'« encerclement » du territoire d'action de la personne par la coopération collusoire de différents acteurs, et, à l'inverse, ne pas (pouvoir) agir, si le territoire spatial est inaccessible ou si on retient une action jugée trop intrusive. Dans « La folie dans la place », Goffman décrit cette coopération collusoire de différents acteurs suscitée par un souci commun mais

qui peut se révéler coercitive à l'égard d'une personne (Goffman 1973a). Dans la dernière situation présentée, on peut en outre s'interroger sur la possibilité qu'a Mme Damiens d'exprimer ce qu'elle souhaite pour elle-même, si sa seule marge de manœuvre est de se dérober à l'intervention d'autrui en ne répondant pas aux sollicitations et en restant abritée derrière une porte close. Mais dans le cas où elle irait effectivement très mal et se mettrait en danger, un territoire trop protégé des interventions d'autrui se révèle un empêchement à la possibilité d'une aide. La non-intervention rend possible l'actualisation d'une menace pour une personne enfermée chez soi et isolée, dont la souffrance l'empêcherait de demander de l'aide. Elle peut ainsi avoir des conséquences dramatiques à cause d'un territoire spatial inaccessible ou d'un territoire d'intervention déserté, c'est-à-dire une situation devant laquelle tous les intervenants potentiels se dérobent en considérant qu'elle n'est pas de leur ressort : un *no man's land* de l'intervention légitime.

Le chef de secteur A promeut le développement d'une coopération entre intervenants et utilise fréquemment, notamment lors des réunions « Constellation » avec les partenaires institutionnels du territoire, la métaphore de la « patate chaude », qu'on se relance d'institution en institution, d'équipe en équipe, parce qu'elle brûle les mains. Le phénomène de la « patate chaude » apparaîtrait typiquement lors des situations où troubles psychiatriques et problèmes sociaux sont étroitement intriqués, avec des personnes dont la complexité de la prise en charge sociale est nourrie par la pathologie et l'efficacité de la prise en charge psychiatrique adossée à une situation sociale lourde, notamment en l'absence d'hébergement. Les différents intervenants, dépassés par la situation, tendent alors à refuser de traiter le problème et renvoyer vers une autre institution, qui se trouve alors dans une situation d'impuissance ou d'appréhension similaire.

3. Initier, évaluer, décider, saisir

La temporalité de l'hospitalisation sans consentement, décrite dans le texte de la loi comme le besoin immédiat de soins et d'une surveillance hospitalière, se dilate parfois sur plusieurs jours, voire plusieurs semaines, entre le moment où une décision est arrêtée, où les certificats médicaux, la demande de tiers sont rédigés ou l'arrêté du représentant de l'Etat pris, éventuellement renouvelé, et où la personne se trouve effectivement hospitalisée, son hospitalisation confirmée. Cela tient précisément au fait que ces différentes étapes peuvent se concentrer sur peu d'acteurs et les obstacles matériels à la saisie de la personne être réduits, ou au contraire « s'éclater » entre différents acteurs non coordonnés, et les obstacles se

démultiplier. D'ailleurs, si le besoin de soins doit être *immédiat* pour justifier une hospitalisation contrainte, c'est-à-dire que les soins ne doivent pas pouvoir être repoussés (de façon à obtenir entre-temps le consentement), le législateur a cependant éprouvé le besoin de redoubler les mesures ordinaires de mesures d'urgences simplifiées, celle de l'HDT étant nommée « en péril imminent » dans la loi de 1990.

À partir de ces trois situations, apparaissent à la fois la possibilité de « circuits courts », où certains acteurs peuvent prendre des décisions de soins sous contrainte et de saisir les personnes, en l'occurrence, le maire avec la police, ou l'équipe de psychiatrie seule ; et la coexistence simultanée de circuits longs. Outre les réserves éthiques et les formes d'auto-limitation de la part de chacun des acteurs, la détermination propre de ce qui leur semble légitime ou abusif, émergent des obstacles issus de l'éclatement des intervenants, ou d'obstacles matériels et juridiques s'interposant dans la réalisation même de l'hospitalisation. Or repousser l'hospitalisation, c'est, à la fois, relancer le processus d'évaluation par lequel une hospitalisation est jugée nécessaire (processus qui pourra conduire à une évaluation différente), et frapper de fragilité la possibilité même de réaliser cette évaluation ou de se saisir de la personne. Celle-ci peut en effet toujours choisir l'« exit », se dérober à la rencontre avec un médecin. Une autre éventualité est que la situation de la personne soit alors éclipsée dans l'agenda de l'équipe psychiatrique par d'autres situations plus pressantes, surtout en l'absence de relance par des tiers.

L'opération d'hospitaliser quelqu'un sans son consentement exige comme on l'a vu différents intervenants. Ceux-ci peuvent en outre intervenir à différents moments. Ils peuvent être à l'initiative de la demande (de soin, de recours à la psychiatrie), réaliser l'une des évaluations de l'état de la personne, décider d'une mesure d'HSC ou participer d'une manière ou d'une autre à la décision, et/ou assurer la saisie et la conduite de la personne jusqu'au lieu d'hospitalisation (ce qui inclut ou non de la coercition physique). Ces quatre moments ne se déroulent pas nécessairement dans cet ordre. Lorsque la police se saisit de quelqu'un dans un lieu public (pour « faire cesser un trouble » ou à la suite d'une transgression, comme une agression ou un vol), la « maîtrise du corps » précède l'initiative (la sollicitation d'un psychiatre pour la compatibilité de l'état de la personne avec une garde à vue ou la conduite de celle-ci aux urgences) et l'évaluation médicale. La « décision » peut, quant à elle, être prise par le maire ou le psychiatre (je parle ici non du point de vue légal, mais du point de vue de l'enchaînement des actions, du moment où l'un des acteurs affirme une position qui est suivie d'effet).

Bien sûr, toute personne à l'initiative de la demande de soin réalise une première évaluation – qui devra être confirmée par les « épreuves d'évaluation » successives. Si, par exemple, les proches sont à l'initiative du recours, ils auront besoin des évaluations des premiers « adjuvants » qu'ils solliciteront et qui soumettent leur participation à leur analyse de la situation, d'après les éléments rapportés ou en direct, et leurs critères d'action. Il peut s'agir du médecin généraliste ou d'un service d'urgence, de la police, voire du maire, et, de toute façon, des médecins successifs qui seront amenés à faire les certificats prévus, à confirmer, renouveler ou lever la mesure d'HSC. On distinguera de plus l'initiative de la demande de *soin* (ou au moins d'une évaluation médicale) et l'initiative de la demande de *contrainte*. Lorsque la personne va d'elle-même consulter aux urgences, elle est à l'initiative d'une demande de soin, et le médecin qui la voit sera éventuellement à l'initiative de la contrainte. Lorsque le psychiatre traitant de secteur identifie la nécessité d'un soin contraint, il réalise une première évaluation et est lui-même à l'initiative de la demande de soin et de la contrainte – en cherchant par exemple un membre de l'entourage pour signer une « demande de tiers ». Le CAC est sollicité par un autre acteur pour intervenir, mais ce peut être un acteur du secteur psychiatrique, comme le psychiatre qui voit la personne au CMP, ou un proche, ou encore la personne elle-même, mais il peut être l'intervenant qui décide de la contrainte et qui la réalise, comme dans le cas de Mme Fofana. Il peut également n'avoir pour rôle que de réaliser une hospitalisation décidée par le maire par exemple, quoique que le travail de coopération mis en place avec la mairie fait que généralement les hospitalisations d'office sont anticipées et discutées en amont.

Le travail de recherche de l'accord de la personne visée par les soins peut être effectué ou non à tous les moments de la réalisation de l'hospitalisation : une médecin urgentiste qui décrit son intervention en aval de la décision, au moment du transport, met en évidence le travail potentiel d'obtention a minima du « bon gré » de la personne :

« Dans ces interventions, la décision de l'hospitalisation n'a pas forcément été prise par le médecin du SMUR. Au mieux, le premier certificat médical a été préparé par un médecin généraliste, la demande du tiers est déjà écrite par un membre de la famille. Il ne reste plus à l'équipe du SMUR que de transporter le patient dans le Centre Hospitalier Spécialisé référent. C'est là que commence la tâche difficile pour un médecin qui ne connaît pas le patient, qui n'a pas été acteur de la décision, qui n'était pas témoin de l'action passée, qui a été souvent brièvement mis au courant, de convaincre quelqu'un de consentir à monter dans une ambulance qui l'emmènera pour une hospitalisation à laquelle il n'a pas consenti. » (Legrain 2006, p. 8)

Ce travail n'est pas systématiquement opéré, dans le passage qui suit ce paragraphe, que je citais dans la seconde partie, cette urgentiste opposait deux manières de faire monter le patient

dans l'ambulance : « l'efficacité sans perte de temps », saisie du corps par force, rapide et idéalement non brutale, et la « négociation longue et parsemée d'embûches [...] en donnant l'impression de laisser le choix alors qu'il ne l'a pas. Au pire, cette deuxième version finit par se dérouler comme la première après échec de la discussion. » (*Ibid.*).

La question de la redistribution des responsabilités se pose bien avec une hospitalisation qui ne va plus de soi pour des personnes souffrant de troubles psychiques graves, mais aussi avec une extension des missions assignées à la psychiatrie, ce qui conduit à un éclatement des intervenants possibles, comme le signale Isaac Joseph. Mais la « communauté » évoquée par les tenants du secteur ne doit pas être présupposée sous une forme abstraite idéalisée, comme un ensemble solidaire de personnes et la ville ne doit pas être réduite à un espace perçu uniquement sous l'angle urbanistique, ce qui conduirait à négliger les configurations d'acteurs qu'elle implique. Pour comprendre une intervention auprès d'autrui en contexte de troubles psychiques, il faut analyser cette double territorialité qu'est le territoire spatial où émerge le trouble qui suscite l'intervention et le territoire de l'intervention légitime des différents acteurs mobilisés, qui ont chacun leur logique propre et leur propres frontières, leurs propres limites. Avec les différents écueils que sont la revendication concurrente d'un même territoire ou l'intervention non coordonnée de différents acteurs ; le *no man's land* de l'intervention, dans le retrait des différents acteurs susceptibles d'intervenir de manière formelle ou informelle, conduisant à l'isolement d'une personne en souffrance, certes géographiquement au sein de la communauté mais privée des soutiens que celle-ci serait susceptible d'apporter ; ou au contraire le territoire soumis à un contrôle serré et à l'intervention intrusive, d'un acteur institutionnel ou d'un « réseau collusoire ».

Articulation entre les intervenants

| | Écueil | Idéal |
|-----------------------------|--|---|
| Coopération | Collusion – psychiatisation des troubles et/ou contrôle social | coordination |
| Séparation des rôles | Abandon, jeu de la « patate chaude » | Préservation de sa mission et de ses propres limites d'intervention ²⁵⁹ triangulation |

²⁵⁹ Une magistrate à propos d'une rencontre entre juges et psychiatres autour de la loi de 2011, défend la légitimité de l'intervention du juge dans son rôle propre, qui ne se soumette pas à l'idée d'une exceptionnalité psychiatrique :

À propos des décisions de soins sans consentement visant des personnes sans domicile, Ana Marquès met en évidence la manière dont se redistribue la responsabilité d'intervenir vers les professionnels, en l'absence le plus souvent de proches, et la manière dont cette responsabilité est susceptible d'éclater entre différentes institutions et intervenants ce qui rend leur coordination incertaine.

« D'une part, cette population étant souvent marquée par un isolement social, la famille ou les proches sont absents, alors qu'habituellement ils sont des acteurs privilégiés dans la prise de décision pour autrui. Les professionnels (la police, l'EMPP, l'institution sociale partenaire, le Samu, les pompiers) sont donc en première ligne pour décider. D'autre part, ces institutions et leurs professionnels n'ont aucun lien hiérarchique entre eux permettant d'établir une forme de chaîne de la décision (Lovell, 1996a). » (Marques 2010)

Les analyses des transformations de l'intervention psychiatrique dans le passage à l'extra-hospitalier soulignent le risque de l'extension d'un contrôle psychiatrique hors de l'hôpital, par l'instillation d'un contrôle serré mais moins visible et plus diffus à travers un réseau d'acteurs dans la ville (Robert Castel 1981). Dans l'éclatement des responsabilités suscité par la sortie d'une institution prenant tout en charge, cette anticipation d'abus de pouvoir ne doit pas dissimuler le risque de l'existence de *no man's land*, non seulement dans des espaces interstitiels aujourd'hui identifiés comme lieux d'intervention possibles, mais dans les domiciles mêmes. La psychiatrie conserve certaines possibilités d'interventions extensives, en disposant du pouvoir d'initier et de réaliser une hospitalisation sans consentement. Certes, elle a besoin de l'intervention d'adjuvants, mais ceux-ci peuvent n'occuper que peu une place de « tiers » et tendre à se ranger aux jugements des psychiatres, par soumission à l'autorité

« Donc on a pris l'exemple en matière juridique de quelqu'un qui tue la moitié de sa famille, que, la police, au péril de sa vie l'arrête, parce qu'il faut voir ça aussi, la police, au péril de sa vie l'arrête, le met en garde à vue. Pas de bol, il y a une erreur dans la garde à vue, un problème de procédure. Et le mec il dit : oui, c'est moi, j'ai dézingué la moitié de ma famille, ne vous inquiétez pas, si je ressors, je dézingue l'autre moitié ! Donc on sait qu'il est extrêmement dangereux et il y a une erreur de procédure, ben bien sûr qu'on le relâche ! (...) il y a une question qui a été formulée comme ça : oui mais quand même c'est des gens dangereux, etc. (...) Et vous voyez, si le juge lui-même commence à s'auto-censurer en disant : oui mais là, c'est pas pareil, on est fichus. Tout le monde est fichu parce que personne ne comprend ce que le juge fait. S'il n'est pas dans son rôle, tout le monde est perdu. Et là, quand ces questions ont été posées et que j'ai dit : ah oui. Alors on va dire : non mais là c'est pas pareil. Il y a plusieurs psychiatres dans la salle qui ont dit : mais si c'est pareil, bien sûr que c'est pareil, évidemment qu'on ne va pas traiter nos patients autrement qu'un autre citoyen. Sinon, on est perdus. » entretien exploratoire avec une magistrate, 2013

L'échange qu'elle rapporte est d'autant plus intéressant que l'exceptionnalité psychiatrique – le fait que les situations où interviennent des troubles psychiques échapperaient aux jugements ordinaires – n'est pas nécessairement revendiquée par les psychiatres eux-mêmes, certains, comme ceux qu'elle cite en soutien à ses propos, défendent que « leurs patients » soient traités comme n'importe quel citoyen.

psychiatrique, pour résoudre des désordres pour les représentants de l'Etat, pour trouver des soins et du relais face aux difficultés rencontrées par les proches. Cette possibilité est aujourd'hui renforcée par les mesures de « péril imminent » loi de 2011 qui dispensent de faire intervenir un tiers. Si elle n'est le plus souvent pas à l'initiative de l'intervention, elle peut se trouver à l'initiative de la décision de contrainte. De fait, la psychiatrie a, du fait des dispositions légales, un rôle d'épreuve cruciale dans l'évaluation des situations.

C. Un danger pour soi-même ou pour autrui ? L'évaluation par les psychiatres de la nécessité d'hospitaliser quelqu'un sans son consentement

Qu'est-ce qui conduit à identifier la nécessité d'une décision d'hospitalisation sans consentement ? La formule couramment utilisée pour en rendre compte, que l'on retrouve de façon récurrente dans les textes et les discours des acteurs, décrit les HSC comme nécessaires quand la personne représente un « danger pour elle-même ou pour autrui ». L'expression figure par exemple dans l'objet de la saisine de l'Infirmier Psychiatrique de la Préfecture de Paris (IPPP) par un commissaire de police, joint au dossier d'une femme hospitalisée au secteur A, madame Carel : « Personne ayant un comportement dangereux pour elle-même et pour autrui »²⁶⁰.

On retrouve dans cette expression, « un danger pour soi-même ou pour autrui », l'envers de l'« improbable miracle » que constituerait l'hospitalisation sans consentement : elle permettrait indissociablement de protéger la personne et son environnement, et transforme l'exigence légale du « besoin de soin » pour une HO et en postulat que l'hospitalisation en psychiatrie serait toujours potentiellement en dernière instance un soin pour la personne. La qualification d'une agression comme un « passage à l'acte hétéro-agressif », c'est-à-dire une violence contre un autre qui résulterait d'un effet des troubles²⁶¹, interprète cette dernière comme un signe d'aggravation de l'état indiquant la nécessité des soins.

²⁶⁰ Je reviens sur cette situation plus bas.

²⁶¹ Le « passage à l'acte » est une expression de psychologie clinique qui désigne la traduction d'une pathologie (ou du point de vue psychanalytique d'un conflit inconscient) dans des actions (Raoult 2006).

Dans cette assimilation par contiguïté de ces deux dimensions : « pour soi-même » et/ou « pour autrui », toute décision de soin sous contrainte, même pour prévenir un danger pour autrui, serait au nom de la protection de la personne contrainte, puisque cette mesure conduirait au soin de ses troubles. Par ailleurs, le « danger pour soi » et le « danger pour les autres » sont ainsi associés bien qu'ils puissent se présenter séparément. La notion même de « danger » est susceptible de prendre une extension très large, le « danger pour soi » pouvant englober des situations de risque immédiat (comme des tentatives de suicide), des situations graves d'absence de soin pour soi sur le plus long terme (prendre des toxiques, ne presque plus se nourrir), des effets plus aléatoires d'exposition à des dangers en raison des troubles (comme le risque de traverser la rue sans regarder), ou encore des situations de dégradation de la situation sociale (risque de perdre son travail, son logement, etc.). Enfin, si l'on inclut dans le « danger pour soi » le fait de ne pas prendre un traitement qui semble nécessaire aux soignants ou à l'entourage, la justification de l'intervention peut intervenir très tôt. La présence de certains symptômes – tels que des hallucinations, des délires plus ou moins constitués, ou des idées de suicide – ouvrent des possibles difficiles à circonscrire pour ceux qui sont autour de la personne et nourrissent des inquiétudes qui les engagent à « agir » ; et ce, bien que la présence de symptômes – identifiés comme tels – ne soit pas en soi systématiquement un motif d'hospitalisation du point de vue des professionnels de la psychiatrie.

De plus, l'HSC apparaît comme un agencement complexe, dont différentes dimensions peuvent être recherchées en première lieu lors de l'hospitalisation, tout en pouvant inclure l'« espoir » que d'autres « biens » y seront trouvés. Il s'agit de restituer l'hétérogénéité des dimensions de l'HSC, dont certaines peuvent prévaloir selon les usages de l'HSC. On l'a dit, l'HSC est un agencement du placement entre quatre murs (au sein d'un établissement), du soin, et d'une mesure administrativo-légale – l'hospitalisation étant elle-même un agencement liant établissement et soin. Selon les usages de l'HSC, sont mobilisées de façon privilégiée une ou plusieurs de ces dimensions, selon différents nouages possibles. On distinguera ainsi : placer en établissement pour *empêcher/éloigner*, contraindre *pour soigner* (dont enfermer *pour administrer des traitements*²⁶² contraindre à l'hospitalisation), contraindre *comme soin* (contenir/cadrer : on retrouve au sujet de l'hospitalisation la justification thérapeutique également mobilisée à propos de la chambre d'isolement). Au sein de ces différents usages, l'enjeu est de mettre en évidence la pluralité des enjeux à l'œuvre dans une décision donnée.

²⁶² Après la loi de 2011, enfermement et contrainte se découpent partiellement.

Selon les situations, c'est parfois moins le bien de la personne elle-même qui semble prévaloir que celui d'autres (proches, voisins, « la société », les professionnels soignants ou intervenants sociaux autour de la personne). Mais s'il ne s'agit pas de verser dans une description univoquement positive (une HSC répondrait avant tout à un besoin de la personne elle-même), et ne durerait que tant qu'une hospitalisation est nécessaire, il convient de ne pas non plus conclure à la proposition opposée : l'individu sacrifié au contrôle social ou à l'ordre public. J'étudierai dans un premier temps la manière dont les certificats eux-mêmes rendent compte des décisions d'HSC - ce dont ils ne donnent, comme on le verra, qu'un aperçu partiel –, avant de revenir sur la diversité des situations d'HSC rencontrées dans le service A ou dont les entretiens avec les psychiatres ont permis de faire le récit rétrospectif.

1. Ce dont les certificats rendent compte

a) Nature et gravité des troubles nécessitant une hospitalisation

Les certificats peuvent contenir des éléments de diagnostics sur l'état actuel de la personne (« état dépressif », « état anxio-dépressif », « personnalité état limite avec immaturité, intolérance à la frustration »), ou se référer à des qualifications diagnostiques antérieures (par exemple : « Antécédents d'épisodes maniaques »). Ils peuvent y ajouter des descriptions de la conduite antérieure de la personne avant l'examen, à l'origine de la consultation ou de sa présentation à des médecins (tentative de suicide, troubles sur la voie publique ou à domicile), ou qui sont rapportés aux médecins par la personne ou par des tiers (« bris d'objets », « IMV [*intoxication médicamenteuse volontaire*] + phlébotomie [*a tenté de se couper des vaisseaux sanguins*] hier »). Ils peuvent reprendre ce que la personne décrit elle-même, souvent en le traduisant ou en le qualifiant : « état anxio-dépressif avec impression d'incurabilité ; sensation d'épuisement et préoccupations nosophobiques²⁶³ ». Enfin, ces documents peuvent proposer une description-qualification de la conduite de la personne pendant l'examen, de la manière dont elle se présente physiquement et se conduit (par exemple : « logorrhée ») ou de la relation qui s'est établie avec le médecin pendant l'entretien (« Mauvais contact – [...] agressivité verbale »).

²⁶³ Nosophobique : de *nosos* : la maladie ; phobique : qui a peur. La personne a peur – une peur jugée *maladive* – d'être malade.

Deux certificats d'une HDT qui tranchent par leurs styles très différents l'un de l'autre mettent en évidence les variations dans les descriptions possibles :

| Certificat 1, fait par un médecin des Urgences médicales de Paris | Certificat 2, fait aux urgences psychiatriques de l'hôpital H | Notes dans le dossier de l'hôpital H |
|---|---|---|
| "comportement d'opposition inhabituel envers sa fille qui présente des ecchymoses au niveau du poignet droit, sans facteur déclenchant. Mise sous clef de ses affaires et certains papiers de sa fille majeure et de manière autoritaire. Episodes où la patiente reste immobile pendant plusieurs heures dans son fauteuil ou parfois patiente tournant de manière stéréotypée pendant plusieurs dizaines de minutes." | "Troubles du comportement avec hétéro-agressivité. Discours délirant persécutif de mécanisme interprétatif. Contact altéré, légère confusion avec désorientation" | « agressivité avec sa fille, contact pas adapté, patiente désorientée, pas de troubles de l'humeur sous-jacent, syndrome délirant persécutif évoquant une possible entrée dans une démence. Tonalité persécutive évoquant un trouble délirant chronique » |

Le premier certificat, établi par un médecin des urgences médicales de Paris, est le plus précis sur les faits – mais il rapporte à la fois des faits observés (« ecchymoses au niveau du poignet droit » de la fille) et des faits rapportés, vraisemblablement par la fille, tandis que le certificat des urgences de l'hôpital H propose plutôt une description-qualification des symptômes, sans évoquer de diagnostic, ni indiquer quels éléments ont été observés. L'hétéro-agressivité indique une « agressivité » envers quelqu'un d'autre que soi, mais la ou les cibles ne sont pas identifiées, pas plus que le type d'acte incriminé. Aucun élément du discours « délirant » n'est rapporté. Enfin, les notes du dossier de l'hôpital H sont légèrement plus précises, et suggèrent une hésitation entre deux hypothèses diagnostiques : entrée dans une démence ou trouble délirant chronique.

Nombre de termes employés par la description qualifient d'emblée ce qu'ils désignent comme des symptômes, qu'il s'agisse de la « logorrhée » (de *logos* : langage, la racine « *rhée* » renvoyant au flux : littéralement la personne produit un flot de paroles) ou de l'« incurie » (qui renvoie au fait que la personne ne prend pas soin d'elle ou de son logement). Ce dernier terme ne décrit pas seulement un état de saleté, de désordre, de négligence de son logement et/ou de soi ; il se réfère à un degré particulièrement important de ces caractéristiques, et désigne plus encore le dépassement d'un seuil, précisément, *pathologique* :

le moment où la saleté, le désordre, la négligence manifesteraient, au-delà d'eux-mêmes, une incapacité de la personne à prendre soin d'elle qui relève de la pathologie. Ce n'est pas nécessairement un signe de psychose, ce peut être également lié à une dépression, à de l'alcoolisme, à un degré de désocialisation qui verse dans le pathologique, etc. L'« agitation » est un autre de ces termes : cela peut se référer à quelqu'un qui « ne tient pas en place », mais cela peut également désigner de façon euphémisée une conduite violente, sans pour autant préciser si celle-ci est menaçante ou effective, si elle a visé des objets ou des personnes²⁶⁴. La qualification de la conduite comme « agitation » produit là encore sa désignation comme pathologique. Il ne s'agit pas d'une qualification morale, qui impliquerait un blâme ; il ne s'agit pas d'identifier une transgression d'une norme légale ou de règles ordinaires de l'interaction. Plus encore, il ne s'agit pas d'identifier comment cette conduite s'insérait dans une situation et quel *sens* elle pourrait potentiellement avoir pour la personne. Les certificats sont fréquemment peu explicites sur les actes ou les gestes concrets de la personne. Sur l'un est ainsi tout juste mentionné : « bris d'objets ». Il ne reste que des mouvements dépourvus de sens ou de finalité – avec une fréquente connotation de violence. Cette qualification prive les conduites du présupposé qu'elles puissent être signifiantes et avoir une forme de cohérence. Ces termes *cliniques*, forgés pour la description de ces caractéristiques typiques des troubles psychiques, ont une efficacité propre en ce qu'ils ont une félicité dans leur manière de désigner avec précision ce dont il s'agit. Incurie peut être plus précis que « désordre », « logorrhée » plus précis que « volubile » – précisément en ce que ces termes désignent un seuil pathologique franchi. Comme tous les spécialistes, les psychiatres ont forgé un vocabulaire propre, apte à opérer des distinctions fines et à désigner les éléments diagnostics de façon précise. L'envers de cette efficacité descriptive est la dimension performative de ces termes posés : la description emporte déjà la qualification pathologique sans passer par l'étape de la description des faits, événements, conduites, environnement qui suscite cette qualification.

D'autres éléments de vocabulaire sont moins techniques. Ils paraissent plus neutres, non caractéristiques d'une pathologie mentale ou peu spécifiques a priori. Mais, par leur sélection même dans le contexte d'un certificat, ils sont constitués en éléments signifiants, indicateurs d'un état pathologique. Fréquemment utilisés dans ces contextes, ils prennent un sens plus spécifiques pour les professionnels qui ont l'habitude de lire ce type de comptes-rendus. Ce peut être leur accumulation ou le fait qu'ils soient composés avec d'autres éléments qui

²⁶⁴ On a vu la mobilisation de cette notion pour rendre compte de l'usage de la chambre d'isolement.

désigne implicitement une pathologie plus précise ou qui les constitue en indicateur de gravité. L'« isolement », dans un contexte de « dépression », peut à la fois manifester cet état et/ou indiquer le défaut d'entourage qui pourrait soutenir la personne. Une « insomnie », cumulée avec une « logorrhée » et de l'« excitation », renvoie à un état « maniaque » ou « hypomane », même si les termes diagnostiques ne sont pas précisés. Les rédacteurs, par ces éléments, étayaient leur diagnostic : il arrive qu'il se contentent d'énoncer ces éléments successivement sans qualifier-identifier pour autant un « état d'ensemble ». Parfois l'accumulation même de ces éléments produit un « tableau » : les éléments convergent vers un diagnostic ou un type de diagnostic, mais celui-ci, comme je le disais, n'est pas toujours nommé. Le diagnostic seul ne suffit d'ailleurs en principe pas à établir la nécessité d'hospitaliser, comme on va le voir ci-dessous.

b) La nécessité de soigner – ou d'hospitaliser

Certains certificats se contentent d'identifier des troubles – il semble alors aller de soi que ces troubles nécessitent soin et hospitalisation, et les rédacteurs, s'ils indiquent que « ces troubles rendent impossible le consentement », ne précisent pas toujours *en quoi* ceux-ci le rendent impossible.

D'autres certificats insistent sur une particulière gravité ou des éléments rendant l'hospitalisation ou les soins nécessaires, quitte à ce qu'ils soient sans consentement : l'« isolement » mentionné dans un certificat d'HDT suite à une tentative de suicide peut-être à la fois considéré comme une manifestation de l'état dépressif, un phénomène de repli lié à cet état et un contexte peu favorable à une amélioration dans un horizon temporel proche, et signaler l'absence d'entourage permettant une surveillance dans un contexte où un risque de « récurrence » suicidaire est crainte :

« Certificat 1 : "[je soussigné Docteur... certifie avoir constaté les troubles suivants :] Banalisation des troubles - état dépressif - refus d'hospitalisation - risque de récurrence - isolement" »

On note sur ce certificat l'absence de hiérarchie et d'organisation des éléments : « banalisation des troubles » et « refus d'hospitalisation » tendent plutôt à rendre compte de la nécessité de la contrainte ; « état dépressif » et « risque de récurrence » qualifient surtout la gravité des troubles et la nécessité d'une « surveillance constante en milieu hospitalier ». Il est vraisemblable que ce certificat a été rédigé en second, car il est plutôt moins détaillé que

l'autre certificat, et ne précise pas la tentative de suicide pourtant à l'origine de l'examen aux urgences. Voici ce qu'indique l'autre certificat :

« IMV [intoxication médicamenteuse volontaire] + phlébotomie [tentative de se couper les veines] hier
- état anxio-dépressif avec impression d'incurabilité ; - sensation d'épuisement et préoccupations
nosophobiques; - ambivalence à l'égard des soins ; - opposition à l'hospitalisation" »

Ce certificat insiste avant tout sur les indicateurs de gravité et les caractéristiques propres de l'« état anxio-dépressif », avec la mention de deux modes d'atteinte à soi et des sources de l'inquiétude et de l'angoisse de la personne. Il n'évoque en revanche pas le risque de récurrence, et l'indication de la contrainte est tout entière contenue dans l'« ambivalence à l'égard des soins en général » et l'« opposition à l'hospitalisation » en particulier. Même les éléments de précision au sujet de l'état anxio-dépressif restent très allusifs et peu explicites pour qui ne connaît pas le dossier (celui-ci fait état d'une infection récente de la personne, une femme de 72 ans qui craint d'être malade et de ne pouvoir en guérir).

La « rupture thérapeutique » ou « rupture de traitement » marque l'antériorité d'une prise en charge psychiatrique qui a été interrompue ; elle indique également un facteur explicatif d'une recrudescence de troubles et constitue un signe de gravité ; mais elle signale en outre une « mauvaise compliance aux soins » (éléments que l'on retrouve sur un autre dossier indiquant une « rupture thérapeutique »), c'est-à-dire potentiellement la non-reconnaissance des troubles eux-mêmes. De même que pour la mention « refus de soin », il est incertain dans ces situations si c'est la capacité à consentir qui est évaluée ou le besoin de soin joint au bon vouloir de la personne dans les soins qui lui sont prescrits.

Les certificats étudiés ont été rédigés avant la loi de 2011. Ce sont des actes administratifs effectués par des médecins qui constatent la nécessité d'une HSC. Les notes qui figurent dans les dossiers médicaux et dans les lettres adressées aux « confrères » des services d'hospitalisation d'aval sont souvent plus complètes. Si les médecins peuvent s'en tenir au strict nécessaire pour ce qu'ils perçoivent comme un acte d'écriture imposé, éventuellement redondant²⁶⁵, ils limitent ce qu'ils indiquent dans un souci de protection des informations concernant le patient. Si ces certificats doivent comporter les éléments justifiant l'hospitalisation, cela se résume parfois à la mention de quelques symptômes saillants

²⁶⁵ La loi de 1990 exige deux certificats initiaux pour une HDT « simple », un certificat « immédiat » 24h après pour confirmer l'HSC, puis un certificat « de quinzaine » et enfin un « mensuel » pour confirmer la nécessité de poursuivre la mesure. Ces certificats sont plus nombreux encore après la loi de 2011 qui instaure une période d'observation de 72h, au terme de laquelle il faut également un certificat qui indique la nécessité éventuelle de poursuivre la mesure, soit sous la forme d'une hospitalisation complète, soit sous la forme d'un programme de soin, et si l'hospitalisation se poursuit, un certificat sera nécessaire avant le contrôle systématique du juge des libertés de toute hospitalisation qui se prolonge.

accompagnée de celle-ci, qui répond minimalement et formellement à l'exigence légale : « ses troubles rendent impossible son consentement ». Certains hôpitaux diffusent via le service qui s'occupe du contrôle des admissions ou de leur service juridique des modèles de certificats types où figure cette mention. Hors de ces mentions minimales, le contenu des certificats fait alors peu l'objet de contrôles « profanes », susceptibles d'exiger des écrits plus explicites. Certains arrêtés d'HO reprennent d'ailleurs les termes mêmes des certificats, manifestant tout à la fois l'autorité accordée à ceux-ci et l'absence de critique du mode de description engagé. Le contrôle systématique des hospitalisations par les juges introduit par la loi de 2011 est susceptible d'introduire une plus grande attention à la rédaction des certificats, comme le suggère un entretien exploratoire mené avec une magistrate. Celle-ci me décrit une formation à l'Ecole Nationale de la Magistrature sur la loi de 2011, formation dans laquelle elle est intervenue, à laquelle assistaient juges, psychiatres et directeurs d'hôpitaux, et qui s'est tenue deux années de suite :

« Et en fait il y a un certificat qui dit "psychose paranoïde délirante je sais pas quoi". Genre "psychose paranoïde délirante" voilà, ça suffit. Avec ça, mon petit juge, tu l'enfermes ce gars. Alors là, l'année dernière, si on avait présenté ce cas-là, ce qui s'était passé l'année dernière, ils disent : (*ton nasillard*) "ben, oui, évidemment « psychose paranoïde délirante », évidemment il faut le garder enfermé." D'accord. Mais là, le juge avait répondu : "d'abord je vois pas ce que c'est, et surtout, je vois pas ce qu'il y a qui répond aux critères de la loi. Ça ne me suffit pas. J'ai besoin de faits, j'ai besoin qu'on me dise, les symptômes c'est ça, je m'en fous de savoir comment ça s'appelle, je veux des symptômes, des comportements et qu'on dise que cette personne, dehors... – il y a un besoin de soins constants etc." Cette année, on passe le même cas, et plusieurs psychiatres interviennent en disant ça c'est le diagnostic, c'est pas une motivation. Et ils ont raison. » Magistrate, entretien

Elle signale ici l'insuffisance du diagnostic seul, à ses yeux et à ceux de la magistrate qui avait examiné le certificat. Le diagnostic ne justifie à lui seul pas de l'HSC, ici et maintenant, pour des troubles dont les symptômes et la manière dont ils affectent la conduite de la personne peuvent varier. Elle oppose ensuite les positionnements différents de ses collègues : si certains juges, en effet, font place à une exceptionnalité psychiatrique qui les conduit à un contrôle essentiellement formel, ce qu'elle décrit comme « contrôle hyper en arrière » (elle ajoute un peu plus tard : « Je ne suis pas sûre que le juge ait pris toute sa place »), d'autres, comme la magistrate qu'elle cite ci-dessus, exigent des psychiatres les mêmes attentes de justification précise auxquelles ils sont eux-mêmes soumis quand ils ordonnent la détention d'une personne. Elle réfère ces attentes à la « culture de la motivation » des juges, qui doivent déployer précisément ce qui justifie leur qualification des faits, notamment lorsqu'il s'agit de porter atteinte à la liberté de quelqu'un.

Les certificats, plus ou moins détaillés, ne donnent ainsi souvent qu'une appréhension très partielle des situations qui ont donné lieu à des hospitalisations sans consentement. Il était dès

lors nécessaire de compléter les décisions d'HSC par les récits rétrospectifs que pouvaient en faire les psychiatres ainsi que par les échanges autour des HSC au sein du service d'hospitalisation.

2. Empêcher, contrainte pour le soin, contraindre comme soin

Dans la loi de 1990, la mesure de soin sans consentement, si elle n'est plus le mode exclusif d'intervention de la psychiatrie, est indissociablement une *mesure administrative* qui autorise le placement entre quatre murs, c'est-à-dire *l'enfermement*, dans un lieu spécifique : *l'hôpital* (et, plus précisément, un établissement autorisé à recevoir des HSC), à des fins de *soins*. Il apparaît dans l'analyse des décisions de soins sans consentement, qu'une décision d'HSC donnée pourra viser de manière privilégiée l'un de ces éléments. Par le placement dans un établissement, il peut s'agir en première instance d'*empêcher* un risque grave : empêcher une personne d'agir (voire parfois son entourage), mais aussi faire cesser une situation insupportable (ce que je désigne par l'expression : *contrainte comme empêchement*). Quelque soit la « gravité » ou le caractère imminent du risque, il peut s'agir de *contraindre au soin* : le placement entre quatre murs vise alors à rendre la personne physiquement disponible au soin, aux interventions des soignants (*contrainte pour le soin*). Ces interventions elles-mêmes peuvent comporter traitements médicamenteux, observations et surveillance, entretiens, tentative de « faire connaissance », d'initier d'autres relations entre soignants et la personne. La dimension contraignante peut être identifiée comme constituant en soi un soin (*contrainte comme soin*) : la mesure administrativo-légale ou le placement entre quatre murs sont alors considérés comme des dispositifs symboliques ou matériels figurant des limites, limites jugées « contenantes » [sur la notion de contenance, voir la II^e partie]. Bien sûr, le fait d'exercer la « contrainte comme empêchement » au sein de l'hôpital peut être associé à l'espoir ou l'attente qu'il ne s'agit pas seulement d'entraver les mouvements, d'éloigner ou de protéger de l'extérieur, mais que cela permette en outre de soigner. Mais l'HSC est cette possibilité, qui n'existe dans aucun autre dispositif, de pouvoir se saisir d'une personne de façon prospective²⁶⁶, en anticipant les actes qu'elle pourrait commettre, ou pour répondre à des désordres imputés à la personne qui ne transgressent pas la loi ou restent en deçà d'un traitement judiciaire. C'est cette possibilité qui est parfois saisie, en deçà de l'attente d'une

²⁶⁶ La rétention de sûreté est précédée d'une décision judiciaire.

éventuelle amélioration par les soins – et par la mobilisation, au sein de l'hospitalisation, de différents éléments du dispositif : murs, surveillance, traitements sédatifs, etc.

Cette distinction entre différents usages de l'HSC permet d'articuler différemment le problème du « danger pour soi-même ou pour autrui » et la place de la personne elle-même dans les situations d'HSC. Il existe certes des situations où la personne peut être dans un état tel qu'on ne sait si elle va agresser quelqu'un ou se faire du mal, et que les deux paraissent vraisemblables. M. Stein, par exemple, a été hospitalisé deux fois en HO après avoir violemment agressé ses parents. Les soignants rapportent que, lors de son hospitalisation, il était pris « d'impulsions agressives », contre les professionnels mais aussi contre lui-même, et a tenté de se suicider dans la chambre d'isolement. Dans le cas de Mme Fofana, la situation est différente : le feu qu'elle a allumé dans son appartement fait craindre un « danger pour les autres », non qu'elle ait fait un geste violent envers eux ni les menace, mais parce qu'elle ne semble pas prendre la mesure des conséquences possibles de ses actes, en l'occurrence du danger d'incendie qu'elle faisait ici courir. Ces deux types de « dangers », quoique tous deux imputables à des troubles psychiques, sont d'ordre très différents : violence dirigée dans un cas, défaut d'attention et de mesure des effets dans l'autre. Pour cette dernière situation, on trouve également les situations où on craint que la personne prenne sa voiture sans être en état de conduire. Ces deux cas font apparaître la présence dans certaines situations de ces deux types de dangers : mise en danger de soi ou mise en danger d'autrui, mais il existe également toute une série de cas où on ne pense pas un instant que la personne puisse agresser quelqu'un d'autre mais où on craint qu'elle n'attente à sa vie, ou encore sans craindre une tentative de suicide, on craint qu'elle ne se mette en danger, par exemple, en traversant sans regarder. Inversement, il existe d'autres cas où l'on pense que la personne saura suffisamment se préserver mais dont des actes violents antérieurs et des menaces font craindre la violence.

Enfin, l'articulation du danger et du besoin de soin peut varier : si c'est parfois le « danger » qu'il s'agit à tout prix d'empêcher, et le soin qui paraît plus une visée « de surcroît », c'est parfois le besoin de soins psychiatriques qui conduit, par son évidence, au recours à l'hospitalisation, sans qu'un danger immédiat spécifique soit craint : il peut s'agir de situations qui durent parfois depuis des semaines, des mois voire des années. La contrainte peut ainsi viser dans certains cas la mise en place d'un traitement médicamenteux. La contrainte des murs de l'hôpital a alors pour objectif de permettre de dispenser le soin, de rendre la personne physiquement disponible à l'administration de son traitement. Ce peut être

le cas pour un patient connu qui a arrêté son traitement et dont les symptômes ont réapparu selon les médecins ou son entourage ; ce peut être également pour un jeune adulte présentant des symptômes psychotiques « typiques » – dont la conduite ne conduit pas nécessairement à anticiper de mise en danger de soi ou d'autrui dans l'immédiat, mais dont l'évidence des troubles pointe aux yeux du psychiatre la nécessité de soin. La non-reconnaissance de troubles peut être identifiée par les psychiatres comme un déni qui ne pourra pas être dépassé sans faire diminuer les troubles eux-mêmes.

C'est l'une des dimensions de la situation de Mme Fofana décrite ci-dessus : le feu qu'elle a allumé chez elle marque la dégradation de sa perception des risques que sa conduite est susceptible de créer, mais depuis l'intervention des pompiers, rien ne permet de penser qu'elle pourrait recommencer. Une autre dimension va jouer, sur laquelle on reviendra, qui est la crainte de l'expulsion de son logement, c'est-à-dire d'une dégradation forte de sa situation sociale. Le service A craint le risque qu'elle ne puisse en retrouver et est conscient du risque d'orientation soit vers les circuits d'hébergements, et plus sûrement encore vers la psychiatrie de façon durable – ses troubles pouvant rendre impossible tout hébergement collectif. De manière générale, la perte de son logement risque de constituer pour elle une perte de qualité de vie très importante. Sans constituer un risque imminent au moment de son hospitalisation, cette perte est une menace. L'hospitalisation de Mme Fofana est ainsi aussi une mesure que je qualifie d'empêchement. Par « empêchement », je désigne les dimensions « privatives » ou « négatives » de l'hospitalisation : arrêter des actes ou une situation, éloigner, séparer, où il s'agit d'éviter quelque chose, par opposition aux dimensions « positives » du travail sur autrui où il s'agit de produire quelque chose, de transformer la personne, d'améliorer son état. « Positives » et « négatives » n'ont donc pas ici de connotation de jugement de valeur mais servent à distinguer différentes dimensions de l'hospitalisation. Mais si la dimension d'empêchement vient étayer la décision d'hospitalisation, le premier point – l'évidence des troubles, la nécessité de les traiter –, conduit l'équipe du CAC à considérer que la décision « va de soi ».

D'autres situations de ce type peuvent être évoquées, comme celle de Christelle Amrouche, conduite aux urgences d'un hôpital général par ses parents avant d'être hospitalisée au secteur A. Je l'ai rencontrée le lendemain de son hospitalisation, et ai pu assister à plusieurs entretiens avec différents psychiatres, ainsi qu'à un entretien familial avec ses parents. Je les ai croisés un jour suivant, à l'entrée de la clinique et ai un peu parlé avec eux. Ils étaient de plus soucieux car leur fille, âgée d'une vingtaine d'années, se renfermait, tenait des propos

mystiques, était très angoissée et ne mangeait presque plus. Le certificat initial, fait par le psychiatre de garde au CAC indique :

« un état psychotique avec un discours répétitif, puéril ou des hallucinations auditives (plusieurs personnes qui parlent). Très incurie, elle n'a aucune critique sur son état. Les parents, très inquiets, semblent très démunis. »

Lors du premier entretien au sein du service d'hospitalisation, avec Paul, le médecin assistant, et Cyril, l'infirmier présent à l'entretien, Christelle Amrouche évoque sa

« peur d'être suivie, agressée dans la rue, de son cousin, d'un amoureux dans son immeuble. Histoire confuse d'un jeu/d'une histoire mafieuse dans laquelle elle serait embarquée. Un ami de la fac qu'elle aime beaucoup. Elle répète plusieurs fois les mêmes choses. Se définit plusieurs fois comme étudiante : a fait de la littérature, a arrêté en 2^e année, veut reprendre ses études. Elle demande plusieurs fois à lire les notices des médicaments qu'on lui donne, car 'on lui a dit en cours de droit qu'il faut toujours lire les notices'. Est inquiète quant à la possibilité d'avoir des enfants plus tard avec ces médicaments. »
JDT, mes notes après l'entretien avec Christelle Amrouche

Les entretiens sont quasi-systématiquement menés en binôme médecin-soignant (infirmier ou aide-soignant), précisément afin de croiser les points de vue, éventuellement, au cours de l'entretien mais aussi après celui-ci. Paul commente ainsi avec Cyril l'entretien avec Christelle Amrouche une fois celle-ci sortie du bureau :

« Elle a un discours rationaliste, en réponse à une anxiété, son invocation du destin, sa référence au bon Dieu est très implacable. Une diffluence. Je ne retrouve pas soliloque ni hallucination auditive. Elle n'évoque pas sa souffrance, parle plutôt des agressions. De l'autodévalorisation. Elle présente de manière très stéréotypique et elle a un automatisme mental. » JDT, notes après l'entretien avec Christelle Amrouche

Sur le certificat de confirmation d'HDT, il écrit :

« avoir constaté un état d'anxiété marquée, associé à une dissociation affective majeure, un rationalisme morbide, laissant apparaître un processus délirant de mécanisme imaginatif et interprétatif, de thématique persécutive et mystique. S'y associait une humeur dépressive avec idéation suicidaire, insomnie et anorexie. »

Le premier certificat identifie un « état psychotique », dont le psychiatre mentionne certains symptômes et leur modalités spécifiques chez elle (« discours répétitif », « incurie », et surtout « hallucinations auditives »). L'incapacité à consentir est pointée par l'absence de « critique de son état », c'est-à-dire l'absence de propos qui marqueraient la conscience de ses troubles, la possibilité réflexive de se dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas ou de le reconnaître et d'accepter l'intervention d'autrui. Si Paul ne « retrouve » pas les hallucinations (mais après du repos, certains symptômes peuvent s'apaiser, ou la personne qui les éprouve peut être mieux à même de ne pas les faire apparaître dans ses échanges avec d'autres, a fortiori quand elle en appréhende les réactions), il confirme la nécessité de l'hospitalisation

par l'« anxiété », qu'il retrouve, mais également par différents symptômes (« dissociation affective », « processus délirant ») qui évoquent un trouble psychotique. D'autres éléments figurent sur le certificat (« humeur dépressive avec idéation suicidaire, insomnie et anorexie ») mais d'après les commentaires qui entourent l'entretien, ainsi que les échanges au cours des réunions qui suivent, ces éléments sont signalés moins comme objet de crainte principaux que comme éléments aggravants, marquant la souffrance de la jeune femme. Une certaine vigilance sera recommandée par les psychiatres au cours des staffs, mais sans inquiétude particulièrement marquée.

Lors de la réunion de synthèse un peu plus d'une semaine après son hospitalisation, après des échanges sur son état et sur les informations recueillies lors de l'entretien familial, le chef de secteur, puis la responsable d'hospitalisation essaient de resserrer l'échange :

« Pierre, *chef de secteur* : quelle est la pathologie ? Psychose infantile ?

Victoria et Sophia, *psychiatres* : non.

Sophia : Elle a fait des études, c'est une fille unique. Ça ne va pas depuis longtemps. [...] Elle est perplexe, ambivalente, elle a des idées suicidaires...

Victoria : elle part dans des détails, elle a un ami qui s'est suicidé

Sylvie, *psychiatre* : le but de l'hospitalisation pour cette petite c'est quoi ?

Sophia : euh, tu en penses quoi ? La soigner, la calmer ? Elle est trop instable. La faire adhérer au soin...

Victoria : le traitement est commencé, elle a mal au ventre, elle est constipée. Elle avait peur de ne pas avoir d'enfants. Elle n'a pas conscience de sa maladie. Il faut l'aider dans sa compréhension de la maladie.

Sophia : elle parle beaucoup de son corps [...]

Pierre : il faut se donner des objectifs restreints pour cette patiente, il ne s'agit pas de transformer toute sa personnalité. » JDT, réunion de synthèse

La légitimité de l'hospitalisation va de soi ici aux yeux de l'équipe. Son objectif est borné par le chef de secteur, qui freine notamment Victoria, psychiatre psychanalyste soucieuse d'approfondir la compréhension des problématiques propres de la jeune femme. Il s'agit selon lui essentiellement d'initier un soin, ce qui correspond, dans un premier temps, à un traitement médicamenteux dont il est espéré qu'il agisse sur les symptômes. Il faut également « la faire adhérer au soin », dans la mesure où, même si aucun diagnostic n'est formulé ce jour-là, il va de soi qu'il s'agit vraisemblablement de troubles durables, pour lesquels un soin long s'engage. Les objectifs de l'hospitalisation peuvent être redéfinis au cours de celle-ci et se distinguer des raisons pour lesquelles une décision d'HSC est prise. Cependant, dans cette situation, c'est le « besoin de soin » qui va de soi et justifie l'hospitalisation : ses symptômes sont manifestes et le fait que la jeune femme paraisse très angoissée et ses parents inquiets et « démunis » plaide en faveur de la prise en charge. La situation perdure néanmoins depuis un certain temps : le caractère de besoin de soins « immédiats » est relatif, de même que le besoin d'une « surveillance constante en milieu hospitalier » – comme l'indique le texte de loi

concernant les HDT. On est ici dans le cas d'un usage de l'HSC comme *contrainte au soin*, même si ce n'est pas seulement l'inquiétude des parents qui joue dans l'évaluation de la gravité de l'état de la jeune femme mais aussi l'épuisement de leurs ressources pour « faire face »²⁶⁷. Cela donne à cette hospitalisation aussi le rôle de recours alternatif qui permet de mettre fin à une conjonction qui se dégrade.

Au sein de la contrainte au soin, l'hospitalisation pourra avoir un rôle en tant que telle, dans une conception proche de son usage en médecine somatique : pour la mise en place ou le changement d'un traitement nécessitant une surveillance médicale et infirmière renforcée, pour adapter les dosages efficaces et contrôler la survenue d'effets secondaires, potentiellement graves pour les neuroleptiques.

L'hospitalisation contrainte pourra par ailleurs être considérée *comme un soin* en soi en tant qu'elle serait « contenante », dans lequel on retrouve la fonction « d'isolement thérapeutique » donné à l'asile comme une séparation du milieu qui a pu favoriser les troubles, puis à la chambre fermée, comme on l'a vu, comme placement dans un lieu « calme », comme cadre structurant. A propos de M. Stein, qui est allé en UMD, est revenu dans le service, est sorti d'hospitalisation, puis a été réhospitalisé et est retourné en UMD, Pierre, le chef de secteur commente :

« Ça fait deux ans qu'on le suit. Au début, on a essayé des soins en milieu ouvert, mais il a violemment agressé son père, donc il est revenu en HO. Il a été en UMD et puis il est revenu dans le service. Et actuellement, il a à nouveau attaqué un membre de sa famille. Il a un automatisme en tête qui est très difficile à traiter, qui est très résistant aux médications. Il est très halluciné, en permanence. Il a des injonctions psychiques qui lui demandent de tuer, d'agresser. Chaque fois qu'on va le voir, il nous saute dessus. Ceci dit, il est très souffrant. Il a essayé de se suicider à plusieurs reprises. [...] C'est ce qu'on appelle un patient difficile. D'ailleurs il va retourner en UMD parce qu'en UMD, il était beaucoup mieux, il s'était beaucoup amélioré. Il est revenu pratiquement guéri d'UMD, mais le retour ici, la proximité avec sa famille, le fait que l'institution est moins contenante, moins fermée a fait que c'est reparti. » Pierre, chef de service, entretien

La contenance est attribuée à la fois à la « fermeture » du lieu, plus forte que dans un service d'hospitalisation ordinaire, à la séparation du milieu familial, ainsi qu'à l'ordre réglé des journées, très strict en UMD où un emploi du temps est déterminé heure par heure pour les patients. Le cadre hospitalier voire la contrainte elle-même sont alors investis *comme soin*.

Dans le cas de M. Stein en l'occurrence, cet effet est plutôt identifié a posteriori. Ses hospitalisations ont fait suite à des actes graves associés à des troubles manifestes : son

²⁶⁷ On approfondit la question de l'évaluation des ressources de l'entourage ci-après.

hospitalisation a, en tout premier lieu, une fonction de rétention, en contexte de troubles psychiques. Dans l'HSC comme contrainte *pour* le soin, la contrainte de la mise entre les murs d'un hôpital a pour objectif de dispenser le soin, de rendre la personne physiquement disponible à l'administration de son traitement ; dans l'HSC comme *empêchement*, l'état paraît justifier que l'enfermement soit dans un cadre réputé plus « doux » et plus adapté que la détention provisoire.

Cela ne résulte pas nécessairement d'actes graves. Mme Carel est ainsi hospitalisée après un conflit qui l'oppose à un taxi, conflit au cours duquel des policiers sont intervenus. Elle est identifiée comme la source du conflit avec le taxi par les acteurs qui participent à la situation, et notamment par les policiers, qui ont alors l'autorité de trancher dans la définition de la situation. Si le « problème » est initialement l'altercation avec le chauffeur de taxi, il devient l'état de Mme Carel lui-même. Un corps à corps a lieu dont il est possible que la jeune femme ne soit pas l'initiatrice, mais auquel il est également possible qu'elle ait participé. Ce corps à corps n'entraîne pas des atteintes à d'autres qu'elle – rien de cet ordre n'est mentionné dans les récits qui en sont faits dans le service d'hospitalisation. En revanche, pendant son hospitalisation, elle montre, lors d'un entretien auquel je suis présente, ses avant-bras couverts de bleus, et indique en avoir d'autres sur le corps, ce que confirme une infirmière lors d'un staff.

Le certificat initial d'HO de l'Infirmierie psychiatrique de la Préfecture de Paris (IPPP) indique :

« Troubles du comportement [sur la voie publique] ayant nécessité l'intervention policière. L'examen montre une patiente tendue et angoissée avec des éléments dissociatifs. Son discours est peu cohérent avec des thèmes délirants de complot, d'hostilité de l'ambiance, de préjudice, de persécution, de mort et de racisme. On trouve la notion de soins psychiatriques antérieurs avec la prise d'un traitement neuroleptique. La patiente ne prend pas conscience de son état pathologique actuel qui nécessite des soins. L'incohérence de son comportement la rend dangereuse en particulier pour elle-même. »

La présence de troubles psychiques peut altérer les relations avec les autres, et faire prendre à une situation banale ou un conflit ordinaire une plus grande ampleur, à laquelle participent les réactions des personnes en réponse aux conduites de la personne qu'ils ne comprennent pas toujours ou qu'ils identifient comme dérogeant aux codes ordinaires. Lors de l'intervention de la police, les réactions de la personne, et notamment sa résistance, peuvent également la désigner comme la « fautive de troubles » – et son énervement peut conduire la police à la saisir. L'examen psychiatrique à l'IPPP vient ici confirmer la présence de troubles psychiques – que l'existence de précédents soins psychiatriques vient étayer. La « saisie » de la personne vise principalement à *arrêter* un désordre, sans que le « danger pour autrui » soit confirmé au

delà de l'altercation initiale, et même lors de celle-ci. Ici encore, l'« évidence » de la présence de troubles psychiques, le défaut de la reconnaissance de ses troubles par la personne elle-même, comme la présence de soins antérieurs fait aller de soi la nécessité de l'hospitalisation. Il est intéressant de noter que, dans la situation de madame Carel, sont inclus dans les « thèmes délirants » de son discours les accusations qu'elle a pu formuler contre la police, dont elle a pu juger que l'intervention était abusive, ainsi que son évocation d'un « complot », thème classique de « délire », mais qui dans son histoire, en deçà de la crainte potentiellement « délirante » qu'elle a pu développer autour, est attachée au meurtre de son père. Concernant ce dernier élément, les psychiatres du service A vont d'abord l'associer à son délire, avant que son frère ne vienne confirmer le fait. L'évaluation de troubles psychiques, qui peuvent conduire à l'exacerbation et à la rigidification des interprétations, tend à disqualifier l'ensemble du discours de la personne.

La fonction d'« empêchement » de l'hospitalisation, en deçà même du soin, est mobilisée dans tout une série de situations où le « danger » qu'il s'agit de prévenir varie amplement : *empêcher un risque qui paraît grave et imminent*, comme une menace de suicide ou une menace sur autrui, ou un risque qui intervient sur une plus longue durée, comme une conduite menaçant gravement la santé voire la vie de la personne. L'évaluation d'un risque à venir est souvent complexe. Dans un certain nombre de cas, il s'agit, par l'hospitalisation, de *faire cesser une situation « intenable »* – notion déjà plus floue. Toute une série de situations rentrent dans ce cadre : une personne qui ne se nourrit plus ou mal, ce qui entraîne une dénutrition ; un repli sur soi, un enfermement chez soi ; un logement insalubre ; la prise de toxiques ; des errances ; des tensions avec les proches, les co-habitants ou les voisins.

Mme Nodin est ainsi hospitalisée à la demande de l'éducatrice d'une équipe d'un CAARUD (Centre d'accueil, d'accompagnement et de réduction des risques en toxicomanie). Cette éducatrice intervient auprès d'elle depuis plus d'un an et constate ses alcoolisations répétées, la dégradation de son état physique, elle maigrit et porte régulièrement les traces de coups portés par ses compagnons de boisson, qu'elle accueille fréquemment chez elle. Cette éducatrice assiste, avec l'un de ses collègues, à la réunion Constellation, où elle rencontre le chef de secteur, puis elle contacte le CAC. Il est prévu que l'hospitalisation en psychiatrie se prolonge par une « post-cure » en addictologie. Elle parvient à convaincre Mme Nodin de l'accompagner au CAC – où l'HDT est réalisée. La situation « intenable » peut ainsi concerner une conduite jugée « auto-destructrice » - dans le cas de Mme Nodin, est-ce attribué à un trouble sous-jacent ou à l'addiction elle-même ? Cette dernière hypothèse rentre

mal dans le cadre de l'HSC. Celle-ci survient à un moment où la dégradation rapide de son état suscite un état d'inquiétude très fort. La situation « intenable » peut également être leur situation sociale, on a vu le risque de perte d'emploi, comme dans le cas de Mme Damiens, ou d'expulsion d'un logement, comme Mme Fofana. L'équipe tend à préférer hospitaliser pour un temps plutôt que risquer une perte de logement aux effets délétères.

La situation « intenable » caractérise parfois une situation tendue au sein de la famille ou du voisinage. Si l'intervention psychiatrique cherche d'abord à éviter l'hospitalisation, celle-ci est parfois utilisée pour « calmer le jeu » :

« S'il y a un conflit entre une personne et son voisin ?

On y va, on y va. On fait de la médiation, on voit. Souvent, on hospitalise pour calmer le jeu, ensuite on voit et avant de réintroduire le patient chez lui, on va voir les voisins. » Entretien Docteur Agnelli, psychiatre, chef de secteur parisien

Le Docteur Agnelli définit ici une position interventionniste, ce qui est loin d'être le cas de l'ensemble des équipes de psychiatrie. Ici, le bien qu'il s'agit de préserver est le logement de la personne, la possibilité pour elle d'y rester. En dépit de la critique qu'il fait par ailleurs de l'intolérance des voisins, de la volonté de préserver le bon ordre bourgeois et du déni à l'autre de pouvoir vivre comme il le souhaite, ce chef de secteur assume une intervention de la psychiatrie pour désamorcer une situation de conflit. Marianne, psychiatre au service B, utilise la même expression, « calmer le jeu », à propos de « situations explosives en famille » :

« quoiqu'il en soit, quelque soit la façon dont ça se passe, on peut avoir des HDT dans un climat de trouble en famille, ou de situation explosive en famille, où des fois on se demande un peu... où là aussi on est vigilants, parce que... même si il y a des fois où en faisant connaissance avec la famille on a envie d'en soigner plus qu'un ou un peu tout le monde etc. Quoiqu'il en soit c'est explosif, et quoiqu'il en soit à un moment on se dit qu'il est raisonnable de séparer... de séparer les combattants. Pour calmer un peu le jeu. »

Il peut ainsi également s'agir d'une situation familiale conflictuelle, où la personne souffrant de troubles n'est pas nécessairement la source exclusive de la menace – la présence d'un parent violent peut également conduire à l'hospitalisation d'une personne dont par ailleurs des troubles psychiques sont identifiés. Ce peut être une situation d'épuisement de l'entourage, où la personne ne nécessiterait pas nécessairement une hospitalisation, mais où la famille ne parvient plus à s'en occuper. Si certains psychiatres nient l'existence d'hospitalisation « de répit », d'autres en pratiquent explicitement, ce qui ne signifie pas que cela soit fréquent. Dans certaines situations intermédiaires, les psychiatres ont le sentiment que l'entourage leur « force la main », par exemple en partant en vacances sans leur proche – non que la personne hospitalisée n'ait pas besoin de soin, mais elle n'avait pas nécessairement besoin d'une

hospitalisation selon les psychiatres. Elle a éventuellement en revanche besoin de n'être pas seule dans sa vie quotidienne.

On a donc affaire à différents usages de l'hospitalisation sans consentement : l'hospitalisation comme *contrainte au soin*, mise en disponibilité de la personne au traitement, aux entretiens, à la surveillance des soignants mais aussi aux tentatives de mettre en place une relation avec elle ; l'hospitalisation *comme soin*, si l'on estime que l'hospitalisation en elle-même peut avoir un effet thérapeutique, comme cadre contenant, possiblement apaisant ; et l'hospitalisation comme *empêchement*, empêchement d'une conduite actuellement dangereuse, violente ou perturbante, mais aussi arrêt d'une situation qui se dégrade.

a) Des décisions inscrites dans une temporalité

Le sens de l'hospitalisation ne répond pas uniquement à une situation ponctuelle de danger, d'inquiétude, d'urgence. Les services d'urgences générales ou qui couvrent un large territoire sont davantage susceptibles de voir des personnes qu'ils n'ont pas rencontrées précédemment et d'être moins en contact avec l'équipe qui suit la personne d'habitude ou est susceptible de prendre le relais en aval. Ils peuvent éventuellement proposer à quelqu'un de revenir le lendemain, ou si elle continue de se sentir mal, mais ne vont pas pouvoir assurer un suivi pendant une période difficile, et ils ne peuvent pas toujours passer le relais à une équipe dont ils connaîtraient bien le fonctionnement. Ils sont ainsi davantage en situation de devoir opérer cette évaluation ponctuelle, et dans le défaut de pouvoir passer le relais de leur inquiétude, sont davantage conduits à « sécuriser » une situation.

Pour un service qui peut revoir plusieurs fois les personnes dans un laps de temps court, et qui connaît les patients déjà pris en charge dans le service, comme le CAC du service A, mais ce qui existe dans d'autres secteurs, parfois à partir du CMP, les décisions d'hospitalisation s'inscrivent dans l'histoire des relations avec le patient, de sa prise en charge antérieure, mais aussi dans la manière dont ils imaginent les suites possibles pour ce patient. Ces décisions s'inscrivent ainsi dans une double temporalité : la temporalité des situations et la temporalité de la prise en charge elle-même.

Pour les situations qui durent depuis un certain temps, l'hospitalisation peut intervenir en considérant que le fait qu'elles durent est en lui-même problématique, et en s'inquiétant du

passage de seuils dans ce prolongement : est-ce que cela empire ? Est-ce qu'il y a un risque d'atteindre un palier inférieur ? Est-ce qu'il y a un risque d'atteinte irréversible ? À l'inverse pour une situation qui existe depuis un certain temps et ne comporte pas de risque de dégradation immédiat, les soignants pourront prendre davantage de temps pour intervenir. Marianne, une psychiatre du service d'hospitalisation B, inscrit l'intervention dans la temporalité des personnes auprès desquelles elle intervient :

« A chaque fois on pèse un peu le pour et le contre – on peut arriver dans des situations très dégradées à domicile, où en même temps, ça fait quinze ans que ça dure. Enfin... qu'il faudrait faire quelque chose c'est certain – en même temps, est-ce que ça justifie le plan ORSEC tout de suite – si ça dure depuis longtemps, pas forcément. On essaie toujours plutôt

La prise de contact

La prise de contact, l'entrée en matière, la prise de traitement...

Quand c'est un changement récent, il y a un intérêt à agir plus vite, entre guillemets ?

Oui

Mais quand c'est comme ça depuis longtemps...

Oui, le psychotique qui vit dans un appartement poubelle, voilà, si ça fait dix ans que ça dure, on a peut-être le temps de... on a peut-être le temps de voir ce qu'il se passe... Je veux dire un jeune père de famille avec un enfant en bas âge et qui est en passe de perdre son boulot, on va dégainer un peu plus vite. » Marianne, psychiatre en CMP et en service d'hospitalisation

L'HSC est donnée à voir, dans son discours, comme « plan ORSEC », c'est-à-dire comme un ensemble de mesures extraordinaires qu'on prend en contexte de catastrophe. Marianne oppose ici deux situations qui s'inscrivent dans deux temporalités différentes²⁶⁸ : l'une, qui peut être jugée très dégradée mais qui dure depuis longtemps, est « stable », quand l'autre comporte un risque de dégradation de la situation sociale et familiale, et éventuellement la prise en considération d'un risque potentiel pour un tiers (l'enfant). Ces deux situations sont construites par la psychiatre pour faire apparaître, par un effet de contraste, la manière dont l'intervention psychiatrique est déclenchée selon la temporalité des situations elles-mêmes.

Entre l'hospitalisation comme empêchement et l'hospitalisation comme soin, on peut identifier l'hospitalisation comme *alternative* de l'intervention : dans certaines situations, la décision d'HSC sera repoussée ou suspendue, et d'autres modalités de soin seront pensées possibles et recherchées. Face au prolongement d'une situation jugée délétère, voire face à sa dégradation, l'hospitalisation pourra être choisie à la fois pour « arrêter » une situation problématique et signifier symboliquement à la personne l'inquiétude des intervenants autour d'elle :

²⁶⁸ Voir l'analyse par Ana Marquès de dilemmes similaires chez des équipes mobiles psychiatrie précarité (Marques 2010).

« Tu as le patient alcoolique chronique qu'on va ne pas hospitaliser pendant 5 ans. Mais au bout de 5 ans, on se rend compte que le mec a une cirrhose, qu'il est complètement abandonné, il a plus rien, sa femme l'a largué, il vit dans la rue, il se saoule la gueule tous les jours, il se fait maltraiter. Celui-là, il y a un moment où on va dire : « stop, il faut reprendre les choses ». On va l'hospitaliser en psychiatrie. Lui va pas vouloir, on va le mettre sous contrainte parce que sinon il sort le lendemain. On le garde une semaine, quinze jours pour pouvoir faire un bilan social, bilan familial, bilan hépatique. » Thierry, cadre infirmier aux urgences psychiatriques, entretien

Thierry mentionne un deuxième type de situation, dans un contexte de tentatives de suicide renouvelées, dont chacune ne paraît pas inquiétante outre mesure à l'équipe, qui choisit les premières fois de ne pas hospitaliser, mais dont la répétition non seulement accroît l'inquiétude, mais les interroge rétrospectivement sur la pertinence des interventions antérieures, ou signale la nécessité d'en changer :

« Par exemple, tu vas pas forcément hospitaliser des gens psychotiques, mais par exemple qui ont un syndrome dépressif et qui vont faire leur troisième ou quatrième tentative de suicide en 15 jours par exemple. Même si tu estimes qu'ils étaient pas en danger à la troisième, à la quatrième et la cinquième, tu dis : « il faut arrêter là ». Même si c'est pas des gestes graves en soi, il y a un moment où il faut casser un cycle. » Thierry, cadre infirmier aux urgences psychiatriques, entretien

Il est intéressant de noter que cette réflexion sur la temporalité de l'intervention est conduite par un cadre infirmier qui travaille dans le service d'urgences psychiatriques d'un hôpital général, amené davantage à voir des personnes ponctuellement. Mais comme l'avait noté Jérôme Thomas, les urgences ont leurs habitués, et par-delà l'ouverture de l'accès aux soins que permettent les urgences générales, certaines personnes repèrent des dispositifs qui leur conviennent comme recours dans les moments difficiles. Si l'existence d'un CAC attaché à un secteur paraît favoriser l'inscription des décisions dans les temporalités des histoires individuelles et des prises en charge, cette réflexion n'est pas absente d'autres dispositifs – qui ont cependant a priori moins d'outils alternatifs à l'hospitalisation.

b) La part du risque

« Il y a pas de psychiatrie sans danger, il y a beaucoup de danger sans psychiatrie. » Sylvie, psychiatre du service d'hospitalisation, entretien

Une psychiatre expérimentée, responsable d'un service d'urgence psychiatrique, Sabine Lamy, met en évidence la difficulté de l'évaluation du risque : « C'est épouvantable dans la

prise de décision », ce d'autant que « l'hospitalisation n'est pas forcément la solution et surtout l'hospitalisation sous contrainte » :

« Donc, il y a ces risques comportementaux, auto ou hétéro agressifs, qui sont d'une investigation compliquée. Vraiment, il n'est pas rare de ne pas hospitaliser quelqu'un, malgré la demande de l'entourage, sachant qu'on ne considère pas comme nulle la demande de l'entourage. L'entourage souffre, l'entourage pose des questions, mais l'hospitalisation n'est pas forcément la solution et surtout l'hospitalisation sous contrainte. Les allégations suicidaires, c'est terrible actuellement, c'est vraiment terrible. C'est épouvantable dans la prise de décision, ça. Parce qu'il y a quand même un certain nombre de gens qui ont des allégations suicidaires un petit peu théâtrales, mais qui peuvent quand même faire monter les enchères le plus haut possible. Il y a des allégations suicidaires qui sont dans des contextes critiques, alors la question est peut-être plutôt de faire cesser la crise plutôt que d'être dans un cadre d'hospitalisation.

Quel genre de crise ?

Tout ce qui est crise environnementale, tout ce qui est les ententes avec le conjoint, les disputes avec les parents [...] Ça, c'est pas tellement de la pathologie, peut-être un petit peu des problèmes de personnalité, mais c'est tout. Et la question est de faire cesser l'état de crise. Parfois, ça cesse par les consultations d'urgence, les interventions de crise. On a eu dernièrement une dame médecin qui voulait se suicider dans un contexte difficile de couple. Bon, moi j'avais pas trop envie de l'hospitaliser. Elle est revenue en post-urgence le lendemain, on a parlé de pas mal de choses. Je lui ai fait remarquer qu'elle avait également envie d'avoir la maîtrise sur tout, qu'elle avait la maîtrise même jusqu'au geste suicidaire. Le lendemain, elle est revenue avec son ami, en disant : « on a beaucoup réfléchi depuis hier, ça nous a fait voir plein de choses, on va partir en vacances ». La crise était passée, si vous voulez. Je l'ai quand même envoyée à un psychiatre pour faire une psychothérapie. Mais la demande initiale de l'entourage était : « on a trop peur, elle parle de suicide, il faut l'hospitaliser ». Le suicide, c'est difficile. Je trouve qu'actuellement, c'est le sujet des hospitalisations sous contrainte le plus compliqué. On a eu, par contre, à l'inverse, quelqu'un qui s'est suicidé il y a une semaine. Il s'est quand même écoulé une semaine, il avait un rendez-vous d'hospitalisation où il n'a pas été. Ici, c'était : « mais, non, non, tout va bien, il s'est rien passé » et l'amie disant : « bon, ça va aller, je vais m'en occuper, il doit être hospitalisé après-demain, on attendra ». Et en fait, après-demain, il a différé le rendez-vous d'hospitalisation et sept jours plus tard, il s'est suicidé. Donc la question de dire : pourquoi on n'avait pas fait une HDT ? Forcément, elle se posait. » Sabine Lamy, psychiatre responsable d'un service d'urgences psychiatriques

Si le choix de l'« empêchement » peut être fait, son coût est important s'il implique de contraindre quelqu'un ; non seulement il n'est pas toujours nécessaire mais il ne permet pas systématiquement de résoudre la situation, et ne peut durer qu'un temps. Réciproquement, l'événement grave est toujours possible. Sabine Lamy commence ainsi par le récit d'une situation où elle n'a pas jugé l'hospitalisation nécessaire : elle l'avait identifiée comme une « crise environnementale », liée principalement aux relations d'une femme avec son entourage, et elle estimait qu'il était possible de la dénouer en travaillant sur ces relations en dépit des vives craintes de l'entourage. Elle met cependant en exergue les limites de l'évaluation possible et les « conséquences » potentiellement dramatiques d'une décision de non-hospitalisation en évoquant le suicide très récent d'un homme, pour lequel il avait été prévu une hospitalisation libre deux jours après, le temps qu'une place se libère ; une proche, sa compagne, pouvait assurer le « relais » de l'accompagnement sur cette courte période.

Face à la gravité des risques, le choix de l'« empêchement » peut paraître une solution plus sûre, à tous points de vue :

« Le problème, c'est la prise de risque. On peut toujours nous reprocher de ne pas l'avoir fait alors que, nous reprocher de l'avoir fait, on nous le fera jamais, parce qu'il n'y a pas d'internement abusif en France, il n'y a que... L'internement, le lendemain, il est levé si on estime que... Si c'est une cuite, au lieu de la garder ici, on l'interne parce qu'il y a des antécédents psys, que le lendemain il a dé-cuité, il s'en va. Mais bon, on a quand même fait une HDT. Donc il y a ça. La question, c'est qu'aux urgences, on a tendance quand même, beaucoup de mes collègues, alors moi je suis vieux, donc je prends des risques parce que je peux me le permettre, mais beaucoup de jeunes collègues n'ont pas envie de prendre des risques. Parce que, quand même, le risque c'est beaucoup de choses, c'est la responsabilité morale, déjà personnelle, s'il se tue le lendemain ou s'il tue quelqu'un, la responsabilité, la conscience. La responsabilité vis-à-vis du service, de la hiérarchie. Et la responsabilité médico-légale. » Docteur Gauthier, psychiatre, service d'urgences psychiatriques dans un hôpital général

La proposition « on ne nous le reprochera jamais [de faire une hospitalisation sans consentement] », peut surprendre : l'accusation de contrainte « abusive » ne pèse-t-elle précisément pas sur les psychiatres ? Ce que met en évidence l'usage du « on » par ce psychiatre expérimenté, c'est la hiérarchie implicite des sources de mise en cause comme la hiérarchie des « biens » qui prévaut actuellement selon lui : le risque d'accusation par une personne hospitalisée ou ses proches d'une hospitalisation abusive pèse beaucoup moins que le risque de mises en cause en cas d'événement dramatique – mises en causes juridiques ou hiérarchiques. Il souligne le caractère non-anodin de l'acte d'HSC, qu'il serait alors tentant de faire pour une personne qui a des « antécédents psy » : « Mais bon, on a quand même fait une HDT ». Il estime cependant de manière générale qu'il est plus aisé, en cas de mise en cause, de faire valoir la sécurisation face à un risque que la préservation des libertés.

Le Docteur Gauthier met de plus en évidence les différents niveaux de responsabilité engagés dans cette décision, si jamais un événement grave survient : en premier lieu, il mentionne une responsabilité « morale », « personnelle ». Il fait ensuite apparaître différents cercles d'acteurs susceptibles de « demander des comptes » : les collègues, les pairs, la hiérarchie et la justice. La crainte du risque « médico-légal » peut être très forte chez certains psychiatres et n'a été que renforcé par le procès pénal, qui a eu lieu après cet entretien, qui avait conduit à la condamnation d'une psychiatre marseillaise. Celle-ci n'avait pas cherché à ré-hospitaliser un patient dont une série d'éléments indiquait la « dangerosité » et qui avait commis un crime (Tribunal Correctionnel Marseille 2012).

La dimension de « sécurisation d'une situation » apparaît dans d'autres propos : Sylvie, la responsable du service A, affirme qu'il « est plus facile de prendre une décision de faire rentrer quelqu'un dans les murs que de le faire sortir, en tout cas pour moi », alors même

qu'elle peut par ailleurs dire son ambivalence à l'égard de l'hospitalisation, comme on le verra. Revenant sur la situation de M. Boudrissa, elle met également en avant, comme le docteur Gauthier, son « expérience » qui lui permet d'« assumer » la décision de lever l'HO. Elle souligne également qu'elle a pu compter sur les échanges avec ses collègues pour porter cette décision :

« Donc ça, c'est l'expérience qui m'a permis d'assumer cette décision. Mais néanmoins, ce qui fait qu'on peut assumer une telle décision c'est que, même si je suis la seule à signer, je n'ai pas été la seule à prendre cette décision. Et c'est quand même aussi pour ça... C'est ça l'intérêt de la psychiatrie publique, enfin sachant qu'on s'occupe de cas plus lourds qu'en psychiatrie privée, mais en même temps, on n'est jamais seuls. Et c'est ça qui est important, c'est de savoir que, là encore, c'est un subtil mélange, même si devant les tribunaux c'est moi qui ai signé, c'est moi qui irai devant les tribunaux et que j'assume cette part de responsabilité, que ça fait partie d'une des richesses de mon métier. Je suis un peu fière d'assumer ça d'une certaine manière, en même temps, il faut que je sois honnête, en public, l'intérêt c'est que c'est des décisions partagées. » Sylvie, psychiatre, entretien

Une interne, qui a travaillé dans un service d'urgences psychiatriques qui dessert un vaste bassin de population, souligne l'incitation à sécuriser les situations :

« [Dans le service d'urgences psychiatriques intersectoriel], je trouve qu'ils se protégeaient énormément.

Moi : Ils se protégeaient énormément ?

Ils faisaient plein d'HDT. Dès qu'ils sentaient que les choses étaient pas claires, risquaient de se renverser, ils nous poussaient vachement à faire des HDT. » Claire, interne, entretien

Elle décrit cette propension comme s'inscrivant dans la visée de « se protéger ». Elle indique que dans ce service, le risque de se voir mis en cause avait un réel effet sur les décisions d'HSC, tendant dans des situations d'incertitude à faire pencher la balance du côté de l'HSC.

Plusieurs psychiatres ont souligné la manière dont la volonté de se prémunir de tout risque, ou le fait de centrer son attention sur la gravité des risques *possibles* pouvait avoir des effets délétères dans l'accompagnement et le soins des patients. L'une d'entre eux, également psychanalyste, Marguerite Seura, y voit un désir de supprimer tout aléas :

« il faut admettre qu'il y ait des trous. Il faut pas tout vouloir couvrir. Et c'est ça qu'il faut... le pouvoir décisionnaire, c'est qu'il y a un trou, et qu'on prenne des risques. On a pris des risques pour ce gars à Grenoble, et voilà c'est manqué, c'est raté, tant pis. C'est pas de chance que ça tombe sur votre fils, c'est sûr. Mais tout le monde sait qu'il peut tomber un pot de fleur. Tout le monde sait que la vie peut s'arrêter dans la minute. Qu'est-ce que c'est cette pensée qu'on a un capital de vie qui doit pas être, je sais pas quoi, pas soumis à l'aléa permanent. Il est soumis à l'incertitude. Et notamment des pensées violentes de ses voisins. De son professeur, de sa mère, de son beau-père, de sa fille, de son fils. Ensuite on essaie de se civiliser. Mais on peut pas civiliser à force. C'est le contraire de civilisation. Donc il faut beaucoup de... il faut laisser des trous. » Docteur Marguerite Seura

Cette psychiatre évoque la pluralité des intervenants, la démultiplication des autorités (maires, psychiatres, juges) qui se contrôlent mutuellement. Prenant le contrepied de l'invocation

récurrente à une meilleure coordination des différents intervenants autour d'une personne, elle prône la nécessité de « laisser des trous », du fait d'assumer des risques. Elle fait ainsi référence au meurtre de Grenoble par un jeune homme qui avait fugué d'un hôpital psychiatrique. Elle intègre cet événement dans la série d'événements aléatoires et malheureux qui peuvent survenir (comme la chute d'un pot de fleur, paradigme du mal-heur : c'est-à-dire des événements fruits de la mauvaise chance ou de la mauvaise conjonction de faits). Elle le met d'autre part en continuité avec les « pensées violentes » qui traversent les personnes qui se côtoient. Elle met en exergue le caractère ordinaire de ces « pensées violentes », qui ne sont pas propres aux troubles mentaux. Elle insiste surtout sur le coût du désir de supprimer tout risque, et que la tentative de « civiliser à force » s'oppose au processus même par lequel la violence peut être bordée. Si sa façon de faire référence au meurtre de Grenoble peut paraître cynique, plusieurs autres psychiatres défendent l'impossibilité de prévenir toute dangerosité. Sylvie, la responsable du service A, souligne le nombre de gens qu'il faudrait hospitaliser si l'on voulait prévenir tout danger potentiel, et l'impossibilité de « garantir » les conduites d'un autre :

« Après, il y a des fois, parce qu'il y a plein de fois en psychiatrie où on est au courant de dangerosité, où on ne peut pas assurer que la personne ne sera plus dangereuse. Quelqu'un qui délire qui va prendre ou pas prendre ses traitements, on pourra jamais assurer qu'il sera plus dangereux. Tout ce qu'on peut dire c'est qu'il est moins dangereux aujourd'hui qu'il l'était hier. Mais est-ce qu'il sera plus dangereux demain ? On n'en sait rien et il faut bien, malgré tout, le laisser sortir, soit les sortir, soit ne pas les hospitaliser, soit les laisser dans leur milieu familial, soit les laisser dans le milieu du travail. On peut pas hospitaliser tous les gens dangereux parce qu'on hospitaliserait beaucoup de gens. » Sylvie, psychiatre, entretien

Un exercice étendu de la contrainte et le désir d'abolir les risques est susceptible d'engendrer une violence individuelle et sociale excessive, a fortiori quand il s'agit davantage de prévenir le risque pour autrui aux dépens de la liberté de la personne. Cette conception plaide pour une auto-limitation d'une intervention susceptible d'être excessive, et qui dans cet excès même ne parviendrait pas à éliminer le risque, tandis qu'elle serait elle-même productrice de violence.

Sylvie et une autre psychiatre vont même plus loin en estimant que la crainte du risque et le désir de le « contrôler » viennent interférer dans le soin, empêchent « la pensée » et le développement d'une relation à l'autre :

« Les psychiatres, je crois qu'il faut pas tout confondre, on n'est pas là pour contrôler le risque. On est là pour, si le risque apparaît à nous, ne pas le nier et faire notre part, au moment de l'arrivée du risque, protéger, parce qu'on a quand même cette mission-là. Mais c'est tout, moi je ne me donne pas comme exigence le contrôle du risque. Si je me donne cette exigence-là, que ce soit pour les autres, que ce soit pour le patient lui-même, je ne peux plus le soigner parce que c'est comme si vous demandiez à une mère d'avoir comme exigence, pour qu'elle élève son enfant, le contrôle du risque de sa mort. C'est pas possible. Vous pouvez élever un enfant en sachant que, demain, il peut mourir. Mais bien sûr que vous

y pensez jamais, c'est le seul moyen. Quand vous commencez à soigner un déprimé, si vous vous dites que votre rôle c'est de contrôler le risque suicidaire du patient, vous ne pouvez plus le soigner. C'est ça qu'il faut entendre. C'est ce que vous m'avait dit un psychiatre qui avait suivi un mélancolique, elle m'avait dit : « tu sais Sylvie, si je pense que cet homme peut se tuer, je ne peux plus le soigner ». C'est plus possible ça obère votre pensée, ça obère vos actions, ça obère la relation de mère et ça obère tout ce qui, justement, va peut-être un jour, sans qu'on le maîtrise, sans qu'on le sache, empêcher le patient de se suicider. L'idée c'est qu'on tricote – la métaphore du tricot est la meilleure – l'idée c'est qu'on tricote une relation dans laquelle on a la foi, mais vraiment la foi, que, si un jour, le patient veut se tuer, quelque chose de ce qu'on a tricoté va l'en empêcher. Mais on ne peut pas le contrôler, on peut l'espérer et tout faire pour que ça n'arrive pas. » Sylvie, psychiatre, entretien

Marianne, psychiatre du service B, formule très différemment une idée analogue. Elle désigne comme « psychiatres aliénés » ceux qui sont « eux-mêmes dans la terreur ou dans l'angoisse de ce qui pourra leur être reproché si ça se passe mal », ce qui est une autre manière de dire que le risque est susceptible de tuer la pensée, d'empêcher d'agir :

« j'allais dire un truc horrible, horriblement mégalomanie... mais tant que c'est les psychiatres qui ne sont pas eux-mêmes aliénés qui peuvent l'exercer, ça ne pose pas de problème... tant que c'est des psychiatres qui ne sont pas eux-mêmes aliénés... je veux dire qui sont pas instrumentalisés, qui... assument leurs responsabilités, ou des responsabilités en conscience, avec suffisamment de formation, et avec aussi – dans un contrat social respecté, je pense que c'est pas problématique. Enfin, ça peut être un outil. Je veux dire, si c'est - comme les JAP, les juges d'application des peines – si c'est par des gens qui sont eux-mêmes dans la terreur ou dans l'angoisse de ce qui pourra leur être reproché si ça se passe mal parce que la notion du risque n'est pas collectivement acceptée, un minimum de risque n'est pas accepté par le corps social, ça ne peut être que... le soin ça se fait idéalement dans la confiance et dans la bienveillance – ce qui n'empêche pas la limite, ce qui n'empêche pas le 'c'est comme ça et pas autrement', ce qui n'empêche pas chacun d'assumer son rôle et sa fonction à un moment, et ce qui n'exclut pas les rappels à l'ordre et se faire taper sur les doigts si on a merdé, mais que a priori, il y ait un quota de... de confiance et de bienveillance qui n'exclut pas le contrôle, qui soit accordé aux psychiatres et à la psychiatrie. » Marianne, psychiatre, responsable d'un service d'hospitalisation

Si elle reconnaît la nécessité et la pertinence de toute une série de dispositifs régulateurs (la formation, les contrôles, les rappels à l'ordre et sanctions en cas de faute), si elle investit ainsi un sens fort de la responsabilité des psychiatres qui inclut littéralement de pouvoir « répondre de ses actes », elle précise la place que doit selon elle avoir le psychiatre dans le rapport au risque : une place qui doit être collectivement soutenue. Le mandat social donné au psychiatre doit s'accompagner selon elle également d'une forme de confiance, mais aussi d'une certaine co-responsabilité assumée face aux aléas. Lorsque cette co-responsabilité n'est pas acceptée, et qu'au mandat donné au psychiatre s'associe l'exposition à une mise en cause individuelle en cas de problème, celui-ci risque de « se protéger » au lieu de travailler l'équilibre entre nécessité d'intervenir et travail de la relation avec la personne.

3. Place de l'évaluation de la capacité à décider pour soi

« Il y a plein de situations de compromis, bâtardes, mal fichues, mal cousues, mal ficelées... » Sylvie, psychiatre, responsable du service d'hospitalisation

a) « Sous contrainte » ou « sans consentement »

Quelle place occupe l'évaluation de la capacité à décider dans une hospitalisation sans consentement ? « Sans consentement » sont les termes employés par la loi du 27 juin 1990. Ils sont repris dans la réforme de 2011 : « soins sans consentement ». « Sans consentement » peut paraître une version euphémisée de « sous contrainte », ou « sous contrainte » une version plus explicite de « sans consentement ». Dans leur usage courant, les expressions « hospitalisations sans consentement » et « hospitalisations sous contrainte » sont presque interchangeables : dans les échanges informels, mais également dans les écrits²⁶⁹, nombre de psychiatres et soignants usent des deux. Mais les plus « juristes » et/ou les plus défiants des possibles interprétations critiques de leur pratique préfèrent l'expression « sans consentement ».

Les termes « sans consentement » et « sous contrainte » ne sont pas pour autant de purs équivalents. « Sans consentement » n'est pas « *contre* le consentement » : une hospitalisation sans consentement ne doit pas être la sanction du seul refus de soins, et elle n'est certainement pas la sanction de tout refus de soins. Une hospitalisation « sans consentement » ne devrait pas dépendre du « consentement » de la personne, de son accord aux soins, mais de sa *capacité* à consentir. Par suite, quand cette capacité fait défaut, ce n'est pas seulement le refus de soins qui ne doit pas être recevable, mais l'accord également. Cette incapacité à consentir, qui est l'une des conditions nécessaires de l'HDT, peut n'être pas mentionnée en tant que telle dans le ou les certificats qui l'accompagnent ; elle fait plus souvent l'objet, comme on l'a indiqué plus haut, d'un constat réduit à des formules stéréotypées : « Ces troubles mettent la personne en état de péril imminent et rendent impossible son consentement ». Certains hôpitaux indiquent la formule dans les certificats-type qu'ils diffusent, généralement *via* le

²⁶⁹ L'expression « sous contrainte » apparaît dans nombre d'articles de psychiatres, voir entre autres (Monot et Vignat 1995; Hartmann et Lombertie 1999; Massé 2008; Senon, Jonas et Voyer 2012), de thèses d'exercice de la médecine et mémoire de spécialité en psychiatrie, voir par exemple (Kijek 1997; Caroline Rousseau 2001; Iaciancio 2002; Heckenroth 2004; Kohl 2004; Luven 2009), ce qui atteste le caractère idiomatique/courant de l'expression, et sans doute aussi de son caractère plus explicite.

service des admissions ou le service juridique, précisément pour éviter des certificats « non-valables ». Dans certains cas, l'incapacité à consentir est précisée et/ou articulée à la description des troubles. En deçà de la capacité à consentir ou à se prononcer sur les soins, est évaluée par les psychiatres la reconnaissance des troubles et du besoin de soin lui-même : « Non conscience du trouble et de la nécessité de soins. HDT à maintenir. » (Certificat « immédiat », confirmant l'HDT après 24h, M. Suljic). Dans l'« évaluation de la capacité » à consentir, il y a l'évaluation de la capacité à percevoir la situation avec justesse, en particulier à reconnaître l'existence des troubles eux-mêmes, et à comprendre les conséquences tant de l'acceptation des soins que du refus.

Il arrive que l'hospitalisation soit même *demandée* par la personne. Mme Alyoussef se rend ainsi avec son ex-compagnon aux urgences générales. Elle a entamé seule un sevrage total des différents produits qu'elle consomme et souffre à la fois des effets de ce sevrage et d'une très grande angoisse. Elle est d'accord pour être hospitalisée voire la demande, mais cette demande de soin n'est « acceptée » par les psychiatres qu'à la condition d'avoir eux-mêmes les moyens d'intervenir dans cette situation. Ils peuvent craindre que le patient désire sortir rapidement d'hospitalisation quand bien même il la jugerait nécessaire au moment de l'entrée. Si dans certains cas, ils peuvent tenter cette modalité de soins, ils peuvent, notamment quand ils identifient un risque potentiel, préférer s'appuyer sur le cadre de l'HSC. Dans le cas de Mme Alyoussef, sa capacité à décider de son éventuelle sortie d'hospitalisation est mise en cause.

Sylvie, la responsable du service d'hospitalisation, distingue clairement « capacité à consentir » et « acceptation des soins ». Cependant, quand elle évoque la décision de sortie d'hospitalisation elle associe ces deux dimensions, dont on peut se dire que l'une ou l'autre est susceptible de prévaloir selon les situations :

« On ne peut sortir d'une HDT, que ce soit pour un essai ou en vrai, que quand le consentement devient possible. Alors il l'est ou il l'est pas après, mais il faut qu'il devienne possible. Si un patient, on a estimé qu'il est sortable, c'est qu'en théorie il accepte le suivi ambulatoire ou en tout cas, il est capable de dire oui ou non. » Sylvie, responsable du service d'hospitalisation

Selon les cas, la sortie d'hospitalisation pourra correspondre à une acceptation du suivi en ambulatoire qui paraît relativement fiable, ou bien à la restauration d'une capacité à « consentir » qui implique l'acceptation par les professionnels de la psychiatrie que la personne puisse opposer un « refus » aux traitements voire au suivi. La sortie peut également être décidée à des moments où la personne est relativement « stabilisée », où les

professionnels pensent qu'elle est susceptible de « tenir », c'est-à-dire qu'ils pensent que la personne va pouvoir retrouver une vie à l'extérieur possible – sans que nécessairement sa « capacité à consentir » soit identifiée comme pleinement restaurée, ni que le service compte fortement sur l'acceptation ultérieure des soins. La mesure intermédiaire qui consiste à faire une « sortie d'essai », ne correspond pas seulement à un « test » de cette possibilité de tenir, mais peut être utilisée pour maintenir une certaine pression symbolique dans les cas où la poursuite des soins est jugée importante :

« Il peut avoir un suivi par le CAC en sortie d'essai HDT par exemple, où on garde l'idée de sortie d'essai HDT pour faire un peu une pression sur le patient, une pression symbolique, qu'on lui dise : « attention, si vous venez pas à vos rendez-vous du CAC, vous serez réhospitalisé ». En fait, sur une HDT c'est rare, mais bon, heureusement qu'on peut dire des choses comme ça. Et puis en général, au bout d'un mois, le pli est pris, le patient vient et on peut lâcher la sortie d'essai HDT. Enfin c'est un peu ça l'objectif en tout cas. Ça se passe pas toujours aussi bien, mais c'est ça l'objectif. » Sylvie, psychiatre, responsable du service d'hospitalisation, entretien

L'évaluation de la capacité à consentir inclut ainsi la possibilité de pouvoir compter sur la persistance de cette acceptation – si la personne est susceptible de changer d'avis au regard de risques évalués comme graves, mais aussi si le refus ou les variations dans le positionnement sont attachés aux troubles :

« Il y a eu une situation qui posait problème, enfin qui posait problème au médecin qui le voyait, mais qui m'a semblé, à moi, claire, donc c'est quelqu'un qui a été en HDT. C'était un monsieur qui était aussi délirant, qui venait de lui-même, qui était aussi dans un contexte de précarité sociale. Il demandait à être hospitalisé, mais dans l'entretien avec nous, il était extrêmement méfiant, en disant : « mais pourquoi vous me posez toutes ces questions ? Qui êtes-vous ? Est-ce que je peux vous faire confiance et tout ? Et, de toute façon, ce sera comme ça quand j'arriverai à l'hôpital, s'ils font pas ce que je leur dis, je ne resterai pas ». Et par ailleurs avec un complot, enfin des idées de persécution, etc. Dans un premier temps, le médecin qui l'avait vu avait dit : « il est d'accord ». Mais en fait, ce n'était pas un consentement réel, c'était un consentement soumis à condition qui faisait qu'il ne voulait pas de médicaments, que, si on lui donnait des médicaments, il sortait, qu'il voulait décider de quand il était hospitalisé. Il n'y avait aucun parallélisme entre la gravité de son état délirant et les conditions qu'il mettait pour son hospitalisation. Donc, on l'a hospitalisé en hospitalisation à la demande du tiers, pour moi, sans état d'âme. » Docteur Lamy, psychiatre responsable d'un service d'urgences psychiatriques

Le docteur Lamy non seulement souligne le décalage entre les conditions posées par le patient et la gravité des troubles eux-mêmes qu'elle identifie, mais de plus rattache la méfiance de cet homme à son délire, mettant en avant les idées de « complot » et de « persécution » dans les propos du patient.

Selon la gravité de la situation identifiée par le psychiatre, cette évaluation est susceptible d'inclure de façon quasi circulaire la « capacité » à identifier la psychiatrie comme un recours nécessaire dans le contexte. Si la psychiatrie et l'hospitalisation en psychiatrie sont craintes, le

refus de soin risque d'être interprété comme une absence de conscience des troubles et du besoin de soins – ou le risque perçu peut prévaloir sur le consentement de la personne. Claire, interne, revient ici sur des situations où des personnes ont été hospitalisées librement et réclament de sortir – ce qui arrive régulièrement, un service d'hospitalisation pouvant faire peur ou paraître un lieu peu serein. Elle évalue rétrospectivement la nécessité d'une HDT, qu'elle-même ne peut réaliser facilement au sein du service (elle n'a pas soutenu sa thèse de médecine et ne peut rédiger de certificat ; de plus, les proches ne sont pas facilement accessibles) :

« Des fois, je me retrouve face à des patients qui sont adressés en HL et qui, arrivés à l'hôpital, devant l'hôpital, demandent leur sortie, et des patients qui sont parfois assez limites, et moi, une fois qu'ils sont arrivés à l'hôpital, j'ai plus de famille, je suis pas thésée, donc je ne peux pas demander à un senior... enfin, il n'y a pas de senior avec moi...

Pendant les gardes...

Pour faire le certificat. Et du coup, tu te retrouves avec un patient, donc qui a des idées suicidaires, sans entourage, sans médecin, et tu te dis : « merde, aux urgences, ils ont pas bien fait leur boulot », parce que même si le patient, ils ont réussi à le convaincre et qu'il dit : « ok, je veux venir à l'hôpital » et qu'il reste ambivalent, le souci c'est qu'à l'hôpital, tu as lâché sur une HL parce que t'aime pas trop faire des HDT, parce que personne n'aime faire ça, tu te retrouves avec un patient ambivalent qui va demander sa sortie alors qu'il a des idées suicidaires énormes et qu'il va faire un passage à l'acte et t'as plus le moyen de travailler correctement parce que t'as pas tout ce que tu peux avoir au niveau des urgences. Donc je pense que c'est quand même un outil qui peut être intéressant mais qu'il faut savoir bien utiliser. » Claire, interne

La gravité du risque (ici évalué par la « présence d'idées suicidaires énormes ») la conduit à regretter que l'hospitalisation ait été fait en HL. Le désir du patient de sortir est traduit comme « ambivalence », ce qui peut rendre compte des sentiments mitigés qu'il éprouve au regard de l'hospitalisation, mais est un terme qui, en contexte psychiatrique, pointe vers le possible déni partiel des troubles.

b) Incapacité à consentir et fiabilité du « bon vouloir »

Certaines personnes « acceptent » ainsi une hospitalisation, voire la demandent. La mesure de soins sans consentement peut cependant être décidée lorsque les médecins ont une inquiétude quant à la « valeur », la « qualité » de ce consentement, la « capacité » de la personne à consentir (auquel cas acceptation comme refus doivent en toute logique être refusés), ou s'ils ont un doute sur la persistance de l'assentiment dans le temps dans un contexte où le risque associé paraît grave. Si Caroline Guibet Lafaye fait de la persistance du consentement dans le

temps une propriété extrinsèque de celui-ci, qui ne pourrait qualifier la capacité à consentir elle-même, c'est en considérant le consentement comme un acte ponctuel (Guibet Lafaye 2015). L'évaluation de la « capacité à consentir » en contexte psychiatrique fait au contraire apparaître les attentes envers les choix exprimés d'une personne, et par là même envers les capacités d'une personne pour que celle-ci soit reconnue « capable ». Le « consentement » est compris comme un acte d'acquiescement qui se prolonge dans le futur, qui représente une forme d'engagement pour une personne dont il est présumé une certaine stabilité dans le temps. Il peut certes être retiré, les personnes peuvent changer d'avis, mais il est attendu qu'il ait une portée au-delà de l'instant où il est prononcé. Ces attentes d'un acte qui ait une valeur au delà du moment même font apparaître que l'évaluation de la « capacité à consentir » repose sur le postulat d'une personne singulière, dont la persistance du caractère et des représentations qui sous-tendent les choix donne une forme de garantie au consentement. A contrario, l'identification ou la crainte par les psychiatres au cours de l'entretien d'une fluctuation rapide des « choix » ou « décisions » de la personne est susceptible de remettre en cause l'évaluation d'une « capacité à consentir », précisément parce qu'il est attendu du consentement qu'il ne soit pas simple assentiment ponctuel mais forme d'engagement. Ce peut être l'identification de l'instabilité d'un positionnement personnel, de pensées chez la personne qui, en affectant la représentation de soi et du monde, peuvent affecter ses choix et son « style de choix » : des pensées dépressives écartant toute forme d'espoir, représentations très élevées ou très basses de soi, ou la perception de son environnement comme source permanente de menace. Cette capacité d'engagement est éventuellement ce qui permettra d'envisager de *ne pas* hospitaliser.

c) « Relais » et « obstacles » : Évaluation de l'entourage de la personne et du dispositif de soins disponible

Dans le défaut d'une capacité d'engagement de la personne pour laquelle se pose la question de l'hospitalisation, c'est en partie la capacité de l'entourage à tenir cet engagement à sa place et d'occuper une position de *relais du souci de soin* qui permettra de suspendre la décision et de trancher – pour un temps au moins – en faveur d'un soin extra-hospitalier. Ce n'est pas seulement l'état de la personne qui est évalué mais aussi son contexte familial et/ou plus largement son entourage :

« les critères classiques, [c'est] une certaine gravité des signes cliniques d'abord. Si c'est quelqu'un de déprimé, quand la dépression s'aggrave et, éventuellement, arrive aux idées suicidaires, quand la personne est en danger. Si c'est quelqu'un de délirant, quand le délire va être tel qu'à la maison il est en danger. Donc, vous voyez tout de suite que ça implique tout de suite... Il y a la gravité des signes cliniques qui va tout de suite de pair avec ce qu'on appelle dans les livres la "qualité de l'entourage". Donc, effectivement, ça, c'est à modérer selon les situations. Quand quelqu'un est franchement délirant et qu'il a perdu le contact avec la réalité, si l'entourage est costaud, on peut tenter de ne pas l'hospitaliser, s'il est tout seul et qu'il se met en danger, là, il faut bien l'hospitaliser. Qu'est-ce qu'il y a comme autre symptomatologie ? Si, à l'inverse, c'est une relation de retrait, c'est plutôt un retrait, un repli et que la personne va atteindre une telle incurie, qu'elle se lave plus depuis des mois, qu'elle a des escarres partout, qu'elle mange plus, qu'elle sort plus de son lit et qu'il y a des poux partout, c'est pareil, c'est un degré de symptômes qui va mettre en danger la personne et/ou l'entourage. Et les capacités de l'entourage à supporter tout ça. Ça dépend beaucoup de ça, des capacités de l'entourage à supporter le tout. L'hospitalisation dépend beaucoup de ça, ça c'est sûr. » Sylvie, psychiatre, responsable du service d'hospitalisation A, entretien

Quand je commence à l'interroger de manière générale sur les critères d'une hospitalisation sans consentement, Sylvie mentionne d'abord les « signes cliniques » (dépression, délire), mais ouvre très vite sur la question de la « qualité de l'entourage » : ce dernier est-il « costaud », a-t-il les capacités de « supporter » la situation ? « Supporter » signifie ici à la fois pouvoir « faire face », c'est-à-dire répondre aux enjeux pratiques de l'accompagnement, prévenir les risques éventuels, mais aussi pouvoir tolérer les troubles. L'entourage peut en effet être dans un état d'épuisement ou de dépression ou tendre à réagir par la violence. La nécessité de l'hospitalisation est ainsi aussi celle d'un « transfert de prise en charge » dans un moment où l'entourage n'arrive plus à faire face.

À propos des refus par l'entourage de la personne de signer une demande d'hospitalisation ou des décisions de levée d'une HDT, un psychiatre suggère dans un article sur le « tiers perdu » que

« cette décision devrait être compensée par un engagement de prise en charge, de traitement et de la responsabilité face à un patient que les médecins ont jugé inapte à s'assumer lui-même. Même si on ne suit pas leur avis, du moins qu'on tienne compte de leur mise en garde ! » (Ferrey 2004, p. 16)

Il caractérise le besoin identifié par les psychiatres d'une hospitalisation sans consentement comme une « inaptitude à s'assumer soi-même ». Il développe ainsi cette idée :

« "Si quelqu'un refuse de signer une H.D.T. ou bien demande la levée de l'H.D.T., qu'il s'engage alors à prendre en charge la situation du patient et ses besoins thérapeutiques immédiats et que cela fasse l'objet d'un protocole rédigé. De même, il faudrait envisager plus clairement la situation de désaccord entre les tiers potentiels. Il serait salvateur que le tiers qui ait la prépondérance soit celui qui est capable d'assumer l'aide immédiate, sur le champ, du parent malade." (id.)

Par-delà les « besoins thérapeutiques » du patient, le psychiatre évoque une « prise en charge » ou une « aide » plus large que certains membres de l'entourage fournissent de fait ou devraient fournir s'ils ne permettent pas ou interrompent l'hospitalisation. Sa proposition vient d'une critique implicite des membres de l'entourage qui refuseraient de signer une

demande d'hospitalisation voire s'y opposeraient. Il voudrait alors « obliger » les proches qui s'opposent à une hospitalisation de s'engager à prendre alors en charge la personne. Cela marque le rôle qu'il attribue à l'entourage qui est de porter le consentement aux soins pour une personne au sein d'une responsabilité plus large pour son accompagnement.

Le dispositif de soin intervient également dans la décision d'hospitalisation, précisément en tant que recours pour soutenir la vigilance, pour maintenir un suivi serré par-delà le moment où le médecin est en situation de voir la personne et se poser la question de la nécessité d'une hospitalisation. Il sera ainsi possible de laisser sortir quelqu'un en l'adressant à une équipe capable de le recevoir ou d'intervenir en aval.

Le secteur A accorde une grande importance à l'existence de ce type de relais comme alternative à l'hospitalisation. C'est tout l'enjeu d'avoir attribué au CAC un éventail d'interventions possibles : faire des visites à domiciles, revoir les personnes fréquemment, tous les jours s'il le faut pendant une certaine période, c'est-à-dire pouvoir assurer un soin intensif en ambulatoire qui permet de se passer autant que possible du recours à l'hospitalisation. Associé à ce « relais », l'équipe de ce secteur assume également de limiter le recours à l'hospitalisation par *l'obstacle*, en limitant le nombre de « lits » disponibles :

« Par exemple, le Centre d'accueil et de crise, le fait qu'il y ait pas de lits par exemple, dans [*elle cite un autre secteur*], ils ont des lits, ce qui change tout [...] et à mon avis qui perturbe le travail d'accueil et de crise, qui lui fait perdre de son efficacité. Je pense que l'idée de Baselitz [*le précédent chef de secteur*], de ne pas avoir de lits, est meilleure. Sinon, on est pris, quand on a un problème compliqué à résoudre, qu'on se dit : est-ce qu'on fait des efforts pour régler ça en ambulatoire ou est-ce qu'on met dans les lits et on règle ça dans les lits ? C'est toujours plus confortable, donc si on a des lits à disposition, on choisit toujours la solution des lits. Et donc, s'il y a pas de lits, on est bien obligé de faire autrement !

Oui, c'est se forcer à l'imagination.

Oui, je crois et au risque aussi, à la prise de risque, parce que les lits, c'est toujours ce qui paraît le moins risqué, mais ça ne l'est pas forcément. C'est ce qui paraît le moins risqué pour le malade, c'est pour ça qu'il n'en veut pas. Pour la famille, c'est pour ça qu'elle en veut. Et pour le psychiatre, ça dépend de l'option du psychiatre. » Sylvie, psychiatre responsable du service d'hospitalisation

Sylvie n'identifie pas ici le fait de ne pouvoir recourir à l'hospitalisation comme un problème, comme une pénurie ou un défaut de ressource, mais comme ce qui impose de chercher des solutions alternatives et de « prendre des risques ». S'il arrive régulièrement que les soignants se demandent si le secteur, voire la psychiatrie en général ne sont pas allés « trop loin » dans la réduction du nombre de lits, conduisant notamment à des hospitalisations « trop courtes », une infirmière du CAC souligne lors d'une réunion (voir extrait ci-dessous) : « Si on avait conservé le même nombre de lits, le service serait plein de la même manière ». Elle ne veut pas dire par là que le besoin est d'autant plus grand, mais également que la tentation de

l'hospitalisation est telle qu'elle peut conduire toujours davantage à y recourir, au lieu de travailler dans le sens de ce que le secteur développe comme alternative. L'hospitalisation est décrite par Sylvie comme « toujours plus confortable » (pour le psychiatre) mais pas nécessairement comme ce qu'il y a mieux pour le malade. Elle peut même s'avérer délétère. Par-delà les réticences à l'usage des hospitalisations sans consentement, et l'identification de situations où l'hospitalisation n'est pas nécessairement la bonne solution, comme l'indiquait également le docteur Lamy, l'hospitalisation en elle-même est susceptible d'être considérée avec ambivalence – c'est notamment une représentation diffuse au secteur A.

d) L'hospitalisation néfaste

Pour certains psychiatres, il va de soi que l'hospitalisation est une modalité de soin adaptée à certaines états pathologiques donnés. C'est une modalité de soin classique en médecine, et couramment jugée adaptée au traitement des états dits « aigus », des états de « crises ». Il apparaît cependant dans les discours d'autres psychiatres un rapport plus ambivalent à l'hospitalisation, même lorsqu'il y ont recours de manière ordinaire. Ainsi le secteur A, dont la politique est issue de la critique de l'asile et de l'investissement d'un soin dans le milieu de vie des patients, a développé un rapport critique à l'hospitalisation. Le secteur A est ainsi en partie construit autour de cette défiance : le rôle du CAC est de « filtrer » les décisions d'hospitalisations. Il s'agit « d'en refuser le plus possible », comme le dit explicitement la responsable du service d'hospitalisation :

« Alors, la règle, c'est que toute hospitalisation passe par le CAC. En fait, c'est le CAC qui décide de toute hospitalisation. Son travail au CAC, sachant que la mission du CAC est d'en refuser le plus possible, c'est ça la règle non dite. Alors bien sûr, il ne s'agit pas de faire des bêtises, mais de mettre en place autre chose. » Sylvie, psychiatre, responsable du service d'hospitalisation, entretien

Cette critique s'exprime ainsi par le principe d'éviter autant que possible l'hospitalisation, mais ce principe coexiste avec le recours courant à celle-ci comme allant de soi dans certaines situations, voire comme « bonne solution » (et pas seulement comme un choix par défaut), et par des descriptions positives de cette modalité de soin. Le fait que je mentionne, dans ma présentation initiale du secteur A en introduction, l'hospitalisation comme étant partiellement visée par la critique de la contrainte qui y a lieu, pourrait faire l'objet d'étonnement de la part de ses professionnels, car cela n'est pas dit ainsi. Un certain flou persiste entre critique de l'hospitalisation contrainte et de l'hospitalisation elle-même.

Ces différentes descriptions de l'hospitalisation (bénéfique/à éviter) s'expriment le plus souvent de façon parallèle, sans se croiser. Des règles implicites définissent ce qu'il est possible de dire, ce qui permet de ne pas expliciter la tension voire la contradiction entre l'injonction à ne pas hospitaliser et à le faire si couramment que le service est plein en permanence. Il est ainsi possible d'affirmer la nécessité de développer au maximum des alternatives à l'hospitalisation ou de dire qu'il faut l'éviter. En revanche, exprimer une représentation négative de l'hospitalisation en soi est transgressif. Lorsqu'un jour, lors d'une réunion qui rassemble des professionnels de l'ensemble du secteur, cette vision négative est formulée explicitement par la responsable du service d'hospitalisation elle-même, elle provoque de vives réactions :

« Sylvie, psychiatre responsable du service d'hospitalisation – elle a par ailleurs des consultations au CMP : [...] indépendamment de l'augmentation de la demande, ce qui était ou pas porté par l'asile même s'il y avaient des gens qui y mouraient, physiquement et de mort psychique, ce qui était porté par les murs de l'asile est aujourd'hui porté par des êtres humains : c'est plus lourd. On n'a pas le temps de lire le journal ou de taper le carton. Ça produit un inconfort par rapport à l'hospitalisation. Quand je suis des patients du secteur, s'ils ont besoin d'être hospitalisés, je suis terrorisée : ça fait un patient de plus, l'hospitalisation, c'est mauvais, c'est un échec de la psychiatrie, il n'y a pas de place.

Brigitte, infirmière du CAC : ce n'est pas un échec. Pas de place, je veux bien, on n'est pas des surhommes. Parfois il faut un temps [...] parce que pour le patient, c'est un temps de repos. Si on avait conservé le même nombre de lits, le service serait plein de la même manière [...]

Giulia, psychiatre du CMP: un jour de garde, j'ai fait trois hospitalisations, j'ai eu des remarques [...]

Moins j'hospitalise, mieux je suis regardée comme médecin. Mais l'hospitalisation est aussi un outil.

Brigitte : merci de le dire. [...]

Pierre, chef de secteur : Il faut redéfinir l'hospitalisation. S'il y a une phobie de l'hospitalisation, c'est un problème. L'hospitalisation est un outil.

Martine, psychiatre du CMP : ça ne devient plus un outil car il est fermé tout le temps : qu'est-ce qu'on peut faire d'autre ?

Pierre : c'est un bon réflexe de réfléchir aux alternatives à l'hospitalisation. On a 210 patients hospitalisés par an, c'est 2% de la file active.

Sylvie : ce n'est pas un réflexe mais c'est douloureux, douloureux d'hospitaliser, douloureux de ne pas hospitaliser

Pierre : il y a deux choses lourdes, la question de ce qu'on peut faire d'autre, et ...

Giulia : est-ce qu'il faut faire à tout prix autre chose si l'hospitalisation peut apporter beaucoup plus ?

Pierre : l'hospitalisation a des avantages et des inconvénients énormes. L'hospitalisation pacifie artificiellement le contexte par l'absence du patient, et le patient par l'absence du contexte...

Martine : parfois l'hospitalisation procure un apaisement par les murs. [...] » réunion de secteur

L'échange a lieu lors de la première réunion « de secteur », qui doit s'ajouter aux « réunions du vendredi » qui ont lieu une fois par mois²⁷⁰. Cette réunion de secteur, voulue par le chef de

²⁷⁰ Les « réunions du vendredi » sont l'équivalent de ce qui s'appelle dans d'autres secteurs des « séminaires de secteurs » tout en se décalant d'une dénomination marquée par la référence psychanalytique. Elles sont consacrées à un thème, choisi pour l'année (« les transmissions », le « cœur de métier »...). A chacune de ces réunions, une des équipes du secteur (hospitalisation, CMP, hôpital de jour, CATTP...) présente sa pratique et ses questionnements sur le sujet : c'est l'occasion pour les équipes de se rencontrer entre elles et d'échanger. Les infirmiers d'hospitalisation sont peu présents : ceux qui sont de repos viennent peu ou pas, et il faut qu'il reste au moins deux soignants dans le service – celui-ci ne peut pas fermer pour une matinée comme les autres unités. Certains soignants l'investissent comme un espace de réflexion, qui donne du sens à leur travail – et aussi

secteur, Pierre, a pour finalité de permettre une « réflexion institutionnelle » plus large sur le sens du métier et sur ses enjeux politiques. Pour cette première réunion, Pierre a choisi de faire intervenir un ancien cadre infirmier, aujourd'hui formateur de soignants, ainsi qu'à un psychologue du secteur – psychanalyste, tous deux très engagés dans la psychothérapie institutionnelle. Ceux-ci proposent de réactiver une « analyse institutionnelle » des pratiques et de rendre possible une « transmission intergénérationnelle », en reposant les questions « de base » : « Qu'est-ce que je fais là ? Qu'est-ce qu'on fait là ? » [...] Qu'est-ce que la folie aujourd'hui ? Quelle est la fonction d'un secteur, comment on accueille cette folie ? ». Ils citent Jean Oury²⁷¹ à plusieurs reprises : il faut « reprendre des fondamentaux », « le politique, c'est ce qui fait lien ». On peut déceler dans leur intervention un souci manifeste de « transmission », qui rend compte de l'inquiétude que le départ à la retraite des derniers « infirmiers de secteur »²⁷² entraîne la disparition de manières de penser, de pratiques et de savoirs-faire : « On est des dinosaures ».

C'est cette réflexion de fond sur le sens des pratiques au sein du secteur qui conduit Sylvie, au cours des échanges qui suivent, à ce commentaire sur l'hospitalisation : « c'est mauvais », à la décrire comme un « échec de la psychiatrie ». Elle s'exprime ici initialement du point de vue de sa pratique de CMP : « quand je suis des patients du secteur », en évoquant les moments où elle est elle-même décisionnaire des hospitalisations. Cependant sa remarque vient de sa double position comme psychiatre de CMP et d'hospitalisation, et prend d'autant plus de poids qu'elle est en charge du service d'hospitalisation. C'est d'ailleurs le premier élément qui apparaît : au moment où, en tant que médecin du CMP, elle a à décider d'une hospitalisation, elle se représente la conséquence du point de vue du service d'hospitalisation (« ça fait un patient de plus »). Cela va ouvrir la discussion sur le manque de places au niveau du service d'hospitalisation (on examinera dans le chapitre qui suit le rôle de la gestion du « flux » de patients dans les décisions d'hospitalisation). Deux autres éléments apparaissent mêlés dans sa remarque : « c'est mauvais », ce serait négatif en soi, et « c'est un échec de la psychiatrie ». L'hospitalisation d'un patient signerait non une évolution de ses troubles, de son état, de sa manière de composer avec sa vie, mais est ici vécue par la psychiatre comme un défaut « de la psychiatrie », qui n'aurait pas réussi à le faire « tenir » à l'extérieur. Elle

comme un temps qui rompt avec la routine quotidienne, d'autres y voient « une réunion de plus », où la parole serait majoritairement donnée aux psychiatres.

²⁷¹ Jean Oury était psychiatre et psychanalyste. C'était le fondateur et le directeur de la célèbre clinique La Borde, haut lieu de la psychothérapie institutionnelle, où travaillait Félix Guattari qui a écrit plusieurs ouvrages avec Gilles Deleuze (Deleuze et Guattari 1980; Deleuze et Guattari 1972). Il est décédé en 2014.

²⁷² Depuis 1992, n'existe plus que le « diplôme unique » d'Etat, commun à tous les infirmiers, où la formation psychiatrique n'occupe qu'une place restreinte.

n'est pas seule à exprimer cette perception négative, une autre psychiatre exprime que le fait de *ne pas* réaliser d'hospitalisation est valorisé : « un jour de garde, j'ai fait trois hospitalisations, j'ai eu des remarques [...] Moins j'hospitalise, mieux je suis regardée comme médecin. » L'affirmation de Sylvie suscite de vives réactions pendant, et même après la réunion. La psychologue du service, que j'accompagne à l'hôpital de jour, quelques jours plus tard, me dira avoir été « choquée » de ces remarques identifiant l'hospitalisation comme un « échec », qu'elle attribue à un « narcissisme de soignants ». Le chef de secteur, dans un effort pour réhabiliter l'hospitalisation, reprend l'affirmation de la dernière psychiatre qui s'exprime, Giulia : « c'est un outil ». Cette remarque avait également été approuvée par d'autres présents. Il exprime cependant aussitôt ses propres réserves à l'égard de l'hospitalisation :

« L'hospitalisation a des avantages et des inconvénients énormes. L'hospitalisation pacifie artificiellement le contexte par l'absence du patient, et le patient par l'absence du contexte... »

Cette pacification, si elle permet un apaisement, reste « artificielle » selon lui, et n'est pas en soi la résolution de la situation problématique. Cela, quelque soit la densité de causalité que l'on attache entre les troubles et le contexte de la personne : les difficultés entre la personne et son entourage peuvent être renforcées par les troubles et réciproquement renforcer ces derniers ; du point de vue systémique, qui fait partie des références du chef de secteur, les troubles d'une personne peuvent même traduire les conflits dans un système relationnel (typiquement une famille). Percevant les réserves du chef de secteur, Martine, une autre psychiatre du CMP, évoque alors un usage positif de l'hospitalisation, qui renvoie à sa dimension de « contenance » : l'« apaisement par les murs ».

L'objectif d'éviter les hospitalisations n'est cependant pas propre au seul secteur A. C'est également l'objectif qu'identifie un chef de clinique à l'existence d'une unité d'urgence « 72 heures »²⁷³ :

« Et l'idée de l'unité 72h, c'est d'attendre un peu, d'évaluer, et soit que les gens sortent, soit qu'ils soient hospitalisés... ? »

²⁷³ Unité au sein d'un hôpital général qui permettait de « mettre en observation » les personnes pendant 72 heures, avant la loi de 2011 qui prévoit une période de 72h au moment de l'initiation d'HSC. Ce laps de temps permet éventuellement de faire le partage entre des troubles psychiques et l'effet éventuels de produits consommés. Cette unité offre également une ressource dans la négociation avec les personnes rencontrées, une hospitalisation courte hors du service d'hospitalisation de secteur, l'initiation ou la reprise de traitements sous surveillance médicale – avant de décider ou non de poursuivre l'hospitalisation, le cas échéant avec une mesure de contrainte.

L'idée, si j'ai bien compris, la politique des 72h c'est d'éviter des hospitalisations, la politique générale de la psychiatrie actuellement, c'est d'éviter au maximum les hospitalisations en service d'hospitalisation. [...] »

Quand je lui demande « pourquoi éviter à tout prix l'hospitalisation ? », il me répond dans un premier temps : « pour des raisons économiques, avant tout », en mettant en avant « grande problématique de fermeture des lits d'hospitalisation qui est générale, sur l'ensemble du territoire ». Il identifie une dimension politique à cette diminution du nombre de lits. Celle-ci « s'inscrit un peu dans l'antipsychiatrie, sauf que l'anti-psychiatrie n'a pas été très forte en France », contrairement à l'Italie : « C'est-à-dire que quasiment du jour au lendemain ils ont fermé tous les hôpitaux psy, les gens étaient dehors ». Il exprime un point de vue nuancé, évoquant la désinstitutionnalisation « très problématique » à New York. Au sujet de la situation française, il mentionne également les aspects positifs de la « désinstitutionnalisation » : le développement de dispositifs ambulatoires au sein du secteur et l'affirmation : « que quelqu'un qui a une schizophrénie n'a pas besoin de passer toute sa vie à l'hôpital, qu'il peut vivre, voilà. »

Mais par-delà le défaut de places à l'hôpital, et la redéfinition de l'hospitalisation comme un temps du soin qui n'a pas vocation à durer toute la vie, il évoque d'autres motivations pour l'éviter :

« Après, il y a aussi des facteurs d'ordre psychologiques. Il est très probable que l'hospitalisation en psychiatrie soit quelque chose d'extrêmement dur du point de vue psychologique, qu'un premier contact avec la psychiatrie qui se solde par une hospitalisation n'est pas forcément quelque chose qui va aller dans le sens d'une alliance thérapeutique et d'une prise en charge correcte du patient, qui peut avoir l'impression qu'à chaque fois qu'il va aller aux urgences, il va se faire hospitaliser dans une unité du coup, parce que les gens le vivent vraiment comme ça. » Laurent Wald, chef de clinique

Laurent Wald souligne l'expérience éprouvante que peut constituer une hospitalisation et la manière dont celle-ci (a fortiori sous contrainte) peut altérer la relation entre l'équipe et le patient. Ces deux raisons ont motivé la création de l'unité d'urgence au sein de laquelle il travaille. Il développe à partir d'une situation qui met en exergue ces contrastes, l'hospitalisation des grands adolescents non encore majeurs²⁷⁴ :

« Selon la loi française, à partir de 16 ans $\frac{3}{4}$ tu es envoyé avec les adultes, ce qui n'est pas tellement adapté non plus. Envoyer un ado même très violent, même très malade, dans une unité où il va être confronté à des gens qui ont 40-50 ans de maladie derrière eux, c'est aussi quelque chose qui semble pas très logique. » Laurent Wald, chef de clinique

²⁷⁴ Il existe très peu de « lits » en pédo-psychiatrie. J'ai, lors de mes terrains, vus deux adolescents de 17 ans hospitalisés dans des services adultes.

L'hospitalisation représente une coupure d'avec le milieu habituel et d'avec les proches. La présence des autres patients peut être source d'inquiétude, que cette inquiétude soit motivée ou surtout liée à des conduites inhabituelles. L'image de soi renvoyée en miroir par ces autres patients peut également être blessante et rendre difficile l'acceptation de soins qui semblent présupposer que la personne hospitalisée a « quelque chose de commun » avec eux.

Une infirmière du CAC, Brigitte, fait de la présence des autres patients et de la vie en collectivité une dimension qui peut n'être pas souhaitable dans certains cas :

« Et c'est vrai que, lui, il a vraiment pu bénéficier d'une prise en charge, au CAC uniquement, sans hospitalisation parce qu'on sentait que l'hospitalisation ne ferait qu'empirer son état. Il y aurait eu trop de sollicitations, trop de regards, trop de bruit. Il aurait pété un câble, il finissait en chambre d'isolement avec injection. » Brigitte, infirmière du CAC

Brigitte renvoie aussi au risque que la mesure initiale d'hospitalisation engendre une situation qui conduirait à redoubler la contrainte, en créant un facteur d'augmentation des troubles ou des conduites problématiques.

Claire, interne, souligne l'expérience traumatique que peut représenter l'hospitalisation, notamment lorsqu'il s'agit d'une première hospitalisation, et a fortiori lorsqu'il y a contrainte – comme elle le mentionne à propos d'un patient qui a « porté plainte » contre la décision d'HSC :

« Et voilà, tu vois, ce patient qui avait finalement porté plainte, je me dis p..., est-ce que vraiment il se serait foutu à l'eau, est-ce que ça n'a pas été hyper traumatisant ce qui s'est passé [*dans le service d'urgences*] pour lui cette nuit-là, où il y a cinq personnes qui lui sont sauté dessus, qui l'ont attaché, il y a eu une injection – avec quelles conséquences ? » Claire, interne, entretien

Par-delà l'obstacle matériel du « défaut de lits », l'hospitalisation peut ainsi faire l'objet de réserves et de perceptions négatives, où elle apparaît non-souhaitable, voire néfaste. Elle peut être vécue comme un *échec thérapeutique* pour des psychiatres qui ont investi le projet de privilégier le soin « dans la communauté », précisément pour maintenir l'insertion de la personne dans son milieu habituel. L'hospitalisation – ou la (ré)hospitalisation – peut alors être vécue comme un échec des décisions antérieures et du suivi mis en place jusqu'alors (entretiens au CMP, éventuellement activités au CATTP, temps en hôpital de jour, etc.). Elle fait également l'objet de l'inquiétude, par les psychiatres, qu'elle crée une « *dépendance institutionnelle* », qu'elle soit « chronicisante », terme issu de la critique de l'asile. Car, en dépit de l'ensemble des critiques visant les services d'hospitalisation et l'hospitalisation elle-même, l'hôpital peut constituer pour un certain nombre de patients un lieu refuge, un lieu où

sont suspendues des exigences sociales vécues comme trop lourdes ou un isolement trop pénible, ce qui peut les conduire à désinvestir le monde extérieur, et préférer le monde réglé et entouré de la psychiatrie.

L'hospitalisation pourra paraître une solution plus sûre pour les intervenants : elle offrirait davantage de garanties contre des risques craints, dont le risque pour les psychiatres de voir leur responsabilité engagée en cas d'événement grave. Cependant, d'une part l'hospitalisation elle-même peut n'être pas considérée comme la solution idéale. Elle est peut être traumatisante mais également, crainte opposée, source de dépendance. Si elle permet l'accueil de personnes dont les conduites sont considérées comme problématiques, mais elle oblige à une vie collective au milieu de ces personnes. D'autre part, le passage à la contrainte pose des problèmes en soi : il peut être éprouvant tant pour les professionnels que pour les patients. La violence subjective qu'est susceptible de constituer une hospitalisation sans consentement est soulignée par une psychiatre qui exerce dans une unité départementale d'accueil d'urgences psychiatriques :

« [...] il ne s'agit pas tant de montrer le caractère abusif de telle ou telle hospitalisation que de montrer comment toute hospitalisation sous contrainte en milieu psychiatrique, même justifiée par des arguments médicaux, peut-être vécue comme une inacceptable violence. » (Clément 1996, p. 41)

Nombre de psychiatres, même expérimentés, témoignent de la difficulté de prendre de telles décisions. Situait la décision dans une temporalité plus longue, ils s'inquiètent de l'altération de la relation qu'induit le passage à la contrainte. C'est d'autant plus problématique que l'hospitalisation a vocation à avoir une durée limitée, et que les professionnels peuvent espérer que le soin se poursuivra par la suite, ce pour quoi ils ont besoin que la personne ne les fuie pas dès que possible.

La recherche du « bon vouloir » de la personne va ainsi être l'objet d'un travail important de la part des soignants : si possible pour obtenir son plein et entier *accord* aux soins, et, à défaut, du moins obtenir que la personne se prête à ce qui lui est demandé, et ce jusque dans les décisions de contrainte. Car jusque dans les situations où la personne est jugée incapable de décider pour soi, sa participation est recherchée : pour éviter les formes de résistance et la possibilité de violence, on l'a dit, mais aussi pour l'engager sur la plus longue durée dans l'acceptation du suivi et des traitements. La création d'un lien avec les soignants, d'une

« alliance thérapeutique », a ainsi également pour but de soutenir l'engagement d'une personne dans le soin.

Les décisions d'HSC ne relèvent ainsi pas que de la seule évaluation clinique de l'état de la personne, de son besoin de soin et de sa capacité à consentir. L'évaluation englobe le contexte plus large de la personne. L'évaluation n'inclut pas non plus exclusivement les risques graves immédiats dont la personne pourrait être la cause. La nature des risques que les psychiatres envisagent est plus large, incluant la situation sociale de la personne et les supports dont elle dispose et qu'elle serait susceptible de perdre – comme son travail, son logement, ses relations avec son entourage, dont ils savent qu'en raison de ses troubles ils peuvent être plus difficiles à retrouver ou restaurer. Les psychiatres sont de manière générale confrontés à l'impossibilité de prévenir tous les risques. Certains estiment que définir leur intervention en fonction du risque craint conduirait plus sûrement à une forme de violence et paralyserait la capacité d'invention nécessaire dans les situations de crise.

Les décisions d'hospitalisation ne tiennent en outre pas compte que de l'évaluation individuelle de la personne, mais incluent l'évaluation de l'entourage, et tiennent compte du dispositif psychiatrique disponible pour la prise en charge. L'évaluation de l'entourage est ainsi nécessaire, non seulement pour l'engager dans une demande de soin pour le proche *si* une HDT est jugée nécessaire par les psychiatres²⁷⁵, mais également dans l'évaluation même de la nécessité d'hospitaliser. Il sera davantage possible de repousser une hospitalisation s'il est possible de trouver un relais dans l'entourage pour exercer une vigilance et un soutien auprès de la personne, et donner davantage de garanties de sa présence à un rendez-vous ultérieur. L'économie du dispositif de soins joue également : l'existence d'une équipe d'aval susceptible prendre ce relais (et si possible de liens institutionnels voire personnels entre le psychiatre qui voit la personne en urgence et cette équipe) facilitera la possibilité de suspendre l'hospitalisation et potentiellement y renoncer.

Les psychiatres sont ainsi de fait amenés à prendre en compte et composer différents intérêts : ceux des voisins par exemple, ne serait-ce parfois que pour permettre le maintien de la personne dans son logement ; celui de l'entourage dans son épuisement, son engagement ou son désengagement auprès de la personne, et sa violence potentielle ; celui également du service psychiatrique qui sera amené à prendre en charge la personne en aval, en ambulatoire ou en hospitalisation.

²⁷⁵ Lors de mes observations, la modalité de « soins en péril imminent » définie par la loi de 2011 n'existe pas encore, mais même avec cette modalité, les psychiatres sont censés rechercher l'accord des proches.

L'évaluation de la nécessité de l'hospitalisation se prolonge et se réitère au sein du service d'hospitalisation. Celui-ci est en partie lui-même contraint par les décisions prises en dehors de lui. On va cependant montrer qu'il a certaines prises en amont sur ces décisions ; il a en outre une prise majeure sur la poursuite des mesures elles-mêmes. Il joue ainsi un rôle majeur dans la définition de la légitimité des séjours.

VII. Gestion du flux et définition des hospitalisations légitimes

*« Si le vide n'existait pas, le mouvement serait impossible; car, comme le propre des corps est de résister, ils se feraient continuellement obstacle, de sorte que nul ne pourrait avancer, puisque nul autre ne commencerait par lui céder la place. »
Lucrèce, De natura rerum, Livre 1 v. 335 sq.*

« Il faut faire des sorties car il y a des entrées. » Sylvie, psychiatre responsable du service d'hospitalisation, au début d'un staff - JDT

Le service d'hospitalisation est l'un des lieux cruciaux des décisions d'hospitalisations sans consentement (HSC) : un des moments essentiels de la décision initiale, la procédure exigeant la confirmation de la mesure par un certificat dans les 24h suivant l'hospitalisation, et le lieu de la continuation de cette décision. La décision d'HSC est en effet une décision qui exige d'être renouvelée. Cela, en raison d'une exigence légale (exigence de cette confirmation de la mesure, puis de certificats réguliers attestant la nécessité de sa poursuite) qui impose le réexamen régulier et fréquent de la décision, mais aussi en raison de mises en cause possibles de nature très différente : de l'hospitalisation contrainte par la personne hospitalisée elle-même ; de toute hospitalisation qui se prolonge, par les acteurs de la gouvernance des établissements et de la politique de santé qui tendent à construire, on l'a vu, les « longs » séjours comme inadéquats, mais aussi par les professionnels qui craignent la création d'une dépendance institutionnelle. Outre ces mises en cause, il existe une pression majeure au sein du service pour la mise en disponibilité de lits en nombre restreints par les nouvelles hospitalisations qui arrivent.

On a mis en évidence les limitations existant au sein des services de psychiatrie (circulations, communications, disposition de ses biens personnels, exposition au regard des soignants) et la manière dont elles sont régulées. La première de ces limitations et celle qui les commande est l'hospitalisation elle-même, qu'elle soit contrainte ou consentie. Les psychiatres du service d'hospitalisation ont un poids déterminant dans les décisions de *sortie* d'hospitalisation, dont dépend la fin de ces limitations (mais aussi la fin des ressources que procure l'hospitalisation :

éventuellement un hébergement, un éloignement des soucis, un milieu – qui peut être – rassurant). Ils peuvent également en avoir un dans les décisions d'entrée, comme on le verra.

Les décisions concernant les entrées et sorties sont apparues au cours de l'enquête de terrain comme une dimension majeure de l'activité des services d'hospitalisation. Comme Christophe Andreo le note à propos d'un service hospitalier d'une toute autre spécialité (un service de réanimation), la « gestion du flux », qui est aussi une gestion des places disponibles et l'anticipation de la libération des places, est un « problème dominant » au sein du service d'hospitalisation, au sens où elle constitue un problème récurrent pour les professionnels et occupe une place importante dans leurs échanges (Andreo 2004). Les réunions de synthèse hebdomadaires du service A sont régulièrement ponctuées de la question : « il y a des sortants ? », de façon à anticiper les conditions de sortie de ces derniers, mais également à s'assurer de la fluidité des circulations, des « mouvements » à venir, et permettre l'accueil des futurs entrants, voir (Rhodes 1995). Comme le dit la responsable de l'hospitalisation au début d'une synthèse : « il faut faire des sorties car il y a des entrées » (JDT, staff). Cette proposition n'est qu'apparemment tautologique car ce n'est pas seulement pour *rendre possibles* des entrées qu'il faut libérer des places, mais parfois pour pouvoir accueillir des « entrées » *déjà effectuées* – les personnes ayant été hospitalisées provisoirement dans un autre service en attendant que « leur » service de secteur, le service dont elles dépendent selon leur domiciliation, ait une place.

Une part importante de l'activité est liée à la gestion de ce « flux » pour l'ensemble des membres de l'équipe : médecins, soignants, assistante sociale et secrétaires, chacun étant mobilisé à sa place tant dans l'admission d'un nouveau patient (préparation d'une chambre, inventaire, admission administrative, vérification du statut vis-à-vis de la sécurité sociale, contacts avec les proches) que dans sa sortie (anticipation des conditions de sortie, certificats pour une « permission » ou une levée d'HSC, visites au domicile, recherche de cliniques permettant un séjour en « post-cure », mise en relation avec des services d'aval : service de crise, CMP, hôpital de jour ou CATTP, ou avec des associations, des foyers d'hébergements, etc.).

Du surencombrement à la pénurie de places, de la répartition spatiale au jeu des anticipations temporelles

Le problème du nombre de places dans les services d'hospitalisation est récurrent. Il se distingue du problème du surencombrement des services qui a été posé dès la fin du XIX^e siècle (Fauvel 2002). Le surencombrement correspond à un surplus de malades hospitalisés par rapport au nombre de lits disponibles. François Chapiro indique que ce n'est qu'« à partir de 1970 que le nombre de malades présents un jour donné a cessé d'être supérieur au nombre de lits autorisés à l'échelle nationale (mais pas nécessairement dans chacun des établissements) » (Chapiro 2007, p. 566)²⁷⁶. Ce problème se posait alors essentiellement du point de vue du coût des hospitalisations pour les pouvoirs publics, les hospitalisations d'office des « aliénés indigents » relevant alors des départements, et du point de vue des conditions d'hospitalisation en termes de promiscuité et d'hygiène. Les transformations du rôle des hospitalisations psychiatriques dans la période post-asilaire – et par suite des attentes quant à leur durée – ont produit un rapprochement avec les problématiques rencontrées dans les services de soins somatiques, et plus précisément ceux qui ont un moindre contrôle sur les entrées et sont centrés sur le traitement de pathologies aiguës : l'enjeu est alors pour les professionnels de filtrer et faire sortir – ce que les chercheurs anglo-saxons formulent crûment : « *Getting rid of patients (GROP)* » (Mizrahi 1985) - se débarrasser des patients, ou littéralement « *Emptying beds* » (Rhodes 1995) : « libérer des lits », l'ouvrage de Lorna Rhodes pointant avec acuité cette nouvelle problématique de l'hospitalisation psychiatrique en contexte de pénurie de places d'accueil.

Les études portant sur les hôpitaux psychiatriques dans la période asilaire s'intéressaient peu à la question des « sorties ». *Asiles*, de Goffman, comporte un chapitre sur les phases « pré-hospitalière » et « hospitalière » mais aucun sur la sortie. Tout au plus un sous-chapitre de « La vie du reclus », intitulé « La rentrée dans le monde », est consacré à la manière dont les reclus appréhendent leur sortie, dont ils s'en saisissent et peuvent la craindre – mais non à la sortie des patients comme activité des professionnels.

La gestion du « mouvement » des patients, dans ces « séjours » asilaires que les professionnels anticipaient comme de longue durée, est alors essentiellement une gestion *spatiale*. Anselm Strauss *et al.*, dans *Psychiatric Ideologies and Institutions*, analysent la

²⁷⁶ Pour avoir un point de comparaison, en 1957, « le pourcentage de l'excédent de population des Hôpitaux psychiatriques par rapport à leur capacité réglementaire d'hospitalisation était de 29 % » J. Lauzier, Statistiques médicales des hôpitaux psychiatriques et des dispensaires d'hygiène mentale. Paris : Institut National d'Hygiène, 1961 cité par (Chapiro 2007, p. 566)

répartition des patients selon les services, dans des pavillons relativement homogènes quant à leur « cœur de cible », au regard de critères tels que l'autonomie dans la vie quotidienne des personnes accueillies et les problèmes de gestion des conduites (Strauss et al. 1964). Mais les sorties ne sont pas décrites comme élément de trajectoire institutionnelle ordinaire des malades, par opposition aux trajectoire de malades atteints de tuberculose décrites par Julius Roth dans *Timetables* dont la circulation spatiale s'organise par rapport à un moment du soin dans une trajectoire orientée vers la sortie-guérison : Strauss *et al.* décrivent le mouvement d'« escalator descendant » des pavillons d'entrants vers les pavillons de chroniques, puis vers les pavillons de chroniques les moins autonomes. La « guérison » ou la fin de l'état qui a conduit à l'hospitalisation n'est pas l'horizon de la plupart des patients hospitalisés.

La réforme du « secteur » dans les années 1960 a ainsi conduit en France à sortir d'une logique de répartition spatiale dans des pavillons spécialisés (« alcooliques », « déments », « agités », etc.), le service de secteur devant accueillir toutes les problématiques nécessitant une hospitalisation en psychiatrie dans un territoire donné. On assiste, il est vrai, au renouveau de l'ouverture de services spécialisés intersectoriels : « malades difficiles », « adolescents », « personnes âgées », « troubles du comportement alimentaire », justifié par une mutualisation des moyens pour des problématiques spécifiques. Cela accompagne le recentrement des services d'hospitalisation de psychiatrie générale sur le traitement « court » de l'« aigu ». La réduction du nombre de lits, qu'elle soit impulsée par des politiques de diminution des coûts de santé ou par la volonté de décentrer le soin psychiatrique de l'hôpital, conduit de fait à déplacer le centre de gravité de l'activité hospitalière, et à accélérer le rythme des entrées et sorties d'hospitalisation (« Six entrées, quatre sorties [la veille] : quand j'ai commencé en psychiatrie, on faisait ça en un mois ! » Sylvie, psychiatre responsable du service d'hospitalisation, au début d'un staff 130308). Cette accélération rend la composition du service et le devenir des personnes hospitalisées difficile à suivre pour les professionnels eux-mêmes :

« Claire, interne, à propos d'un patient qui va peut-être pouvoir sortir : là, il va mieux, il est moins délirant. On l'a vu ensemble Sylvie...

Sylvie, *plaisantant* : si tu savais tout ce que j'ai vécu depuis... » JDT, réunion de synthèse

Si la gestion « spatiale » des patients subsiste, elle s'est fortement transformée. La mobilité d'un service à un autre intervient de façon très temporaire, quelques jours tout au plus, dans la régulation des flux ou encore dans une autre forme de régulation que l'on évoquera davantage plus loin : la composition du service. De plus longue durée, elle peut prendre la forme de transferts institutionnels depuis le sanitaire vers le social ou le médico-social (Brown 1988),

dans un contexte de sous-équipement français de lieux d'hébergement, de vie, de dispositifs d'accompagnement dans la vie quotidienne de personnes vivant avec des troubles psychiques – ce qui conduit dans un certain nombre de cas à orienter vers des établissements d'hébergement médicalisés situés en Belgique. Pour autant, les logiques antérieures perdurent comme on le verra, et les services actuels témoignent de cette superposition de logiques et de leurs tensions.

L'autonomie médicale face aux pressions gestionnaires, la revendication par les médecins de la définition des séjours légitimes

La question des décisions d'hospitalisation (entrées, sélection des entrants, sorties) a été particulièrement étudiée à propos de services de médecine générale et interne (Herzlich 1973; Mizrahi 1985)²⁷⁷, d'urgence générale (Roth 1972; Dodier et Camus 1997) et de réanimation (Andreo 2004). Ce n'est sans doute pas un hasard : la psychiatrie partage avec les services d'urgence et de réanimation le problème de l'évaluation de l'urgence (somatique/psychiatrique) et de l'orientation des patients accueillis ; elle partage avec les services d'urgence et de médecine générale et de médecine interne l'héritage de la dimension d'« hospitalité » traditionnelle (asilaire) de l'hôpital, comme dispositif de « prise en charge du malheur », ouvert « à toutes sortes de plaintes, y compris non médicales » (Dodier et Camus 1997), comme lieu d'accueil et de relégation où sont adressées des situations où le partage du social et du pathologique ne va pas de soi. Les enjeux de ces études étaient précisément de mettre en évidence les modes de sélection situés opérés par les médecins, qui ne tiennent pas uniquement à des évaluations cliniques mais également à d'autres dimensions : la singularité du cas et l'intérêt qu'il peut présenter pour la recherche, la complexité de la prise en charge ou au contraire le bon rapport entre facilité de la prise en charge et possibilité de la valoriser institutionnellement, etc. Ces décisions permettent de poser une question centrale pour la sociologie des professions, celle de l'autonomie professionnelle, les décisions d'entrées et de sorties apparaissant comme l'un des lieux cruciaux où celle-ci se pose pour les médecins (Green et Armstrong 1993) – notamment lorsqu'elle est mise en cause par l'intervention d'une gouvernance de l'hôpital portée par des « administrateurs » (Herzlich

²⁷⁷ Précisément afin d'étudier le devenir de l'autonomie professionnelle des médecins à l'hôpital après la réforme hospitalière de 1970.

1973; Mizrahi 1985; Andreo 2004) *via* les enjeux de limitation des durées de séjour et de valorisation de l'activité des services dans une perspective de maîtrise des coûts.

Pour autant, les enjeux de sélection voire de « recrutement » des patients peuvent concerner tous les types de service hospitalier, même ceux qui ne sont pas soumis aux enjeux de tarification à l'acte. Les services peuvent chercher à identifier les patients qui correspondent le mieux à leurs modalités de prise en charge propre, et à éviter les patients présentant plusieurs pathologies complexes et intriquées, coûteux en temps et portant les professionnels aux limites de leur zone de compétence et de pertinence, où ils pensent avoir l'action la plus efficace. Henri Bergeron et Patrick Castel, dans leur analyse des coopérations professionnelles qui orientent les trajectoires de soins des patients dans les domaines de la cancérologie et des addictions, notent que les professionnels du cancer, des addictions et de la dépendance à l'alcool s'efforcent d'identifier des « patients souffrants de pathologies pour lesquelles ils se sont spécialisés et s'estiment compétents, et qui sont compatibles avec les orientations thérapeutiques de leur organisation, souvent spécialisée dans un type de clientèle, de soin, de pathologie, etc. » (Bergeron et Castel 2011, p. 8). Ils se réfèrent ainsi aux travaux de Strauss *et al.* non pas quant à la question de l'hospitalisation elle-même mais quant à la sélection opérée par chaque pavillon afin de « minimiser la diversité de son activité médicale (*its medical product*) en ayant des patients aux pathologies ou conditions similaires (Strauss et al., 1997 [1985]: 153) ». Ils soulignent que la sélection des patients n'a pas pour seul enjeu la satisfaction individuelle des professionnels mais aussi la préservation de « réseaux de coopérations stables »²⁷⁸. La logique de « secteur » contrevient en partie à la logique de sélection en fonction des orientations thérapeutiques d'un service²⁷⁹, celui-ci étant supposé accueillir toutes les hospitalisations sur un territoire. Cela n'exclut pas pour autant la définition de patients et de situations qui correspondent plus ou moins à ce que les professionnels reconnaissent comme légitimement de leur ressort.

Les enjeux médico-cliniques de ces décisions d'entrées et de sortie, communs à ces différents services, peuvent être formulés ainsi : y a-t-il pathologie, celle-ci est-elle du ressort de l'activité du service, et y a-t-il nécessité d'hospitalisation ? Ces questions dessinent les

²⁷⁸ On reviendra dans un chapitre ultérieur sur la notion de modalités d'« engagement thérapeutique » différencié que Patrick Castel et Bergeron introduisent pour décrire la manière dont les services définissent leur rôle dans les trajectoires de patient, et par suite leurs modalités de coopération entre l'hospitalier et l'extra-hospitalier, et entre la psychiatrie et l'extra-psychiatrie, dans la dernière partie.

²⁷⁹ En partie seulement – le travail d'Elsa Forner dans le cadre de sa recherche de doctorat, sur un service ayant une orientation thérapeutique marquée, les thérapies cognitivo-comportementales, montre la manière dont cette orientation affecte la sélection des patients (Forner 2015).

contours d'une orientation légitime et par là même, la manière dont les soignants se représentent les contours de leur mandat. En pratique, ces questions ne sont pas dissociées d'enjeux d'autres natures : un enjeu de régulation quantitative, la gestion du flux de patients et sa régulation par rapport à un nombre limité de places (sélectionner les hospitalisations pertinentes et les ordonner dans le temps par rapport à des places disponibles ou en voie d'être libérées, libérer des places en anticipation d'hospitalisations à venir, connues ou imprévisibles), et un enjeu de régulation « qualitative » : la composition d'un service « supportable » par les professionnels.

Il s'agit ainsi d'étudier la manière dont se composent les raisons dans les discussions autour des décisions d'entrée et de sortie au sein du service²⁸⁰, et notamment la manière dont ces décisions dessinent les types de patients selon leur « valeur mobilisatrice » (Dodier et Camus 1997, p. 742 sq.) voire leur valeur « démobilisatrice »²⁸¹ pour les professionnels, mettant en évidence toute une déclinaison de situations entre « patients adéquats » et patients « indésirables » (Mizrahi 1985) ou illégitimes.

L'écart entre les situations adressées au service d'hospitalisation et celles retenues par le service peuvent traduire la variabilité des états pathologiques et des évaluations médicales réalisées à des moments différents. Mais plus que sur ces écarts, c'est sur la manière dont se composent les contradictions internes au service que portera notre attention : entre « accueillir », gérer le flux, se protéger et conserver une activité qui a du sens, c'est-à-dire entre une définition assumée d'être un service de psychiatrie « générale », qui refuse la spécialisation et promeut l'accueil de tous ceux qui relèvent des soins psychiatriques sur son territoire, et des formes de sélection-hiérarchisation non exclusivement « cliniques ». On étudiera en particulier le traitement des risques de violence, des violences et transgressions

²⁸⁰ Ces éléments sont analysés principalement à travers les observations réalisées au sein du service d'hospitalisation A. Sont notamment analysés ici les échanges professionnels au sein des réunions quotidiennes (les staffs) et hebdomadaires (les synthèses) du service. Ces observations sont complétées ponctuellement par les observations du service d'urgence et par les entretiens réalisés avec les soignants du service. J'ai repris systématiquement les échanges concernant notamment les entrées et sorties d'hospitalisation dans le service A – dans un premier temps, en suivant le fil du journal de terrain, puis en compilant patient par patient les notes et autres matériaux auxquels j'avais pu avoir accès, en me concentrant sur les patients hospitalisés sans consentement. Ces collections, nécessairement parcellaires dans la mesure où je n'assistais pas à l'ensemble des staffs, et en raison de la rapidité de succession des séjours, permettent de mettre en évidence les évolutions dans les évaluations-qualifications des situations pendant les séjours.

²⁸¹ Comme par exemple les personnes sans domicile dont les problématiques psychiatriques, somatiques et sociales peuvent être particulièrement complexes et intriquées. Mes observations complètent en ce sens celles d'Ana Marques en ce qui concerne les patients sans domiciles : ce qu'elle analyse à partir d'une équipe mobile psychiatrie précarité amenée à mobiliser les secteurs psychiatriques et les solliciter éventuellement pour une hospitalisation apparaît dans les observations réalisées depuis l'intérieur des services, comme on le verra par la suite (Marques 2010).

effectives dans la construction de la légitimité ou de l'illégitimité de la présence des patients au sein du service. Au travers de ces éléments court la très grande ambivalence à l'égard de l'hospitalisation que l'on a déjà soulignée : entre soin ordinaire et banal, dont il faut rappeler la nécessité dans certaines situations, contre les critiques auquel il est exposé, et soin problématique qui doit inciter à rechercher des solutions alternatives.

A. Quelles prises sur les décisions d'hospitalisation depuis l'« intra » ?

1. Les hospitalisations sous contrainte : une contrainte sur le service d'hospitalisation ?

Les psychiatres du service d'hospitalisation ne sont en principe ni à l'initiative ni « décideurs » d'une hospitalisation sans consentement. Ils ont cependant une place non négligeable dans le circuit d'une hospitalisation, y compris celles sans consentement, et ont quelques prises sur les décisions pour réguler l'arrivée des nouveaux entrants.

Ils ont, de fait, une prise sur les décisions d'HSC en aval, une fois que la personne est physiquement « hospitalisée », entrée dans le service d'hospitalisation, par la possibilité de *ne pas* confirmer la mesure d'HSC²⁸². Si l'HDT est infirmée ou si la préfecture suit l'avis de non-confirmation de l'HO, celle-ci est considérée comme « non-prononcée » du point de vue administratif²⁸³. Bien que confirmées, certaines mesures donnent lieu à des levées précoces

²⁸² Rappel : dans le cas des HDT, « dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, il est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, qui ne peut en aucun cas être un des médecins mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 3212-1, un nouveau certificat médical constatant l'état mental de la personne et confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'hospitalisation sur demande d'un tiers. » (art L3212-4). En ce qui concerne les HO, le certificat des 24h par un psychiatre de l'établissement est inclus dans l'article initial décrivant la mesure d'HO art. CSP L3213-1 « Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement » (loi de 1990).

Cette décision a un statut légal et administratif distinct des décisions de sorties : si l'HSC n'est pas confirmée, en un sens la mesure est réputée n'avoir pas été prise. En ce qui concerne les HO, la préfecture peut faire obstacle et ordonner le maintien de l'HO et une nouvelle expertise.

²⁸³ Ce qui ne signifie pas que diverses traces n'en subsistent pas, susceptibles de constituer un « casier psychiatrique », c'est-à-dire un « antécédent » administratif qui orienterait vers un recours à la psychiatrie lors de situations problématiques ultérieures – quel que soit le statut légal de la trace laissée. La médecin responsable du service d'hygiène et de santé de la municipalité fait état, dans l'entretien que j'ai réalisé avec elle, du fait qu'à son arrivée, les arrêtés municipaux d'HO étaient « amplifiés » (reproduits) et diffusés à l'ensemble des conseillers

(moins de 3 jours) soit que ce temps court ait suffi pour apaiser les troubles les plus aigus par le repos et de premières médications, soit que les observations ultérieures aient conduit à revoir l'avis qui avait conduit à une hospitalisation. La loi de 2011 a établi une durée d'observation de 72 heures, stabilisant dans la loi la conception selon laquelle l'évaluation légitimant des soins sans consentement ne pouvait être ponctuelle mais exigeait de pouvoir être renouvelée. La préfecture peut s'opposer à la levée d'une mesure d'HO et exiger une nouvelle expertise par un psychiatre extérieur au service en cas de désaccord. Dès avant 2008 et le discours d'Anthony du ministre de l'Intérieur de l'époque qui promouvait une approche essentiellement sécuritaire et n'a fait que renforcer ce mouvement, certains psychiatres se plaignaient de se heurter à des refus par des préfectures de lever certaines HO.

En ce qui concerne l'« amont » des hospitalisations, pour les hospitalisations libres, les psychiatres de l'« intra » (du service d'hospitalisation) sont systématiquement consultés par les psychiatres du CMP ou du CAC sur la disponibilité de places. Ce sera notamment l'occasion d'un échange sur la pertinence de l'hospitalisation. Quoiqu'il en soit, ces hospitalisations sont susceptibles de ne pas être prioritaires dans l'allocation des lits. Une hospitalisation libre peut ainsi toujours être refusée au motif du défaut de place, ce qui ne peut être opposé à une HSC²⁸⁴. Une hospitalisation consentie « s'impose » *de facto* moins au service qu'une HSC.

En ce qui concerne les hospitalisations sans consentement, certaines sont entièrement décidées indépendamment des psychiatres de l'intra, notamment lorsqu'elles passent par des circuits que les psychiatres du secteurs ne contrôlent pas. Étant en région parisienne, le service A reçoit ainsi des patients *via* l'Infirmier Psychiatrique de la Préfecture de Paris (IPPP) ou le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA), situé à l'hôpital Sainte Anne, qui peut accueillir toutes les urgences à Paris. L'IPPP comme le CPOA renvoient vers les secteurs de toute l'Ile de France selon la domiciliation des patients. Le CPOA a en outre en charge la répartition des patients sans domiciliation connue selon un « tour » (de garde) –

municipaux – ce à quoi elle a mis un terme. Elle a en outre organisé la destruction régulière des archives d'HO, ce qui ne se faisait pas auparavant. La circulation de tels documents contenant des informations à caractère privé sur les personnes est peu contrôlée.

²⁸⁴ Certains, pour expliquer l'augmentation du nombre d'HSC ces dernières années, mettent en avant l'usage des HSC pour *obtenir* une place qui fait défaut, alors même que l'état de la personne ne justifie pas la contrainte et que l'hospitalisation est acceptée par celle-ci – ce qui pourrait participer à l'augmentation du nombre d'HSC (Circulaire 2004, p. 15). Dans le cas du service étudié, cette situation paraît peu vraisemblable, dans la mesure où les hospitalisations sont majoritairement décidées par des psychiatres du secteur, ou viennent de grands centres d'urgence qui ne cherchent pas à « forcer l'admission » par les services.

système complexe de règles d'attribution d'un secteur à un patient. La règle subsidiaire de ce tour est qu'un secteur qui accueille une fois une personne est censé assurer son soin pendant une période qui suit le dernier soin donné (au moment de mes terrains 5 ans, aujourd'hui seulement 3 ans) de façon à ce qu'elle ne subisse pas de prise en charge éclatée, mais qu'elle puisse bénéficier d'une continuité du soin, et que son absence de domicile fixe ne se redouble pas d'un déficit de prise en charge. Mais les règles sont contournées et la prise en charge ou son suivi fréquemment refusés par divers procédés. D'autres circuits d'HSC ne passent pas nécessairement par les psychiatres du secteur, qui ne sont pas requis en droit pour l'initiation d'une mesure. Les décisions d'HSC peuvent être prises par un élu, ou passer par les urgences d'un autre hôpital général que celui avec lequel le secteur A a une convention.

Une partie des HSC « interfèrent » ainsi dans l'autorité qu'ont les médecins du service sur les décisions d'hospitalisation en ce que, décidées hors du service, elles peuvent s'imposer à eux, au moins le temps du réexamen de la situation, et, en ce qui concerne spécifiquement les hospitalisations « à la demande du représentant de l'Etat », ce dernier peut s'opposer à la levée de la mesure. Cette « interférence » peut être qualifiée négativement par les psychiatres si l'orientation leur en paraît peu pertinente, a fortiori si elle est identifiée comme « psychiatisant » des troubles qui devraient faire l'objet d'autres formes d'intervention (par exemple de la médiation entre voisins ou l'orientation vers le circuit police-justice), mais elle peut à l'inverse constituer un appui pour les professionnels : comme décision « extérieure » à laquelle ils peuvent se référer face à la personne comme n'émanant pas d'eux et même s'imposant à eux ; comme source possible d'une autorité symbolique marquant la gravité des faits à l'origine de l'hospitalisation et étayant la contrainte au soin elle-même.

Mais pour une partie des hospitalisations sans consentement, les psychiatres du service sont consultés, également afin de préciser le moment de l'hospitalisation – notamment parce que ce sont des psychiatres du secteur qui assurent la gestion des « urgences psychiatriques » locales à la fois dans le centre d'accueil et de crise et au sein des urgences de l'hôpital général voisin selon une convention spécifique.

Au sein du secteur A, un travail avec le maire et la médecin à la tête du service d'hygiène et de santé publique de la mairie a permis d'améliorer la coordination et l'anticipation des situations d'HO, idéalement pour les désamorcer. Ce peut être la source d'effets de collusion – potentiellement pervers : comme le fait pour le service de se trouver à *l'initiative* d'un certain nombre d'HO, ou le risque de la volonté de préserver les relations entre partenaires affecte les positionnements des uns et des autres dans une situation. Si la coordination est

susceptible d'améliorer l'accès au soin et d'anticiper la dégradation de situations, elle est également facteur de l'effet collusoire que l'on a précédemment identifié, où chacun des acteurs ne joue pas toujours l'effet de tiers attendu. C'est un risque que met en évidence la médecin directeur de la ville, tout en mettant en avant les bénéfices qu'elle y perçoit :

« Donc en fait souvent, quand ils ont des patients pour lesquels ça se passe mal, ou si c'est l'entourage qui a appelé l'hôpital psychiatrique etc. au bout d'un moment, eux ont des équipes qui vont à domicile, enfin ils font tout un travail d'approche, qui fait que je me dis que c'est aussi pour ça qu'il y a moins d'hospitalisations d'office, et au bout d'un moment quand on a tout épuisé, on essaie de programmer – c'est pour ça, en même temps je trouve que c'est bien, en même temps c'est pas du tout l'esprit de la loi, parce que l'hospitalisation d'office c'est quelque chose qui met en danger la vie d'autrui ou la vie de la personne sur le moment, donc ça ne peut être qu'un acte d'urgence, tout de suite, etc. Mais c'est vrai que quand on peut éviter d'en arriver là, c'est bénéfique pour tout le monde. Donc programmer une hospitalisation d'office ne me paraît pas du tout être une chose d'anti-éthique, mais effectivement si c'est bien bordé, avec des équipes psychiatriques qui sont respectueuses... parce que voilà, ça peut être aussi, vous avez des dérives, elles existent partout. Moi, je sais que je suis très, enfin je fais très attention à tout ça, donc je pense pas avoir, enfin j'ai un sens de l'éthique et de la responsabilité qui fait que je suis très prudent par rapport à tout ce que je fais dans ce sens-là. [...] Je trouve que c'est quand même mieux pour la personne malade d'organiser quelque chose plutôt que d'arriver un jour, débouler avec les flics, forcer la porte et jouer les zorros, parce que la plupart du temps quand même les gens aiment bien jouer les zorros dans ce genre de truc. »

Les risques associés à cette alliance sont selon elle désamorçés par le bon travail de l'équipe, qu'elle inclut dans les équipes « respectueuses » et par sa propre vigilance éthique. Cette coordination demande un engagement et un investissement important des acteurs, chacun pouvant considérer que ce n'est pas sa priorité. Mais réciproquement, le fait de se poser des limites apparaît ici comme dépendant fortement de la démarche individuelle de chacun des acteurs, et ainsi étayée de peu de garanties. Cette médecin met en outre en évidence une tension que l'on faisait apparaître dans le chapitre précédent entre une urgence grave et immédiate, qui « met en danger la vie d'autrui ou la vie de la personne sur le moment » et justifie l'atteinte à la liberté, et une situation d'alerte plus incertaine, qui permet d'intervenir en amont de l'urgence, mais également à un moment où l'intervention intrusive est plus extensive, puisqu'elle cible des situations d'inquiétude plus larges.

Lorsqu'une hospitalisation sans consentement se dessine depuis le secteur, que ce soit depuis le CMP ou depuis le CAC, il est d'usage d'avertir le service d'hospitalisation, de l'informer et de vérifier concrètement qu'il dispose de places – et éventuellement les conditions suffisantes pour accueillir le patient s'il est jugé nécessaire qu'il y ait une chambre d'isolement ou une chambre « seul » – de façon à pouvoir envisager de façon conjointe les solutions possibles : retarder une hospitalisation, faire sortir quelqu'un, organiser une hospitalisation transitoire dans un autre service. Les psychiatres du service d'hospitalisation peuvent donc dans une

certaine mesure suspendre une décision d'hospitalisation libre, au moins pour un temps, mais aussi une hospitalisation sans consentement décidée au sein du secteur.

Les psychiatres du service d'hospitalisation ont ainsi, de fait, une prise sur certaines hospitalisations *en amont* de celles-ci, d'autant plus qu'ils sont les professionnels qui circulent le plus au sein du secteur : deux des psychiatres de l'hospitalisation ont également des demi-journées de consultation au Centre Médico-Psychologique (CMP), un exerce au CAC. Pendant leurs consultations de CMP, ces médecins sont elles-mêmes susceptibles d'être prescriptrices ou à l'initiative d'hospitalisations. Elles peuvent discuter pendant les synthèses hebdomadaires du CMP des situations d'alerte de leurs collègues – et faire des « *feed back* » sur les décisions d'hospitalisation antérieures. De plus, tous les psychiatres du secteur se retrouvent dans des « réunions médicales » mensuelles qui leur sont réservées²⁸⁵. Ce sont des occasions formelles et informelles à la fois d'organiser la concertation sur des décisions singulières et d'harmoniser les critères et les modalités d'hospitalisation.

D'autres professionnels circulent ponctuellement : des infirmières du CMP viennent à des réunions de synthèse du service, descendent dans le service à l'occasion, passent à l'Accueil emprunter les clefs d'une voiture de service, un infirmier du CMP peut être sollicité pour une HSC, une cadre du service d'hospitalisation aller à une réunion au CMP. Toutes ces circulations sont des occasions d'échanges de nouvelles, notamment sur les patients bien connus du secteur, et entre autres, ceux qui vont moins bien, qui suscitent l'inquiétude :

« Sophia (psychiatre) : M. Gand a été vu au CMP, il a parlé sur M. Ferrand : ils ont un ami qui tient le café du RER. M. Ferrand aurait quitté son hôtel, et aurait été vu couvert de boue, un pain sur le visage »

On voit ici que participent aux échanges autour de l'inquiétude, dans un même réseau d'interconnaissance, non seulement les professionnels, mais d'autres usagers qui peuvent être en lien hors des lieux de soins, voire d'autres intervenants dans la ville. L'« ami du café du RER » a été identifié comme relais fiable d'informations, et notamment d'alerte quand l'un ou l'autre ne va pas bien. Ces informations informelles participent à l'anticipation de

²⁸⁵ Je n'ai pu assister qu'à une seule de ces réunions, l'accès m'y ayant été initialement refusé par la responsable du service d'hospitalisation qui m'a précisément opposé que ce n'était que pour les médecins – réservant un espace d'entre soi aux psychiatres dans un secteur qui par ailleurs incite à la participation des infirmiers et aides-soignants aux échanges sur les patients, participation dont les soignants s'emparent très largement. Cette participation est cependant distribuée inégalement selon l'ancienneté, mais aussi selon le goût pour le type d'activité qui y est développée (deux aides-soignants manifestaient ainsi leur peu d'envie de participer à des réunions qu'ils jugeaient trop nombreuses).

décisions d'hospitalisation. Mais ces décisions relèvent en elles-mêmes du domaine des psychiatres.

2. Faire sortir pour faire entrer : négociations

La pression du flux enjoint de « faire sortir » : de nombreuses remarques vont dans ce sens pendant les réunions de services. Pendant un staff, Sylvie demande à propos de Céline Chaume, suivie par Sophia :

« Elle sort ? dit le docteur Gentil qui fait sortir tous les patients des collègues et garde les siens. »

Son commentaire met en exergue avec ironie la tendance de chaque médecin à s'engager davantage auprès des patients qu'il suit et à avoir plus de facilité à faire sortir les patients « des autres ». Cela montre par ailleurs qu'en dépit des dimensions négatives qu'ils attribuent à l'hospitalisation, les médecins attendent de celle-ci qu'elle soit un temps dont on peut attendre du bénéfice pour leur patient, et, à tout le moins, un temps où eux-mêmes peuvent tenter d'avoir une action qui ait un effet. Mais outre cet engagement, ce *concernement* pour « leurs » patients, ceux qu'ils suivent, et le bénéfice qu'ils attendent ici d'une hospitalisation qui se prolongerait, cette remarque met en évidence l'enjeu de « faire sortir ». Ainsi à propos d'un patient hospitalisé en HO qui dépend d'un secteur situé dans un autre département, la responsable du service indique la ligne directrice : « il faut le renvoyer le plus vite possible » (Sylvie, JDT, staff), dans un contexte où les soignants ont le sentiment d'un service saturé, avec des patients « tendus ». Dans le cas de ce patient, ils attendent qu'il soit suffisamment stabilisé pour repartir par ses propres moyens : le maintenir en HO et organiser son transfert impliquerait de devoir détacher des infirmiers pour l'accompagner or, dans ce cas, ils pensent qu'il est probable, au vu des premiers jours d'hospitalisation, qu'il sera en état rapidement de faire ce trajet seul. Le « renvoyer » implique par ailleurs de lui permettre de prendre son billet et de faire les démarches de levée de la mesure auprès du préfet, ce qui prend également quelques jours.

S'il a des prises sur les décisions en amont et les sorties, le service en a peu sur le « flux » lui-même, sur le « turn-over » permanent²⁸⁶ : si l'on s'absente quelques jours, le service peut

²⁸⁶ Voir ce que dit Claudine Herzlich du service de médecine générale qu'elle étudie : « l'activité s'organise au jour le jour, sans réelle prévision, avec le but premier de faire face aux entrées quotidiennes dont la fréquence comme les exigences sont considérées comme imprévisibles et non contrôlables. » (Herzlich 1973, p. 45)

changer de visage, d'atmosphère. Psychiatres et soignants n'ont que peu la possibilité d'anticiper, notamment parce qu'il est constamment possible qu'il y ait des hospitalisations imprévues. Les psychiatres responsables s'en tiennent ainsi généralement à l'anticipation des sorties : celles-ci peuvent être prévues et le service tarde aussi peu que possible à les réaliser. *A minima*, cette attention conduira à s'assurer qu'il y ait effectivement des « lits » libres avant le week-end, où il y aura, vraisemblablement, des arrivées, mais pas de sorties (celles-ci sont faites par les médecins du service les jours « ouvrables »).

« Moi : Vous avez une pression pour qu'il y ait une durée moyenne de séjour courte ?

J'ai une pression interne parce que c'est quand même un idéal auquel je crois, donc il y a une pression interne. Il y a une pression concrète qui est que j'ai pas envie qu'on augmente les lits. Quand on arrive le lundi matin et qu'on a 23 patients pour 20 lits, donc il y en a trois dans d'autres secteurs, moi j'ai pas envie qu'ils restent 15 jours dans d'autres secteurs et j'ai envie qu'on les prenne rapidement. Mais en même temps, je ne veux pas augmenter les lits. Donc il y a un peu toute cette pression-là. Et puis après, il y a notre pression à nous, c'est-à-dire que, des fois, on en a marre. C'est quatre entrants par jour, ça arrive assez souvent, c'est pas toutes les semaines je veux dire, mais quand même, c'est insupportable quand le mercredi on est tranquille, on dit : ouf, on a 14 patients hospitalisés, et que le lundi matin, il y en a 23. Ça, ça vous sape le moral mais alors à un point ! Parce que, là, vous faites pas de la psychiatrie, vous faites du travail en chaîne et des infirmiers doivent jongler pour trouver des lits, les mettre à droite, les mettre à gauche. Dans quelle chambre on le met pour qu'il soit bien, qu'il fasse pas peur à Madame untelle ? Et puis le nombre de chambres d'isolement... Voilà, donc il y a une... En fait, comme on est toujours plus ou moins en pénurie de personnel, on dit que pour qu'un service de 20 lits fonctionne bien, il faudrait qu'il ne soit jamais plus rempli qu'aux deux tiers ou aux trois-quarts. Donc il faudrait qu'il n'y ait jamais plus de 15 personnes. Or, on est toujours... Au mieux, on est à 16 et au plus mal, on est à 23. » Sylvie, psychiatre, responsable du service d'hospitalisation A, entretien

S'il existe une « pression » de la part de l'administration hospitalière pour une réduction des durées de séjour, la responsable du service d'hospitalisation n'entend pas la mettre en avant à l'occasion de ma question²⁸⁷. Elle fait apparaître deux types d'éléments qui « pressent » à une gestion du flux : la dimension quantitative de gestion du (petit) nombre de lits et la dimension « qualitative » de gestion de la « composition » du service, de façon à ce qu'il soit « supportable » par les soignants. Au moment de mon terrain, la « pénurie infirmière » a déjà cours, et le recrutement en psychiatrie est décrit comme l'un des plus difficiles depuis la suppression du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique en 1992 au profit du diplôme national dit « infirmier d'Etat ». Un service « difficile » à supporter est d'une part, pénible en soi, d'autre part risque d'induire des arrêts maladies voire des départs de soignants. On a vu précédemment dans l'analyse de la division du travail de contrainte l'importance de formes de

²⁸⁷ À une de mes questions plus générales sur les difficultés des hospitalisations, Gilles, infirmier, mettra au contraire en cause une « contrainte administrative » :

« ce qui est compliqué à gérer c'est cette espèce de contrainte administrative où on doit aller vite, où l'hospitalisation doit être de courte durée. Parce qu'on travaille avec ça. On a des gens et on l'a vu qui nécessitent des hospitalisations de 2, 3 4, 5 , 6 mois et il faut qu'on se batte pour garder des soignants. » Gilles, infirmier, entretien

solidarité au sein de l'équipe. L'entretien de cette solidarité passe aussi par la prise en compte des capacités individuelles et collectives des soignants à faire face à leur tâche.

La « gestion des lits » rejoint la dimension de « gestion des ressources humaines » dans la volonté de réguler les « flux ». La responsable du service raconte sa réaction face à un service (sur)chargé : son soulagement lorsque le service n'est pas plein, l'accablement produit par sa (re)saturation immédiate. Elle met en évidence l'intensité de cette réaction en la formulant sur un plan émotionnel (« c'est insupportable [...] ça, ça vous sape le moral mais à un point ! »), mais en esquissant aussitôt les « biens » visés : il s'agit de limiter l'hospitalisation, d'éviter d'augmenter le nombre de « lits », et d'assumer la responsabilité des patients qui lui sont référés ; et les maux qu'il s'agit de conjurer : principalement, le risque que le travail devienne un « travail à la chaîne », qui met en cause la disponibilité à la singularité de chaque patient. Cette responsable d'hospitalisation ne met ainsi pas seulement l'accent sur les enjeux thérapeutiques et politiques de la gestion des lits ; elle attire l'attention sur la manière dont ces enjeux se nouent à des problématiques matérielles, managériales et émotionnelles. Elle n'articule pas la « pression » à une intentionnalité politique ou administrative-gestionnaire mais aux effets « mécaniques » que produisent petit nombre de lits et manque de professionnels. Elle ne souhaite pas pour autant, comme certains psychiatres ou soignants d'autres services et différents acteurs du champ de la santé mentale, que le nombre de lits soit augmenté, ni ne déplore que la déshospitalisation soit allée « trop loin » ce qui est une interrogation que peuvent porter différents acteurs du secteur A.

Les décisions d'hospitalisation peuvent faire l'objet de véritables négociations de la part d'autres unités du secteur, l'unité d'urgence et le CMP. J'assiste un jour à l'intervention d'un psychiatre du service d'Accueil et de Crise (CAC), dans les décisions de sorties d'hospitalisation, qui relèvent normalement des prérogatives du service d'hospitalisation (même si les conditions de sorties peuvent et doivent être discutées avec les unités qui accompagneront les patients à l'extérieur – CMP, unité « de crise », CATTP ou hôpital de jour). Cette intervention, censée accélérer le mouvement de sortie d'hospitalisation pour permettre de nouvelles hospitalisations prévues, s'associe à une critique du fonctionnement de l'unité d'hospitalisation qui garderait les patients « trop longtemps » :

« Eliane, psychiatre du CAC, appelle pour hospitaliser M. Ceccaldi, alcoolique qui fait conduire son fils de 13 ans. Pierre, le chef de secteur, diffère parce qu' "il y a trop de monde à l'"hospi" et une "file d'attente". Il faut soit surseoir, soit négocier avec un autre service : quand il n'y a plus de place, l'hospitalisation se fait à Philippe Paumelle.

Les services sur le site de l'EPSM Philippe Paumelle sont pleins : Jean-François (autre psychiatre du CAC) examine la liasse²⁸⁸, qui date de quelques jours, en demande une à jour au secrétariat. Il annonce qu'il va négocier pour en "virer deux" (patientes) : pour l'une, "ça va maintenant", pour l'autre "c'est une alcoolique notoire. Le mari est menaçant mais seulement quand elle a bu, là, elle est à jeun, on peut pas la laisser sous cloche".

Eliane fait hospitaliser M. Ceccaldi en HO. "Est-ce qu'elle ne voulait pas que ça soit en HDT ?", demandent des membres de l'équipe d'accueil. Un autre répond : Eliane dit que ça n'est pas elle. Cette décision d'hospitalisation est prise malgré l'opposition de Jean-François qui veut de son côté hospitaliser Mme Fofana l'après-midi alors qu'il n'y a déjà pas de place. Jean-François dit à Eliane d'appeler Philippe Paumelle [*le service des entrées de l'établissement*] sinon [*pour trouver une place d'hospitalisation transitoire dans un autre service*], ce qu'Eliane ne fait pas. M. Ceccaldi arrive en ambulance, et est conduit dans une chambre non fermée à clef au rez-de-chaussée. Tensions entre l'équipe d'accueil et l'« hospi » : impossible de trouver des places dans le service d'hospitalisation. Jean-François y va [...] Finalement, une réunion *ad hoc* a lieu, réunissant Jean-François, le psychiatre du CAC, Pierre, le chef de secteur, une psychiatre du service d'hospitalisation et Guillaume, le cadre supérieur du secteur. Une infirmière de l'Accueil est écartée, elle proteste avec véhémence. Ils finissent par décider le départ de plusieurs patients : six sorties sont finalement effectuées : sortie d'essai, transfert, fin d'hospitalisation, etc. [...], l'une en hôpital général pour des problèmes somatiques, une fin d'hospitalisation pour une patiente "alcoolique" (avec des commentaires de Jean-François : "De toute façon, elle est complètement alcoolo, à peine sortie, elle va recommencer à picoler") une autre ? Plusieurs membres de l'équipe d'Accueil critiquent alors l'"hospi" qui garderait trop longtemps les patients. » JDT, notes (mises en forme) après une journée au CAC

Chaque service est exposé aux critiques des autres unités du secteur, et pas seulement des secteurs voisins. L'un des enjeux est de préserver les relations avec les collègues, chacun dépendant des autres dans son travail : les services extra-hospitaliers pour faire hospitaliser des patients, les services hospitaliers pour en faire sortir avec une prise en charge. Mais ce travail de concertation n'est pas exempt de conflits, et d'imputation aux autres services des difficultés rencontrées – conflits classiques d'équipes distinctes travaillant ensemble, où l'on voit ici que l'« unité » de l'« équipe de secteur » qui devrait subsumer les différentes « unités fonctionnelles » (hospitalisation, CAC, CMP, hôpital de jour, etc.) ne va pas de soi. La critique interne au secteur s'inscrit cependant dans un référentiel normatif commun, certes partiel mais existant, ce secteur affirmant une certaine « idéologie du soin » (Strauss et al. 1964), comme ici la critique des hospitalisations « trop longues ».

L'idée que les hospitalisations sont « trop longues » peut paraître une simple remarque pragmatique sur la bonne gestion « du flux », qui se référerait à la nécessité de maintenir un mouvement. Elle s'articule cependant à deux idées qui participent directement de cette idéologie du soin : la première, selon laquelle garder trop longtemps hospitalisée une patiente reviendrait à la mettre « sous cloche », à la protéger excessivement du monde extérieur d'une

²⁸⁸ La liasse est le document, mis à jour quotidiennement en semaine, qui recense les patients hospitalisés et leur modalité d'hospitalisation, ainsi que les patients en sortie d'essai.

manière artificielle, faisant référence au principe que les personnes ont vocation à vivre dans leur contexte habituel ; et la seconde, mais qui va dans le même sens que la précédente remarque, selon laquelle l'hospitalisation est un « mal nécessaire » qu'il faut limiter, comme on l'a vu. Le Centre d'Accueil et de crise pousse à la réduction des temps de séjours – en s'étayant sur ce « bien » qui est d'« être dehors » et sur la perception négative de l'hospitalisation. Cependant, paradoxalement, cette critique est ici associée à un effort pour « réussir » de nouvelles hospitalisations (M. Ceccaldi, Mme Fofana). En ce sens, le CAC intervient, précisément comme le service décrit par Lorna Rhodes dans *Emptying Beds* comme un service de gestion de flux (Rhodes 1995). Réciproquement, le Centre d'Accueil et de crise est à son tour critiqué par différents psychiatres et infirmiers du secteur, du fait qu'il jouerait insuffisamment son rôle de filtre et de « désamorçage » des situations et aurait trop facilement tendance à avoir recours aux hospitalisations, notamment depuis qu'il a physiquement intégré le même bâtiment que le service d'hospitalisation – il était antérieurement située dans un autre quartier de la ville.

De plus, outre la double critique de l'hospitalisation comme « mal nécessaire » et de l'hospitalisation « trop longue » en particulier, se dessine dans les échanges du CAC des appréciations concurrentes de la légitimité à être pris en charge en psychiatrie, par exemple dans les commentaires du psychiatre à propos de ceux qui ceux qui « n'ont rien à faire » en hospitalisation. Dans cette « mise en concurrence des patients, outre l'investissement potentiellement plus grand auprès des patients dont chacun s'est occupé (comme Jean-François par rapport à Mme Fofana), on voit également également à l'œuvre un travail de délégitimation de certains patients et de certaines pathologies, ici par le mépris marqué à l'égard de la patiente « alcoolique » (qui induit par ailleurs un désengagement par rapport au risque de violences conjugales qu'elle peut subir, que le psychiatre semble ne pas considérer comme de son ressort).

À ce propos, il est délicat de reprendre certains échanges entre (certains) professionnels qui manifestent des formes de mépris ou de désinvolture à l'égard des personnes que ceux-ci ont en charge. Ces échanges sont faits en l'absence des patients et (censément) en l'absence de spectateurs « extérieurs ». Il arrive par ailleurs que les patients subissent, dans leurs interactions avec des médecins et soignants, nombre de marques d'irrespect, de mépris, de disqualification comme interlocuteurs valables, que ce soit associé à leur pathologie, à leur statut de patient non-sachant ou à d'autres considérations sociales ou morales. Les médecins et soignants en psychiatrie ne sont évidemment pas indemnes des préjugés ni exempts des

mises en acte discriminatoires qui ont cours dans la société : racisme, homophobie, jugements moraux, physiques, etc. En exposant ici des remarques qui sont faites « en interne », hors de la présence des patients, je les sors de leur cercle de « non-publicité ». Il a déjà été montré que ce type de propos, de la même façon que certaines formes d'« humour », peuvent procéder de ce que Pascale Molinier nomme des « stratégies collectives de défense », c'est-à-dire, dans une perspective de psychodynamique du travail, d'un « ensemble de conduites et de représentations partagées dans un groupe professionnel qui ont pour fonction de lutter contre la souffrance générée par le travail » (Molinier 2012). En l'occurrence, il s'agirait pour ce psychiatre de mobiliser les hiérarchies implicites qui ont cours dans les services de psychiatrie ainsi que le partage de ce qui relève ou non de la responsabilité de la psychiatrie pour pouvoir organiser la contradiction entre porter le souci et l'accueil des personnes²⁸⁹ et rendre possible la sortie d'hospitalisation, c'est-à-dire de passer à une forme de moindre investissement dans le soin et la surveillance des personnes. Ici ses commentaires se réfèrent à des formes de catégorisation et de hiérarchies pour définir les séjours légitimes (où l'« alcoolisme » apparaît comme ayant une faible « valeur mobilisatrice »), et à la définition de ce qui relève d'une prise en charge psychiatrique, et ce qui en est exclu : comme la violence du mari, qui selon ce psychiatre sort de la responsabilité des intervenants psychiatriques. Ces « stratégies de défense », si l'on accepte cette hypothèse, ne sont pas nécessairement efficaces ni « heureuses », comme ce psychiatre, chez qui la réponse à la contradiction se traduit par des formes de rejet et de mépris²⁹⁰.

Les décisions d'hospitalisations – pour celles sur lesquelles le service d'hospitalisation a une prise – dépendent ainsi étroitement de l'anticipation des sorties au sein du service. La pression du flux, articulée à une idéologie du soin à tout le moins ambivalente envers l'hospitalisation, pourraient induire une orientation univoque vers des séjours courts. L'analyse de l'anticipation des sorties et de l'ajustement des temporalités des séjours des différents patients au sein de ce flux met en évidence des logiques beaucoup plus complexes et les exigences contradictoires avec lesquelles le service s'efforce de composer.

²⁸⁹ La notion d'« accueil », incluse dans la dénomination du service au sein duquel travaille ce psychiatre, le « centre d'accueil et de crise », est thématifiée de façon forte dans le secteur.

²⁹⁰ Jean François partira du CAC l'année qui suit mon terrain.

3. L'ajustement des temporalités

Plusieurs temporalités sont en effet en présence et doivent être ajustées : d'une part, la temporalité imposée par un rythme de sorties à tenir qui conduit à demander de façon récurrente à la réunion hebdomadaire dite « de synthèse » : « qui sort ? », de façon à organiser le départ de certains patients avant le week-end, pourvoyeur d'entrées, d'autre part, la temporalité assignée à chaque hospitalisation, associée au rôle médical qui lui est individuellement donnée : « guérir », « améliorer », « apaiser », mettre en place des conditions acceptables de sortie, comme on va le voir. Dans les objectifs assignés à chaque hospitalisation, s'opère une négociation entre ce qui est perçu d'une amélioration possible, de ce qui est tolérable par la personne hospitalisée au sein de la recherche d'une « acceptation des soins », de la pertinence du séjour et la place disponible. Si l'enjeu est en général de réussir à « faire sortir », il sera, pour certains patients, de réussir à les « garder » le temps qu'il faudra :

« Sylvie, psychiatre responsable du service d'hospitalisation : Allaoui, il faut qu'il sorte guéri.
Paul, médecin assistant (généraliste se spécialisant en psychiatrie) : est-ce que je suis le seul à penser qu'il va mieux ?
Lucie, infirmière : oui il va mieux, mais il a une conviction délirante bien ancrée » JDT, staff

M. Allaoui est un jeune homme d'une vingtaine d'année hospitalisé en HO depuis près d'une année après avoir attaqué sa mère dans un moment hallucinatoire. C'est un « premier épisode » et les attentes des psychiatres sont élevées quant à ce que doit produire le soin. La sortie définitive, « décisive » comme l'appelle M. Allaoui, sera précédée de plusieurs sorties dites d'essai, lors de week-ends où il retourne chez sa mère. La sortie d'hospitalisation, le mois suivant, se fera d'ailleurs en « sortie d'essai », c'est-à-dire avec le maintien de la mesure de soin sans consentement qui ne sera levée que plusieurs mois après.

« Ce qui est compliqué à gérer c'est cette espèce de contrainte administrative où on doit aller vite, où l'hospitalisation doit être de courte durée. Parce qu'on travaille avec ça. On a des gens et on l'a vu qui nécessitent des hospitalisations de 2, 3 4, 5, 6 mois et il faut qu'on se batte pour garder des soignants. [...] Le patient qui arrive ici [...] on s'aperçoit que c'est quand même un schizophrénie bien installée. On va pas le soigner en trois jours, hein. Et là il va falloir se battre pour le garder, pour dire que bon, on va avoir besoin de temps. » Gilles, infirmier, entretien

Contrairement à ce que l'on observe dans les services de soin somatique²⁹¹, la gestion du flux en psychiatrie n'est pas directement liée à des enjeux financiers²⁹², la tarification à l'acte n'y

²⁹¹ Comme par exemple le service de réanimation étudié par Christophe Andreo, soumis à la tarification à l'activité : « Plus le turn-over des patients admis pour divers motifs est important et plus le service peut accumuler des points, en fonction des types de pathologies, qui lui permettront de revendiquer une ligne budgétaire substantielle auprès de l'administration hospitalière. L'évaluation de l'activité du service et la mesure

étant pas encore arrivée. Cependant la durée moyenne de séjour peut être une des variables qui fait l'objet d'une vigilance administrative et d'une évaluation. Mais, on l'a dit, c'est le flux des arrivées lui-même qui pousse à « faire sortir », conjugué à la crainte des effets délétères d'une hospitalisation prolongée, à commencer par la création d'une « dépendance institutionnelle » :

« Il faut que les durées d'hospitalisation soient les plus brèves possibles, y compris si le patient sort pas très stabilisé, mais on va pouvoir prendre le relais par un soin intensif ambulatoire.

Moi : Durée brève d'hospitalisation, ça veut dire... ?

Ça veut dire entre deux et six semaines. En psychiatrie, ça, c'est bref. Deux à six semaines, c'est bref. Il y a des durées d'hospitalisation plus longues qui sont parfois nécessaires : il y a des patients qui restent deux, trois mois... Et puis, on a encore des chroniques hospitaliers. On a quand même un héritage de l'asile qui est que, sur une unité de vingt lits, on a encore six patients qui sont des grands psychotiques très dépendants et qui ont pris l'habitude de vivre à l'hôpital psychiatrique, pour qui la société n'existe pas en dehors de cette espèce d'îlot. Ils sortent très peu. Certains restent complètement enlisés à l'intérieur de l'institution. Donc on en a encore des comme ça, mais on essaye de ne pas en fabriquer des nouveaux. » Pierre, chef de secteur, entretien

Il apparaît ici un élément important, qu'il s'agit de clarifier : dans ce travail d'anticipation, l'enjeu pour les médecins est de définir la bonne temporalité, liée aux objectifs de l'hospitalisation qui ne sont pas identiques d'un patient à un autre, ni d'une hospitalisation à une autre. Sans qu'il y ait aucune typologie officielle ni explicite, certaines attentes « vont de soi » à l'égard de certains patients, d'autres sont explicitées, négociées, redéfinies, notamment au cours des réunions. Par exemple, il *va de soi* que certains patients n'ont pas vocation à sortir du service dans l'immédiat : les « chroniques » ne sont ainsi pas concernés quand il est demandé « qui sort ». La recherche de solutions alternatives à l'hospitalisation fait l'objet d'un autre point lors des réunions. A l'inverse, si les patients en séjour « temporaire » ont souvent du mal à obtenir, lors des entretiens avec les psychiatres, un horizon temporel qui délimite leur hospitalisation, il est frappant de voir que, lors de ces réunions (synthèse et staffs), une durée envisagée est fréquemment associée à la définition de la visée de l'hospitalisation.

Les staffs, réunions par lesquelles l'équipe commence la journée, et les synthèses, réunions hebdomadaires plus longues, sont en effet les moments où la visée de l'hospitalisation est discutée et établie, éventuellement réévaluée à l'aune des différents éléments rapportés par médecins et soignants.

du coût par patient sont réalisées grâce au score Oméga (score thérapeutique), créé en 1985, qui s'appuie sur trois catégories de comptage : les actes relevés une fois par jour, ceux relevés chaque fois qu'ils ont lieu, et les actes en continu relevés sur la base du nombre de jours depuis leur mise en place. » (Andreo 2004, p. 100)

²⁹² Mais la réduction du nombre de lits, elle, y est liée, l'activité hospitalière étant très coûteuse.

« Sylvie, psychiatre : George Maurel

Elisabeth, cadre de santé : [...] Une réunion de synthèse (*rassemblant différents intervenants du secteur autour de la personne soignée*) est prévue pour demain...

Sylvie : Geneviève (*psychiatre de l'hôpital de jour et du CMP*) me l'a dit – on est en tradition orale²⁹³ ! [...]

Elisabeth : Georges Maurel, lui, il faut le garder 3 mois.

Sylvie : il y a une réunion prévue demain » JDT, réunion de synthèse du service d'hospitalisation

Suivi depuis longtemps dans le secteur, Georges Maurel entretient des relations irrégulières avec sa psychiatre référente au CMP, fréquente l'hôpital de jour, prend et ne prend pas ses traitements selon les périodes. Il lui arrive, hors d'une hospitalisation, d'utiliser le pyjama de l'hôpital comme vêtement de ville. Si la cadre de santé, en poste depuis longtemps dans le service, plaide pour un séjour long pour permettre d'installer différemment la prise en charge, il ne restera « que » deux semaines lors de cette hospitalisation (libre) après des négociations entre lui, les psychiatres de l'intra qui n'estiment pas nécessaire que l'hospitalisation se prolonge, et les services de l'extra (CMP et hôpital de jour) pour essayer d'établir une organisation du soin qui « tienne ». À l'opposé de cette demande d'hospitalisation longue (qui n'est d'ailleurs pas suivie d'effet) et de l'objectif élevé assigné à l'hospitalisation de M. Allaoui, tant la visée de l'hospitalisation que sa temporalité sont souvent délimitées.

Pour Christelle Amrouche, jeune femme d'une vingtaine d'années dont on a analysé au chapitre précédent la première hospitalisation en HDT pour des troubles identifiés comme psychotiques, l'enjeu défini au cours de l'hospitalisation n'était pas tant de « guérir » ce qui l'affecte, que d'initier des soins qui ont vocation à durer. L'hospitalisation aura peut-être seulement pour finalité de l'« apaiser », apaiser ses troubles en tout cas – car le séjour sera en soi source d'angoisse pour elle²⁹⁴ –, mais surtout de la « faire adhérer aux soins ». Lorsque la psychiatre faisant fonction d'interne, qui est par ailleurs psychanalyste, commence à développer où en est subjectivement la jeune femme, le chef de secteur pose des limites à ses aspirations : « il ne s'agit pas de transformer toute sa personnalité » et la responsable de l'hospitalisation assigne une limite, ou plutôt une échelle temporelle : « on ne la garde pas trois mois ». Les hiérarchies se marquent au fil de ces échanges, certains étant dotés du statut permettant d'arrêter une évaluation ou une décision – ce statut se fondant à la fois sur le titre,

²⁹³ Sylvie commente avec amusement ici le fait que nombre d'informations circulent de façon informelle, dans les échanges inter-individuels et non programmés.

²⁹⁴ Elle multiplie les demandes auprès des soignants, à propos des effets secondaires des médicaments, d'inquiétudes somatiques, de questions sur la possibilité de joindre ses parents. Elle cherchera refuge auprès d'une patiente qui vit dans le service et qui la prend sous son aile. Elle est un jour enfermée dans sa chambre – peut être à sa demande car elle est très inquiète au sein du service, mais on l'entend appeler régulièrement : ici pas d'effet apaisant de la chambre fermée ni de l'hospitalisation.

l'expérience, l'antériorité dans le service, la reconnaissance par les autres professionnels de cette autorité associant savoir et statut qui, s'il y a désaccord éventuel sur le jugement, a pour effet de clore l'échange.

Même lorsque les personnes sont hospitalisées sans consentement, il ne s'agit pas d'exercer un rapport de force absolu. La durée de l'hospitalisation est également évaluée dans la double anticipation de la possibilité de tenter une sortie qui « tienne », et de ce que peut accepter la personne hospitalisée : mieux vaut, du point de vue des soignants, tenter une sortie négociée avec la personne, que la garder à tout prix en hospitalisation. La sortie elle-même et sa « réussite » ou son échec constituera une épreuve mobilisable au sein de l'intervention auprès d'elle. La sortie sera en effet l'épreuve de la possibilité d'un engagement négocié dans les soins (et non imposé à toute force pour la personne) ou de la nécessité de soins en cas de réhospitalisation²⁹⁵ :

« Claire, *interne*, à propos de Mme Yürü : [...] Elle est pas bien, persécutée. Il y a des éléments thymiques, elle est un peu maniaque, mégalo et mélancolique, elle a l'impression de se vider de son sang. Sa mère a été hospitalisée ici même. Elle est très opposée à son hospitalisation. Il faut voir avec sa famille si un retour à domicile est possible, et si ça se casse la gueule, elle revient. Elle était dans le déni complet des troubles, persécutée au travail. Elle a coupé les ponts avec ses sœurs.

Lucie, *infirmière* : elle travaillait dans une banque

Sophia, *psychiatre* : elle a travaillé quelques années dans une banque, puis a arrêté, car était très persécutée. [...]

Claire : l'entretien familial était un peu tendu, heureusement, elle a une tante bienveillante. Il est probable qu'elle revienne. Sortie prévue vendredi. » JDT, staff

L'assignation temporelle initiale fait l'objet de réévaluations régulières au cours des staffs, en fonction de ce que rapportent le médecin qui a vu le plus récemment le patient et les soignants du service :

« Bahia, *infirmière*, à propos de Marie Monet : le contact est bon, elle a toujours des délires. Elle crie moins, n'insulte pas, elle dit : "j'ai des caméras dans les yeux."

Elisabeth, *cadre de santé* : vous ne la trouvez pas triste ?

Bahia : elle est effacée, on ne la voit pas.

Martial, *cadre* : elle délire en silence.

Khalil, *infirmier* : elle est triste, mélancolique, elle sourit, mais il faut la stimuler

Pascal, *stagiaire psychologue* : depuis le changement de chambre, elle est moins « envahie » [...]

Sylvie, *psychiatre*, responsable de l'hospitalisation : on pourra pas avoir mieux. Il faut préparer sa sortie pour la semaine prochaine, il faut voir demain avec son infirmier de secteur. Martine [*sa psychiatre référente au CMP*] en parlera. Est-ce que Marie est prête à y aller deux fois par jour pour aller chercher son traitement ?

Pierre, *chef de secteur* : il faut peut-être lui donner un traitement anti-dépresseur ?

Bahia : on lui a donné du lisenxia ce week-end.

²⁹⁵ On note que cette « épreuve » ne rend pas visible pour les professionnels de la psychiatrie un troisième terme de l'alternative : la possibilité que la personne arrête les soins et/ou trouve d'autres interlocuteurs (un psychiatre libéral par exemple, ou encore un groupe d'auto-support) et s'en trouve bien.

Sylvie : la première étape, c'est d'alléger un peu son traitement. Haldol et... Ajouter un anti-dépresseur à tout ce qu'elle a en neuroleptiques...[*elle hésite, ça fait un traitement lourd*] Elle est sortie au plus tard en milieu de semaine prochaine. » JDT, synthèse

Là encore, les attentes comme la temporalité de l'hospitalisation sont limitées par la responsable du service : « on ne pourra pas avoir mieux [...] Elle est sortie au plus tard en milieu de semaine prochaine ». Les attentes sont également ajustées *au sein d'une temporalité plus longue* qui est celle de la relation avec cette jeune femme, Marie Monet, qu'ils connaissent depuis 8 ans, des états dans lesquels ils l'ont connue et de ce qu'ils espèrent comme amélioration possible grâce aux traitements. Comme on l'a vu à propos d'autres situations, l'objectif n'est pas toujours la suppression des troubles, encore moins la guérison, mais une amélioration, et l'anticipation de la suite de l'hospitalisation. Dans le cas de Marie Monet, qui habite en appartement thérapeutique et n'a donc pas de problème de logement, il s'agit également d'anticiper si elle se prêtera à la poursuite des soins, selon des modalités relativement astreignantes puisqu'elle doit se rendre deux fois par jour au CMP pour prendre ses traitements. Cela implique une coordination non seulement avec sa psychiatre au CMP, mais aussi avec un infirmier référent qui lui est assigné. Ces modalités visent à s'assurer qu'elle prend effectivement ses traitements et à l'inverse qu'elle n'en prend pas certains en excès. C'est aussi l'occasion de voir comment elle va. Lors de mon terrain dans le centre d'accueil et de crise, j'avais ainsi accompagné un infirmier en visite à son domicile à un moment où le CMP avait signalé qu'ils ne l'avaient pas vue depuis quelques jours.

Certaines situations de soins sont ainsi inscrites par les soignants dans une temporalité de longue durée, que le secteur intervienne auprès des personnes depuis plusieurs années, comme pour Georges Maurel ou Marie Monet ou qu'il anticipe des soins durables à venir, comme pour Melle Chekroun ou Mme Yürü. À l'opposé, certaines hospitalisations sont perçues comme ponctuelles et comme requérant moins l'engagement de l'équipe psychiatrique :

« Paul, *médecin assistant se spécialisant en psychiatrie* : M. Aubertreau : Entrant. TS (*tentative de suicide*) médicamenteuse. Nombreuses phases dépressives. [...] Ne critique pas son geste.

Tahar, *médecin généraliste* : il n'a pas pris grand-chose.

Sylvie, psychiatre, *responsable du service* : mais il sait pas que ça n'est pas grand-chose.

Paul : ce n'est pas tellement qu'il ne critique pas son geste mais on sent qu'il pourrait être avant coureur...C'est sa première TS, mais il a fait un épisode dépressif il y a deux ans quand son fils l'a quitté. Il a élevé son fils tout seul. [...] Il était le parent seul, il a eu tous les reproches du fils. Il est menuisier, il a travaillé beaucoup. [...] Depuis quelques mois, il va voir un psychologue – contre l'avis de son entourage qui lui dit : « botte-toi le cul ». On le garde deux-trois jours ici puis il peut aller à la clinique E. » JDT, staff

L'échange (ici entre les médecins) contribue à une évaluation collective de la situation, de la gravité de l'état de M. Aubertheu. Ce dernier a été hospitalisé en HL après une tentative de suicide. Différents éléments de contexte sont donnés, ainsi que plusieurs faits qui entrent plus spécifiquement dans l'évaluation de la gravité de la tentative : le danger réel couru (« il n'a pas pris grand chose ») modéré par son ignorance du faible risque pris (« mais il sait pas que ça n'est pas grand-chose »), et surtout l'absence de « critique de son geste », de propos qui permettraient de penser qu'il ne risque pas de réitérer une tentative (comme des regrets, l'idée que ce n'est pas la réponse à sa situation, une peur rétrospective). Au contraire, le geste de M. Aubertheu est perçu comme « avant-coureur ». Ici encore, on voit qu'est d'emblée associée à cette évaluation un horizon temporel de l'hospitalisation : en l'occurrence deux-trois jours au sein du service, temporalité courte qui est rendue possible par l'anticipation d'un transfert de prise en charge dans une clinique privée. M. Aubertheu remplit les deux critères principaux pour ce transfert de prise en charge : il n'est pas supposé susceptible d'avoir des conduites perturbatrices dans l'établissement et il dispose d'une mutuelle.

L'absence de places à la clinique E conduit cependant à la prolongation de son hospitalisation dans le service, et à une réévaluation négative de la légitimité de sa place en son sein, comme le montrent ces échanges lors d'une réunion de synthèse une semaine plus tard :

« A propos de M. Aubertheu :

Une infirmière : il n'y a toujours pas de place à la clinique E.

Elisabeth, cadre de santé, à l'équipe soignante : qu'est-ce que vous en pensez ?

Lucie, infirmière : il n'a rien à faire ici.

Elisabeth : Margot (*aide-soignante*) m'a dit qu'il s'adressait mal à elle.

Sylvie, psychiatre, responsable du service : le problème c'est l'indication médicale [*d'une hospitalisation*]

Lucie : là, il est bien vivant...

Sylvie : il a un chez lui ?

Une infirmière : oui, et une compagne

[remarques des soignants sur le thème : il s'installe, il en fait à son aise, il en tire des bénéfices secondaires, et il « complotait » avec M. Laroche, un autre patient – un petit groupe de patients avait été repéré par les soignants en train d'échanger sur leurs récriminations respectives contre le service]
[...]

Sylvie : alors, ceux qui peuvent sortir rapidement : Aubertheu, monsieur Laroche, monsieur D.

Gilles, infirmier : M. D il y a le problème de son appartement [...]

Sylvie : M. Aubertheu : sortie vendredi - même si la clinique E n'a pas encore répondu. Mme Cagnet : sort jeudi – son mari n'est pas d'accord, mais c'est comme ça. M. Laroche : sortie prévue lundi 25 »
JDT, réunion de synthèse

Si un séjour en clinique peut paraître utile aux yeux des psychiatres, la prolongation du séjour (qui date d'une semaine au moment de la synthèse, et comptera dix jours au total) de M. Aubertheu va susciter la réévaluation négative de sa présence, qui ne porte pas seulement sur son état : « Là, il est bien vivant », commente ironiquement une infirmière qui plaide pour l'illégitimité de son séjour (« il n'a rien à faire ici ») en réponse à la question de la psychiatre

sur l'« indication médicale » d'une prolongation de son hospitalisation. L'évocation des « bénéfices secondaires » fait partie des modes de délégitimation classiques (voir ci-après). Le psychiatre insiste sur la question de l'« indication médicale », car le travail de délégitimation de sa présence au sein du service mobilise initialement des commentaires moraux sur sa conduite, qui n'est pas, par delà la tentative de suicide, comprise par les soignants comme un effet de ses troubles.

Certaines hospitalisations se trouvent ainsi au cœur de contradictions en ce qu'elles sont entièrement légitimes et incontestables en psychiatrie (comme certains états dépressifs ou tentatives de suicides, qui peuvent être à la fois la marque d'un état pathologique et nécessiter une hospitalisation, en tant que lieu de traitement et de surveillance) et, simultanément, peuvent être considérées implicitement par les professionnels de la psychiatrie comme ne relevant pas strictement de leur « cœur de métier » – ce d'autant plus que la gravité évaluée diminue. Une hospitalisation pourra être tout à la fois considérée comme *pertinente*, comme pour M. Aubertreau pour lequel une prolongation de l'hospitalisation est envisagée en clinique, *incontestable* dans un service de secteur qui revendique de ne pas sélectionner les pathologies, d'accueillir toute situation relevant de ses compétences, et tendanciellement *illégitime*.

B. Contrôle des flux et écologie du service

1. Composer les services : réguler la présence des patients craints, difficiles à gérer ou illégitimes

Outre les enjeux d'ajustement des temporalités des séjours individuels au sein de la gestion « quantitative » du flux s'ajoute un travail de « composition » du collectif de patients au sein du service. Cette composition ne vient pas d'une sélection officielle des problématiques, mais intervient dans la visée de maintenir la capacité à faire fonctionner le service dans une gestion informelle des difficultés : le risque de violence, de conflits, de transgressions, le niveau de sollicitation de l'équipe, le besoin de soins rapprochés, etc. L'accueil notamment des patients (identifiés comme) susceptibles d'être violents, de fuguer ou plus généralement d'avoir une

conduite problématique est ainsi conditionné à la gestion de la composition du service (quels patients peuvent être accueillis ensemble) et des ressources en personnel :

« Elisabeth, *cadre infirmière* : et l'HO de M. Mehafdi ? [...] il faut l'avoir en tête.

Sylvie, *psychiatre responsable du service* : je n'ai pas eu le temps, et le service est plein, c'est pas le moment de faire entrer un fou furieux.

Elisabeth : si on attend depuis 6 mois, ça peut attendre encore. » JDT, réunion de synthèse

L'urgence de l'hospitalisation d'une personne qui n'est pas actuellement « saisie » par l'institution médicale – ni par la police – est toujours relative. Hubert Mehafdi est le frère d'un patient actuellement hospitalisé au service A, Marcel Mehafdi. L'équipe a rencontré Hubert à l'occasion d'un accompagnement de Marcel à son domicile pour envisager une sortie. L'état de l'appartement et la brève interaction avec Hubert leur fait envisager une hospitalisation, éventuellement en HO. L'équipe le soupçonne en effet d'être par ses « maltraitances » à l'origine de la « décompensation » de Marcel. Les infirmiers présents lors de la VAD évoquent un thriller à succès pour décrire les images affichées sur les murs de l'appartement, ce qui ne rassure pas les autres professionnels. Lorsque la personne se trouve devant un médecin, aux urgences, ou aux mains de la police, qui ne peut retenir quelqu'un que pendant une durée limitée, une décision s'impose. Hors d'une confrontation à l'une ou l'autre institution, il est toujours possible de surseoir à une décision – et hors de cette visite ponctuelle qui a alerté l'équipe, personne n'a sollicité le secteur psychiatrique, pas même Marcel, qui est actuellement hospitalisé. Le service prolonge l'hospitalisation (libre) de ce dernier, qui craint de retourner chez lui. Ce n'est pas la seule raison, la question se pose de savoir si Marcel est capable de vivre seul. L'hospitalisation de patients qui « inquiètent », dont la nécessité fait consensus pour les soignants, peut ainsi se voir repoussée du fait de la composition du service, qui conserve ainsi une marge de manœuvre.

a) *Tactiques : le jeu des chambres disponibles et le recours à l'hospitalisation transitoire*

Au croisement de la dimension quantitative et qualitative du flux de patients se trouve la question de la gestion des « types » de lits disponibles : en chambre double ou simple, dans une chambre qui se ferme à clef, en chambre de soins intensifs ou d'isolement.

« Anne Sophie, *assistante sociale* : Mme Benabbes : il y a un problème de clefs pas refaites si on veut que l'hospitalisation garde une paire de clefs.

Lucie : sa chambre est déjà en travaux, mais si Moret sort, alors il y a la chambre 2. » JDT, staff

Cette question est très présente, notamment entre les soignants à l'occasion de l'arrivée des nouveaux entrants, mais aussi dans l'ajustement de l'accueil des différents patients, comme en témoigne cet échange entre le cadre infirmier du service et une psychiatre du service, qui assure alors l'« intérim » de la responsabilité du service en l'absence (pour congés) de la responsable principale :

« Martial, *cadre de santé* : M. Martin avait peur. Il m'a demandé d'être enfermé dans la chambre fermée. (*Il a peur de M. Farouk, entre autres*) Pourquoi M. Farouk est en chambre d'isolement ?
Sophia, *psychiatre* : parce qu'il va fuguer ?
Martial : on peut le mettre en "2"
Sophia : attention, M. Stein va arriver. » JDT, staff

M. Martin est un jeune patient qui n'est pas familier de ce service. Il a peur de certains patients notamment. C'est à sa demande que sa chambre est fermée à clefs, dans une finalité de protection, ou plus exactement, de lui procurer un sentiment de protection, face au risque d'intrusion. La « chambre fermée » se réfère, dans les propos du cadre, à la chambre d'isolement, déjà occupée – d'ailleurs par l'un des patients qui fait peur à M. Martin. Le rôle de la chambre d'isolement n'est cependant pas de prévenir des actes agressifs de ce deuxième patient, M. Farouk, mais de l'empêcher de s'échapper du service, dans un moment où l'équipe pense que ce dernier a particulièrement besoin de soins. La chambre 2 est l'une des chambres individuelles susceptibles d'être fermées à clef, cependant la psychiatre suggère qu'il faut la garder pour un troisième patient, M. Stein, actuellement brièvement hospitalisé ailleurs pour une « sismothérapie d'entretien ». Il est prévu que M. Stein, qui a été hospitalisé après avoir commis de graves agressions et est de retour d'UMD, reste un certain temps en hospitalisation. Son retour s'étant bien déroulé, on envisage cependant qu'il occupe non pas une chambre d'isolement mais un espace « plus confortable », moins associé à des moments difficiles, peut-être moins stigmatisant aussi, tout en étant susceptible d'être fermé « en cas de problème ». Il s'agit ainsi de trois patients pour lesquels la question de la fermeture de la chambre se pose, pour trois motifs distincts, dans une économie des ressources en chambres à mettre en œuvre, selon les caractéristiques respectives de ces dernières.

La gestion de la composition du service peut jouer sur un autre outil à sa disposition, notamment quand les chambres fermées sont indisponibles : l'hospitalisation transitoire. L'une des règles implicites de l'hospitalisation transitoire est qu'elle doit être très brève, pas plus de deux ou trois jours. La « place » en psychiatrie est un bien précieux dont il ne faut pas priver les autres services, et réciproquement l'accueil d'un patient est une « charge » qu'il ne faut pas imposer aux autres, *a fortiori* quand le nouvel entrant est « en crise » et

potentiellement malcommode. Le service peut d'ailleurs négocier que soit plutôt accueilli un « chronique » qui ne pose pas de difficulté spécifique – l'envers étant que la charge du déplacement repose alors sur le patient en question, dont le lieu de vie est l'hôpital mais qui se voit alors changé de chambre sans vraiment avoir été consulté (mais s'il résistait, il deviendrait malcommode et le service ne tenterait pas ce mouvement). Le patient « chronique » déplacé est alors non seulement privé d'un lieu à soi pendant cette transition, mais doit s'accommoder des transitions imposées et s'y adapter. Pour les patients « difficiles », un autre service de l'hôpital peut les prendre « le temps que la chambre d'isolement se libère ». L'hospitalisation transitoire d'un patient « entrant » représente en outre un coût pour le service A lorsque l'hospitalisation se fait dans un service localisé sur le site principal de l'hôpital Philippe Paumelle, situé géographiquement à plusieurs kilomètres de là. Certains services accueillant demandent en effet que le traitement soit défini par le psychiatre qui est assuré la prise en charge :

« Armelle, infirmière du CAC : Mais est-ce qu'il faut encore aller voir tous les jours les HO ?
Sylvie : alors, oui, ça c'est encore un problème, ça prend une matinée d'aller [*sur le site principal de l'hôpital*], moi quand je prends un patient d'un autre service, je le prends vraiment, là c'est aussi la question de la mauvaise foi des services, ça se répand, il y a de plus en plus de mauvaise foi. Et donner un traitement à un patient quand c'est pas moi qui le voit après... [...] l'assommer [...] pour un monsieur qui a un délire infantile... » JDT, réunion entre le CAC et le service d'hospitalisation à propos de l'hospitalisation de M. Boudrissa

Aux yeux de la psychiatre responsable de l'hospitalisation, le fait d'exiger d'elle, qu'en tant que médecin du secteur d'origine, elle définisse le traitement lors d'une hospitalisation temporaire, relève de la « mauvaise foi ». Tout se passe comme si le service accueillant entendait imposer une contrepartie implicite à cette arrivée d'un patient en contraignant le service d'origine à assumer des conséquences de l'hospitalisation transitoire. Cette « mauvaise foi » viserait à décourager les demandes abusives (par exemple quand l'argument « notre chambre d'isolement est prise » est utilisé comme un prétexte, ce qui est presque le cas dans la situation évoquée), voire à décourager toute demande, et non à assurer un principe de continuité des soins. La psychiatre insiste sur le temps que représente concrètement le déplacement. Elle tempère cependant cet argument en faisant jouer la nécessaire continuité des soins lorsqu'elle avoue son malaise à prescrire un traitement sans en assurer le suivi. L'usage du traitement n'a pas tant, à cette occasion, la fonction de soin que celle d'empêchement – d'entraver le corps du patient (« l'assommer »). La manière dont elle formule son « regret » de ne pouvoir contrôler ce traitement met en évidence qu'elle considère cet usage du traitement comme relativement détourné.

Le mode d'HSC est susceptible d'intervenir dans la négociation autour de l'accueil d'un patient perçu comme potentiellement difficile en hospitalisation. Il serait plus difficile de refuser la disposition d'une chambre d'isolement à un patient en HO qu'en HDT. Ce que la psychiatre répercute auprès du CAC à propos d'un autre jeune patient, M. Amri, un an après, pour lequel une tentative d'HDT a échoué :

« Sylvie : mais la chambre d'isolement ensuite on a peur d'y entrer. La psychiatrie testostérone, ça suffit ! L'HO, ça change tout, s'il y a un problème, un autre service nous le prendra, une HDT, aucune chance ! <On peut dire :> « Notre chambre d'isolement est prise. [...] Est-ce que c'est une indication pour la psychiatrie quand il terrorise ? Il faut en parler ! Il est hyper flippant. Il faut poser la question des malades mentaux dont le symptôme majoritaire est la violence !

Philippe : attention, il faut pas dire « il est pas fou » parce qu'on n'en veut pas ! (*il répète cette affirmation plusieurs fois, qui s'entrecroisent avec ce que dit Sylvie*) Si on n'a pas les moyens de s'en occuper, c'est à poser en réunion médicale et en CME [*commission médicale d'établissement*].

Sylvie : par l'HO on reconnaît la dimension de violence. [...]

Sylvie : quand le symptôme majeur c'est la violence, même si l'origine c'est le délire, et le traitement sans effet, alors tout le traitement c'est le rapport de force, ce qui n'est pas le cas avec Marie Monet (*qui a violemment agressé une soignante il y a un mois*). Avec M. Amri, chaque entretien est un rapport de force. Il faut au minimum une HO, pas une HDT. Et ça s'améliore pas avec deux jours de zyprexa. »
JDT, réunion entre le CAC et le service d'hospitalisation à propos de M. Amri

Le développement de Sylvie manifeste un enjeu : ne pas avoir à accueillir cette hospitalisation crainte au sein du service A. L'occupation de la chambre de la chambre d'isolement devient un véritable enjeu stratégique de gestion de l'occupation du service : il faut à la fois pouvoir accueillir de nouveaux patients, qui ont des chances d'arriver dans un état « plus aigu », et en même temps parfois éviter d'avoir de la place pour ne pas être sollicité par un autre service. Un infirmier commente ainsi le fait qu'il craint les situations où une chambre d'isolement est « libre le week-end » :

« A la clinique de S., il n'ont pas de chambre [d'isolement] utilisée depuis le 1^{er} avril [*c'est-à-dire depuis presque deux mois*]. Nous on a la phobie quand elle est libre le week-end, on se dit : « Ah là là, elle va se remplir. » » Khalil, infirmier, notes pendant une réunion sur le thème des « patients difficiles »

En mentionnant la clinique de S., l'infirmier souligne le contraste avec leur service, entre une chambre d'isolement non utilisée depuis presque deux mois à la clinique de S. et la chambre d'isolement du secteur A qui est utilisée de façon quasiment continue, soit par eux-mêmes, soit par l'hôpital dont leur service dépend. Aux yeux de cet infirmier, une chambre d'isolement libre ne signifie pas un week-end plus facile ou plus calme en perspective, mais augure plutôt la forte probabilité qu'elle soit occupée pendant celui-ci, par un patient hospitalisé relevant de leur secteur ou d'un autre. Les admissions du week-end sont craintes, car, par définition, elles sont moins anticipées et surviennent à un moment où les équipes sont souvent réduites, et où seul le médecin de garde est présent. La disponibilité de la chambre

d'isolement signifie que le service A peut être sollicité non pas seulement parce qu'un autre service manque de place (il est alors possible de négocier que ce soit un patient qui ne pose pas problème qui vienne) mais également pour un patient problématique que ce service ne peut pas accueillir. Donc loin de signifier un service plus calme, cette disponibilité est pleine d'un imprévisible qui est craint : l'éventualité de l'arrivée d'un patient dans un état « aigu », dont la conduite peut poser problème, et qui ne serait pas nécessairement connu du service.

Dans un certain nombre de lieux, les chambres d'isolement font l'objet d'un usage en quasi flux tendu, et il est peu probable que la création de nouvelles chambres d'isolement limite ce phénomène – comme l'a montré le déploiement des « chambres d'apaisement » dans le grand hôpital du sud-est dont on a parlé en deuxième partie. Les chambres d'isolement font ainsi l'objet d'une gestion d'occupation stratégique, notamment pour ne pas accueillir un patient jugé problématique – a fortiori lorsque le service est plus chargé, en sous effectif ou accueille déjà des patients qui lui semblent difficiles.

Les commentaires de la responsable du service d'hospitalisation sur l'HSC de M. Amri viennent en outre étayer l'hypothèse selon laquelle la crainte que suscite M. Boudrissa n'était pas étrangère à sa levée d'HO. Ces commentaires soulèvent en outre la question de la pertinence de l'orientation vers la psychiatrie, ce que nous examinerons plus bas, après avoir montré un autre type d'intervention du service en amont du recours à la psychiatrie.

b) Intervenir en amont de l'orientation vers la psychiatrie

La prise « en amont » sur les hospitalisations ne se réduit pas aux hospitalisations décidées ou organisées par des psychiatres du secteur. Elle peut intervenir dès le signalement d'une situation par un tiers. On a vu la situation de M. Boudrissa, signalée par un établissement d'insertion, auquel le CAC répond dans un premier temps en l'orientant vers la police, avant que la responsable du service d'hospitalisation décide de lever l'hospitalisation d'office décidée par le maire. J'assiste, lors d'un staff, au refus par cette même psychiatre d'intervenir lors de la garde à vue d'un homme qui a déjà été hospitalisé en HO dans le service.

Le commissariat appelle pendant le staff pour joindre un psychiatre – la police fait un usage mixte de la sollicitation de psychiatres : ceux-ci sont susceptibles d'être requis pour évaluer la compatibilité de l'état de la personne avec une garde à vue (GAV), identifier la nécessité

d'HO et l'initier le cas échéant, et souvent de façon mêlée donner des éléments de l'éventuelle altération des facultés de la personne et donc de sa « responsabilité » :

« Le commissariat appelle : M. Ferrand est en GAV. Il a voulu faire le plein d'essence avec un scooter volé. Sylvie prend le téléphone et répond pendant le staff :

Sylvie : je ne sais pas s'il y a nécessité d'HO. Il est très dépendant. Il n'a pas de maladie psychiatrique. Son obsession, c'est qu'il collectionne les postes radio, il y en avait une quinzaine dans sa baignoire. Il a eu un grave accident quand il était petit. Mais il est tout à fait accessible.

<policière au téléphone : « dans la mesure où il s'exprime pas, je peux pas lui... » > (propos rapportés après coup par la psychiatre)

Sylvie : Mais il s'exprime, c'est nous qui ne comprenons pas ! Il a appris la langue des signes. C'est un problème physique s'il ne peut pas parler, ça n'est pas <un problème> psychique, il n'est pas autiste. Je le connais très bien, je suis son médecin référent. Il a un tuteur. On a vu qu'il ne venait pas tirer de sous. On s'inquiétait. Comme souvent, c'est la psychiatrie qui se soucie en dernier des démunis. C'est plus un grand cas social. C'est comme si vous aviez un muet. Je suis désolée, je peux rien pour vous. Je peux certifier que son état est compatible [avec une garde à vue]... Sylvie raccroche : elle a l'air désespérée, la flic ! Elle me dit : « dans la mesure où il s'exprime pas, je peux pas... » - On va pas le reprendre en HO ! » JDT, notes pendant le staff complétées en italiques par des notes après coup

M. Ferrand a déjà été hospitalisé à deux reprises dans le service, chaque fois en HO : la première fois à l'initiative du maire, après des conflits de voisinage qui ont conduit à l'expulsion de M., la seconde, plutôt à l'initiative du service, dans un contexte où il s'était installé dans l'appartement associatif où cohabitent plusieurs patients du service, dont une jeune femme que M. Ferrand fréquente – c'est le chef de secteur qui rapporte cette histoire en me la présentant comme « limite » dans un entretien réalisé un an avant ce staff. Ici, la sollicitation est à l'initiative du commissariat qui porte immédiatement sur la question d'une HO qui invoque l'existence de précédentes HO ainsi que les difficultés d'expression de M. Ferrand, qui, depuis un accident ancien, ne peut pas parler. Sylvie récuse immédiatement la nécessité d'une HO, recadrant tant la qualification des difficultés de M. Ferrand que l'intérêt même de la psychiatrie pour lui qui est exprimé sur le registre social (« Il n'a pas de maladie psychiatrique [...] On a vu qu'il ne venait pas tirer de sous. On s'inquiétait. Comme souvent, c'est la psychiatrie qui se soucie en dernier des démunis. C'est plus un grand cas social. »)

Les difficultés d'expression sont redéfinies comme un handicap physique et non comme trouble et encore moins comme une pathologie psychiatrique. La psychiatre renverse la « charge » de la difficulté rencontrée : celle-ci ne relève pas tant dans l'incapacité de M. Ferrand à s'exprimer que des problèmes de compréhension par des personnes qui ne le connaissent pas. M. Ferrand peut en effet parler le langage des signes et se faire comprendre dans ses interactions courantes – encore faut-il lui prêter attention et le fait de se présenter avec une histoire psychiatrique et une difficulté à parler (il parle un peu mais ne peut quasiment pas articuler) tend à conduire les interlocuteurs qui ne le connaissent pas à lui attribuer d'autres incapacités comme un handicap mental. Au début de l'échange, Sylvie

donne rapidement quelques éléments de l'histoire de M. Ferrand, sa « collection » de radios, sur laquelle elle passe rapidement – sans qu'on sache s'il s'agit de petite délinquance ou d'une « obsession » plus trouble, son accident dans l'enfance. Elle ne s'attarde cependant pas et fixe le cadre de sa réponse : non seulement, sans même le voir, elle ne pense pas une HO nécessaire mais elle confirmera la compatibilité de son état avec une garde à vue. Enfin, dernière dimension de la sollicitation de la psychiatrie par la police, elle est prête à affirmer qu'il est « accessible ». Cette expression ne signifie pas seulement qu'il est possible de communiquer avec lui mais renvoie à la question de l'« accessibilité d'une personne à la peine » au cas où son implication dans les faits serait attestée. C'est l'une des dimensions évaluées lors de l'expertise²⁹⁶ visant à établir la responsabilité d'une personne envers ses actes lorsque des troubles psychiques sont soupçonnés. Ici : pas de troubles psychiques, accessibilité, compatibilité avec la garde à vue, non nécessité d'HO, le tableau est complet, le refus par la psychiatrie de l'orientation vers la psychiatrie est acté.

On voit cependant les tensions entre cette réponse et les hospitalisations antérieures, le fait que M. Ferrand ait une psychiatre référente, Sylvie elle-même, et une mesure de tutelle. Les ambivalences de la psychiatrie apparaissent dans ces situations complexes : pas de « troubles psychiatriques », mais des « troubles de comportement » ou plutôt des conduites qui font désordre. Différents intervenants sociaux émettent un doute sur les capacités de M. Ferrand à être responsable de ses actes, à en répondre, à en anticiper les conséquences, et, dans un contexte d'isolement et de précarité sociale forte (famille absente, amis eux-mêmes précaires), à inventer une manière de vivre « socialement correcte » : c'est-à-dire à occuper une place sociale qui ne soit pas considérée comme introduisant un désordre selon les personnes autour, sans qu'il y ait cependant des transgressions caractérisées de la loi – sauf si ce vol se confirme. Sa conduite ne tombe pas entièrement sous le coup d'une réponse pénale, ou celle-ci paraîtrait en partie décalée. Troubles identifiables ou non, le secteur A est intervenu auprès de M. Ferrand et a cherché un temps à l'aider. Ici, Sylvie durcit le trait : « pas de troubles psychiatriques », ce qui est une manière de s'appuyer sur sa source de légitimité la plus forte pour récuser l'orientation vers la psychiatrie. Ce qui ne signifie pas que la reconnaissance d'un trouble psychique induirait la nécessité d'une hospitalisation dans ce

²⁹⁶ Une expertise dans le cadre d'un procès pénal pose généralement cinq questions : 1) l'examen révèle-t-il des anomalies mentales ou psychiques ? 2) les faits sont-ils en relation avec ce type d'anomalies ? 3) au moment des faits, X avait-il le discernement ou le contrôle aboli ou altéré, au sens de l'article 122-1 du CP ? 4) l'individu est-il accessible à une sanction pénale ? 5) est-il curable ou réadaptable ? 6) présente-t-il un état dangereux ?

cas. Quelle est alors la place de l'identification d'une pathologie psychiatrique dans la pratique du service ?

2. La nosographie en pratique : « malade psychiatriquement ou pas ? »

Il apparaît ici utile de préciser la place de la catégorisation diagnostique dans le service avant de mettre en avance son articulation avec la définition des séjours légitimes. Le service dans lequel j'ai fait mon principal terrain ne met pas l'accent sur l'activité diagnostique. Les médecins sont fortement incités par l'administration de l'hôpital à entrer un « code diagnostic »²⁹⁷ dans « la machine », c'est-à-dire dans le dossier informatisé du patient. Ils le font généralement au moins au moment du compte-rendu d'hospitalisation. Mais, outre la réticence à utiliser des classifications standardisées, l'identification d'une catégorie diagnostique précise ne fait pas l'objet des staffs ni des réunions de synthèse. Peut-être fait-elle l'objet d'échanges informels entre médecins dans le bureau médical, au moment de rédiger les comptes rendus d'hospitalisation, ou lors de réflexions sur la situation de certains patients, ou encore afin de répondre aux questions des internes. D'ailleurs, à l'occasion d'un travail exploratoire sur les données du département d'information médicale (DIM) sur les patients hospitalisés en psychiatrie en 2008, est apparue une certaine variabilité du diagnostic codé pour un même patient au cours des années, non seulement au sein d'une grande catégorie (troubles schizophréniques par exemple), ou entre des catégories proches (troubles de l'humeur « maniaques » ou « bipolaires » et « troubles schizo-affectif ») mais entre catégories²⁹⁸.

Au cours des échanges lors des réunions, il n'y a pas de valeur forte attachée à la précision de la catégorie nosographique, par-delà certaines grandes catégories : « schizophrénie », « troubles bipolaires », « psychose infantile », « dépression ». Cela n'est pas exclusif à ce service, une psychiatre marque, lors d'un entretien, un même rapport distant aux classifications, et un usage restreint de grandes catégories :

« [...] Tout ce qui est borderline, c'est encore autre chose.

Moi : C'est-à-dire ?

Tout ce qui est plus pathologie borderline, ni psychotique, ni névrotique, mais à cheval. Une fragilité, des troubles de la personnalité. C'est plus DSM 3. C'est plus dans la pathologie DSM3. C'est plus une addition de symptômes, une collection de symptômes plutôt qu'une classification nosographique. Alors

²⁹⁷ Issu de la CIM-10, dixième version de la Classification Internationale des Maladies.

²⁹⁸ Pour un homme suivi depuis 2001 par le secteur, le code diagnostic oscille entre des troubles schizophréniques (F20.2 en 2003 et 2005, F23.8 également en 2005, F20.0 en 2003 et 2006, et F22.0 en 2008) et des troubles de la personnalité : personnalité « dyssociale » (F60.2 en 2004, 2005, 2008 et 2009)

on a défait les classifications nosographiques puisque maintenant on peut faire du patchwork avec tous les symptômes, on peut faire des arrangements de morbidité, on peut pratiquement faire des – avec le DSM4 – moi je me sers pas des classifications.

Moi : On vous le demandait, dans les comptes-rendus d'hospitalisation ?

Oui, bien sûr. Mais j'ai quand même assez pratiqué ce truc-là puisque quand on a fait l'enquête sur les SDF et la maladie mentale, il fallait qu'on classe... c'est là que j'ai le mieux connu ce que c'était que la CIM-10. Parce que là il fallait qu'on la pratique assez rigoureusement, alors qu'à l'hôpital...

Moi : Il y a beaucoup de psychiatres qui n'aiment pas les classifications, mais il y a quand même des grandes catégories...

Psychoses, névroses et perversion, moi ça me va très bien ça. » Docteur Marguerite Seura, psychiatre, entretien

Owen Whooley montre la grande ambivalence des psychiatres entre revendication d'une expertise scientifique validée et objective et parallèlement d'une autonomie professionnelle, voir (Whooley 2010). Si certaines dimensions qu'il analyse relèvent du contexte américain, où les remboursements par les sociétés d'assurance dépendent des codes diagnostics, d'autres correspondent au contexte français, notamment la pratique consistant à utiliser des taxinomies alternatives dans la pratique, puis à les traduire dans les classifications en usage, la CIM-10, classification internationale des maladies, dixième version, comme en France, où cette classification est utilisée notamment dans les logiciels de gestion hospitalière, le DSM IV aux Etats-Unis (Diagnosis Statistical Manual, taxinomie établie par l'American Psychiatric Association, également utilisé dans nombre de publications internationales). Lise Demailly souligne la manière dont les tensions à l'égard des classifications traversent les personnes : « de nombreux psychiatres disent utiliser les catégories nosographiques classiques dans leur clinique, la CIM-10 pour traiter le cas avec les logiciels de gestions, le DSM-4 et autres échelles pour un article scientifique », et le fait que les « arrangements éclectiques et pragmatiques » n'excluent pas réserve ni critique à l'égard de ces classifications (Demailly 2012, p. 58). Marguerite Seura, en dépit de ses réserves, a ainsi manipulé ces catégories dans le cadre d'une étude (sur la prévalence de troubles psychiques chez les SDF). Il est vraisemblable que les services engagés dans le champ de la recherche (et les publications académiques associées) investissent davantage les classifications, et a fortiori ceux qui vont développer des dispositifs visant des pathologies spécifiques, comme les « centres experts » « schizophrénie », ou « bipolarité », qui vont par suite s'attacher à préciser les contours de ces catégories, et les distinctions en leur sein.

Dans le secteur A, les échanges cliniques ne s'étendent pas sur la catégorie diagnostique – sauf dans les situations d'incertitude forte quant à l'existence d'une pathologie ou la nature du trouble – mais visent plutôt à préciser l'état de la personne et son évolution. Lors des réunions quotidiennes et hebdomadaires, tous les soignants contribuent à ces échanges : médecins,

infirmiers, aides-soignants, cadres, psychologue, participant à une élaboration collective, ébauchant un portrait, le nuanciant, éventuellement se contredisant, sans toujours qu'il y ait effort pour préciser le trait ni conclure lorsqu'il y a divergence de point de vue. Les éléments sémiologiques se mêlent à l'évocation de l'histoire du patient, ou au rappel des événements qui ont précédé son hospitalisation. Certaines voix ont plus d'autorité, tranchent, concluent éventuellement : celles du chef de secteur et de la responsable du service d'hospitalisation. Mais ils ne connaissent pas tous les patients et la réunion n'est pas conduite de façon à ce qu'il y ait systématiquement de conclusion. Ils proposent éventuellement des lignes interprétatives ou opératoires. L'activité de description – sémiologique tout autant que diagnostique – est articulée à des enjeux pratiques : quelles décisions prendre ? Faut-il ajuster le traitement ? Qu'envisage-t-on pour la suite du séjour, la sortie ? Mais il n'y a pas toujours de décision immédiate à prendre – lorsqu'il y a maintien en hospitalisation dans l'attente d'une amélioration, hors l'ajustement des traitements, la prise en compte d'éventuels effets secondaires, la réponse aux demandes des personnes hospitalisées concernant leur séjour.

Le principal partage clinique opératoire peut être formulé crûment : « est-ce qu'il est malade psychiatriquement ou pas ? », comme il est demandé à propos d'un homme en sortie d'essai d'HDT, pour lequel le CAC s'interroge sur sa réadmission. Cette question est récurrente et fait l'objet d'échanges le plus souvent pour des nouveaux patients en début d'hospitalisation – elle a en général été tranchée pour des personnes déjà connues du service. Il s'avère que pour certains, la discussion se poursuit tout au long de l'hospitalisation, et parfois d'une hospitalisation sur l'autre. Mais c'est le premier point de repère posé ou demandé de façon récurrente : « Manie délirante, ou schizophrénie, c'est un *vrai malade* en tout cas » Sylvie (à propos de M. Sulkić, *c'est moi qui souligne*). Le chef de secteur, qui assiste généralement aux réunions de synthèse, ou la responsable du service, pose de temps à autre la question de la pathologie du patient dont il est question, lorsque ce dernier est arrivé depuis peu de temps dans le service, par quoi ils attendent principalement un repérage non dans une classification diagnostique élaborée, mais principalement pour répondre à cette question. Lorsque la réponse est établie, la discussion porte sur l'histoire, sur la perception et l'évaluation de l'état de la personne et ses évolutions, et éventuellement sur le rôle attendu de l'hospitalisation : guérir/contrôler la crise, mettre en contact avec le soin, apaiser/répit pour les proches. Des typologies informelles, catégories ou sous-catégories peuvent être produites dans les échanges, soit par l'adjonction de qualificatifs (par-delà les « typologies » paradoxalement singularisantes qui ont un effet de pittoresque – « Sylvie : sa folie n'est jamais inquiétante

sauf quand elle est reprise par l'envie de bouger. Elle est partie à Rome et s'est baignée dans le Tibre. C'est une *schizophrène ludique*. »), soit par la référence à d'autres patients bien identifiés :

« Sylvie : quelle maladie il a le jeune homme ?

Lucie, infirmière : il entend des voix, il est dissocié. C'est M. Allaoui en plus jeune et plus imprévisible

Sylvie : ok, ok » JDT, staff

Comme le souligne Tanya Luhrmann, citée par (Lovell et al. 2011, p. 180) : « avec l'expérience, les psychiatres abandonnent la liste des items à cocher et fondent leurs diagnostics sur une évaluation rapide de la concordance entre le tableau clinique du patient qu'ils ont en face d'eux et un prototype qu'ils se sont forgés au fil du temps » (Luhrmann 2001). Très souvent, comme dans l'exemple ci-dessus, aucun terme diagnostic n'est prononcé : certains symptômes sont suffisamment significatifs pour « situer » le patient - hallucinations et dissociations par exemple, une fois la prise de toxiques écartée, sont tenus pour suffisamment significatifs voire pathognomoniques – lors d'une apparition brutale des troubles, un scanner cérébral est prescrit pour écarter les pathologies somatiques pouvant produire des symptômes similaires.

On peut faire l'hypothèse que l'usage du diagnostic et notamment le fait d'engager un effort dans la précision diagnostique varie non seulement selon le clinicien mais aussi selon la « culture de service ». Ainsi, il est vraisemblable que les services qui se sont mobilisés dans la création de « centres experts » : centres experts « schizophrénie », centres experts « troubles bipolaires » attachent une importance spécifique à la précision de la qualification et à la distinction entre ces catégories.

Le fait que dans leurs échanges professionnels, les psychiatres et soignants n'éprouvent pas la nécessité d'opérer une catégorisation précise et clairement circonscrite ne signifie pas qu'ils ne travaillent pas avec une hypothèse (de travail, justement) dans leur conduite de l'entretien et dans la prescription de traitements : l'hypothèse d'une schizophrénie oriente vers des anti-psychotiques, d'un trouble bipolaire vers des thymo-régulateurs (régulateurs d'humeur), mais il existe des catégories intermédiaires, comme des « troubles schizo-affectifs » ou « schizophrénie dysthymique », qui peuvent orienter vers la prescription des deux types de traitements :

« Le recours à des termes « faibles » (psychoses, paranoïaque, psychopathe...), voire absents des classifications diagnostiques officielles (« un chronique de chez chronique », « un bon psychopathe des familles ») et l'éclectisme des références des différents professionnels présents n'empêchaient pas ces termes d'avoir une grande efficacité pratique. » (Lovell et al. 2011, p. 180)

Cette hypothèse de travail, parfois considérée comme établie, pourra être amenée à être révisée lors d'épisodes ultérieurs. Ce peut-être a contrario la réussite d'un traitement qui conduit à reconsidérer la catégorisation. Ainsi, devant M. Stein qui voit ses troubles quasiment éradiqués après des électrochocs, une nouvelle hypothèse diagnostique de bipolarité sera formulée après plusieurs années de diagnostic de schizophrénie. L'« électroconvulso-thérapie » (ECT) ou « sismothérapie », ne lui a été prescrite, à l'UMD où il avait été hospitalisé, qu'en dernier recours, après la prescription sans succès de fortes doses d'une série de neuroleptiques différents et parfois en combinaison. Il a actuellement un traitement neuroleptique et continue de faire des « ECT de maintien ». Voici un extrait des échanges lors d'une réunion à l'UMD, à laquelle j'assiste, entre les intervenants de l'UMD, psychiatres, psychologues, infirmiers, qui se sont occupés de M. Stein, et des représentants de l'équipe de secteur : Pierre, le chef de service, Syvie, la responsable d'hospitalisation, Assia, aide-soignante et Clarisse, infirmière du service d'hospitalisation. M. Stein va en effet être transféré de l'UMD où il a passé plusieurs mois pour revenir dans l'unité d'hospitalisation A.

« Psychiatre UMD : ça a été une hospitalisation difficile, très longue. Il avait des impulsions hétéro-agressives, il pouvait frapper les patients et les infirmiers. Il y a eu peu d'évolution malgré les changements de traitement. On lui a fait des sismo²⁹⁹ en désespoir de cause. Chez lui, ça a été miraculeux. Il avait 3 séances toutes les 2 semaines. C'est allé beaucoup mieux. Il a arrêté de frapper, on pouvait le laisser sortir de sa chambre, et c'est une amélioration qui s'est maintenue. On n'a pas osé arrêter les sismos. Il en a maintenant une fois par mois. Il y est très attaché. Il en a eu une vingtaine. A un moment, il en avait marre. Il y a quand même des troubles cognitifs importants, des pertes de mémoire³⁰⁰. Aujourd'hui, il en a une fois par mois. Ça le rassure. [...] Ici, il va à [hôpital général voisin] le matin avec deux infirmiers. Il est hyper habitué. A un patient, il disait : "c'est bien, je vais beaucoup mieux". [...]

Plus tard dans la discussion :

« psychologue : les sismos, on en est venus là un peu par hasard, à la fin. On n'en attendait rien.

[Ils résumant la situation actuelle, les relations avec la famille - M. Stein avait agressé violemment des membres de celle-ci – l'état des projets de sortie d'hospitalisation]

Pierre : il faudra être vigilant.

Psychologue : Il ne nie plus sa filiation, [...] plus de délires racistes. [...]

Les échanges tournent autour d'une interrogation commune : est-il schizophrène ou bipolaire ? Le fait que la sismothérapie marche chez lui semblerait indiquer qu'il a plutôt des troubles bipolaires

Psychiatre : il n'a pas un contact de schizophrène, il a des affects³⁰¹, il y a des éléments thymiques³⁰². C'est une amélioration spectaculaire. Il a peut-être plus des troubles bipolaires que schizophrènes.

Pierre : il était pourtant très délirant, interprétatif³⁰³ et halluciné.

Psychologue : C'est difficile à inscrire dans une catégorie nosologique. Il n'est pas dissociatif³⁰⁴. Il n'y a pas eu de travail psychothérapeutique, j'ai été frustrée sur toute la ligne. Dans un premier temps, comme

²⁹⁹ « sismos : Des « sismothérapies », nom préféré à « électrochocs » qui continuent d'être associés au pire de la psychiatrie.

³⁰⁰ Ce sont des effets secondaires possibles de la sismothérapie.

³⁰¹ Le « contact de schizophrène » renvoie soit à une forme de « froideur », d'indifférence, d'absence d'affects précisément, soit à une « discordance », un écart ou une contradiction entre ce que la personne dit et les affects qu'elle manifeste. Pour tous les termes « techniques », voir le lexique en annexe.

³⁰² Thymique : de « *thumos* », qui désigne l'humeur, en grec : les éléments thymiques indique des éléments de troubles de l'humeur, indiquant une intensité dans la joie ou la tristesse.

³⁰³ Etre « interprétatif », c'est tendre à surcharger de sens ou d'intention les faits et gestes des personnes voire les états de choses autour de soi.

il frappait tout le temps, il était en chambre d'isolement, puis il y a eu la sismothérapie, et là, il était planant, il ne parlait que de la sismo, et ses troubles de la mémoire rendaient très difficiles le travail psychothérapeutique. [...]

Pierre : c'est un patient qu'on aime bien. »

Psychologue : les coups qu'il donnait n'étaient pas très convaincants. Ça faisait un tableau bizarre.

Pierre : sa TS dans la chambre d'isolement, ça fait mélancolique. Il a eu une période extrêmement délirante. Il parlait d'injonctions.

Psychiatre : il reste à surveiller de près car quand il dérape... Il a du Zyprexa, Solian, Haldol. On a un peu élagué, mais quand même, et on peut utiliser du loxapac si besoin. Il ne se plaint pas du traitement.

A la fin de la discussion :

Pierre : il supporte bien les neuroleptiques pour un maniaco-dépressif.

Sylvie : il a toujours été très demandeur de traitement.

Psychiatre : oui, il a conscience d'en avoir besoin. Il est content de partir. Il aurait pu partir il y a 2-3 mois, mais on voulait être sûr que ça se maintenait. Plus avec la mort de M. Stein (son oncle, auquel il était très attaché), on voulait que ça se tasse, il est fragile.

Pierre : vous avez bien bossé, merci.

Psychiatre : on a bien patiné.

Pierre : vous avez essayé le leponex ?

Psychiatre : on a tout essayé.

Sylvie : d'accord pour qu'il revienne à [*service A*].

Psychiatre : oui, il a une vision optimiste, pseudo normale. Il a un projet de vacances avec son père, puis habiterait avec lui en région parisienne. Il veut reprendre son activité professionnelle antérieure. On a presque envie de lui faire confiance, il a de la ressource. Il faut voir dans quelle mesure ses problèmes de mémoire peuvent être handicapants. Il n'est pas inquiet de sortir. [...]

Pierre : il était devenu apragmatique³⁰⁵, il lui était impossible de vivre seul.

Sylvie : il a toujours dit comment il se sentait.

San : il disait : aidez-moi à ne pas devenir fou [...]

inf de l'UMD : il ne faudrait pas partir plus bas qu'ici.[...]

Pierre : on va repartir de ce point-là, il ne faut pas non plus aller trop vite. (Il y a beaucoup d'activités à l'UMD, un emploi du temps occupé) » JDT, réunion à l'UMD à propos de M. Stein

On peut voir ici que c'est l'efficacité d'un traitement identifié comme pouvant avoir un effet sur un type de troubles précis qui conduit à remettre en cause un diagnostic qui paraissait établi. Les ECT sont aujourd'hui indiqués de façon centrale pour les états dépressifs sévères résistants aux traitements ; en dernière intention, car, comme il est précisé ci-dessus, ils peuvent entraîner des « effets secondaires cognitifs », notamment des pertes de mémoire et des états de confusion. La psychologue de l'UMD indique que ce n'est pas la nouvelle hypothèse de bipolarité qui a conduit à cette tentative thérapeutique, mais l'échec de tous les autres traitements : « les sismos, on en est venus là un peu par hasard, à la fin. On n'en attendait rien », et ce, dans une situation difficile car M. Stein pouvait agresser violemment des personnes autour de lui, patients et soignants, de manière brusque et inattendue. La nouvelle hypothèse a été formulée devant l'évidence de l'amélioration. M. Stein avait reçu un diagnostic de schizophrénie en ce qu'il en présentait, selon les psychiatres, des traits typiques : il était « très délirant, interprétatif et halluciné » (avec notamment des « délires

³⁰⁴ Voir chapitre V-B et lexique.

³⁰⁵ Apragmatique : de *praxis*, action avec un « a » privatif : qui n'agit plus, n'arrive plus à entreprendre de choses, faire des projets, jusqu'à parfois ne plus arriver à réaliser les actions élémentaires de la vie courante.

racistes » autour de sa « filiation »). Le psychiatre et la psychologue de l'UMD vont alors chercher les éléments qui viennent étayer la nouvelle hypothèse : les éléments « thymiques », l'absence de « dissociation », effort auquel contribue le chef de secteur en rattachant un acte « auto-agressif », qu'il désigne comme une tentative de suicide, à une dimension mélancolique. Cependant d'autres éléments sont mentionnés en faveur de l'hypothèse d'une schizophrénie : la période « extrêmement délirante » et le fait qu'il « supporte bien » le traitement neuroleptique très lourd, associant trois médicaments différents, quand bien même ceux-ci semblent avoir peu d'effets positifs – cette tolérance indiquerait par défaut une condition spécifique.

On voit que là non plus, l'objectif n'est pas de fixer une catégorie nosologique mais d'explorer la complexité de la situation. Ce qui domine l'échange est le soulagement partagé face à l'efficacité de la sismothérapie, et pas seulement face à la disparition des actes agressifs (des impulsions agressives ?) mais l'amélioration réelle des troubles subis par monsieur Stein. Se manifeste également l'incrédulité partielle qui l'accompagne et qui conduit à beaucoup de prudence. Le psychiatre de l'UMD dit avoir attendu deux-trois mois avant d'envisager la sortie de l'UMD, et il n'est pas alors envisagé de sortie d'hospitalisation, mais seulement un transfert dans le service de secteur.

L'effort de qualification clinique ne repose pas que sur la catégorisation diagnostique (ce qui pourrait être un enjeu déterminant pour une enquête épidémiologique). Il ne s'agit pas seulement de repérer une pathologie psychiatrique mais d'identifier le niveau des troubles actuels, de (se) proposer un objectif de soin : ce peut être la suppression des symptômes, mais pour certains patients suivis depuis plusieurs années et pour lesquels les symptômes ont été identifiés comme partiellement « résistants » aux traitements, ce peut-être plutôt le fait de retourner à une situation plus apaisée, de supprimer seulement les manifestations les plus importantes, et de rechercher un équilibre plus global permettant de ne pas accentuer les troubles ou de ne pas en favoriser la réémergence.

Les échanges cliniques du service vont ainsi fixer rapidement des repères, qui n'ont pas besoin d'être des catégories fines. Lovell *et al.* les qualifient ci-dessus de « termes faibles » : malade psychiatrique ou pas, schizophrène, bipolaire, psychose paranoïaque, dépression, troubles de la personnalité – en l'occurrence, les termes mêmes ne sont pas toujours formulés : sans plus de précision, voix, dissociations, délires vont renvoyer vers un diagnostic de psychose ; pour certains patients connus, il n'est pas nécessaire de repréciser le diagnostic, il « va de soi ». Les remarques cliniques viennent étayer l'hypothèse diagnostique qui cadre

l'intervention et qualifier l'état de la personne, le niveau d'importance de ses troubles ou au contraire la réduction de ceux-ci. Eventuellement elles interviennent pour remettre en cause le cadrage diagnostique.

Pour un premier groupe de patients, la pathologie sera relativement bien identifiée, quoique « grossièrement » ou l'évidence d'une pathologie « psychiatrique » en tout cas n'est pas remise en cause – ce sont alors les limites pertinentes de l'hospitalisation qui sont discutées au fil des jours, éventuellement son objectif – restreint ou ambitieux. La possibilité de violence de leur part, si elle est crainte et peut faire l'objet de différentes tactiques . Pour un deuxième groupe, la présence d'une pathologie fera d'autant plus l'objet d'une exploration que la conduite de ces personnes au sein du service est problématique. de patients, ce n'est pas tant le fait qu'ils soient adressés ou s'adressent à la psychiatrie que leur hospitalisation qui est remise en cause. À travers la critique de leur hospitalisation se dessine un ensemble de situations qui peuvent être reconnues par les professionnels comme relevant d'une aide « psy » mais sortant du « cœur de métier » de la psychiatrie en tant que telle – typiquement, les addictions font partie de cette dernière série.

3. Le partage entre patients légitimes et illégitimes

Si la possibilité d'une violence, éventuellement grave, comme manifestation ou production pathologique, est admise et ne conduit pas *en soi* à remettre en cause la légitimité de la présence d'un patient à être en psychiatrie, elle peut d'une part, pour les patients dont la pathologie n'est pas discutée, conduire éventuellement à des tentatives de transferts dans d'autres services, en arguant de l'indisponibilité de la chambre d'isolement, ou d'autres dispositifs psychiatriques, comme des Unités pour Malades Difficiles (UMD) ; d'autre part, certains actes, éventuellement plus bénins, peuvent faire l'objet d'un rejet s'ils sont attribués à une intentionnalité mauvaise non affectée par un trouble psychiatrique.

Cette qualification des actes violents s'opère à la fois dans leur mode de mise en récit et dans le schème interprétatif qui leur est appliqué. En l'occurrence, les actes violents des patients « de droit » seront qualifiés de « passage à l'acte » et mis en continuité avec l'évolution, les flux et reflux d'un processus pathologique. Ceux des patients « qui n'ont rien à faire là », au contraire, seront rapportés à une conduite morale déviante, mis en continuité également avec des éléments biographiques antérieurs, mais cette fois analysés sur le plan moral et non

pathologique. Ce peut être alors lié à un travail de remise en cause de la présence d'un patient source d'inquiétudes ou de perturbations au sein du service.

C'est le cas de Mme Alyoussef, dont certains soignants considèrent qu'elle « abuse » du service et d'autres patients. Dans un premier temps, la détresse physique et morale de Mme Alyoussef, hospitalisée pour sevrage de toxiques et dépression, a attiré la sympathie des soignants. Certains de ceux-ci révisent leur jugement quand son état physique s'améliore et qu'ils sont confrontés à ses demandes répétées de médicaments et des petits vols. Anna, une jeune aide soignante, raconte au cours d'un staff³⁰⁶ comment au début elle avait été « touchée » par madame Alyoussef et combien maintenant elle est « mal à l'aise », ayant le sentiment que la patiente « profite » de son séjour à l'hôpital (Ogien et Toledo 1986), abuse des autres patients [...], devient capricieuse, demande des choses non dues. Elle « s'installe », son attitude à l'égard des soignants a changé, elle devient plus exigeante. Le mot est prononcé et revient : « manipulatrice ». » (JDT, staff)

À cela, Sylvie, la responsable du service, répond lors de cette réunion :

« C'est la personnalité classique des toxics [*toxicomanes*]. Les normes de la vie courante demandent une vie courante. Les normes ont été abandonnées au profit du bénéfice immédiat du produit. Une fois qu'il y a eu le bénéfice immédiat de la drogue, il faut que ça soit autre chose. Il y a alors le sentiment [pour les autres, les soignants] d'être exploité, trahi, trompé. Rester soignant signifie : le savoir, savoir qu'elle est comme ça, que son caractère ne va pas changer en deux-trois leçons de morale. Il faut cadrer. C'est normal, il faut s'attendre à ça. [...] Oui, elle est à la recherche du profit immédiat. Elle est malade de ça, elle est malade de tromper les gens. Sinon, on la met à la porte au bout de deux jours. » JDT, staff

Sylvie redonne ici légitimité à la place de Mme Alyoussef en interprétant ses transgressions selon un schème pathologique qui appelle de la part des soignants non une réaction « morale » de blâme ou de rejet mais une attitude « soignante » qui se décale tant par rapport à une imputation de responsabilité que par rapport aux affects négatifs que cette conduite provoque en eux.

Le cas de Mme Zaim, évoqué dans la deuxième partie, est également un exemple paradigmatique de l'émergence du soupçon d'illégitimité : ses nombreux coups de fils et visites sont consommateurs de temps et d'énergie pour l'équipe, et faisaient craindre aux soignants qu'elle se sente un peu trop « comme chez elle ». « Bénéfices secondaires » est l'expression employée pour désigner l'utilisation « mauvaise » du service, comme cela a été bien montré (Verhaegen 1985; Ogien et Toledo 1986; Araque 2005) :

³⁰⁶ Réunion qui a lieu tous les matins au sein du service pour échanger les informations nécessaires et faire le point sur les patients entre infirmiers, aides-soignants et médecins.

« L'hospitalisation possède ainsi un double aspect : thérapie/séjour ; et, conséquemment, une ambivalence de significations. Les professionnels s'efforcent de conférer une signification unique à l'hospitalisation à partir d'une conception du milieu hospitalier en tant qu'il est investi, de part en part, par sa fonction thérapeutique. Ce point de vue constitue les actes et conduites des patients en autant de manifestations symptomatiques de la maladie, de même qu'il assigne à toutes les décisions une rationalité de type thérapeutique. Ce n'est que dans certaines circonstances (prolongation de la durée d'hospitalisation, refus de collaboration au programme thérapeutique, attitudes non-conformes du malade, etc.) que les professionnels sont conduits à remettre en cause cette perception unifiée du sens du séjour en psychiatrie : ils reconceptualisent alors l'ensemble des comportements d'un patient en termes de « bénéfices secondaires ». Ce faisant, ils dissocient le « séjour », de la « thérapie » à partir d'une conception qui postule qu'un séjour n'est légitime que pour autant qu'eux-mêmes lui reconnaissent un caractère thérapeutique. » (Ogien et Toledo 1986, p. 12)

La notion de « bénéfices secondaires » utilisés par les professionnels en psychiatrie rappelle immédiatement le concept d'« adaptation secondaire » chez Goffman, qui désigne dans *Asiles* précisément un usage non prévu d'une institution. Dans le cas des « bénéfices secondaires »

« L'hospitalisation psychiatrique elle-même devient une adaptation secondaire en ce sens qu'elle permet à l'individu, au sein d'un système des contraintes d'utiliser l'institution à des fins « illicites » ou, du moins, qui s'écartent de sa forme primaire, c'est-à-dire les soins. » Lydwin Verhaegen (1985, p.55)

En l'occurrence, la notion de « bénéfices secondaires » est immédiatement connotée négativement. Elle est parfois utilisée seule, en considérant qu'elle suffit à caractériser la situation, avec potentiellement une expression ou un ton de mépris, un ton désabusé ou entendu, ou associée à la remarque « il/elle n'a rien à faire ici », conduisant au désinvestissement ceux qui partagent ce jugement. Le service d'hospitalisation, s'il s'accorde sur ce point, cherche alors de fait à passer le relais : Mme Alyoussef est envoyée en maison de repos, Mme Zaim est « passée » à un suivi par le CAC. « Passage » est le nom que le secteur donne au passage de relais entre unités au sein du secteur. Il ne doit pas être un simple adressage, mais une véritable transmission, au cours de laquelle le membre de l'équipe qui prend le relais est présenté au patient, en présence d'un soignant ou d'un psychiatre de l'équipe d'amont. Brigitte, infirmière du CAC, interpelle ainsi Sylvie, responsable de l'hospitalisation, lors d'un passage à la va-vite dans le poste de soins du service : « quelle est l'hypothèse de crise ? ». Le travail du CAC en aval doit en effet s'initier à partir d'une « hypothèse » formulée à partir de la crise qui a donné lieu à l'hospitalisation – l'idée étant de se saisir d'une crise comme un moment fécond où s'explicitent les problématiques. Poser la question, c'est une manière de remettre en question la pertinence du passage. C'est également l'occasion pour Brigitte d'affirmer la position du CAC. Les infirmiers du CAC contestent ainsi de manière récurrente les « passages » qu'on leur fait, critiquant ce qui est sans doute latent dans certains « passages » au CAC : la tentative de l'équipe de « l'Hospi » de « refiler »

des patients dont elle ne veut pas, en particulier des patients « névrosés », dont le malheur n'est pas pris au sérieux.

L'incertitude quant à la qualification pathologique des comportements vient également frapper ceux dont la violence est appréhendée sans être associée à des symptômes psychotiques clairs. La description de la conduite de M. Amri, dans l'échange au CAC cité plus haut, est d'autant plus favorablement tranchée dans le sens d'un caractère non pathologique qu'il fait peur – ce que pointe Philippe, le psychiatre du CAC (« attention, il faut pas dire « il est pas fou » parce qu'on n'en veut pas ! »). L'argumentation de Sylvie, psychiatre d'hospitalisation présente à cette réunion, se fonde, en ce qui concerne M. Amri, sur les faibles effets constatés tant des traitements que de l'hospitalisation (cela apparaissait également à propos de M. Boudrissa). L'efficacité des traitements, comme on l'a vu dans le cas de M. Stein, sert parfois d'épreuve caractéristique du trouble lui-même. Ici l'incertitude flotte sur l'existence d'une pathologie psychiatrique par delà la « violence » de ces patients. Sylvie questionne ainsi également les symptômes (« Est-ce que c'est une indication pour la psychiatrie quand il terrorise ? »), et si elle situe « le délire » à l'origine de la violence, elle décrit celle-ci comme en étant « le symptôme principal ». Outre qu'elle constate la difficulté d'accueillir ce type de patients, dans le contexte de la relocalisation (où un petit nombre de soignants sont simultanément présents sur le site, et qui dispose de peu de barrières avec l'extérieur), la modalité d'intervention fait question. Elle situe celle-ci plutôt dans un « rapport de force », par lequel il s'agirait de poser « des limites » à ces jeunes gens déjà adultes qui en aurait peu intériorisées. Pierre, le chef de service, dit en entretien de M. Boudrissa, qu'il aurait plus besoin d'une « mesure éducative » que de la psychiatrie ou de la prison, mais qu'il a dépassé l'âge.

En revanche, la violence de patients identifiés comme psychotiques peut conduire à des tentatives de transfert (transitoires dans un autre service de secteur ou de plus longue durée en UMD), mais ne conduit pas à initier ce travail de délégitimation. Cela apparaît dans le cas de M. Stein, et également lors de la réunion au sujet de Marie Monet, qui avait agressé une soignante (sur cette réunion, voir la deuxième partie). Lorsque la séquence des faits est reprise, puis analysée, cette agression est d'emblée qualifiée de « passage à l'acte » et aussitôt inscrite dans l'histoire de Marie Monet. L'imputabilité de l'acte fait alors l'objet de tout un re-travail de la part des soignants, psychiatres et infirmiers. L'une des psychiatres analyse ainsi l'acte de la patiente en termes psychanalytiques, rapportant ses actes à sa maladie et son

histoire. L'analyse institutionnelle les réinscrits dans le contexte de dynamique de la structure et de l'équipe qui la reçoivent. Ce traitement de la causalité dans la réflexion produite à propos d'une agression rappelle l'analyse par Nicolas Dodier de la manière d'éviter de basculer dans un traitement moral d'un accident du travail, traitement moral qui se produirait en cas d'imputation trop rapide à une cause ou un coupable :

« Dans l'imputation de responsabilité, l'origine de l'accident est à chercher dans une défaillance, c'est-à-dire la rupture d'une attente préalable. Les maillons intermédiaires de l'imputation peuvent être extrêmement divers, mais «l'origine» de l'accident, si on la trouve, ne peut être qu'une défaillance. Les inspecteurs du travail, par exemple, face à un accident, recherchent s'il y a une infraction. A l'inverse, dans le traitement non moral, les écarts aux règles risquent, s'ils sont retenus comme cause, de guider le jugement vers une mise en cause. C'est pourquoi cette forme de traitement suppose de trouver une caractérisation de la cause qui soit différente de la notion de norme. La notion retenue est ici celle de «l'écart aux conditions habituelles». La théorie des systèmes évite de polariser les causes sur des écarts à des règles. Dans cette perspective, l'accident provient de perturbations par rapport au fonctionnement habituel, c'est-à-dire un régime relativement stabilisé du système. On rejoint ici le constat empirique selon lequel l'accident survient généralement lors de corrections d'incidents par des opérateurs. C'est dans cette particularisation des situations par rapport à ce qui se passe «ordinairement» que les enquêteurs vont pouvoir identifier des causes qui ne soient pas écarts aux normes. On recherche ici «l'écart à l'habitude» et non «l'écart au prescrit». » (Dodier 1994, p. 260) p.260

S'il est évoqué de la transférer en UMD, Marie Monet reste finalement dans le service. Pendant cette réunion, elle est fréquemment désignée par son prénom. Les patients connus pour avoir déjà commis des actes graves et dont la violence est crainte sont aussi, pour certains, des patients connus de longue date de cette équipe ; ils peuvent faire l'objet d'un investissement important de l'équipe auprès d'eux et même d'un certain attachement. S'ils sont susceptibles d'être source de peur pour les soignants, ceux d'entre eux qui les connaissent ont le sentiment de pouvoir davantage circonscrire cette peur en identifiant les moments où ils sont « moins bien » et en pouvant s'appuyer au moins sur la relation établie avec eux pour dénouer les moments de tension.

L'appréciation des actes de violence par les professionnels du soin psychiatrique s'inscrit dans la revendication plus large d'une autorité dans la détermination de ce qui relève de leur compétence ou non, mais également de leur responsabilité de prise en charge, ce qui n'est pas un moindre enjeu dans un contexte de nombre de lits (de places) restreint. La question de savoir si telle conduite relève d'une manifestation pathologique et si l'adresse de telle personne à un service de psychiatrie est pertinente ou non va ainsi s'avérer centrale à propos de certains patients. Le type de mise en récit des actes et le type d'interprétations mobilisées dans l'explication des actes est déjà le lieu de l'opération d'un partage entre ceux qui ont

« normalement » leur place dans un service de psychiatrie et les autres, selon que les actes sont imputés à un processus pathologique ou font l'objet d'une dénonciation morale. Toute violence ne sera pas considérée comme une manifestation pathologique. De plus, si les faits de violence sont considérés comme non-exceptionnels dans un service de psychiatrie et font partie du cadre accepté de l'exercice de leur métier par les soignants, ils restent l'objet de craintes. L'appréhension face à certains patients conduit à différentes « stratégies », explicites ou non, pour éviter de les accueillir au sein du service d'hospitalisation ou pour réduire la durée de leur séjour. Un certain nombre de patients qui relèvent d'une zone psychopathologique floue et qui présentent des risques de violence pourront se voir « exclus » d'une catégorie nosographique psychiatrique, ce qui correspond en pratique à une remise en cause de la légitimité et de la pertinence de leur séjour en psychiatrie. La tentative d'éviter leur présence n'est pas pleinement explicite mais se joue dans ce travail déjà engagé de (dis)qualification de l'état pathologique. D'autres patients dont la violence fait peur mais dont la « légitimité » est incontestée appelleront d'autres types de tentatives pour éviter leur hospitalisation au sein du service, comme un transfert dans un autre service ou dans une Unité pour Malades Difficiles. Leur éventuelle violence est cependant intégrée dans une interprétation clinique de leur conduite et peut conduire à un investissement plus important des soignants auprès d'eux, n'excluant pas un certain attachement constitué dans des parcours de soin au long cours, qui sont aussi des parcours de vie.

C. Engagements et désengagements institutionnels : la place de celui dont on prend soin

Sur vingt lits, plus d'un quart est occupé par des patients dont l'hôpital est devenu le lieu de vie. Au cours de mon terrain de six mois au sein du service d'hospitalisation : 10 patients en hospitalisation libre ont fait un séjour long *ou* plusieurs séjours dont la durée cumulée est supérieure à 3 mois (dont les cinq identifiés comme « chroniques » par le service)³⁰⁷. En outre, trois patients en HO et un en HDT ont également fait des séjours supérieurs à trois mois. Plus de la moitié des places étaient ainsi « occupées » par des patients en séjours relativement longs, le « *turn over* » se faisant sur les places restantes. Seul un lit sur deux environ était ainsi susceptible d'être rendu disponible à brève échéance pour de nouvelles hospitalisations. Tout en promouvant des séjours « courts », comme on l'a vu, dans une conjonction de la « pression du flux » et d'une conception du soin où l'hospitalisation prolongée est considérée négativement, le service s'engage ainsi, à côté de séjours dont il presse la fin, dans des séjours relativement longs.

Les opérations de partage entre patients légitimes et illégitimes et les projections différenciées d'objectifs et de durée assignés à chaque séjour mettent en évidence l'hétérogénéité des hospitalisations au sein du service. « Cohabitent » en effet des personnes auprès desquelles l'équipe psychiatrique, non seulement du service d'hospitalisation mais du secteur, est engagée de façon contrastée : depuis des interventions ponctuelles jusqu'à des interventions inscrites dans des temporalités longues, parfois de plus de dix ans. À ces différents types d'hospitalisation correspondent des tensions spécifiques. On en a analysé deux au chapitre précédent :

Premièrement, le secteur a pour mission d'accueillir tous types de troubles relevant de la psychiatrie – mais il tend à définir certains comme moins légitimes, comme relevant moins de son « cœur de métier » que d'autres. Les patients les moins légitimes étant soupçonnés de

³⁰⁷ L'un d'entre eux, identifié comme « chronique », est parti une fois « sans avis médical », comme il lui arrive de faire à l'occasion. Il avait été interpellé par la police, plusieurs jours après, après avoir été retrouvé nu devant une mairie. Hospitalisé en HO, il a été renvoyé au service d'hospitalisation A. Sa mesure d'hospitalisation d'office a ensuite été levée par le service A, et il est resté à l'hôpital en HL comme avant cet épisode.

tirer des « bénéfiques secondaires » des hospitalisations – c'est-à-dire des bénéfiques non définis par les soignants.

Deuxièmement, s'il doit accueillir les personnes souffrant de troubles psychiatriques, il apparaît différentes tactiques pour éviter les patients problématiques : au sein du contrôle des flux d'hospitalisations, il s'agit en particulier de contrôler l'écologie du service par une régulation de la présence des patients craints ou difficiles à gérer. Et cependant, à côté de stratégies et tactiques déployées pour les éviter, le service accepte par ailleurs l'accueil de patients connus pour leur violence et s'engage dans leur prise en charge.

On va ici examiner deux autres tensions, qui portent sur la manière dont l'équipe de secteur est à la fois capable de s'engager extensivement dans la vie des personnes, rendant possible une prise institutionnelle forte, et de « doser » voire de borner cet engagement en le limitant expressément dans les situations complexes. Cette contradiction se présente avec une acuité particulière pour cette équipe de secteur qui investit le travail « dans le milieu des patients » et se soucie de leurs conditions concrètes de vie.

La première tension se manifeste notamment dans l'objectif d'« externaliser » la prise en charge des « chroniques », c'est-à-dire de transférer si possible leur prise en charge hors de l'hospitalisation, éventuellement en mobilisant d'autres acteurs extérieurs à la psychiatrie sur le territoire, ou en cherchant des places dans des foyers d'hébergement susceptibles de les accueillir. Le petit nombre de structures accueillant les personnes avec des troubles psychiques en France conduit éventuellement à un projet de foyer en Belgique. Ces patients sont à la fois très « investis » par les équipes mais ils sont considérés comme occupant des places précieuses. De plus, leur présence prolongée au sein du service contrevient au projet de désinstitutionalisation porté par le secteur.

La deuxième tension transparait dans l'objectif plus général d'éviter les hospitalisations de longue durée. Par suite, cela conduit à éviter certaines situations sociales complexes et organiser des transferts de prise en charge dès que possible dans ces situations. Ce service cherche de manière générale à trouver des solutions sociales acceptables en aval de l'hospitalisation, les plus stables possibles – également pour prévenir des rechutes. Cependant il peut chercher dans certaines situations chercher à passer le relais plus tôt lorsque c'est possible pour limiter son engagement, à un moment où il peut craindre à la fois la difficulté à trouver des solutions d'aval et le désistement des autres interlocuteurs dès lors qu'ils identifient « une situation psy ».

Je mettrai d'abord en évidence ces tensions autour de l'engagement et de la limitation de l'engagement du service selon les situations, puis je reviendrai sur une situation d'intervention institutionnelle particulièrement extensive auprès d'une patiente. Je conclurai cette dernière partie sur les différentes manières dont les services de psychiatrie définissent leur rôle dans la prise en charge, entre intervention médicale spécialisée et accompagnement global.

1. Prises et déprises en charge : l'après-hospitalisation. Ce qui relève de la responsabilité de la psychiatrie

a) Transférer la prise en charge des « chroniques » pour « se donner le temps d'accompagner les aigus »

Il « va de soi » que les patients pour lesquels l'hospitalisation est un lieu de vie ne sont pas concernés par des décisions de sortie à court terme. S'ils sont hospitalisés librement, on peut s'interroger sur la marge de manœuvre et d'initiative dont ils disposent. Certains partent (contre avis médical), reviennent (à leur initiative ou non), mais ils disposent de manière générale de peu de « supports »³⁰⁸ et de ressources pour construire des alternatives extra-hospitalières. L'hôpital est ainsi devenu, souvent depuis longtemps, un lieu de vie « normal » pour eux. Pour ceux qui reviennent de façon récurrente en hospitalisation libre, l'hôpital, sans être un lieu de vie, est identifié comme un lieu ressource dans les moments difficiles. Certains d'entre eux habitent à l'extérieur de l'hôpital dans des appartements « thérapeutiques » qui sont des appartements loués par le secteur et occupés en colocation par plusieurs patients suivis par le secteur. L'équipe de secteur est ainsi amenée à prendre une part importante dans la vie de certaines personnes jusqu'à construire elle-même les alternatives à l'hospitalisation, établir les conditions d'une vie « tenable » et possible à l'extérieur de l'hôpital.

La question des « chroniques » est un problème structurel pour la psychiatrie de l'après-seconde guerre mondiale, dès lors qu'elle avait soutenu la proposition selon laquelle l'hospitalisation n'a pas vocation à être un « lieu de vie » et après avoir identifié l'effet incapacitant de l'asile lui-même. Cela n'a pas été la seule conclusion tirée de la critique de

³⁰⁸ J'emprunte ici cette expression à Robert Castel, qui explore les conditions de l'autonomie (Robert Castel 1999; Robert Castel et Haroche 2001)

l'asile. La psychothérapie institutionnelle a cherché à inventer, via des lieux comme la clinique de La Borde, d'autres dispositifs pour accueillir et d'autres manières de soigner ceux qui vivent avec des troubles psychotiques de longue durée. C'est surtout au moment de la diminution du nombre de lits à partir des années 1990 que les services ont cherché des solutions pour les patients qui littéralement habitaient là. Certains services ont pris des mesures drastiques au moment de diminuer les lits. Le secteur A investit fortement le projet de désinstitutionalisation et est vigilant envers la création de différentes formes de « dépendances institutionnelles ». Il a ainsi choisi de ne pas participer à la création de services intersectoriels destinés à ces patients. Il s'est notamment positionné contre la création de Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) – services de longs séjours, et a refusé d'y participer comme d'y envoyer des patients, en s'inscrivant dans une critique de longue date, dès lors qu'a été opéré en psychiatrie un partage entre « chroniques » qui signaient au moins partiellement l'échec de la psychiatrie à les guérir, et « aigus », auxquels était dédiés tous les moyens d'une médecine « de pointe ». Les services dédiés aux chroniques ont été de façon récurrente accusés d'être sous-dotés en personnels et d'être par excellence des lieux de relégation. Mais le service relocalisé du secteur A n'est pas un lieu de vie idéal non plus : le cadre est plus restreint qu'à Philippe Paumelle, où il y a encore un grand parc et une cafétéria. Il n'y a que très peu d' « activités » – d'autres services n'en proposent pas du tout. Du point de vue des patients hospitalisés, peut-être la localisation du service, avec la proximité de la ville, la possibilité d'aller y faire des courses et de s'y promener, présente-t-elle des bénéfices.

De plus, on l'a vu, les « chroniques » occupent des places chères en un double sens : coûteuses et rares. L'objectif est ainsi pour le service A de trouver d'autres solutions que l'hospitalisation pour ceux des patients pour lesquels l'hôpital est devenu un lieu de vie et qu'il est difficile d'imaginer vivre « à l'extérieur », hors d'une institution ou hors d'un accompagnement soutenu. Les échanges suivants montrent différentes tensions entre incitation au transfert de prise en charge de la part du chef de secteur et le fait que leur présence non seulement n'est pas contestée au sein du service, mais est appréciée :

« Sylvie, *psychiatre* : (À propos de Mme Loubès) il ne faut pas qu'on soit le seul lieu. Il faut l'accompagner.

Martial, *cadre* : dans le service, on ne la voit pas beaucoup. Elle ne va pas aux activités.

Pierre, *psychiatre, chef de secteur* : c'est l'intérêt d'externaliser, Gonfaron, Planchet, Zitoun, ça permet de se donner le temps d'accompagner les aigus. 30 ans de psychiatrie, c'est trop...

Sylvie : il y a un phénomène d'attachement, ils sont un amortisseur des aigus, on les connaît mieux.

Pierre : mais on pourra en prendre d'autres, il faut re-séparer lieu de vie et lieu de soin. Parce qu'ils sont vraiment incrustés. Ça va pas marcher dans un premier temps. » JDT synthèse

À propos de Mme Loubès, qui revient régulièrement en hospitalisation, la responsable du service d'hospitalisation dit l'importance de trouver d'autres points d'accompagnement afin de ne pas développer une dépendance envers le secteur. Le principe est clair, le chef de secteur le formule à propos de M. Stein : « il faut pas qu'on fabrique de nouveaux chroniques. » En dépit des formulations abruptes dans ces échanges rapides, Sylvie souligne la place de ces patients au long cours dans l'écologie du service : l'attachement des professionnels qui vient de la possibilité de développer une relation avec eux et de la voir évoluer, la manière dont ces patients familiers jouent un rôle dans les régulations informelles de toute une série de tensions au sein du service. Pierre soutient le projet de « re-séparer lieu de vie et lieu de soin », afin de travailler la dépendance dans laquelle ils sont. Le projet est de chercher à trouver des alternatives de prise en charge, comme cela a déjà été fait pour une série de patients, et les discussions sont nombreuses, de réunion en réunion, pour trouver les formules possibles et qui paraissent adaptées (aux professionnels) pour chaque patient : pour Romuald, il est évoqué un appartement thérapeutique avec un accompagnement par le secteur, et s'il le faut, notamment dans un premier temps, des hospitalisations le week end, l'accueil en hôpital de jour (situé dans un autre bâtiment), voire des déjeuner dans le service d'hospitalisation temps plein qu'il connaît bien. Pour Marcel Mehafdi, il est envisagé une institution d'hébergement accueillant des « patients psy » en Belgique. Pour certains de ces patients, les soignants s'interrogent sur la possibilité de les faire sortir du service d'hospitalisation ou tout au moins d'une institution qui les accueille – ainsi que sur la « meilleure solution » pour eux. Les patients eux-mêmes sont consultés – les faire « adhérer au projet » fait partie des conditions pour que cela « tienne », mais le plus souvent une fois qu'une solution est identifiée comme bonne par les professionnels.

b) Se soucier des conditions de sortie, éviter les prises en charge complexes : la mesure de l'engagement du service

Dans un moment où le séjour « court » devient une norme, l'anticipation de séjours longs de façon à les éviter et le contrôle de l'engagement des soignants de façon à ne pas trop impliquer le service devient une pratique ordinaire. Cela conduit typiquement les services à chercher à éviter les personnes présentant des problématiques complexes comme des incapacités physiques ou des difficultés sociales ne permettant pas une « sortie sèche »

d'hospitalisation, qui peuvent se cumuler à des problèmes de « papiers », de dépendance. Les « SDF » sont l'archétype de ce type de patients en psychiatrie (Marques 2010), quand les personnes âgées aux problématiques somatiques intriquées le sont pour des services de réanimation (Andreo 2004), ce d'autant plus que l'hospitalisation est même est identifiée comme facteur de dépendance. Cette tendance au rejet des patients SDF est générale et conduit l'Agence régionale de santé (précédemment l'Agence régionale d'hospitalisation) à élaborer des règles de répartition complexes entre les services pour que ceux-ci accueillent des personnes qui ne relèvent pas a priori de leur secteur. À Paris, c'est le Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil qui (CPOA) a pour mission d'attribuer un secteur à toute personne sans domicile ou domiciliées hors de l'Ile-de-France nécessitant une hospitalisation, ce qui fait l'objet d'âpres négociations dans le décompte du nombre de « hors-secteurs » accueillis, sachant que l'attribution d'un secteur ne compte pas seulement pour l'hospitalisation en question, mais également pour plusieurs années consécutives, comme on l'a déjà indiqué.

Mme Benabbes est ainsi hospitalisée en HDT dans le service A « au tour extérieur » (c'est-à-dire *via* le CPOA), elle est sans domicile et n'a pas de secteur de référence. Elle a une quarantaine d'années, et est séparée de son mari qui est reparti dans son pays d'origine avec leur enfant. Elle a eu également d'autres enfants qui ont été placés. Elle est en conflit avec sa famille. Seules sa mère et l'une de ses sœurs prennent de ses nouvelles, mais elles ne veulent pas l'accueillir chez elles après l'hospitalisation. Très vite, l'enjeu de l'hospitalisation n'est pas un problème de soin : le traitement médicamenteux fait rapidement effet et l'HDT elle-même est levée au bout d'une quinzaine de jours, mais elle reste hospitalisée pendant encore un mois, et les échanges portent presque exclusivement sur les « solutions » après l'hospitalisation qui lui permettraient de ne pas retourner à la rue, où elle a été agressée plusieurs fois. Les autres sujets des échanges sont sa contraception, dont il n'est pas clair si elle en fait la demande ou si c'est une question soulevée par le service – et les démarches sociales pour qu'elle ait la CMU et l'Allocation adulte handicapé (AAH). Dit brutalement par la responsable du service : « La SDF, qu'est-ce qu'on en fait ? » – formulation qui traduit la mise à distance d'une personne dont la prise en charge est perçue comme lourde. La responsable du service d'hospitalisation est de plus initialement réticente pour que la demande d'AAH soit faite depuis le service, ce qui induirait un engagement plus important auprès d'elle et rendrait plus difficile pour le service de se désister en cas de nouvelle hospitalisation (même si les règles de sectorisation édictées à l'époque par l'Agence régionale

d'hospitalisation exigent pour la continuité des soins qu'un secteur assure le suivi d'une personne hospitalisée au tour extérieur pendant 5 ans après une hospitalisation) :

« Martial, *cadre infirmier* : si on lui demande « qu'est ce qu'on peut faire pour vous, elle demande un appartement »
Anne Sophie, *assistante sociale* : là on n'est pas en mesure de créer un lien pour un projet de foyer...
Pour la demande de cotorep...
Sophia, *psychiatre* : là, elle écrit sa vie
Sylvie, *psychiatre* : pourquoi cotorep ? (*elle s'inquiète de faire la demande de cotorep depuis le service*) ? problème de domiciliation ? » JDT, réunion de synthèse à propos de Mme Benabbes en HDT
– hors secteur

La demande d'AAH³⁰⁹ est cependant réalisée. L'assistante sociale est régulièrement sollicitée par les psychiatres pour savoir où en sont les demandes de place en foyer, elle témoigne des difficultés pour trouver une solution d'hébergement après l'hospitalisation : ses revenus ne permettent pas de payer une chambre d'hôtel, elle ne rentre dans aucune case des foyers spécialisés : « Anne Sophie, assistante sociale : j'ai changé la fin « logement pour soin » en "pour la continuité des soins, il faut un logement". Pour SosFemmes : elle n'est pas battue, le viol ne compte pas. » Les foyers peuvent être réticents dès lors qu'ils voient une demande adressée par la psychiatrie. Anne Sophie insiste sur les demande d'informations de la part des foyers : « je ne peux pas téléphoner aux associations sans rien dire sur le suivi et le traitement ». Il est finalement trouvé un séjour en clinique en « post-cure » pendant un mois, et la responsable du service d'hospitalisation indique que c'est la limite qu'elle pose :

« Sylvie : la suite est catastrophique. Elle part en maison de repos. Après, on peut la reprendre quelques jours après mars, mais pas plus. C'est une pauvre schizophrène à la rue depuis 5 ans. Et pas hospitalisée depuis 5 ans. »
Les échanges se poursuivent avec l'évocation de quelques foyers présentant le même type de limites que les précédents (« [pour le foyer Falleret] la limite d'âge, c'est 28 ans. Elle ne rentre dans aucune case. "femmes en réinsertion professionnelle", "femmes avec enfants", "sans RMI"... ») et le rappel du refus ou l'impossibilité de sa famille de l'héberger.

En l'occurrence, l'hospitalisation n'est pas imposée à Mme Benabbes, le service la laisserait sortir volontiers, mais elle souhaiterait un logement et refuse de retourner à la rue. Le service souhaiterait trouver une solution mais n'y parvenant pas se pose la question de la durée acceptable d'une hospitalisation par défaut d'hébergement. Le fait que la sœur de Mme Benabbes presse également le service pour qu'ils trouvent une solution entre également en compte.

³⁰⁹ Bien que les terrains aient été réalisés plusieurs années après la loi °2005-102 du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » qui crée les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), c'est le terme ancien de Cotorep qui est ici utilisé.

Dans cette situation on voit simultanément le déficit de dispositifs sociaux et le fait qu'en dépit de ce que promet le service (son souci pour les conditions sociales des personnes, le refus de participer à un jeu de « patate chaude »), celui-ci hésite dans ce contexte d'impuissance et de pénurie à proposer plus qu'un engagement très mesuré. L'incertitude quant à la suite (Mme Benabbes reviendra-t-elle les voir pour des soins, sera-t-elle sur le territoire du secteur ?), les conduit à peu s'engager sur des soins dont Mme Benabbes n'est pas demandeuse au-delà des traitements donnés pendant l'hospitalisation, ni sur des démarches administratives qui se déroulent dans la durée et qu'ils ne souhaitent pas engager s'il n'y a pas de suite. L'intervention de la sœur appuie certainement l'effort de trouver une solution – ici une solution très provisoire avec le séjour en clinique – mais les recours tant familiaux que publics et sociaux font manifestement défaut.

Lorna Rhodes parle de l'« impossible mandat » de l'unité d'urgences psychiatriques qu'elle a étudiée : faire sortir rapidement les patients et cependant les soigner comme il faut. Lorna Rhodes souligne la réflexivité de l'équipe face à cette situation, la manière dont ils problématisent la question de leur responsabilité et le type de savoir contextuel qu'ils y développent (Rhodes 1995). Les contradictions ici sont multiples et se déclinent sur plusieurs plans :

L'équipe entend garder les patients le temps qu'il faut, ne cédant donc pas aux pressions économiques ou administratives qui vont dans le sens de la rapidité et des courts séjours. Elle prête cependant attention à ne pas prolonger les séjours afin de ne pas prendre le risque de générer une dépendance, d'induire un besoin de lits supplémentaires et, ainsi, de participer à re-crée un soin hospitalo-centré.

Elle refuse de mettre les patients « à la rue », cherche à organiser des conditions décentes de sorties, les mauvaises conditions à l'extérieur étant aussi comprises comme des facteurs délétères à termes. Mais elle souhaite, dans le même temps, réserver les lits à ceux qui ont spécifiquement besoin d'un soin psychiatrique, en prenant garde de ne pas trop s'engager auprès de patients « hors secteur » aux difficultés sociales complexes.

Elle assume une mission d'accueil de toutes les personnes du secteur relevant d'un soin psychiatrique hospitalier, refusant tant un partage « aigus/chroniques » qui conduirait les seconds vers des services où ils recevraient un soin qui s'est souvent avéré plus dégradé qu'une spécialisation par pathologie (moins de personnel dédié, créatif et

entreprenant). L'équipe se réfère cependant à des pathologies privilégiées, relevant davantage du « cœur de métier » de la psychiatrie (par excellence, « la psychose ») et entretient des manières de considérer certaines catégories de patients comme moins prioritaires (ceux souffrant de dépression, par exemple), voire illégitimes (typiquement, les personnes avec une addiction - alcool, toxicomanie).

Enfin, il s'agit également d'économiser les forces des professionnels pour ces missions éprouvantes qui demandent de la ressource et de se protéger des patients qui font peur, tout en restant dans sa mission d'hospitalisation des patients en état de trouble psychiatrique aigu, *incluant* ceux qui font peur.

2. Une intervention extensive

*« Il ne faut pas lui demander. Il faut lui dire : c'est comme ça. »
Sylvie, psychiatre, responsable du service d'hospitalisation*

À travers l'analyse d'un moment de crise dans la prise en charge extra-hospitalière d'une jeune femme souffrant de troubles psychiques graves par une équipe psychiatrique, j'approfondirai les tensions à l'œuvre dans son accompagnement, entre soin psychiatrique, soin somatique et accompagnement social, entre surinvestissement et rejet de cette prise en charge, entre un souci de cette personne porté par cette équipe et une contrainte à l'aide.

a) La prise en charge de Mme Nathalia Benamara par l'équipe psychiatrique

Quand j'ai vu Natalia Benamara, une jeune femme d'une trentaine d'année, pour la première fois (en 2007), elle avait rendez-vous et attendait calmement qu'un membre du centre d'accueil et de crise vienne s'occuper d'elle. J'en avais déjà entendu parler, car son cas avait été l'objet d'une longue discussion lors de la réunion de cette équipe. Sa situation sortait a priori du cadre de ma recherche, dans la mesure où j'entendais me concentrer sur les hospitalisations sans consentement. Natalia Benamara n'était pas hospitalisée, et venait apparemment de son plein gré chercher des soins.

Voici quelques éléments de l'histoire de cette femme avec la psychiatrie – ou, plus exactement, de l'histoire que la psychiatrie entretient avec elle –, telle que j'ai pu la reconstituer au travers d'échanges entre professionnels. Un « premier contact » aurait eu lieu après sa première grossesse, interrompue par une fausse couche, mais il n'a été pas suivi de soins dans la durée. Lors de la seconde grossesse de Nathalia Benamara, l'équipe de gynécobstétrique, inquiète, fait un signalement à ce qui était à l'époque la DDASS et il est alors prévu une prise en charge mère-enfant voire le placement de l'enfant. C'est dans ce contexte que le CAC la rencontre. Le bébé est finalement placé moins d'une semaine après sa naissance. Entre 1998 et 2008, elle connaît six hospitalisations, dont certaines se font sous contrainte, à la demande d'un tiers, mais d'autres sont libres, notamment les dernières. Sa mère, dont l'équipe psychiatrique estime qu'elle souffre elle-même de troubles psychiques, alterne demande d'aide et nombreux reproches à l'égard du CAC. Au début des années 2000, au cours d'une hospitalisation, un diabète insulino-dépendant est diagnostiqué. Il est par ailleurs fait le choix – a priori par l'équipe de psychiatrie – de lui donner une contraception hormonale par injection (une fois tous les 3 mois), ce qui renforce la nécessité d'un suivi renforcé du diabète.

La jeune femme souffrirait de troubles psychotiques, probablement survenus dès l'enfance, selon une psychiatre ; des troubles qui se sont poursuivis à l'âge adulte : l'équipe la décrit comme « quasi-autistique », ce qui implique des difficultés sociales et relationnelles plus homogènes et continues que dans le cas d'autres types de troubles psychiatriques.

En 2007, lorsque je découvre cette situation, Nathalia Benamara vient tous les jours chercher son argent (sauf le week-end) dans l'établissement qui abrite à la fois le service d'hospitalisation et l'équipe d'accueil. À cette occasion sont réalisés tant ses soins psychiatriques (essentiellement l'administration de son traitement), que ses soins somatiques (contrôle de son diabète, traitement d'une mycose) et d'hygiène (on lui propose/impose une douche et ses vêtements sont lavés). Elle est accompagnée à des rendez-vous médicaux (chez le gynécologue, faire différents examens) ; son diabète est pris en charge par le médecin généraliste du service. Une ou plusieurs visites à domicile sont réalisées par des infirmières du service d'accueil d'urgence. Lors d'une réunion au CAC³¹⁰, une infirmière décrit un appartement « complètement dégradé » : Nathalia Benamara vit dans un logement à l'entresol ; le revêtement du sol, les dalles sont décollées ; l'appartement est très sale et il y règne un grand désordre avec une accumulation d'objets divers : « il est impossible de se

³¹⁰ Les citations qui suivent viennent de mon journal de terrain.

retourner » ; le frigo est vide, ce qu'a constaté l'infirmière : « elle affirme qu'elle mange des pommes de terre et du couscous, je n'ai pas réussi à voir les pommes de terre ». L'équipe évoque la possibilité d'envoyer une aide-ménagère. Mais, dit l'infirmière qui a réalisé la VAD, dans l'état où est le logement, c'est impossible, l'aide-ménagère ne saura pas quoi faire, si déjà Natalia Benamara lui ouvre : « c'est trop dégradé, il faudrait qu'on y aille nous ». L'équipe repère également le fait que la jeune femme n'a apparemment qu'un seul pantalon, troué, et se chargera de l'accompagner en acheter, après avoir sollicité la tutrice pour disposer de l'argent nécessaire.

Au quotidien, de multiples conflits, questions et problèmes surgissent au sein de l'équipe de secteur : un jour, l'équipe du CAC présente fait attendre la jeune femme plus d'une heure avant de s'en occuper ; un autre jour, l'infirmier du CAC emmène la jeune femme au service d'hospitalisation pour qu'elle puisse y prendre sa douche, mais ne s'en occupe pas lui-même ni ne demande « dans les formes » à l'équipe d'hospitalisation de s'en charger. Un accord avait été formalisé entre les équipes du secteur quant aux rôles de chacun, mais il n'était pas au courant. Ce type de problème est récurrent, les informations sont mal transmises. Il faudrait selon certains un « référent », mais chacun évite d'être considéré/désigné comme référent, de crainte d'être chargé au quotidien de ses soins d'hygiène (la jeune femme a également, à cette époque, des problèmes de fuites urinaires).

La première réunion où le cas de Natalia Benamara avait été évoqué devant moi portait sur les patients dont le CAC s'occupait depuis « trop » longtemps, alors que son intervention est censée être temporaire, quelques semaines tout au plus. C'est une autre équipe du secteur qui est censée se charger des accompagnements extra-hospitaliers au long cours, en l'occurrence, le Centre Médico-Psychologique (CMP). De plus, si l'équipe psychiatrique en général accepte de réaliser des accompagnements ponctuels pour régler un problème administratif, pour des rendez-vous médicaux, pour faire des courses ou du ménage, elle ne considère pas que cela relève de son rôle ordinaire. L'équipe cherche à trouver un mode d'organisation moins lourd pour elle et plus durable, sans y parvenir. L'un des points nodaux est la question de ce qu'il est possible de faire accepter à la jeune femme – il n'est pas réellement question ici de son consentement.

En l'occurrence, l'équipe psychiatrique estime que s'ils arrivent à obtenir de Nathalia Benamara qu'elle vienne quotidiennement pour ses soins (le suivi du diabète étant l'enjeu principal de cette fréquence), c'est parce qu'elle doit venir chercher l'argent qui lui est quotidiennement alloué par sa tutrice auprès du régisseur de l'établissement. Cette organisation a été fixée avec la tutrice. Initialement, le CMP assurait cette mission, mais le

Centre Hospitalier Psychiatrique dont dépend ce secteur ne permet désormais plus à ces structures de s'occuper de l'argent des patients, seul le régisseur y est autorisé. Et cela fonctionne à ce moment-là à peu près bien, sauf les incidents répétés qui traduisent la réticence des équipes à prolonger cette organisation. L'équipe doute cependant que Nathalia Benamara accepterait d'autres intervenants, notamment à domicile, comme une aide ménagère ou des infirmiers libéraux, et sans cette « monnaie d'échange » qu'est l'accès à son argent.

b) Une crise de l'organisation du care : la place de la personne dont on prend soin

La crise que j'évoque n'est donc pas une crise relative à l'état psychique de cette jeune femme, car elle survient à un moment qui n'est pas un moment aigu de ses troubles psychiques, mais une crise du *care* pour l'équipe psychiatrique qui la prend en charge.

Les questions principales que se pose l'équipe psychiatrique portent sur l'organisation de cet accompagnement, et notamment sur *qui* doit réaliser les différentes dimensions de l'accompagnement et du soin tant au sein de l'équipe psychiatrique qu'en dehors d'elle. Il y apparaît notamment une dimension bien mise en évidence par les travaux sur le *care* (Tronto 2009; Paperman et Laugier (eds.) 2006) et par les travaux sur la division du travail et le « sale boulot » (Hughes 1996b), qui est le caractère ingrat et dévalorisé d'un certain nombre de tâches qui conduit différents membres de cette équipe à s'efforcer de *ne pas* se charger de cet accompagnement mais à trouver des solutions pour le *déléguer*. Au sein d'une équipe psychiatrique, cela renvoie à une hiérarchie entre des soins supposés plus techniques et spécialisés – les soins psychiatriques et plus largement médicaux ainsi que le travail relationnel auprès des patients –, et d'autres qui leur reviennent moins en propre, comme les soins d'hygiène. Cette situation de « crise de *care* » ne s'explique pas totalement par cette seule dimension dans une équipe qui ne répugne pas à prendre un charge un certain nombre de tâches non-médicales, comme des accompagnements administratifs, l'achat de vêtements ou la remise en état d'un logement, et qui valorise même sa capacité à être « dans le soin » à travers cet accompagnement dans des activités du quotidien.

Cette crise peut être en partie éclairée par l'analyse de Joan Tronto qui distingue quatre dimensions (« étapes ») du *care* : 1. l'identification des besoins, « se soucier de » (*caring about*), c'est-à-dire reconnaître un besoin, et, en amont, y prêter attention, être disponible à

son identification, y être sensible et vigilant (Laugier 2009) ; 2. l'organisation de la réponse : « prendre en charge » (*taking care of*), c'est-à-dire prendre les dispositions nécessaires pour que le soin soit dispensé (se procurer les ressources nécessaires, coordonner les différents intervenants...) ; 3. la réponse effective, « prendre soin » (*care giving*), c'est-à-dire donner effectivement et directement le soin ou l'aide attendue et enfin 4. « recevoir le soin » (*care receiving*), c'est-à-dire s'assurer de la manière dont le soin est reçu, des effets qu'il produit. Tronto met en évidence la façon dont la réalisation du *care* peut être affectée quand ces différentes dimensions sont désarticulées. En l'occurrence, elles sont ici concentrées sur un seul acteur, qui se trouve principal décisionnaire de ce qui est bien pour la jeune femme. Cette équipe psychiatrique est en effet celle qui se trouve en position tant d'organiser la réponse aux besoins de cette jeune femme que de la mettre en œuvre, entre autres *parce qu'elle a développé une attention aux besoins de celle-ci* et assume d'avoir une appréhension globale des personnes qu'elle suit, mais aussi par défaut d'autres intervenants.

Mais cela doit être complété par la question de la place de la personne dans cette intervention, question qui est traitée de façon incomplète par Tronto lorsqu'elle pose comme quatrième et dernière étape/dimension du *care* la façon dont la personne reçoit le *care*. La question de la réponse au *care* est bien évidemment une question pertinente : la personne s'en trouve-t-elle bien ? C'est une bonne épreuve pour savoir si un « bon » *care* a été dispensé. Mais par delà la question de savoir *qui* évalue ces effets du *care* (jusque dans cette phase de « *care receiving* » c'est le point de vue de celui qui dispense le *care* qui reste au centre dans le modèle de Tronto), je défendrai l'idée que c'est à chacune des étapes du *care* qu'il faut poser la question de la place de la personne destinataire, et que c'est éclairant pour comprendre les difficultés qui se posent.

La situation présentée ici est en effet une situation d'intervention extensive, au sens où elle porte sur de nombreuses dimensions de la vie de Nathalia Benamara. Les besoins identifiés sont très étendus : des soins psychiatriques aux soins d'hygiène et l'entretien de l'appartement en passant par les soins somatique, le régime alimentaire et la contraception, j'y reviendrai. Or la question de la place de la personne tant dans l'identification des besoins que dans la demande d'aide est précisément ce qui fait problème : ici, les besoins sont essentiellement identifiés par l'équipe psychiatrique dans le défaut des autres intervenants possibles (mère, tutrice), mais aussi dans le « défaut » principal de la première personne concernée, la jeune femme elle-même, qui ne demande rien voire s'oppose aux interventions.

L'équipe psychiatrique se trouve au centre du *care* dispensé à la jeune femme parce qu'elle est à la fois en position d'identifier des besoins et d'y répondre, éventuellement au moyen de différentes formes de contrainte. L'importance de ces besoins leur paraît telle aux yeux de ces soignants que l'identification de ceux-ci n'est quasiment pas discuté : prendre en charge son soin psychiatrique, son diabète, lui permettre d'habiter dans un endroit décent, vérifier qu'elle se nourrit, et de façon relativement équilibrée pour contrôler le diabète, lui permettre une hygiène « minimale », et, ce n'est pas le moindre élément : prévenir une nouvelle grossesse. La tutrice de Nathalia Benamara pourrait prendre une part plus grande dans cet accompagnement, mais ce type d'accompagnement est difficile, précisément par l'ampleur des tâches à accomplir et par la difficulté d'obtenir la coopération ou a minima l'assentiment de la jeune femme. Il est possible que la tutrice s'en tienne d'ailleurs à une intervention d'autant plus restreinte que l'équipe intervient et il lui arrive de lancer l'alerte auprès de l'équipe quand elle constate que la jeune femme va mal.

Cependant, l'équipe constate le « déficit de *care* » subi par la jeune femme en voyant l'état de son appartement, le besoin de vêtements – que n'ont pas constaté ou qui n'ont pas alerté sa mère ou sa tutrice. L'équipe n'a d'ailleurs pas nécessairement connaissance des actions entreprises par d'autres. La mère est doublement disqualifiée aux yeux de l'équipe en ce qu'elle souffrirait elle-même de troubles et en ce que ces troubles seraient à l'origine du placement de sa fille quand celle-ci était enfant. Les interventions de la mère, dans les moments où elle sollicite l'équipe, sont perçues comme pénibles par les soignants : elles sont alors nombreuses, fréquemment formulées sur le mode du reproche et perçues comme partiellement inadéquates ou sujettes à caution. Elles sont d'autant plus illégitimes aux yeux de certains membres de l'équipe qu'elle n'aurait pas occupé et n'occuperait toujours pas pleinement une position de « mère » vis-à-vis de Natalia Benamara.

Cette intervention extensive ne va pour autant pas de soi du point de vue de l'équipe elle-même. Les questions reviennent de façon récurrente : « Faut-il lui proposer quelque chose ? Personne n'intervient dans cette histoire : ni la police, ni l'ANPE, ni l'assistante sociale. C'est une patiente qui nous utilise *a minima* et qui se débrouille sans nous », dit Julien, le cadre infirmier. D'autres s'interrogent surtout sur les moyens qu'emploie leur intervention :

Laurence, *infirmière* : on voulait enlever le régisseur de cette histoire

Didier, *infirmier* : c'est pas très moral

Laurence: il faut trouver une autre solution

Didier et Elise, *stagiaire psychologue* : on peut pas faire autrement

Philippe, *psychiatre du CAC*: elle peut pas faire autrement » JDT, réunion du CAC

Le fait d'utiliser l'argent comme moyen pour faire venir la jeune femme est qualifié de « soin sous contrainte », mais le psychiatre qui l'utilise ajoute « elle est incapable de consentir ». Le terme « intrusif » revient à propos de la contraception et de l'intervention – mais cette qualification traduit aussi la crainte qu'une intervention « trop intrusive » conduise la jeune femme à rompre le lien avec l'équipe. En même temps, plusieurs psychiatres assument d'occuper une position d'autorité vis-à-vis de cette patiente : « Il ne faut pas lui demander, il faut lui dire : c'est comme ça. », dit Sylvie, psychiatre au CMP et responsable de l'hospitalisation, avec l'idée que cette position d'autorité, quasi-parentale, peut aussi avoir une certaine efficacité : « on est obligés de *faire violence au début* comme tous les gens un peu autistes », et serait en outre temporaire. En regard des questionnements moraux que se formule l'équipe par rapport à son intervention et des problèmes pratiques auxquels elle est confrontées, le caractère à leurs yeux vital de cette intervention les conduit à la poursuivre. À propos de cet usage jugé détourné du CAC le chef de secteur commente ainsi : « c'est une pratique *déviante*, mais c'est aussi un lien de survie ».

Cette prise en charge correspond presque au qualificatif de « total » que Goffman utilisait pour décrire l'institution asilaire, au sens où c'est presque l'ensemble des domaines de la vie de cette jeune femme qui fait l'objet de l'intervention de l'équipe. Elle est exceptionnelle : très peu de patients font l'objet d'une telle intervention. Il y a à la fois une contrainte très forte exercée sur la jeune femme et une attention à elle. Paradoxalement cette intervention très étendue, « intrusive » et avec des dimensions coercitives (la contrainte de venir chercher son argent à la « clinique »), est aussi selon l'équipe ce qui permet de laisser une marge d'indépendance à la jeune femme et de la laisser continuer à habiter dans son appartement, ce à quoi elle serait très attachée, selon une psychiatre. Le « presque » dans « presque total » n'est pas négligeable : celle-ci conserve une marge d'action non négligeable et hors d'un établissement, échappe à l'exposition permanent au regard des professionnels. Les ruses de l'intervention (Vidal-Naquet 2014), les formes de contrainte qui ne sont pas dans la coercition directe, intègrent aussi des formes de négociation avec ce qu'accepte ou non la jeune femme. Et cependant, celle-ci est soumise à une prise sur son emploi du temps (elle doit venir quotidiennement) et sur son corps face à laquelle elle n'a presque pas de marge de manœuvre et au sein de laquelle il ne lui est laissé qu'une place très faible. L'équipe assume de définir à sa place son propre bien et de lui imposer, précisément en s'attachant aux effets sur la jeune femme de cette intervention. De fait, ils constatent qu'elle semble aller mieux et mieux

accepter l'intervention de l'équipe, la voyant relativement en forme physiquement et plus souriante. Pour autant, cette prise en charge reste fortement problématique. L'équipe psychiatrique se trouve en effet prise dans une double contrainte : 1) la nécessité qu'elle éprouve d'intervenir face aux besoins identifiés ; 2) ses propres limites matérielles et éthiques qui sont sans cesse mise à l'épreuve par cette prise en charge. L'extension de son intervention est liée aux besoins qu'elle identifie, dont l'importance lui semble telle qu'ils ne peuvent selon elle être négligés, et au fait qu'elle se trouve en position d'être presque la seule à pouvoir organiser *a minima* la coordination de la réponse à ces besoins, puis de fait, à mettre en œuvre la réalisation d'une grande partie de ces besoins. L'extension prise par son intervention est également due au défaut des autres acteurs « concernés » (ici la mère et la tutrice). Elle se heurte à la charge trop lourde qu'elle représente, notamment par les résistances que la jeune femme continue malgré tout d'opposer passivement ou activement. En lisière, la question de la légitimité de l'intervention de cette équipe se pose tant dans cette *extension* que dans ses *modalités* : notamment l'exercice de différentes formes de coercition par l'incitation coercitive que représente l'argent alloué, l'exercice d'une autorité symbolique, l'appui sur la relation encore fragile nouée entre la jeune femme et l'équipe.

Conclusion de la troisième partie : la place de la psychiatrie dans l'économie des dispositifs

Dans la *Gestion des risques*, Robert Castel indiquait deux options possibles à la psychiatrie post-asilaire : premièrement, la normalisation de la psychiatrie, son assimilation à une spécialité médicale comme une autre, ou deuxièmement, le maintien d'une psychiatrie comme discipline spéciale, investie dans une prise en charge « totale » de la personne, mais hors de l'hôpital. La première option, qui domine sans doute aujourd'hui et affecte toute la psychiatrie, impliquait un re-centrage de la psychiatrie sur le « soin » en un sens restreint (à travers des pratiques spécifiques dans des lieux dédiées : consultations, entretiens, évaluation clinique, prescription médicamenteuse, hospitalisations...) et le transfert de fait d'une partie de la prise en charge « totale » que constituait l'asile à d'autres acteurs : proches, travailleurs sociaux, institutions publiques ou privées (Joseph 1996). Certaines équipes de psychiatrie ont opéré ce recentrage. D'autres se sont engagées dans la seconde option, en s'investissant dans

l'enjeu de rendre possible la réinsertion ou le maintien dans le milieu de vie de la personne, ou en tout cas, hors de l'hôpital.

La question de la charge de l'accompagnement non strictement psychiatrique après la désinstitutionnalisation – mais qui se noue étroitement tant avec les troubles que leur soin – n'a pas ou peu été explicitement posée publiquement avant l'introduction de la notion de « handicap psychique » dans la loi de 2005³¹¹. Cela ne signifie pas que les dispositifs du handicap n'ont pas été mobilisés antérieurement (AAH, hébergement, emploi protégé et autres aides), mais que l'économie de l'accompagnement entre soin, social et médico-social n'a pas été *explicitement* repensée – ou que la tentative de désenclaver l'accompagnement de la psychiatrie s'est heurté à des oppositions en son sein, sans pour autant que l'ensemble des services de psychiatrie s'emparent véritablement de cet accompagnement dans le contexte de vie de la personne (Henckes 2012) : De *qui* relève cet accompagnement ? Les proches, lorsqu'ils étaient présents et en capacité de le faire, se sont trouvés de fait mobilisés pour accompagner les personnes hors des temps d'hospitalisation aux durées réduites. Hors de cet accompagnement par les proches, les difficultés rencontrées par les personnes ont été prises entre plusieurs dispositifs partiellement organisés par l'Etat : entre soin, accompagnement social, situation de handicap, tutelle, qui de par leur histoire tendent à rester des filières distinctes (Chapireau 2006). La psychiatrie est notamment mobilisée lorsque se pose la question d'un refus ou d'une non-demande de soin ou d'aide, lorsqu'une « urgence » est identifiée ou lorsque la non-intervention est ressentie comme intolérable (Marques 2015). Elle dispose en effet d'un outil légal de décision pour autrui (les soins sans consentement, ex-hospitalisations sans consentement). Par rapport à la tutelle, l'intervention de la psychiatrie est à la fois plus restreinte dans les domaines de vie auxquels elle touche et dans le temps, mais la psychiatrie a aussi historiquement une pratique d'intervention dans le domaine de l'accompagnement de la personne et non pas seulement de la gestion de ses biens qui n'est pas toujours familière aux tuteurs professionnels (Eyraud et Henckes 2013), et de plus, elle inclut, dans ses registres d'actions, ce recours possible à la coercition, dans un cadre soignant.

Si l'on s'inspire de la distinction proposée par Henri Bergeron et Patrick Castel (Bergeron et Castel 2010) entre différents types de services, selon leur mode d'engagement (« captant » ou ponctuel) au sein des interventions qui composent une « chaîne thérapeutique », on peut identifier deux positions opposées des services de psychiatrie dans leur articulation avec des

³¹¹ Sans que l'expression de handicap psychique soit mentionnée, le texte cite l'altération d'une ou plusieurs fonctions psychiques parmi les *facteurs* de handicap (Milano 2009; Chapireau 2006)

services et institutions extra-psychiatriques, notamment des services sociaux (pour le logement, les aides sociales, l'accès aux droits) et médico-sociaux (pour différents types d'hébergement encadré, d'accompagnement à la vie quotidienne ou des dispositifs de travail protégé et d'insertion professionnelles). On n'est pas, ici, exactement dans le type de circuits que ces auteurs étudient puisqu'ils étudient les formes de coopération de différents acteurs du soin dans des trajectoires de patients. Les services psychiatriques tendent à considérer qu'ils sont seuls en charge de la pathologie proprement dite – sauf situation spécifique (dans le cas de Mme Nodin, il était par exemple prévu, après son hospitalisation, de passer le relais à un service de post-cure en addictologie). On voudrait dans le cas présent mettre en lumière les manières distinctes dont, dans la redistribution du *care* psychiatrique autrefois dispensé au sein de l'asile, les équipes de psychiatrie vont redéfinir leur action, la recentrant pour certaines sur le service médical du *cure* ou l'étendant, pour d'autres, au développement d'intervention d'accompagnement des personnes hors de l'hôpital dans une série de dimensions de leur vie (logement, travail, soins somatiques, etc.).

La distinction s'opère ainsi entre des services qui vont considérer de leur responsabilité de se soucier des conditions de vie de leurs patients – jusqu'à développer des formes d'accompagnement en ambulatoire, des solutions de logement dont l'articulation avec le thérapeutique est plus ou moins intense (accueil familial, appartements thérapeutiques, etc.) et des services qui considèrent leur responsabilité limitée au traitement de la pathologie – dans un sens potentiellement relativement restrictif de la notion de traitement (hospitalisation, ajustement médicamenteux, consultations, éventuellement avec des consultations psychothérapeutiques spécialisées ou des activités thérapeutiques ponctuelles – l'offre peut-être plus ou moins large, mais en articulation directe et étroite avec le *traitement*). Dans le premier cas, le souci pour la situation et l'accompagnement social des personnes est lié au souci thérapeutique, à travers l'idée que la perte d'un logement ou la précarité sociale est un facteur d'aggravation de la pathologie. Ce souci peut également se situer dans le prolongement d'un souci « total » pour les patients : certains de ceux-ci vivaient voire vivent à l'hôpital, au moins pendant de longues années, et la vigilance quant à leurs conditions de vie en extra-hospitalier est dans la continuité de ce souci. Il peut également témoigner d'un engagement plus politique qui entend rendre possible la déshospitalisation en cherchant des solutions permettant la vie extra-hospitalière : logement et/ou organisation de services à domicile municipaux, libéraux, associatif en articulation avec des visites à domicile du service de psychiatrie. Cette position est celle du service étudié : engagé dans la déshospitalisation, il considère de sa responsabilité de rendre possible la vie extra-hospitalière de ses patients,

jusqu'à l'élaboration de solutions relativement complexes – son souci n'est pas réductible à une solution « organisationnelle », mais le souci organisationnel n'est pas absent dans un contexte d'utilisation des lits à flux constant voire saturé.

D'autres services se sentent légitimes à se centrer sur une activité « strictement médicale ». Un chef de clinique travaillant dans un secteur où il peut avoir une position d'intervention plus « extensive » jusqu'à « l'intrusion » revient ainsi sur son expérience d'interne où il a pu observer des formes de dé-prise en charge qui sont des auto-limitations de l'intervention psychiatrique sans relais :

« Moi venant de V. [*Ville où il a fait son internat*], c'est-à-dire de structures où les urgences sont en conflit avec tous les autres services psychiatriques, où on n'a jamais de place, moi j'ai une angoisse de me retrouver avec un service plein à craquer et des patients que tu renvoies chez eux parce que tu ne sais pas où les mettre, parce que moi ça m'est arrivé à V. Et maintenant, étant chef de clinique, mon interne m'aurait dit : ce patient je le renvoie chez lui, je lui aurais dit : mais non, évidemment tu ne le renvoies pas chez lui. Il y a une telle pression mais générale à V., où les chefs disaient... que tu finis par renvoyer les gens chez eux, et sans structure de post-urgence, parce que là, moi ça m'est arrivé [*dans son secteur actuel*] de dire à des gens : je vous préviens, certes vous repartez chez vous, mais dans deux jours vous venez me voir en consultation. Si vous ne venez pas me voir en consultation, j'appelle les pompiers qui viennent vous chercher chez vous et puis voilà. Ça m'est arrivé de dire : je suis extrêmement inquiet pour vous. J'entends que vous ne voulez pas machin. Mais moi je ne vous laisserai pas disparaître dans la nature. Alors qu'à V. c'était une espèce de truc accepté avec un certain fatalisme, que les gens super malades pouvaient complètement disparaître.

Et vous avez un accord avec les pompiers, ça arrive ?

En vérité, ça ne se fait quasiment jamais. De fait, ça se fait pour des patients que tu suis vraiment. »
Laurent, chef de clinique

On le voit, le souci du secteur A pour les conditions de vie à l'extérieur et notamment les conditions de sortie, qui se traduit par des choix plutôt interventionnistes et son engagement potentiellement extensif auprès de certains patients, est à modérer cependant par une délimitation des patients dont le secteur A considère qu'ils relèvent de sa responsabilité. Il va ainsi mesurer son engagement auprès de patients susceptibles de ne pas rester dans le secteur.

On distingue ainsi deux « types » de services, ou plutôt deux pôles dans la caractérisation des services sur le plan de leur intervention sur les questions des conditions de vie de leurs patients : selon qu'ils définissent leur mission comme « strictement médicales » ou incluent la dimension du contexte de vie de leurs patients comme relevant de leur mission. Au sein de la seconde catégorie, on trouvera une variété de modalités : développement de solutions locales d'hébergements/accompagnement sous l'égide de la psychiatrie ou développement de coopérations avec des services externes potentiellement non-médicaux (assistantes sociales de secteur, SAVS ou SAMSAH, infirmières libérales, bailleurs sociaux, foyers et centres d'hébergement, etc.), la psychiatrie acceptant plus ou moins de ne pas être aux commandes de

la coopération / nécessairement des tensions structurelles dans la définition des « *agendas* » pour reprendre le terme anglo-saxon, des objectifs poursuivis, des priorités, des bonnes manières de les atteindre, et la division du travail. Mais ce qui se joue est également la définition de ce qui relève du « médical » et/ou du psychiatrique : tel service hospitalo-universitaire avec des services hospitaliers « de secteur » développera une pratique « scientifique » avec investissement dans une activité recherche, mais aussi un travail de réseau avec les médecins de son territoire, mais aussi de la « psycho-éducation » du patient (rééducation ou remédiation cognitive, réhabilitation psychosociale), à des fins de (ré)insertion. Si certains critiquent ce qu'ils identifient comme un formatage, une forme de disciplinarisation sociale, ces services défendent ce qui permet de travailler sur des « handicaps » psycho-sociaux qui nuisent à la participation sociale effective du patient (Passerieux et Bazin 2010).

Conclusion

Cette recherche visait à éclairer l'exercice effectif de la contrainte dans le contexte de la psychiatrie contemporaine, à travers une observation des pratiques des professionnels dans différents lieux d'exercice, notamment des services d'urgences et des services d'hospitalisation. Je n'entendais pas proposer une vision d'ensemble de la psychiatrie mais souhaitais ici analyser le recours à la contrainte tel qu'il est mis en œuvre dans le travail ordinaire des équipes de psychiatrie publique, et en particulier au sein d'une équipe de secteur dont il était possible de déployer à la fois l'espace normatif et institutionnel propre et les tensions qui le traversaient. Sans être représentatif de l'ensemble des équipes de psychiatrie dans les choix qu'il a adoptés, et dans la vigilance active qu'il entretient à l'égard de la contrainte, le secteur A a permis de mettre en évidence les questionnements et apories auxquels il se heurte. Les observations et entretiens en parallèle de ce terrain principal ont permis de faire apparaître tant la variété des choix opérés concernant l'organisation des dispositifs locaux et des pratiques que la continuité des questionnements qui les entourent.

Il s'agissait notamment d'éclairer les transformations de la place de la contrainte après les évolutions profondes des dispositifs psychiatriques, et notamment depuis que l'hôpital lui-même n'est plus un lieu de réclusion de longue durée pour la plupart des personnes hospitalisées sans leur consentement. S'il reste un lieu d'hospitalisations longues pour une minorité de patients, un « lieu de vie » pour certains et un lieu de recours récurrent pour d'autres, ces hospitalisations sont souvent « libres » – et se prolongent par défaut de possibilités alternatives, dans des situations où la personne est isolée et dans un contexte de pénuries de dispositifs d'hébergement ou d'accompagnements intensifs dans la vie quotidienne – que la psychiatrie peut fournir, mais à petite échelle seulement, et que peu d'équipes investissent. Hors de ces situations, les hospitalisations, dont les hospitalisations sans consentement, sont la plupart du temps de durée limitée, de quelques jours à quelques mois.

La première partie de cette recherche a ainsi suivi l'évolution des dispositifs de soin et de l'encadrement de la contrainte en psychiatrie, depuis la première grande loi qui en a défini les

termes, la loi du 30 juin 1838. Cette dernière a établi l'encastrement initial du lieu de l'asile, du régime légal de placement et du soin, en s'appuyant sur la théorie aliéniste d'un « isolement thérapeutique » dont nous avons montré la plurivocité. Cet encadrement légal établissait la légitimité d'un « enfermement » des « fous » tout en le désignant comme un acte problématique nécessitant la définition de conditions et de modalités de contrôle selon différentes modalités : pluralité des acteurs devant y participer, possibilité de recours, visite des lieux d'enfermement et, surtout, introduction du médecin. Celui-ci devait, par le biais de son expertise, objectiver la nécessité de ces mesures administratives. L'acteur judiciaire se trouvait par conséquent évincé de l'initiative d'une mesure privative de liberté, lui qui était – et est toujours – censé en être le garant pour tous. La loi marquait l'émergence d'un mandat médical fondateur, dont les aliénistes puis les psychiatres seront les principaux dépositaires, puisqu'était confiées aux médecins tant la possibilité que la responsabilité de la contrainte. La liberté d'aller et venir, dont le placement dans l'asile constituait la privation, était le bien principal qui faisait l'objet d'une vigilance particulière. Une fois la mesure initiale de placement prise, l'ensemble des traitements et conditions de vie imposés aux « internés », n'a pas été entouré de telles garanties et protections. Ces traitements ont été tantôt compris comme inclus dans le régime défini par la mesure initiale, tantôt appréhendés comme échappant au contrôle commun en ce qu'ils auraient relevé d'un savoir distinct, le savoir médical, tantôt considérés comme « contrôlés » par le fait même d'en avoir confiées la décision et la responsabilité des usages aux médecins. Les praticiens avaient ainsi alternativement ou simultanément la responsabilité d'une expertise fondée sur leur savoir et celle, morale, confiée par mandat social, sur les actes d'autres acteurs qui étaient chargés d'assurer le soin quotidien des placés : surveillant-e-s, puis infirmier-e-s et aides-soignant-e-s, et notamment de s'assurer de l'absence de brutalité et d'excès dans l'usage des dispositifs de contrainte. Aujourd'hui, les restrictions supplémentaires, comme la mise en chambre d'isolement ou l'usage de sangles, ne sont, en droit, possibles que dans le cadre d'une mesure administrative de contrainte, mais sont définies comme actes médicaux en étant soumises à l'exigence d'une prescription.

La prévalence du cadrage médical, qui a sous-tendu ce mandat confié à la médecine, a été étayé, du côté des professionnels psychiatres et soignants, par une interprétation thérapeutique de la contrainte : la contrainte comme « isolement », dont on a vu la polysémie (séparation, éloignement, placement dans un milieu favorable, changement de milieu), et de la contrainte comme forme de « contenance », susceptible de canaliser, éventuellement par des moyens physique, l'« éclatement psychique » produit par les troubles. Si ces constructions discursives

normatives viennent étayer certains usages, elles circulent d'une pratique à une autre : l'isolement qualifiant tant le placement dans un lieu de soin qu'un voyage (voir partie I) en passant par la chambre fermée, la « contenance » de la chambre d'isolement voire des sangles, jusqu'à un acte d'autorité signifiant l'indication d'une limite.

Les pratiques sont ainsi diversement problématisées, exposées à la critique et soumises à différentes formes de régulations. C'est ce que j'ai analysé dans une deuxième partie, consacrée aux restrictions intra-hospitalières. J'ai cherché à mettre en évidence, d'une part, la persistance d'un régime institutionnel restrictif, en dépit de l'amélioration globale des lieux de soin et du développement de l'attention de l'ensemble des acteurs aux conditions du soin (il reste des lieux sordides), d'autre part, la manière dont certaines restrictions, limitations et prises sur l'intimité des personnes, pouvaient faire l'objet de variations dans leur exposition à la critique dans le temps. On a ainsi pu suivre les tensions normatives et institutionnelles dans lesquels sont pris tant les dispositifs organisationnels que le recours par les soignants à la contrainte. La fermeture des portes des services hospitaliers, par exemple, tend à aller de soi et à se diffuser largement ces dernières années. Elle est cependant toujours visée par la critique de la fermeture asilaire que tel ou tel acteur peut mobiliser, et a été récemment mise en cause, *via* le registre des droits, par le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). Celui-ci a pu de même attirer l'attention des services qu'il visitait sur la question de l'accès des patients au téléphone, sans pour autant faire l'objet d'une mise en cause critique forte. Cet élément peut apparaître comme un élément anecdotique des conditions intra-hospitalières, mais le CGLPL en a ainsi fait un objet de vigilance (parmi d'autres), en l'observant systématiquement rapport de visite après rapport de visite. Ce qui disparaît dans l'allant de soi du « C'est organisé comme ça », ou placé sous les auspices de la nécessité médicale, apparaît comme faisant l'objet d'une diversité d'arbitrages locaux, qui se trouvent alors exposés à l'accusation d'arbitraire. Ces différents éléments de dispositifs ne sont ainsi pas neutres. Ils sont eux-mêmes travaillés par des tensions normatives et plus ou moins susceptibles d'être exposés à la critique. Ils peuvent également cristalliser des arbitrages, des choix moraux et politique, et les véhiculer. Le cadre légal fait partie de ce dispositif et ne fait pas qu'organiser le partage de la contrainte autorisée et interdite, et les conditions de la première. Il vient lui-même appuyer des formes de légitimité de la pratique et en problématiser certaines dimensions.

Les variations d'exposition à la critique concernent ainsi toute une série de pratiques qui ne sont pas nécessairement identifiées comme « contraintes » (l'accès au téléphone, les horaires de rythmes de vie au sein des établissements, lever, repas, coucher, visites, etc.) mais

également les pratiques pour lesquelles une telle qualification va de soi. Là encore, c'est la pluralité des pratiques qui est frappante : certains services utilisent largement les sangles, quand d'autres n'en font (presque) pas usage ; certains imposent systématiquement trois jours de « pyjama » sans visite, d'autres individualisent entièrement les décisions.

Les zones d'arbitrage, si elles ouvrent la possibilité de l'arbitraire, ne sont pas pour autant des espaces de décision anomiques. Les régulations externes n'ont certes qu'une prise partielle sur les pratiques. Malgré l'extension du registre de la qualité, celui-ci en portant essentiellement l'attention sur les moyens et en organisant le contrôle essentiellement des supports de contrôle plus que des pratiques elles-mêmes, est peu susceptible d'interroger ces dernières. Le recours à la contrainte est cependant l'objet d'une réflexivité critique au sein même des équipes psychiatriques. Des normes morales locales entourent les outils et les usages identifiés comme normaux, acceptables, légitimes voire souhaitables, ou au contraire problématiques, abusifs, illégitimes, insupportables. Il apparaît cependant que la frontière du normal et du problématique peut connaître de fortes variations d'un lieu à l'autre.

La diversité des pratiques se retrouve dans la diversité de l'organisation des dispositifs psychiatriques eux-mêmes, comme on l'a mis en évidence dans la III^e partie : dans les choix opérés quant au fonctionnement des services hospitaliers, éventuellement leur localisation et architecture, dans ceux concernant les missions et caractéristiques des services de soins ambulatoires et des urgences notamment. Or le recours à la contrainte s'inscrit dans l'économie de ces dispositifs : au sein de l'hôpital, comme on l'a vu dans la deuxième partie, dans l'économie des ouvertures et des fermetures, dans le choix de la localisation du service, dans la disponibilité d'un outil de contrainte et des possibilités alternatives de gérer la conduite d'une personne hospitalisée et le collectif de patients ; à l'extérieur de l'hôpital, comme on l'a vu dans la troisième partie, dans l'économie des possibilités alternatives à l'hospitalisation : existence ou non de dispositifs de suivi en ambulatoire, de la possibilité de voir rapidement quelqu'un dans les moments difficiles, éventuellement à domicile et éventuellement de façon intensive, de dispositifs d'urgence généraux ou dans un lien plus ou moins étroits avec les équipes déjà en charge ou qui prendront le relais.

Le lieu d'arbitrage s'inscrit dans les appropriations individuelles et collectives par les professionnels, non seulement des savoir-faire pratiques et relationnels mais également de cette vigilance. Le « bon recours à la contrainte » ne passe ainsi pas uniquement par l'élaboration a priori du partage entre légitime et interdit et la définition de bonnes modalités

de mises en œuvre – mais vient aussi d'une réflexivité qui peut être entretenue collectivement par le retour sur les situations singulières difficiles et la question : pourrait-on faire autrement ? Les choix concernant la contrainte ne s'inscrivent pas seulement dans l'appropriation des constructions discursives et des raisonnements qui en appuient tel ou tel usage. Ils viennent aussi d' « émotions morales » attachées à certaines pratiques (banalisation, défiance, circonspection, etc.), émotions qui sont formées et transmises à la fois dans son parcours moral personnel et dans l'espace collectif professionnel. Plus largement, la socialisation professionnelle en psychiatrie passe aussi par une élaboration de ses propres émotions qui permet à la fois de s'engager dans la relation avec une personne prise en charge et partiellement de s'en décaler quand il s'agit de suspendre l'intentionnalité des actes pour en imputer la cause à la pathologie. L'arbitrage qui préside aux décisions de recours à la contrainte relève ainsi d'une subjectivité, sensible à la possibilité de la peur, de la fatigue, et inscrite dans des confrontations potentiellement éprouvantes avec la personne en face de soi, mais aussi avec son entourage, les autres patients. Cette subjectivité se construit et se déplace au cours de la formation initiale et des expériences professionnelles, dans l'ajustement du « jugement clinique », de l'évaluation globale de la situation, de l'appropriation d'un rapport assumé à la contrainte et/ou à la possibilité d'une prise de risque.

Si on a ainsi identifié une part d'arbitrage dans les décisions de contrainte qui ne relève pas de la seule expertise clinique d'un état pathologique, on a également circonscrit l'espace de cet arbitrage. Les décisions de recours à la contrainte s'insèrent entre la possibilité de trouver des alternatives et des formes de relais dans la réponse à l'inquiétude face aux conduites associées aux troubles, et les obstacles qui barrent le recours à certaines solutions. L'analyse que l'on a proposée des décisions d'hospitalisations sans consentement met en évidence les obstacles et les relais dans les dispositifs psychiatrique. Parmi les relais, la possibilité d'un suivi rapide, en aval de la rencontre, est susceptible de permettre de surseoir à une hospitalisation. Parmi les obstacles, la (faible) disponibilité de lits d'hospitalisation est apparue comme une donnée importante qui peut conduire à repousser une hospitalisation. De manière plus large, les décisions d'entrée et de sortie au sein des services d'hospitalisation inscrivent les décisions individuelles dans la gestion d'un collectif mouvant – non seulement la gestion « quantitative » de flux, mais la composition « collective » d'un service d'hospitalisation dans lequel l'équipe des professionnels parvient à travailler. L'évaluation qui préside à la décision à la contrainte inclut également l'identification des formes d'obstacles et de relais qui se trouvent dans l'environnement de la personne, des intervenants concernés ou susceptibles

d'être mobilisés autour d'elle, pouvant alerter la psychiatrie si les choses vont moins bien, relayer l'attention et la vigilance s'il est décidé de surseoir à une hospitalisation, accompagner un retour à domicile, ou, au contraire l'absence d'intervenants, ou leur épuisement qui ne leur permet pas d'assurer cette position.

L'existence de relais ou d'obstacles n'est pas nécessairement connotée positivement pour les uns, négativement pour les autres : l'« obstacle » de l'indisponibilité de lits est identifié par les professionnels du secteur A comme imposant la nécessité d'inventer des solutions alternatives à une hospitalisation jugée potentiellement délétère, et de chercher à travailler sur les difficultés de la personne dans son milieu de vie ; il peut également conduire à une insuffisante réponse aux besoins des personnes. La crainte de la création de la dépendance institutionnelle entre ainsi en tension avec l'identification du besoin du temps long pour se remettre. Les relais, quant à eux, peuvent participer de formes de « collusion », au sens où les intervenants peuvent s'accorder dans la définition du *bien* de la personne à sa place au lieu de permettre l'augmentation de sa marge de choix au sein d'une pluralité des positions et des points de vue.

L'hôpital a été l'un des points d'ancrage de la critique des prises en charge psychiatriques : en tant qu'il produisait une dépendance des personnes accueillies, était la source d'une disqualification de celles-ci, le moyen d'un contrôle sur elles, comme facteur de violence et de pathologie. Goffman s'interrogeait sur les « effets » sur le « moi » des reclus de la vie en institution « totale » : les reclus de l'« asile » qu'il étudie se voient dépouillés de leurs attributs sociaux et surtout voient s'exercer sur eux une emprise institutionnelle, leur vie étant exposée au regard des soignants, étant empêchés de circuler d'une sphère sociale à une autre. La réduction très importante des durées de séjour a transformé la portée de ces restrictions, leur donnant une prise beaucoup plus faible. L'usage de la contrainte reste susceptible de constituer une forme d'effraction dans la vie des personnes. Mais la sortie d'hospitalisation permet d'échapper, en partie du moins, à la « prise institutionnelle » de la psychiatrie. Les personnes retrouvent la possibilité de faire leurs propres choix. Il leur est plus aisé de se soustraire aux interventions des professionnels. Ces derniers se trouvent quant à eux davantage exposés au regard public, de même qu'ils sont susceptibles de voir la personne différemment car débarrassée du statut de patient hospitalisé. La possibilité d'une prise institutionnelle extensive sur certaines trajectoires de patients demeure, notamment par le recours toujours possible aux mesures de soins sans consentement. Les programmes de soins

introduit par la loi de 2011 contribuent à l'extension possible de la prise institutionnelle dans l'extra-hospitalier. On a vu la diversité des engagements possibles du secteur A dans les parcours des personnes qu'il accompagne, sous-tendu par le souci de leurs conditions de vie, mais conduisant pour certains à des interventions très extensives. Il est apparu également la manière dont il mesure son engagement, et est limité dans la possibilité de l'assurer.

La psychiatrie n'est pas en situation d'exercer un contrôle extensif des populations. Elle est tout d'abord limitée par la question des « moyens » : manque de personnel, de temps, mais aussi d'« outils de travail », comme les voitures. Cela réduit évidemment les interventions intrusives mais limite également les possibilités d'ajuster des accompagnements selon les personnes et les moments, de négocier ce qui aide et limiter l'intrusion. La question des moyens est a priori fondée. Elle est néanmoins liée à celle de leur répartition, c'est-à-dire de la manière dont une équipe de psychiatrie définit ses missions et ses priorités. Mais outre ces limitations matérielles, différentes formes d'auto-limitation apparaissent, qui sont des auto-limitations liées à la fois à des théories du soin et à des choix politiques et éthiques. Trois d'entre elles – les principales – peuvent être identifiées (Henckes 2009b). Il y a tout d'abord une auto-limitation théorique, d'inspiration psychanalytique, qui refuse d'aller au devant de la demande, de précéder le « désir du sujet ». Elle peut se traduire par le refus d'intervenir à la demande d'une tierce personne mais seulement sur sollicitation expresse de la personne concernée. Elle correspond à un certain désinvestissement d'une action politique dans la ville et à une forme de « repli » sur les consultations. Une deuxième forme d'autolimitation prend sa source dans l'anti-psychiatrie, la psychothérapie institutionnelle et l'investissement politique du secteur. Elle promeut la sortie de l'institution, la valorisation du « milieu ordinaire », la contestation des effets délétères de l'institution et de sa dimension ségrégative. Elle se prolonge dans une conscience du danger potentiel d'une intervention « sans limite » de la psychiatrie, du rôle que certains (famille, élus, gouvernement) pourraient vouloir faire jouer à cette médecine dans le maintien d'un ordre (public, social, familial). Il s'agit ainsi de se défier à la fois d'une croyance en sa propre « toute-puissance » ou de la velléité de l'exercer. Il s'agit aussi de se garder d'être l'interlocuteur exclusif de la personne et de produire ainsi une nouvelle forme d'aliénation, en laissant toute leur place aux autres intervenants possibles : l'entourage, intervenants du social et du médico-social, tous ces acteurs capables d'étayer la vie des personnes hors de l'hôpital. La troisième auto-limitation puise sa source dans une « médicalisation » de la psychiatrie au sens d'un alignement sur les spécialités somatiques. Certaines peuvent définir leur domaine d'exercice au sein de la sphère

médicale du cabinet, de l'hôpital ou du lieu de soin. Cette dernière auto-limitation peut conduire à des formes de repli, à l'affaiblissement de l'accompagnement social des malades et au non-investissement du travail partenarial avec les différents acteurs du territoire. Elle peut, à l'inverse, conduire à un travail d'identification des acteurs du médico-social pour leur passer des relais, et rejoindre par d'autres chemins une position qui n'est pas si éloignée de celle de la psychiatrie de secteur.

La psychiatrie est également vigilante à délimiter la légitimité et la pertinence des recours qui lui sont adressés et, ainsi, à borner la tentation d'un usage de sa capacité contraignante « préventive ». L'étude des évaluations successives dont sont composées les décisions d'hospitalisations sans consentement fait d'ailleurs apparaître un ensemble de situations problématiques concernant des personnes dont la violence est crainte et dont la capacité à décider pour soi et à être responsable de ses actes est questionnée (notamment la capacité à respecter des limites associée à un développement intellectuel et moral jugé immature). Ces patients se trouvent alors dans un entre-deux institutionnel, fait d'allers-retours entre la psychiatrie et le circuit police-justice. Certains professionnels de la psychiatrie estiment être, tout à la fois, à la limite de leurs compétences, dans une certaine impuissance thérapeutique et dans une difficulté à accueillir ces personnes dans leurs services. Si la violence potentielle de ces personnes nourrit leur « rejet » des services de psychiatrie, il est apparu que la psychiatrie assumait pourtant d'accueillir d'autres personnes identifiées comme susceptibles d'être violentes dès lors qu'un trouble psychiatrique « clair » était apparu. L'acceptation par les professionnels de la possibilité de cette violence va de pair avec l'apprentissage du fait qu'elle est loin d'être le fait de l'ensemble des patients et que, souvent, elle n'accompagne que certains états, chez certaines personnes. Ce potentiel de violence s'accompagne également de l'apprentissage de formes de vigilances spécifiques ainsi que de savoir-faire permettant d'atténuer les situations de tension.

La dernière grande loi sur les soins sans consentement, la loi du 5 juillet 2011, témoigne de l'incertitude normative qui entoure le traitement social des personnes vivant avec des troubles psychiques graves. Cette incertitude normative est éclatée entre trois pôles : le souhait de se prémunir d'une « dangerosité » imputée à ces troubles, l'inquiétude d'une discontinuité des soins, et le réinvestissement d'un souci pour les libertés qui prend aujourd'hui la forme du registre des droits fondamentaux des personnes. On retrouve, entre ces trois pôles, et sous une autre formulation, l'ancienne tension entre sécurité, soin et libertés reformulée, mais où ces différentes visées sont davantage juxtaposées que leur tension élaborée. L'objectif de sécurité

est porté par la persistance de l'altérisation des « fous » auxquels certains voudraient faire porter la charge de la violence au sein de la société.

Le souci du soin est nourri de l'inquiétude pour les personnes dont les conduites échappent aux interprétations communes, introduisent du désordre, ou qui sont elles-mêmes traversées de souffrance ou de visions cauchemardesques du monde. Il est alimenté également de l'espoir que le traitement, dont l'hospitalisation serait une entrée, puisse résoudre sinon les troubles (psychiques), du moins leurs désordres, et rendre davantage une vie qui compose avec ceux-là ; le développement d'une « normalisation » des soins psychiatriques par un rapprochement avec les soins somatiques conduit à nourrir les attentes d'une guérison ou, du moins, d'une canalisation des symptômes et de leurs effets délétères par le biais d'une bonne observance. La possibilité de poursuivre par un programme de soins en ambulatoire l'hospitalisation initiale, par laquelle s'ouvrent les mesures de soins sans consentement définie par la loi de 2011, relève ainsi de ce souci d'assurer la continuité des soins dans le cadre de cette attente, qui surinvestit potentiellement les traitements. Car s'il est envisagé dans ce programme de soins une pluralité des modalités de soins possibles, incluant (entre autres) psychothérapie, activités thérapeutiques, voire hospitalisations transitoires, celui-ci vise principalement le maintien du traitement médicamenteux, sur le modèle somatique, et à tout le moins le maintien du « suivi » par une équipe psychiatrique capable d'exercer une vigilance. Ce qui tend à promouvoir un « bien » (la continuité du traitement), qui laisse potentiellement peu de place aux personnes qui ont fait l'objet de ces mesures pour participer aux décisions de soin qui les concernent, discuter voire refuser certains traitements dont les conséquences sont trop coûteuses selon leurs normes propres.

Le réinvestissement du registre des droits, quant à lui, réassure les protections communes aux personnes susceptibles de faire l'objet de ces mesures de soins sans consentement, notamment *via* le contrôle par le juge du maintien prolongé en hospitalisation, celui étant le garant constitutionnel des libertés. En ce sens, ce registre s'oppose à l'altérisation produite tant par la défiance sécuritaire que par la construction de l'exceptionnalité de la folie. Cependant, la possibilité d'une mesure de contrainte spécifique visant les situations de troubles psychiques ne rencontre aujourd'hui quasiment aucune contestation en soi. La loi de 2011 réaffirme, quoiqu'il en soit, la légitimité de formes de contrainte spécifiques attachées aux troubles psychiques : possibilité d'une contrainte de déplacement au sein d'un lieu de soin et d'enfermement physique, et contrainte aux soins eux-mêmes.

Cette juxtaposition normative témoigne de la manière dont l'expérience des troubles psychiques graves et leur traitement sont peu présents dans l'espace public – en dépit de la prévalence de ces troubles. De 1 à 2% de la population française souffre de schizophrénie (400 000 sujets malades en France et 10 000 nouveaux cas par an (HAS 2007)), 1 à 2% de troubles bipolaires (HAS 2015). Si certaines personnes vivant avec ces troubles n'ont jamais fait l'objet de contrainte, une partie est actuellement suivie exclusivement en ambulatoire, et une autre vit sans soins, un nombre important de personnes fait l'expérience de mesures de contraintes, parfois de façon récurrente. En dépit de leur prévalence importante, l'expérience des troubles psychiques fait peu l'objet d'une mise en commun et d'une élaboration collective, qui en rendrait davantage possible l'appropriation individuelle. Les troubles psychiques ne sont pas toujours intégrés comme expérience possible de tout un chacun, la sienne, celle de ses proches, celle de ceux que l'on est prêt à reconnaître comme ses pairs. Si l'identification de troubles mal connus peut être difficile quand leur émergence est progressive, la crainte et la stigmatisation dont ils sont entourés renforcent la difficulté de la sollicitation de soins, de même que la méconnaissance de la psychiatrie également, dont la faculté de contraindre fait peur. De fait, le mandat exceptionnel qui lui est confié et qui lui permet de retenir (certes pas seule) et de décider des traitements pour ceux qui sont sous mesure de soins sans consentement, est exorbitant. S'il peut apparaître nécessaire d'*empêcher* certaines conduites à certains moments, la possibilité de la poursuite d'une prise institutionnelle extensive dans la vie des personnes court sur un fil problématique entre ce qui va permettre à certains de tenir et ce qui ne permettra pas à d'autres de s'émanciper.

Remerciements

Merci tout d'abord à tous ceux que j'ai rencontrés en entretien ou sur mes différents terrains, qui m'ont consacré du temps, ont accepté de me recevoir, de me faire partager leurs expériences et leur réflexion, de me laisser les accompagner dans un moment de vie, dans leur travail : personnes qui ont fait l'expérience de la psychiatrie en tant que patients, proches par qui j'ai découvert le monde de la psychiatrie dans le travail de recherche qui précédait celui-ci, et, pour celui-ci, en particulier les professionnels rencontrés. J'ai énormément appris à leurs côtés et aurais encore beaucoup à apprendre. Merci en particulier à « Pierre » et à « Sylvie » qui m'ont sans défiance ouvert les portes de leur secteur et leur service et m'ont fait bénéficier de leur intelligence sur leur travail, comme l'ensemble des professionnels rencontrés. Merci à l'équipe du service d'hospitalisation A pour son accueil. Un merci spécial à « Séverine », secrétaire du secteur, pour sa bienveillance, son attention et sa disponibilité. J'espère que ce travail rend avec justesse ce que j'ai pu voir et entendre, qu'il restitue quelque chose de la complexité des expériences traversées mais, sans oser trop espérer, merci pour votre aide dans ce projet.

Je tiens à remercier en particulier Nicolas Dodier, le directeur de cette recherche, dont j'espère n'avoir pas trop mis la grande patience à l'épreuve, qui m'a laissée cheminer au rythme de mes possibilités. Merci pour sa disponibilité, pour ses relectures précises et riches, pour son exigence, et en même temps pour la grande liberté qu'il laisse d'explorer ses propres pistes, permettant le risque de potentielles errances.

Merci aux membres du jury d'avoir accepté d'y participer : Numa Murard, Anne Paillet, Corinne Rostaing et Florence Weber.

On ne réfléchit pas seul, et j'ai eu la chance de participer à différents collectifs de travail qui ont rendu cette recherche d'autant plus excitante et enrichissante qu'elle se nourrissait des échanges partagés.

Merci au groupe de travail sur l'autonomie, rencontré grâce à Luc Boltanski : Jeanne Lazarus, Lucie Bonnet, Benoît Eyraud, Mathieu Elgard, Arnaud Esquerré et Elisa Herman. Outre la densité des échanges, j'y ai trouvé des amitiés durables.

Merci aux « Lisboètes » avec qui j'ai eu tant de plaisir à co-organiser le séminaire Ville et santé mentale : Aurélia Michel, qui a permis cette heureuse rencontre, Magali Coldefy, qui détient le secret des chiffres en psychiatrie, Benoît Eyraud qui a su prendre au bond une suggestion dans un colloque, et les incroyables Pauline Rhenter et Livia Velpry.

Merci à Aude Béliard, Aurélie Damamme et Jean Sébastien Eideliman, avec qui, de l'organisation de la journée d'études « Qualifier les problèmes, décider pour autrui » à la parution du dossier issus des prolongements de cette rencontre, le travail partagé a été à la fois exigeant, enrichissant, fluide, chaleureux et joyeux !

Merci à Violaine Roussel et Cédric Moreau de Bellaing qui ont rendu possible la très riche journée d'études « Normes professionnelles et définition de la violence légitime ».

Merci à tous ceux qui m'ont permis de présenter différentes étapes de ce travail – je risque d'en oublier : le groupe Traitement et contrainte, avec lequel j'ai eu grand plaisir à travailler, ne serait-ce que ponctuellement, qui m'ont permis de présenter différents moments de mes analyses et de bénéficier des retours de jeunes chercheurs exigeants, merci en particulier à Yasmine Bouagga, Camille Lancelevée et Arthur Vuattoux ; merci à Contrast, collectif fécond, en particulier à Benoît Eyraud et Livia Velpry pour leur soutien dans la fin de thèse, ainsi qu'à Lucie Lechevalier Hurard et Pierre Vidal Naquet pour les échanges que j'ai eu avec eux et espère prolonger très vite. Merci aux chercheurs qui m'ont permis de voir ma recherche discutée dans leur séminaire ou lors de rencontres qu'ils organisaient, Nicolas Dodier, Luc Boltanski, Numa Murard, Florence Weber, Patricia Paperman, Sandra Laugier, Pascale Molinier et Lise Gagnard.

Ce travail a été rendu possible par une allocation de thèse de l'EHESS, un monitorat à l'UFR de sociologie de l'Université Paris 7-Denis Diderot, des postes d'attachée temporaire d'enseignement et de recherche à l'UFR de sociologie de l'Université d'Evry et l'UFR de Science politique de Paris 8. Merci aux équipes pour leur accueil, ainsi qu'aux laboratoires qui ont accueilli ma recherche, le GSPM et le LIER.

Un grand merci à tous ceux qui ont accepté de relire étapes intermédiaires et chapitres. Tout d'abord un grand, grand merci à Véronique Bontemps pour son soutien et ses encouragements dans la finalisation de cette recherche, sa vigilance pour repérer coquilles et trop longues phrases. Un très grand merci également à Jérôme pour son soutien organisationnel et moral, pour ses relectures précises et ses suggestions. Merci à Axel Pohn Weidinger, Mathieu Elgard, Benoît Eyraud pour leurs relectures intermédiaires de chapitres et leur soutien : chaque passage d'étape est précieux. Merci au groupe Ecrithèse pour ses retours sur le premier « draft » de la thèse : Marine Jeanne Boisson, Marie Le Clainche Piel, Elsa Forner, Carlos Gutierrez, Raquel Rico Berrocal, Nathalie Plouchard et Héloïse Pillayre. Merci à Laurence Guignard pour sa relecture et les précisions historiques qu'elle a apportées. Merci à mes parents, pour leur soutien constant, également mis à contribution dans les relectures. Merci à Aude Béliard et Séverine Chauvel, pour leurs relectures, leur disponibilité et leur chaleureux soutien, à Arnault Skornicki, pour son soutien de longue date et sa vigilance dans sa relecture de la bibliographie. Un grand merci à Magali Coldefy pour sa patience envers mes inépuisables questions et les réponses qu'elle y a apportées.

Un grand merci à Benjamin Lehari, pour m'avoir laissé utiliser une de ses magnifiques photos de la petite ceinture parisienne pour la couverture de cette thèse.

Merci, merci à Laetitia Lesage qui permet par son plan du service A de ne pas s'y perdre !

Merci à ma sœur et aux ami-e-s, sans qui la vie serait plus dure, pour leur soutien, et leurs encouragements (ceux que je ne cite pas ici, vous comptez quand même !) : Charlotte, Nadège, Paola, Camille, Vio, Matthieu, Stéphane, Diogo, Cécile, Marie, Claire, Aurélie, Jeanne, Emmanuelle, Patricia, Coline, Marc, Bastien, Maia et son attention aux autres, sans oublier le soutien chaleureux (et calorique) de Marie et Elsa.

Niels, mon ptit gars, mon grand garçon qui a encore beaucoup à grandir, je ne te dédierai pas ce travail consacré à des choses bien difficiles et peu légères, je ne te remercierai pas d'avoir supporté une mère qui a consacré tant et tant à son travail depuis que tu es né, parce qu'après tout, je t'ai aussi, avec énormément de bonheur, consacré beaucoup de temps ! Et que je crois – rationalisation a posteriori ? – qu'il ne peut t'être que très favorable de passer du temps avec

d'autres personnes, adultes et enfants ! Je te demanderai plutôt pardon pour les moments où je n'ai pas su t'épargner fatigue ou tensions qui venaient d'ailleurs. Mais pour ce travail merci, car tu m'as bien donné à réfléchir, par tout ce que j'ai déjà vécu avec toi (*care*, contrainte, non-violence et éducation, quel chantier d'avenir!).

Surtout je pense à toi au moment de conclure ce travail, au bonheur de réaliser des choses qu'on aime, à l'espoir que je voudrais te transmettre, qui aide à se guider dans les moments où l'on patauge dans les marécages... Car il est, hors des marécages, sur la terre ferme ou dans la mer, des espaces et de beaux moments. Et il y a du bonheur, même dans les marécages.

D'ailleurs, les marécages sont un beau défi.

Bibliographie

- ABBOTT Andrew, 2003, « Écologies liées: à propos du système des professions » dans Pierre-Michel Menger (ed.), *Les professions et leur sociologie. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions.*, Paris, Editions de la MSH, p. 29-50.
- AMOUROUX Charles et BLANC Alain (eds.), 2001, *Erving Goffman et les institutions totales*, Paris, L'Harmattan (coll. « Logiques sociales »).
- ANAES, 1998, *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé*, s.l.
- ANDERSON Scott, 2008, « Coercion », *Stanford encyclopedia of philosophy*, 2008.
- ANDREO Christophe, 2004, « La gestion des flux de malades dans les services de réanimation », *Sociétés contemporaines*, 2004, n° 2, p. 99-124.
- ANZIEU Didier (ed.), 2000, *Les enveloppes psychiques (1987)*, 2e éd. rev., Paris, Dunod (coll. « Collection Inconscient et culture »).
- ANZIEU Didier, 1985, *Le Moi-peau*, Paris, Dunod (coll. « Psychismes »).
- APA, 1985, *Seclusion and restraint. The psychiatric uses. Task Force Report 22*, Washington (DC), American Psychiatric Association.
- ARAQUE Walter, 2005, « Mise en activité et jugement des personnes dans un service de psychiatrie en hôpital général » dans Walter Araque, Nicolas Dodier et Sandra Jacqueline (eds.), *La place faite au patient dans les services de psychiatrie – Statut public/statut pragmatique. Rapport au programme « Sciences biomédicales, santé, société »*, Paris, CNRS/INSERM/MIRE, co-financement MGEN.
- ARENDRT Hannah, 1991, *Du mensonge à la violence*, Paris, Presses pocket (coll. « Agora »).
- ARISTOTE, 1994, *Éthique à Nicomaque*, Paris, Vrin.
- ATIH, 2014, *Psychiatrie : les chiffres clefs*, France, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.
- AUSSEILL J. J., DECOUSSER P. et PETIT-DANDOY M. R, 1992, « Le deuxième certificat : une garantie illusoire. L'hospitalisation sous contrainte : à propos de la loi du 27 juin 1990 », *Information psychiatrique*, 1992, vol. 68, n° 9, p. 917-925.
- AYME Jean, 2009, « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle (1985) », *Institutions. Revue de psychothérapie institutionnelle*, octobre 2009, n° 44, p. 111-153.

- BAILLON Guy, 2004, « Le début des soins en psychiatrie de secteur : un trauma de plus ou un accueil ? », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2004, n° 42, p. 117-138.
- BARBOT Janine, 2008, « Soigner en situation de risque judiciaire. Refus de transfusion et responsabilité médicale », *Revue française de science politique*, 4 décembre 2008, Vol. 58, n° 6, p. 985-1014.
- BARBOT Janine et DODIER Nicolas, 2011, « Violence et démocratie au sein d'un collectif de victimes. Les rigueurs de l'entraide », *Genèses*, 2 février 2011, n° 81, n° 4, p. 84-103.
- BARRIER Philippe, 2012, « Éclairage sur les processus d'auto-normativité dans la démarche d'accompagnement et d'éducation des équipes soignantes », *Recherche en soins infirmiers*, 2012, vol. 110, n° 3, p. 7.
- BARRIER Philippe, 2008, « L'autonormativité du patient chronique: un concept novateur pour la relation de soin et l'éducation thérapeutique », *ALTER-European Journal of Disability Research/Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 2008, vol. 2, n° 4, p. 271-291.
- BARTHE Yannick, BLIC Damien DE, HEURTIN Jean-Philippe, LAGNEAU Éric, LEMIEUX Cyril, LINHARDT Dominique, MOREAU DE BELLAING Cédric, REMY Catherine et TROM Danny, 2014, « Sociologie pragmatique : mode d'emploi », *Politix*, 10 janvier 2014, N° 103, n° 3, p. 175-204.
- BASZANGER Isabelle, 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 1986, vol. 27, n° 1, p. 3-27.
- BAUDOT Pierre-Yves et REVILLARD Anne (eds.), 2015, *L'État des droits: politique des droits et pratiques des institutions*, Paris, Les Presses de Sciences Po.
- BAUDOT Pierre-Yves et REVILLARD Anne, 2014, « « L'autonomie de l'équilibriste » Contribution à une sociologie de la production institutionnelle des droits », *Gouvernement et action publique*, avril 2014, n° 4, p. 83-113.
- BEAUCHAMP Tom L. et CHILDRESS James F., 2008, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Paris, les Belles lettres (coll. « Médecine & sciences humaines »).
- BECKER Howard S., 1967, « Whose Side Are We On? », *Social Problems*, 1 janvier 1967, vol. 14, n° 3, p. 239-247.
- BELIARD Aude, 2010, *Des familles bouleversées. Aux prises avec le registre diagnostique Alzheimer*, Thèse de sociologie, Université Paris 8, Saint Denis.
- BELIARD Aude, DAMAMME Aurélie, EIDELIMAN Jean-Sébastien et MOREAU Delphine, 2015, « « C'est pour son bien ». La décision pour autrui comme enjeu micro-politique », *Sciences*

sociales et santé, 15 septembre 2015, vol. 33, n° 3, p. 5-14.

BELLAMY V., ROELANDT J. L. et CARIA A., 2004, « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale », *Études et résultats*, 2004, vol. 347, p. 1-12.

BENAMOUIZIG Daniel et BESANÇON Julien, 2008, « Les agences, de nouvelles administrations publiques ? » dans Olivier Borraz et Virginie Guiraudon (eds.), *Politiques publiques*, Paris, Les Presses de Sciences Po, p. 283-307.

BERGERON Henri et CASTEL Patrick, 2011, « Continuity, capture, network: The professional logics of the organization of care », *Sociologie du Travail*, novembre 2011, 53, Supplément 1, p. e1-e18.

BERGERON Henri et CASTEL Patrick, 2010, « Captation, appariement, réseau: une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du Travail*, octobre 2010, vol. 52, n° 4, p. 441-460.

BERNHEIM Emmanuelle, 2013, « Le pluralisme normatif appliqué. Une étude de la mobilisation des normes par les acteurs sociaux dans le champ psychiatrique », *Droit et société*, 1 décembre 2013, n° 85, n° 3, p. 669-692.

BIDET Alexandra, 2011, *L'engagement dans le travail: qu'est-ce que le vrai boulot ?*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Le lien social »).

BOLTANSKI Luc, 2009, *De la critique: précis de sociologie de l'émancipation*, Paris, Gallimard.

BOLTANSKI Luc, DARRE Yann et SCHILTZ Marie-Ange, 1984, « La dénonciation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1984, vol. 51, n° 1, p. 3-40.

BOLTANSKI Luc et THEVENOT Laurent, 1991, *De la justification: les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard (coll. « NRF essais »).

BORELLE Céline, 2013, *Le traitement social de l'autisme. Etude sociologique du diagnostic médical*, Thèse de science politique, Université de Grenoble, Grenoble.

BOSA Bastien, 2015, « C'est de famille ! L'apport de Wittgenstein au travail conceptuel dans les sciences sociales », *Sociologie*, 2015, vol. 6, n° 1, p. 61.

BOUAGGA Yasmine, 2013, *Humaniser la peine ? Ethnographie du traitement pénal en maison d'arrêt*, Thèse de doctorat de sociologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.

BOUMAZA Assia, 2002, *Hospitalisation psychiatrique et droits de l'homme. Vol II: La protection de la personne malade mentale hospitalisée*, Paris, Editions du CTNERHI.

- BOURDELAIS Patrice, 2001, *Les Hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques (XVIII-XXe siècles)*, Paris, Belin.
- BOURDIEU Pierre, 1997, *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil (coll. « Liber »).
- BOUVILLE Valérie et BECKER V., 1996, « Les “fixations”, une alternative à l’isolement ? », « *L’isolement thérapeutique en psychiatrie* », *Journée Clinique Pluridisciplinaire, Centre Hospitalier Esquirol*, 8 février 1996.
- BOWEN John R., BERTOSSI Christophe, DUYVENDAK Jan Willem et KROOK Mona Lena, 2014, *European States and their Muslim Citizens*, s.l., Cambridge University Press.
- BRAITMAN A., GUEDJ M.-J., MASSON V. Dauriac-Le, CARVALHO J. DE, GALLOIS E. et LANA P., 2011, « Critères de prise de décision aux urgences de l’hospitalisation sans le consentement », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, décembre 2011, vol. 169, n° 10, p. 664-667.
- BRETECHER Paul, 2005, « Les arpenteurs », *Chimères*, printemps 2005, n° 56, p. 53-71.
- BREVIGLIERI Marc, 2008, « L’individu, le proche et l’institution: Travail social et politique de l’autonomie », *Informations sociales*, 2008, n° 145, p. 92-101.
- BRIOT Maryvonne, 2004, *Rapport sur la proposition de résolution (n° 1459) de M. George Hage, tendant à la création d’une commission d’enquête sur la progression du nombre d’internements psychiatriques en France*, s.l., Assemblée Nationale, Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales.
- BRODWIN Paul, 2013, *Everyday ethics: voices from the front line of community psychiatry*, Berkeley, University of California Press, 233 p.
- BROWN Phil, 1988, *The transfer of care: Psychiatric Deinstitutionalization and his aftermath*, London/Boston, Routledge/Paul Kegan.
- BUCKNILL J. C., 1855, « On the employment of seclusion in the treatment of the insane », *Asylum Journal*, 1855, n° 1.
- BUELTZINGSLOEWEN (VON) Isabelle, 2013, « Quel(s) malade(s) pour quel asile ? Le débat sur l’internement psychiatrique dans la France de l’entre-deux-guerres » dans Laurence Guignard, Hervé Guillemain et Tison (eds.), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXè-XXè siècles)*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 263-274.
- BUELTZINGSLOEWEN (VON) Isabelle, 2011, « Réalité et perspectives de la médicalisation de la folie dans la France de l’entre-deux-guerres », *Genèses*, janvier 2011, n° 82, p. 52-74.
- BUELTZINGSLOEWEN (VON) Isabelle, 2007, *L’Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques sous l’Occupation*, Paris, Aubier.

BUNGENER Martine, 2001, « Vivre hors les murs de l'hôpital psychiatrique : le rôle incontournable de la famille en ce début de siècle (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, 2001, vol. 19, n° 1, p. 107-111.

BUNGENER Martine, 1995, *La maladie mentale à domicile*, Paris, Les Editions Inserm.

CAIRE Michel, 2013, « Des lettres de cachet à la loi du 5 juillet 2011 : trois siècles et demi d'internement psychiatrique », *Journal Français de Psychiatrie*, 2013, n° 38.

CAIRE Michel, 1981, *L'autoplacement volontaire*, Mémoire pour le Certificat d'Études Médicales relatives à l'expertise psychiatrique et médico-psychologique judiciaire (dactylographié), Université René Descartes (Paris V), Paris.

CARPENTIER Normand, 2001, « Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du xxe siècle », *Sciences sociales et santé*, 2001, vol. 19, n° 1, p. 79-106.

CARRIER Nicolas, 2006, « La dépression problématique du concept de contrôle social », *Déviance et société*, 2006, vol. 30, n° 1, p. 3-20.

CASTEL Pierre-Henri, 2003, *La métamorphose impensable: essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*, s.l., Gallimard.

CASTEL Robert, 1999, *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat (1995)*, Paris, Gallimard (coll. « Folio. Essais »).

CASTEL Robert, 1989, « Institutions totales et configurations ponctuelles » dans Robert Castel, Jacques Cosnier et Isaac Joseph (eds.), *Le parler frais d'Erving Goffman*, Paris, France, Éditions de Minuit (coll. « actes du colloque de Cerisy "Lecture d'Erving Goffman en France" (1987) »).

CASTEL Robert, 1981, *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Éditions de minuit.

CASTEL Robert, 1976, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Éditions de Minuit.

CASTEL Robert et HAROCHE Claudine, 2001, *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi: entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Paris, Fayard.

CCNE, 2005, *Refus de traitement et autonomie de la personne*, s.l., Comité Consultatif National d'éthique (France).

CGLPL, 2011a, *Avis du 15 février 2011 relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office*, s.l., Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

CGLPL, 2011b, *Rapport d'activité du Contrôleur général des lieux de privation de liberté*,

s.l.

CGLPL, 2010, *Rapport de visite. Centre hospitalier général Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois (93)*, s.l., Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

CGLPL, 2009, *Rapport d'activité 2008*, s.l., Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

CHAIRE HANDICAP PSYCHIQUE ET DECISION POUR AUTRUI, 2015, « Un photographe dans un collectif de recherche. La question de la décision dans la prise en charge des personnes suivies en psychiatrie. », *ethnographiques.org*, 2015, Numéro 30 - Mondes ethnographiques.

CHAMPEIL-DESPLATS Véronique, 2012, « Le Conseil constitutionnel a-t-il une conception des libertés publiques ? », *Jus Politicum*, mars 2012, 7, dossier « Le Conseil Constitutionnel, gardien des libertés publiques ? »

CHAPIREAU François, 2007, « Le recours à l'hospitalisation psychiatrique au XXe siècle », *L'Information psychiatrique*, 2007, vol. 83, n° 7, p. 563-570.

CHAPIREAU François, 2006, « Handicap psychique : confirmation ou mutation du handicap à la française », *Psychiatrie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 2006, n° 10, p. 37-910 - A - 10.

CHAUVENET Antoinette, ROSTAING Corinne et ORLIC Françoise, 2008, *La violence carcérale en question*, Paris, Presses Universitaires de France.

CHAYET Delphine, 2004, « L'inquiétante explosion du nombre des internements forcés », *Le Figaro*, 4 juin 2004.

HAZEL François et COMMAILLE Jacques (eds.), 1991, *Normes juridiques et régulations sociales*, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence., Paris, (coll. « Droit et société »).

CIRCULAIRE, 2009, *Circulaire n°DHOS/02/F2/2009/23 du 22 janvier 2009*, s.l.

CIRCULAIRE, 2008, *Circulaire N°DGS/MC4/2008/140 du 10 avril 2008 « relative aux hospitalisations psychiatriques sans consentement en 2005 - Transmission du rapport d'activité pour 2007 »*, s.l.

CIRCULAIRE, 2004, *Circulaire DGS/6C N°2004/ 237 du 24 mai 2004 « relative au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques pour l'année 2003. Transmission du rapport d'activité pour les années 2000 et 2001 »*, s.l.

CIRCULAIRE, 1951, *N°41 du 28 février 1951 relative au fonctionnement des services libres des hôpitaux psychiatriques*, s.l.

CIRCULAIRE VEIL, 1993, *Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993, dite « Circulaire Veil » portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades*

hospitalisés pour troubles mentaux, s.l.

CLEMENT Marie-Noëlle, 1996, *L'institution psychiatrique et la violence*, Thèse d'exercice de la médecine, Université Claude Bernard Lyon I, Lyon.

CLERY-MELIN Philippe, KOVESH Viviane et PASCAL Jean-Charles, 2003, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. Rapport d'étape de la Mission Clery-Melin*, Paris, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

CODACCIONI Vanessa, MAISETTI Nicolas et POUPONNEAU Florent, 2012, « Les façades institutionnelles : ce que montrent les apparences des institutions », *Sociétés Contemporaines*, 2012, n° 88, p. 5-15.

COLDEFY Magali, 2013, *Analyser les disparités de prise en charge en psychiatrie : forces et faiblesses du système d'information. Audition à l'Assemblée Nationale pour la Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, Assemblée Nationale, Paris.

COLDEFY Magali, 2010, *De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France*, Thèse de doctorat de géographie, Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Paris.

COLDEFY Magali, 2007, « Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie. Evolutions et disparités géographiques départementales » dans *La prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques*, Paris, La documentation française, p. 205-222.

COLDEFY Magali (ed.), 2007, *La prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques*, Paris, La documentation française (coll. « Etudes et statistiques »).

COLDEFY Magali, 2004, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 », *DREES - Etudes*, mars 2004, n° 42, (coll. « Etudes »).

COLDEFY Magali et LE NEINDRE Charlène, 2014, « Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique », *Les Rapports de l'IRDES*, décembre 2014, n° 558.

COLDEFY Magali, NESTRIGUE Clément et OR Zeynep, 2012, *Etude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie*, Paris, Irdes.

COLDEFY Magali, NESTRIGUE Clément, PAGET Louis-Marie, LE NEINDRE Charlène, LUCAS-GABRIELLI Véronique et OR Zeynep, 2014, *Mesure et analyse de la variabilité des pratiques d'hospitalisation sans consentement et au long cours en psychiatrie. Rapport final pour l'Institut de recherche en santé publique (IReSP)*, Paris, IReSP.

COLDEFY Magali et SALINES Emmanuelle, 2004, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités », *DREES - Etudes et résultats*, octobre 2004, n° 342.

COLDEFY Magali, TARTOUR Tonya et NESTRIGUE Clément, 2015, « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 », *Questions d'économie de la santé*, janvier 2015, n° 205.

COLLET THIBAudeau Marie-Aline, 2005, *Modalités d'hospitalisation en psychiatrie en France et comparaison avec les états européens voisins*, Thèse d'exercice de la médecine, Université de Lille, Lille.

COLLINS Patricia Hill, 1997, « Comment on Hekman's "Truth and Method: Feminist Standpoint Theory Revisited": Where's the Power? », *Signs*, Winter 1997, vol. 22, n° 2, p. 375-381.

COMPAGNON Claire, GHADI Véronique et HAS, 2009, *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Etude sur la base de témoignages*, Paris, Haute Autorité de Santé (HAS).

CONOLLY J., 1859, « On residences for the insane », *Journal of Mental Science*, 1859, vol. 5, p. 412.

CONSEIL CONSTITUTIONNEL, 2012, *Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012*, s.l.

CONSEIL CONSTITUTIONNEL, 2011, *Décision n° 2011-174. QPC du 06 octobre 2011 - Mme Oriette P. [Hospitalisation d'office en cas de péril imminent]*, s.l.

CONSEIL CONSTITUTIONNEL, 2010, *Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 (Mlle Danielle S.)*, s.l.

CONSEIL DE L'EUROPE, 1983, *Recommandation N°R (83)2 du comité des Ministres aux Etats membres sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires*, s.l.

CONSEIL D'ETAT, 2003, « *Centre hospitalier de Caen* », 3 décembre 2003, s.l.

COUR ADMINISTRATIVE D'APPEL DE BORDEAUX, 2012, *Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre (formation à 3), 06/11/2012, 11BX01790, Inédit au recueil Lebon*, s.l.

COUR D'APPEL DE LYON, 2012, *Le contrôle de la régularité des actes administratifs par le juge des libertés et de la détention en matière d'hospitalisation sans consentement. Entrée en vigueur le 1er janvier 2013 des dispositions de l'article L3216-1 du code de la santé publique*, Lyon.

COUR DES COMPTES, 2011, *L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2010*, Paris.

COUR DES COMPTES, 2000, *Rapport public annuel*, s.l.

COUTANT Isabelle, 2012, *Troubles en psychiatrie: enquête dans une unité pour adolescents*, Paris, la Dispute (coll. « Corps, santé, société »).

COUTY Edouard, 2009, *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports*, s.l.

CRIGNON DE OLIVEIRA Claire et GAILLE Marie (eds.), 2010, *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?*, Paris, Seli Arslan.

CUAU Bernard et ZIGANTE Denise, 1973, *La Politique de la folie*, Paris, France, Stock.

DARLEY Mathilde, LANCELEVEE Camille et MICHALON Bénédicte, 2013, « Où sont les murs? Penser l'enfermement en sciences sociales », *Cultures & Conflits*, 31 octobre 2013, n° 90, n° 2, p. 7-20.

DARMON Muriel, 2007, *Devenir anorexique: une approche sociologique*, Paris, France, la Découverte, 349 p.

DARMON Muriel, 2005, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, 1 février 2005, vol. 58, n° 1, p. 98-112.

DAUMEZON Georges et BONNAFE Lucien, 1946, « L'internement, conduite primitive de la société devant le malade mental, recherche d'une attitude plus évoluée », *L'Information psychiatrique*, 1946, n° 79.

DAUMEZON Georges et KOECHLIN Philippe, 1952, « La psychothérapie institutionnelle française contemporaine », *Anais portuguesas de psiquiatria*, décembre 1952, vol. 4, n° 4.

DAVIDSON Larry, 2003, *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*, New York, NYU Press.

DEAR Michael et WOLCH Jennifer R., 1987, *Landscapes of despair: from deinstitutionalization to homelessness*, Cambridge (GB), Polity Press.

DELBECQ Jacqueline et WEBER Florence (eds.), 2009, « Dossier: Handicap psychique et vie quotidienne », *Revue française des Affaires sociales*, 2009.

DELEUZE Gilles et GUATTARI Félix, 1980, *Mille plateaux*, Paris, Éditions de Minuit.

DELEUZE Gilles et GUATTARI Félix, 1972, *L'anti-Oedipe*, Paris, Éditions de Minuit.

DEMAILLY Lise, 2012, « La psychiatrie entre déchirements et métamorphose » dans Yves Bonny et Lise Demailly (eds.), *L'institution plurielle*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, p. 41-61.

DEMAY J., 1982, *Une voie française pour une psychiatrie différente. Rapport pour le ministère de la santé*, s.l., Pour le ministre de la Santé.

DENNIS D.L. et MONAHAN J. (eds.), 1996, *Coercion and Aggressive Treatment: A New Frontier in Mental Health Law*, New York, Plenum Publishing.

DESCOMBES Vincent, 2004, *Le complément de sujet: enquête sur le fait d'agir de soi-même*, Paris, Gallimard (coll. « NRF essais »).

DIAMOND R. J., 1996, « Coercion and tenacious treatment in the community: Applications to the real world. » dans D.L. Dennis et J. Monahan (eds.), *Coercion and Aggressive Treatment: A New Frontier in Mental Health Law*, New York/London, Plenum Press, p. 51-72.

DIDIER Marie, 2006, *Dans la nuit de Bicêtre*, Paris, Gallimard (coll. « L'un et l'autre »).

DOCAIGNE R., 1979, *Note relative aux modalités d'application des articles L333 et suivants du code de la santé publique sur l'hospitalisation des malades mentaux*, présenté par R. Docaigne, Inspecteur général de l'IGAS, Paris, Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

DODIER Nicolas, 2005, « L'espace et le mouvement du sens critique », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2005, vol. 60, n° 1, p. 7-31.

DODIER Nicolas, 2003, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Editions de l'EHESS.

DODIER Nicolas, 1994, « Causes et mises en cause. Innovation sociotechnique et jugement moral face aux accidents du travail », *Revue française de sociologie*, 1994, vol. 35, n° 2, p. 251-281.

DODIER Nicolas, 1993a, « Les appuis conventionnels de l'action. Éléments de pragmatique sociologique », *Réseaux*, 1993, vol. 11, n° 62, p. 63-85.

DODIER Nicolas, 1993b, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié.

DODIER Nicolas et BARBOT Janine, 2008, « Autonomy and Objectivity as Political Operators in the Medical World: Twenty Years of Public Controversy about AIDS Treatments in France », *Science in context*, 2008, vol. 21, n° 3, p. 403-434.

DODIER Nicolas et BASZANGER Isabelle, 1997, « Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique », *Revue française de sociologie*, 1997, vol. 38, n° 1, p. 37-66.

DODIER Nicolas et CAMUS Agnès, 1997, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 1997, vol. 52, n° 4, p. 733-763.

DODIER Nicolas et RABEHARISOA Vololona, 2006, « Les transformations croisées du monde «psy» et des discours du social », *Politix*, 2006, n° 73, p. 9-22.

DORLIN Elsa, 2009, *Sexe, race, classe: pour une épistémologie de la domination*, Paris, Presses universitaires de France.

- DORLIN Elsa, 2008, *Sexe, genre et sexualités: introduction à la théorie féministe*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Philosophies »).
- DUCHATTEL T., 1839, *Rapport au Roi sur le projet d'ordonnance*, s.l., Ministère de l'intérieur, Direction départementale et communale, bureau des aliénés, enfants trouvés et mendicité.
- DURKHEIM Émile, 1996a, « Représentations individuelles et représentations collectives (1898) » dans *Sociologie et philosophie (1924)*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Quadrige »).
- DURKHEIM Émile, 1996b, « La détermination du fait moral (1906) » dans *Sociologie et philosophie (1924)*, Paris, Presses universitaires de France.
- DURKHEIM Émile, 1988, *Les règles de la méthode sociologique (1894)*, Paris, Flammarion, coll.« Champs ».
- EHRENBERG Alain, 2010, *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob.
- EHRENBERG Alain, 2008, *La fatigue d'être soi: dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- EHRENBERG Alain et LOVELL Anne M. (eds.), 2001, *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob.
- EMERSON R. M. et MESSINGER S. L., 1977, « The micro-politics of trouble », *Social Problems*, 1977, p. 121-134.
- ESQUIROL Étienne, 1838, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris, Baillière, vol.2.
- ESQUIROL Étienne, 1832, *Aliénation mentale: Des illusions chez les aliénés. Question médico-légale sur l'isolement des aliénés*, Paris, Crochard.
- ESQUIROL Étienne, 1819, *Des Établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés, mémoire présenté à S. E. le ministre de l'Intérieur en septembre 1818, par le Dr Esquirol,...*, Paris, impr. de Mme Huzard.
- ESTROFF Sue E., 1998, *Le labyrinthe de la folie : ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, s.l., Les Empêcheurs de tourner en rond - Synthélabo.
- EYRAUD Benoît, 2012, *Protéger et rendre capable: la considération civile et sociale des personnes très vulnérables*, Toulouse, Érès.
- EYRAUD Benoît, 2010, *Les protections de la personne à demi capable. Suivis ethnographiques d'une autonomie scindée*, Thèse de sociologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.
- EYRAUD Benoît et HENCKES Nicolas, 2013, « Entre psychiatrie, travail social et droit civil : les régulations de la protection de la personne au tournant des années 1968 », *Le Mouvement*

Social, mars 2013, n° 242, p. 61-79.

EYRAUD Benoît et MOREAU Delphine, 2013, « Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique: de la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier », *Cultures & Conflits*, 31 octobre 2013, n° 90, n° 2, p. 117-134.

EYRAUD Benoît et VELPRY Livia, 2012, « Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ? », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie [En ligne]*, 2012, n° 7.

FADEN Ruth R., BEAUCHAMP Tom L. et KING Nancy M., 1986, *A history and theory of informed consent*, New York, Oxford University Press.

FAINZANG Sylvie, 2006, *La relation médecins/malades: information et mensonges*, Paris, Presses Universitaires de France.

FALRET Henri Louis, 1852, *De la construction et de l'organisation des établissements d'aliénés*, s.l., Baillière.

FARGE Arlette (ed.), 2004, *Sans visages: l'impossible regard sur le pauvre*, Paris, Bayard.

FARGE Arlette et FOUCAULT Michel, 1982, *Le Désordre des familles: Lettres de cachet des Archives de la Bastille au XVIIIè siècle*, Paris, Gallimard/Julliard.

FASSIN Didier et BOURDELAIS Patrice (eds.), 2007, *Les constructions de l'intolérable*, Paris, La Découverte.

FASSIN Didier et RECHTMAN Richard, 2007, *L'empire du traumatisme: enquête sur la condition de victime*, Paris, France, Flammarion, vol. 1/, 452 p.

FAUVEL Aude, 2008, « Asiles et fous. Avant-propos », *Romantisme*, 2008, vol. 3, n° 141, p. 3-9.

FAUVEL Aude, 2005, *Témoins aliénés et « Bastilles modernes ». Une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914)*, Thèse de doctorat d'histoire, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.

FAUVEL Aude, 2002, « Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles en 1880 », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, mars 2002, vol. 49, n° 1, p. 195-216.

FAVEREAU Eric, 2004, « La folle explosion des internements », *Libération*, 6 juill. 2004.

FERREY Georges, 2004, « A propos de l'hospitalisation à la demande d'un tiers : à la recherche du tiers perdu », *Nervure*, octobre 2004, VII, n° 7, p. 16.

FHF et ANAES, 2004, *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Obligation de soins et de sécurité. Conférence de consensus*, Paris, Fédération Hospitalière de France (FHF), avec la collaboration de l'ANAES.

FORNER Elsa, 2015, *Recruter des patients, évaluer et améliorer significativement leurs troubles. Les thérapies cognitives et comportementales à l'épreuve de la guérison*, colloque international « Guérir, aller mieux en santé mentale et ailleurs » organisé par l' AISLF/Clersé/CCOMS, Université Lille I.

FOUCAULT Michel, 2004, *Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France (1977-1978)*, Paris, Gallimard/Seuil, Editions de l' Ecole des Hautes Etudes en Sciences sociales, 435 p.

FOUCAULT Michel, 2003, *Le pouvoir psychiatrique: Cours au Collège de France (1973-1974)*, Paris, Seuil/Gallimard.

FOUCAULT Michel, 2001, « Le jeu de Michel Foucault. Entretien (1977) » dans *Dits et écrits, T.II, 1976-1988*, Paris, Gallimard (coll. « Quarto »).

FOUCAULT Michel, 1993, *Surveiller et punir: naissance de la prison (1975)*, Paris, Gallimard (coll. « Tel »).

FOUCAULT Michel, 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard « Tel ».

FOURQUET François et MURARD Lion, 1980, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Paris, Editions Recherches (coll. « Encres »).

FREIDSON Eliot, 1989, *Medical Work in America. Essays on Health Care*, New Haven and London, Yale University Press.

FREIDSON Eliot, 1970, *La Profession médicale*, Paris, Payot.

FREIDSON Eliot, 1960, « Client control and medical practice », *American Journal of Sociology*, 1960, vol. 65, n° 4, p. 374-382.

FRIARD Dominique, 2002, *L'isolement en psychiatrie: séquestration ou soin?*, Paris, Elsevier Masson.

FURTOS Jean, BERTOLLO Fernando et RHENTER Pauline, 2008, *Rôle et responsabilité des Maires en Santé Mentale, à partir des troubles du voisinage pouvant conduire à une hospitalisation d'office. Recherche-Action*, Lyon, ONSMP-ORSPERE-Délégation Interministérielle à la Ville.

GAILLE Marie et FOUREUR Nicolas, 2010, « L' "humanité", enjeu majeur de la relation médecin-patient. Y a-t-il une violence intrinsèque à la relation de soins ? » dans Lazare Benaroyo, Céline Lefève, Jean-Christophe Mino et Frédéric Worms (eds.), *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 189-204.

GANSEL Yannis, 2012, « Contenir » les adolescents en grande difficulté : circulation de la sollicitude et du contrôle entre travail social, justice et psychiatrie, Colloque Traitement et

Contrainte - Approches empiriques des dispositifs de prise en charge institutionnels, Université Paris XIII - Bobigny.

GANSEL Yannis et LEZE Samuel, 2015, « Physical constraint as psychological holding: Mental-health treatment for difficult and violent adolescents in France », *Social Science & Medicine*, 3 avril 2015.

GARFINKEL Harold, 1984, *Studies in ethnomethodology*, Cambridge (GB), Royaume-Uni, Polity press.

GILLIGAN Carol, HOCHSCHILD Arlie Russell et TRONTO Joan C., 2013, *Contre l'indifférence des privilégiés: à quoi sert le care*, Paris, Payot.

GILOUX Nathalie, 2003, « La chambre d'isolement, un lieu sans objet privé » dans Jean-Paul Filiod (ed.), *Faire avec l'objet: signifier, appartenir, rencontrer. Une réalisation de la La Ferme du Vinatier*, Lyon, Chronique sociale, p. 117-126.

GOFFMAN Erwing, 1973a, « La folie dans la place (Appendice) » dans *La mise en scène de la vie quotidienne. Vol 2: Les relations en public*, Paris, Editions de Minuit, p. 311-361.

GOFFMAN Erwing, 1973b, *La mise en scène de la vie quotidienne. Vol. 1 La présentation de soi*, Paris, Editions de Minuit.

GOFFMAN Erwing, 1973c, *La mise en scène de la vie quotidienne. Vol 2: Les relations en public*, Paris, Editions de Minuit.

GOFFMAN Erwing, 1968, *Asiles: Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus (1961)*, 1ère éd. Asylums, 1961., Paris, Editions de Minuit.

GOLDSTEIN Jan E., 1997, *Consoler et classifier: l'essor de la psychiatrie française*, Paris, Institut Synthélabo (coll. « Les empêcheurs de penser en rond »).

GRARD Julien, 2011, *Frontières invisibles. L'expérience de personnes prises en charge par la psychiatrie publique en France*, Thèse de doctorat de sociologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.

GREEN Judith et ARMSTRONG David, 1993, « Controlling the "bed state" : Negotiating Hospital Organisation », *Sociology of Health and Illness*, 1993, vol. 15, n° 3, p. 337-352.

GUIBET LAFAYE Caroline, 2015, « Usages du consentement en psychiatrie. La place du consentement en psychiatrie et la construction de sa validité (dans le cas des psychoses graves) », *Éthique & Santé*, 2015, vol. 12, n° 1, p. 46-55.

GUIGNARD Laurence, 2010, *Juger la folie. La folie criminelle devant les Assises au XIXe siècle*, Paris, Presses Universitaires de France (coll. « Droit et justice »).

GUIGNARD Laurence, GUILLEMAIN Hervé et TISON (eds.), 2013, *Expériences de la folie*.

Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e-XX^e siècles), Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

HARDING Sandra G., 1991, *Whose science? Whose knowledge?: Thinking from women's lives*, Ithaca, Cornell University Press.

HARTMANN J. et LOMBERTIE E.R., 1999, « Difficultés liées à l'hospitalisation sous contrainte lors du premier épisode aigu », *Revue Française et Francophone de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, mars 1999, n° 26, p. 64-65.

HAS, 2015, *Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours*, France, Haute Autorité de Santé (HAS).

HAS, 2007, *Guide médecin - Affection de longue durée : schizophrénies*, France, Haute Autorité de Santé (HAS).

HAS-ANAES, 2005, *Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Recommandations pour la pratique clinique*, s.l.

HAUSTGEN Thierry, 2015, « Qui internait les fous avant la Révolution ? », 2 juin 2015, Volume 13, n° 2, p. 71-100.

HECKENROTH Elise, 2004, *Législation de l'hospitalisation sous contrainte : données et débats dans le contexte européen : apport d'une étude de 504 patients admis à l'Infirmerie Psychiatrique de la Préfecture De Police de Paris*, Thèse d'exercice de la médecine - DES Psychiatrie, Paris 7 Bichat, Paris.

HENCKES Nicolas, 2012, « Entre maladie et handicap : repenser la critique psychiatrique de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées », *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 2012, n° 6, p. 242-254.

HENCKES Nicolas, 2009a, « Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique: la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950 », *Genèses*, septembre 2009, n° 76, p. 76-98.

HENCKES Nicolas, 2009b, « Les transformations de l'intervention psychiatrique dans la ville au cours du vingtième siècle : De l'hygiène mentale au secteur, entre politique et éthique » dans Aurélia Michel (ed.), *Ville et santé mentale. Projections, politiques, ressources. Actes du colloque organisé par le Pôle Sciences de la ville, Université Paris Diderot, 29 et 30 mai 2007*, Paris, Le Manuscrit, p. 113-137.

HENCKES Nicolas, 2007, *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres*,

l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970, Thèse de doctorat de sociologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.

HENNION Antoine et VIDAL-NAQUET Pierre A., 2015, « « Enfermer Maman ! » Épreuves et arrangements : le care comme éthique de situation », *Sciences sociales et santé*, 15 septembre 2015, vol. 33, n° 3, p. 65-90.

HERZLICH Claudine, 1973, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, 1973, vol. 14, n° 1, p. 41-59.

HORASSIUS Michel, 1992, « Deux ans déjà... », *L'Information psychiatrique*, 1992, vol. 68, n° 9, p. 893-901.

HUGHES Everett C., 1996a, « Division du travail et rôle social (1956) » dans *Le regard sociologique*, Paris, Editions de l'EHESS, p. 61-68.

HUGHES Everett C., 1996b, *Le regard sociologique*, Paris, Editions de l'EHESS.

HUGHES Everett C., 1936, « The ecological aspect of institutions », *American Sociological Review*, 1936, vol. 1, n° 2, p. 180-189.

HUNT Alan, 1997, « Moral regulation and making-up the new person: Putting Gramsci to work », *Theoretical Criminology*, 1997, vol. 1, n° 3, p. 275-301.

HUTEAU Michel, 2002, *Psychologie, psychiatrie et société sous la IIIe République. La biocratie d'Édouard Toulouse*, Paris, L'Harmattan (coll. « Histoire des sciences humaines »).

IACIANCIO Emma, 2002, *Hospitalisations sous contrainte et libertés individuelles en Vaucluse. Panorama d'une mise en oeuvre locale de la loi du 27 juin 1990*, filière inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes.

IGAS, LALANDE Françoise et LEPINE Carole, 2011, *Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter*, s.l., Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

JACQUELINE Sandra, 2006, « Les politiques du patient en pratique », *Politix*, 1 mars 2006, vol. 73, n° 1, p. 83-108.

JONAS Carol, 2012, « L'hospitalisation sans consentement des malades mentaux décidément sous l'œil du Conseil constitutionnel (Commentaire de la décision no 2012-235 QPC du 20 avril 2012) », *Médecine & Droit*, novembre 2012, vol. 2012, n° 117, p. 179-181.

JOSEPH Isaac, 1996, « Intermittence et réciprocité » dans Isaac Joseph et Joëlle Proust (eds.), *La Folie dans la place*, Paris, Editions de l'EHESS. coll. Raisons Pratiques, p. 17-36.

JUHAN Pierre (coord.), BACHELLEZ Viviane, BORDALA Serge, BRULE Gérard, CALCUL Patricia, DEFFRENNES Anne-Laure, FLEURENT Nicolas, KITTLER Anne, KRATZ Philippe et

ZIAI-LALEU Marie, 2010, *Les disparités territoriales des hospitalisations sans consentement : l'exemple des hospitalisations d'office*, Mémoire de Module Interprofessionnel (MIP), Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes.

KANNAS Serge, 2013, « La loi du 5 juillet 2011 : un progrès pour l'accès aux droits des patients ? », *Pluriels, revue de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM)*, mars 2013, n° 99-100, p. 1-2.

KANNAS Serge, 1996, « Le secteur, pour quoi faire ? », *Pluriels, revue de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM)*, 1996, n° 3.

KENTISH-BARNES Nancy, 2008, *Mourir à l'hôpital: décisions de fin de vie en réanimation*, Paris, Seuil.

KIJEK Dimitri, 1997, *Etude comparative socio-démographique et clinique d'une population de patients hospitalisés en psychiatrie en service libre et sous contrainte*, exercice de la médecine, Tours, s.l.

KISELY Steve R. et CAMPBELL Leslie A., 2014, « Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders » dans The Cochrane Collaboration (ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd.

KOHL Magali, 2004, *La place de l'hospitalisation sous contrainte dans le traitement de l'anorexie mentale*, exercice de la médecine, Paris 7 Bichat, Paris.

LABERGE Danielle, LANDREVILLE Pierre, MORIN Daphné et al., 1995, *Maladie mentale et délinquance: deux figures de la déviance devant la justice pénale*, Bruxelles Montréal Ottawa, De Boeck Université /les Presses de l'Université de Montréal /les Presses de l'Université d'Ottawa (coll. « Perspectives criminologiques »).

LACHAUX Bernard, 2012, « Les unités de malades difficiles : d'une histoire sécuritaire à un projet de soins intensifs en psychiatrie » dans Bernard Granger (ed.), *La psychiatrie à l'épreuve de la justice*, Paris, Twice Daily éditions.

LAFORGUE Denis, 2009, « Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines : Pluralité, hybridation et fragmentation du travail institutionnel », *Socio-logos. Revue de l'Association française de sociologie*, 2009, n° 4.

LAFORGUE Denis et ROSTAING Corinne (eds.), 2011, *Violences et institutions, réguler, innover ou résister ?*, Paris, CNRS éditions, 252 p.

LAGET Pierre-Louis, 2004, « Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés », *Livraisons d'histoire de l'architecture*, 2004, vol. 7, n° 1, p. 51-70.

LANQUETIN Marie Thérèse, ALLOUACHE Anissa, KERSCHEN Nicole et LETABLIER Marie Thérèse, 2003, « Individualisation et familialisation des droits en matière de protection sociale et droits fondamentaux en Europe », *CNAF, Dossiers d'Études*, octobre 2003, n° 49.

LAUGIER Sandra, 2009, « L'éthique comme politique de l'ordinaire », *Multitudes*, 2009, vol. 37-38, n° 2, p. 80.

LECHEVALIER HURARD Lucie, 2013, « Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique », *Sociologie du Travail*, juillet 2013, vol. 55, n° 3, p. 279-301.

LEFRANC Sandrine, 2002, *Politiques du Pardon*, Paris, Presses Universitaires de France.

LEGISLATION HOSPITALIERE, 1953, *Législation hospitalière*, Paris, Berger-Levrault.

LEGRAIN Véronique, 2006, *Un regard éthique sur l'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie. Une pratique aux urgences*, Diplôme Inter-Universitaire d'éthique médicale, Faculté de médecine de Strasbourg et Nancy, s.l.

LE MENTEC Mathieu, 2011, *Isolement et contention en psychiatrie, « thérapies » de la docilité*, Mémoire de master de sciences sociales mention « Santé, Populations, Politiques Sociales », Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.

LEMERT Edwin, 1976, « La paranoïa et le dynamisme de l'exclusion » dans Franco Basaglia et Franca Basaglia Ongaro (eds.), *La majorité déviante : l'idéologie du contrôle social total*, Paris, Union générale d'éditions.

LE MONDE/AFP, 2013, « Un hôpital psychiatrique condamné pour avoir interdit les rapports sexuels », *Le Monde/AFP*, 18 janv. 2013.

LEOTHAUD Isabelle, 2006, *Ambiances architecturales et comportements psychomoteurs. De l'observation à l'aide à la conception. Le cas de structures pédopsychiatriques*, Thèse de doctorat en sciences de l'ingénieur, Université de Nantes, Nantes.

LEURET François, 1840, *Du traitement moral de la folie*, Paris, J.-B. Baillière.

LHULLIER Jean-Marc, 2009, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Rennes, Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique, vol. 1/, 271 p.

LOI DU 5 MARS, 2007, *N° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs*, s.l.

LOI DU 11 FEVRIER, 2005, *N°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, s.l.

LOVELL Anne M., 2005, *Rapport de la commission « Violence et santé mentale »*. Travaux

préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé, en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, Paris, La Documentation française.

LOVELL Anne M., 1996a, « Coercion and Social Control. A Framework for Research on Aggressive Strategies in Community Mental Health » dans D.L. Dennis et J. Monahan (eds.), *Coercion and Aggressive Treatment: A New Frontier in Mental Health Law*, New York, Plenum Press, p. 148-165.

LOVELL Anne M., 1996b, « Mobilité des cadres et psychiatrie hors les murs » dans Isaac Joseph et Joëlle Proust (eds.), *La Folie dans la place*, Paris, Editions de l'EHESS. coll. Raisons Pratiques, vol.7, p. 59-85.

LOVELL Anne M., HENCKES Nicolas, TROISOEUF Aurélien et VELPRY Livia, 2011, « Sur quelques mauvais jeux de mots : classifications psychiatriques et stigmatisation », *L'information psychiatrique*, 1 mars 2011, vol. 87, n° 3, p. 175-183.

LOVELL Anne M., PANDOLFO Stefania, DAS Veena et LAUGIER Sandra, 2013, *Face aux désastres. Une conversation à quatre voix sur la folie, le care et les grandes détresses collectives*, Montreuil-sous-Bois, Ithaque.

LUHRMANN Tanya M., 2001, *Of two minds: the growing disorder in American psychiatry*, New York, Knopf.

LUVEN Erwan, 2009, *Première admission psychiatrique en hospitalisation sous contrainte : vécu et suivi du patient*, Thèse d'exercice de la médecine, , Brest.

MAJERUS Benoît, 2011, « La baignoire, le lit et la porte. La vie sociale des objets de la psychiatrie », *Genèses*, 1 mai 2011, vol. 82, n° 1, p. 95-119.

MARQUES Ana, 2015, « Est-il légitime de ne pas décider pour autrui ? Le travail politique autour d'une Équipe mobile de psychiatrie-précarité », *Sciences sociales et santé*, 15 septembre 2015, Vol. 33, n° 3, p. 91-114.

MARQUES Ana, 2010, *Construire sa légitimité au quotidien : Le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité*, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.

MARQUES Ana, DAOUD Véronique et STAMATIADIS Laurence, 2013, « La loi du 5 juillet 2011 : protection des usagers ou question de formalité ? », *L'information psychiatrique*, 18 mars 2013, Volume 89, n° 2, p. 171-177.

MARTIN Emily, 2012, *Voyage en terres bipolaires: manie et dépression dans la culture américaine*, Paris, Éd. Rue d'Ulm.

MASSE Gérard, 2008, « L'hospitalisation sous contrainte », *Les Tribunes de la santé*, 18 janvier 2008, vol. 17, n° 4, p. 65-77.

MASSE Gérard, 1992, *La psychiatrie ouverte. Une dynamique nouvelle en santé mentale, Rapport au Ministère de la Santé*, s.l., Ecole Nationale de la Santé Publique.

MATHIEU Nicole-Claude, 1991, « Quand céder n'est pas consentir. Des déterminants matériels et psychiques de la conscience dominée des femmes et de quelques unes de leurs interprétations en ethnologie (1985) » dans *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies de sexe*, Paris, Editions Côté-femmes, p. 131-225.

MERCUEL Alain et CAROLI François, 2003, « Loi du 27 juin 1990 », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC) - Psychiatrie*, 2003, n° [37-901-A-10].

MICHAUT Caroline, 2004, *Hospitalisations à la demande d'un tiers : évolution entre 1992 et 2002 dans trois établissements de santé mentale de la région Nord-Pas-de-Calais*, Thèse d'exercice de la médecine, Université de Lille-II-Faculté de médecine Henri-Warembourg, Lille.

MICHEL Aurélia (ed.), 2009, *Ville et santé mentale. Projections, politiques, ressources. Actes du colloque organisé par le Pôle Sciences de la ville, Université Paris Diderot, 29 et 30 mai 2007*, Paris, Le Manuscrit.

MILANO S., 2009, « Le handicap psychique, d'une loi à l'autre », *Revue française des Affaires sociales*, 2009, 1, « Handicap psychique et vie quotidienne », dossier coordonné par J. Delbecq et F. Weber, p. 19-24.

MILON Alain, 2012, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux*, s.l., Sénat.

MINISTERE DE L'INTERIEUR, 1857, *Circulaire notifiant un arrêté portant sur le règlement des établissements consacrés au service des aliénés*, s.l.

MIZRAHI Terry, 1985, « Getting rid of patients: contradictions in the socialisation of internists to the doctor-patient relationship », *Sociology of Health & Illness*, 1985, vol. 7, n° 2, p. 214-235.

MNASM, 2011, *Guide pour une démarche plurielle de conduite du changement. Comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie*, s.l., Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale (MNASM).

MNASM, 2007, *Pratiques de soins en psychiatrie et réflexions sur les éléments du programme architectural : aide à l'élaboration d'un programme en psychiatrie*, s.l., Mission

Nationale d'Appui à la Santé Mentale (MNASM).

MNASM, 2006, « L'intervention de crise. À quoi servent les urgences psychiatriques ? », *Pluriels, revue de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale*, mars 2006, n° 56.

MNASM, 2003, « Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques : 10 ans après (numéro thématique) », *Pluriels, revue de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM)*, 2003, n° 35.

MOLINIER Pascale, 2012, « Chirurgie : une mise à distance nécessaire des émotions ? », *Sciences sociales et santé*, 1 décembre 2012, vol. 30, n° 4, p. ???

MOLINIER Pascale et GIUJUZZA Clotilde, 1997, « Violence des patients, souffrance et défenses des infirmiers en psychiatrie : l'énigme d'une virilité sans gloire », s.l., vol.vol. 2.

MONJARDET Dominique, 1994, « La culture professionnelle des policiers », *Revue française de sociologie*, 1994, vol. 35, n° 3, p. 393-411.

MONOT P. et VIGNAT J.P., 1995, « Les hospitalisations sous contrainte », *Soins Psychiatriques*, 1995, n° 179, p. 10-16.

MONTES Jean-François, 1993, « Le monde clos, ou la raison médico-économique », *Sciences sociales et santé*, 1993, vol. 11, n° 1, p. 41-69.

MONTLIBERT (DE) Christian, 1995, *L'impossible autonomie de l'architecte: sociologie de la production architecturale*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg.

MOREAU Delphine, 2013a, « La réforme des soins sans consentement en psychiatrie, deux ans après », *Actualité et dossier en santé publique*, 2013, n° 84, p. 46-48.

MOREAU Delphine, 2013b, « Violence normale et violence anormale dans un service ordinaire d'hospitalisation psychiatrique » dans Laurence Guignard, Hervé Guillemain et Tison (eds.), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXè-XXè siècles)*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

MOREAU Delphine, 2010, « Contraindre pour soigner ? Le care à l'épreuve de la contrainte dans un service d'hospitalisation psychiatrique » dans Claire Crignon de Oliveira et Marie Gaille (eds.), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?*, Paris, Seli Arslan, p. 168-181.

MOREAU Delphine, 2007, « Faire interner un proche? Le travail sur l'autonomie en contexte de troubles psychiques », *CNAF, Dossiers d'Études*, 2007, vol. 94, p. 1-65.

MOREAU Delphine, 2005a, « "Dispositifs de sécurité" et épidémie de sida », *Labyrinthe*, novembre 2005, La Biopolitique (d')après Michel Foucault.

- MOREAU Delphine, 2005b, « Respect » dans Alain Rey (ed.), *Dictionnaire culturel en langue française*, Paris, Le Robert.
- MOUGEL Sarra, 2009, *Au Chevet de l'enfant malade. Parents/professionnels, un modèle de partenariat ?*, Paris, Armand Colin.
- MURARD Numa, 2008, « Psychothérapie institutionnelle à Blida », *Tumultes*, 1 novembre 2008, n° 31, n° 2, p. 31-45.
- MURPHY Suzanne, IRVING Claire B, ADAMS Clive E et DRIVER Ron, 2012, « Crisis intervention for people with severe mental illnesses » dans *Cochrane Database of Systematic Reviews*, s.l., John Wiley & Sons, Ltd.
- NAEPELS Michel, 2006, « Quatre questions sur la violence », *L'Homme*, 2006, vol. 1-2, n° 177-178, p. 487-495.
- NOZICK Robert, 1969, « Coercion » dans Sidney Morgenbesser, Patrick Suppes et Morton White (eds.), *Science, and Method: Essays in Honor of Ernest Nagel*, s.l., St Martin's Press, p. 440-472.
- OGIEN Albert, 1989, *Le raisonnement psychiatrique : essai de sociologie analytique*, Paris, Méridiens Klincksieck.
- OGIEN Albert et TOLEDO Michael, 1986, « Le sens de l'hospitalisation », *Sciences Sociales et Santé*, 1986, IV, n° 6, p. 5-32.
- ORDONNANCE DU ROI, 1839, *Portant règlement sur les Établissements publics et privés consacrés aux aliénés*, s.l.
- ORILLARD Clément, 2008, « Gérer l'espace public. La figure française de l'« établissement public » face au néolibéralisme », *Labyrinthe*, 2008, n° 29, p. 65-76.
- PAICHELER Geneviève, 1995, « Présentation. Les professions de soins : territoires et empiétements », *Sciences sociales et santé*, 1995, vol. 13, n° 3, p. 5-10.
- PAILLET Anne, 2007, *Sauver la vie, donner la mort, une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute.
- PAPERMAN Patricia et LAUGIER Sandra (eds.), 2006, *Le souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, Raisons Pratiques. Editions de l'EHESS.
- PARCHAPPE Jean-Baptiste Maximien, 1853, *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*, s.l., Masson.
- PASCAL Blaise, 1992, *Pensées*, Paris, Éditions du Seuil (coll. « Points »).
- PASSERIEUX Christine et BAZIN Nadine, 2010, « La rééducation cognitive : évaluation des

résultats », *Revue française des affaires sociales*, 26 janvier 2010, n° 1-2, n° 1, p. 157-169.

PAUGAM Serge, 1991, « Assistance et insertion : à propos du droit des pauvres » dans François Chazel et Jacques Commaille (eds.), *Normes juridiques et régulations sociales*, Paris, La Découverte, p. 205-223.

PAUMELLE Philippe, 1999, *Essais de traitement collectif d'un quartier d'agités (1952)*, Rennes, Editions ENSP.

PAUMELLE Philippe, 1976, « Le mythe de l'agitation des malades mentaux. Entretiens psychiatriques (1953) », *L'Information psychiatrique*, 1976, n° 6, p. 715-720.

PECH Thierry, 2001, « Neutraliser la peine » dans Antoine Garapon, Frédéric Gros et Thierry Pech (eds.), *Et ce sera justice. Punir en démocratie*, Paris, Odile Jacob.

PENCHAUD Anne-Laurence, 2007, *En quête d'un style : la socialisation professionnelle des internes en psychiatrie*, Thèse de sociologie, Université Bordeaux 2, Bordeaux.

PHILO Chris, 1987, « "Fit localities for an asylum": the historical geography of the nineteenth-century "mad-business" in England as viewed through the pages of the Asylum Journal », *Journal of Historical Geography*, octobre 1987, vol. 13, n° 4, p. 398-415.

PINEL Philippe, 2005, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale (2 éd. 1809)*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 395 p.

PLURIELS, 2000, « Maison-Blanche : une restructuration en devenir », *Pluriels, revue de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM)*, décembre 2000, n° 24.

PRIEUR Cécile, 2004, « Le nombre d'internements psychiatriques a fortement augmenté », *Le Monde*, 28 oct. 2004.

PROTAIS Caroline, 2011, *Sous l'emprise de la folie. La restriction du champ de l'irresponsabilité psychiatrique en France (1950-2007)*, Thèse de doctorat de sociologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.

PUIG DE LA BELLACASA Maria, 2003, « Scientificité et politique aujourd'hui: un regard féministe », *Nouvelles questions féministes*, 2003, vol. 22, n° 1, p. 48-60.

QUETEL Claude, 2013, *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier.

RAOULT Patrick Ange, 2006, « Clinique et psychopathologie du passage à l'acte », *Bulletin de psychologie*, janvier 2006, Numéro 481, n° 1, p. 7-16.

RECHERCHES, 1967, « Numéro spécial : Programmation, Architecture et Psychiatrie », *Recherches*, juin 1967.

REMY Catherine, 2005, « Quand la norme implicite est le moteur de l'action normes, déviance

et réactions sociales dans un abattoir », *Déviance et Société*, juin 2005, vol. 29, n° 2, p. 103-112.

RENNEVILLE Marc, 2004, *Crime et Folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Paris, Fayard.

REVEL Jacques, 2006, « L'institution et le social » dans *Un parcours critique. Douze exercices d'histoire sociale*, Paris, Galaade, p. 85-110.

RHENTER Pauline, 2004, *De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)*, Thèse de doctorat de science politique, Université Lumière-Lyon II, Lyon.

RHENTER Pauline, BERTOLLO Fernando et FURTOS Jean, 2007, « Usages et mésusages de l'hospitalisation d'office. Premiers résultats d'une étude-recherche DIV / ONSMP-ORSPERE (Table ronde) », s.l.

RHODES Lorna A., 2004, *Total confinement: Madness and reason in the maximum security prison*, Berkeley/Los Angeles, University of California Press.

RHODES Lorna A., 1995, *Emptying beds: The work of an emergency psychiatric unit*, Berkeley/Los Angeles, University of California Press.

RICORDEAU Gwénola, 2008, *Les détenus et leurs proches: solidarités et sentiments à l'ombre des murs*, Paris, Éditions Autrement.

ROBILIARD Denys, 2013, *Rapport d'information - Conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, s.l., Assemblée Nationale, Commission des affaires sociales.

ROSCIONI Lisa, 2011, « Soins et/ou enfermement ? Hôpitaux et folie sous l'Ancien Régime », *Genèses*, janvier 2011, n° 82, p. 31-51.

ROSE Nikolas, 1999, *Governing the Soul. the Shaping of the Private Self (1989)*, Londres, Free Association Books.

ROSTAING Corinne, 2001, « « Pertinence et actualité du concept d'institution totale : à propos des prisons » » dans Charles Amouroux et Alain Blanc (eds.), *Erving Goffman et les institutions totales*, Paris, L'Harmattan coll. « Logiques sociales ».

ROTH Julius A., 1972, « Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele : the Case of the Hospital Emergency Service », *American Journal of Sociology*, 1972, vol. 77, n° 5, p. 839-856.

ROUSSEAU Caroline, 2001, *Les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie : étude*

rétrospective sur un an à l'unité d'urgences psychiatriques du CHRU de Reims, Thèse d'exercice de la médecine, Université de Reims, Reims, 51 p.

ROUSSEAU Jean-Jacques, 2012, *Du contrat social*, Paris, Flammarion (coll. « GF »).

SALIZE H. J, DRESSING H. et PEITZ M., 2002, *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients—legislation and practice in EU-member states. Final Report*, Mannheim: Central Institute of Mental Health, European Commission - Health & Consumer Protection Directorate-General. Research Project.

SALLE Grégory, 2009, *La part d'ombre de l'État de droit: la question carcérale en France et en République fédérale d'Allemagne depuis 1968*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, vol. 1/, 343 p.

SAYN Isabelle, 1998, « L'hospitalisation à la demande d'un tiers », *Médecine et droit*, août 1998, n° 31, p. 1-10.

SCHEINGOLD Stuart, 1974, *The Politics of Rights: Lawyers, public policy and social change*, New Haven (Conn.), Yale University Press.

SEARLES Harold F., 2003, *L'effort pour rendre l'autre fou*, Paris, Gallimard (coll. « Folio »).

SENON Jean-Louis, JONAS Carol et VOYER Mélanie, 2012, « Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 “relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge” », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, avril 2012, vol. 170, n° 3, p. 211-215.

STIKER Henri-Jacques, RAVAUD Jean-François et ALBRECHT Gary L., 2001, « L'émergence des disability studies : état des lieux et perspectives », *Sciences sociales et santé*, 2001, vol. 19, n° 4, p. 43-73.

STRAUSS Anselm L., 1992, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Textes réunis et présentés par I. Baszanger., Paris, L'Harmattan.

STRAUSS Anselm L., FAGERHAUGH Shikuzo, SUCZEK Barbara et WIENER Carolyn, 1992, « Maladie et trajectoires (1985) » dans *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Textes réunis et présentés par I. Baszanger., Paris, L'Harmattan.

STRAUSS Anselm L., SCHATZMAN Leonard, BUCHER Rue, EHRLICH Danuta et SABSHIN Melvin, 1964, *Psychiatric Ideologies and Institutions*, Rééd. par Transaction, Inc., New Brunswick, 1981., New York, Free Press of Glencoe.

STROBEL Pierre et DEBORDEAUX Danièle (eds.), 2002, *Les solidarités familiales en questions: entraide et transmission [actes du séminaire, Caisse nationale des allocations familiales, 1998-1999]*, Paris, LGDJ Maison des sciences de l'homme (coll. « Droit et société »), 267 p.

STROHL Hélène et CLEMENTE Martine, 1997, *Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990*, s.l., Inspection générale des affaires sociales (IGAS)-Direction générale de la santé (DGS).

SWAIN Gladys, 1994, « Chimie, cerveau, esprit et société. Paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale » dans *Dialogue avec l'insensé: essais d'histoire de la psychiatrie*, Paris, Gallimard, p. 263-281.

SWAIN Gladys et GAUCHET Marcel, 1980, *La pratique de l'esprit humain: l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard.

TACHON Jean-Paul, 2009, « Évolution des hospitalisations sans consentement (HSC) », *L'information psychiatrique*, 2009, Volume 85, n° 3, p. 275-279.

THOMAS Jérôme, 2010, *Dire(s) d'urgence. La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital*, Thèse de doctorat en Sciences de l'information et de la communication, Université Lumière Lyon 2, Lyon.

THOMAS Jérôme, CHARVET Dorothée, CONTESTI Gaëlle, FAURE Patricia et VIGNAT Jean-Pierre, 2006, « Un service d'urgence en psychiatrie : quelle interface pour l'accès aux soins ? Étude statistique de l'activité d'un service d'urgence de 1999 à 2003 », *L'Information psychiatrique*, 2006, n° 82, p. 581-587.

TOURAUT Caroline, 2012, *La famille à l'épreuve de la prison*, Paris, Presses universitaires de France.

TOURNEUX Laure, 2004, *Consommation d'alcool et obligation de soins : à propos d'une enquête auprès des médecins généralistes*, Thèse d'exercice de la médecine, , Rennes.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL MARSEILLE, 2012, *Jugement correctionnel*, s.l.

TROISOEUF Aurélien, 2012, *Le passage en actes : Du malade mental à la personne liminaire : Anthropologie des associations d'usagers de la psychiatrie*, Thèse d'ethnologie, Université Paris 5, Paris.

TRONTO Joan C., 2009, *Un monde vulnérable: pour une politique du « care »*, Paris, La Découverte.

TURSZ Anne, 2005, *Violence et santé - Rapport préparatoire au plan national en application de la Loi relative à politique de santé publique du 9 août 2004*, Paris, La Documentation française.

VELPRY Livia, 2009, « Violences, troubles psychiques et société », *Regards sur l'actualité « Psychiatrie et santé mentale »*, octobre 2009, n° 354, (coll. « La Documentation française »), p. 22-35.

- VELPRY Livia, 2008, *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Paris, Armand Colin.
- VELPRY Livia, 2003, « Ce que disent les personnes confrontées à un trouble mental grave. Expérience de la maladie et des prises en charges, et modes de vie » dans Michel Joubert (ed.), *Santé mentale, ville et violences*, Ramonville Sainte Agne, Erès, p. 35-60.
- VELPRY Livia et RHENTER Pauline, 2011, « La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement », *Regards sur l'actualité*, 2011, n° 374, p. 68-83.
- VERHAEGEN Lydwin, 1985, « Quelques éléments pour une analyse des nouvelles carrières psychiatriques », *Sociologie et sociétés*, 1985, XII, n° 1, p. 51-60.
- VIDAL-NAQUET Pierre A., 2014, « Le travail de care : tact, ruse et fiction » dans Axelle Brodriez-Dolino, Isabelle von Buelzinsgloewen, Benoît Eyraud, Christian Laval et Bertrand Ravon (eds.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 65-90.
- WALTER Michel et GENEST Philippe, 2006, « Réalités des urgences en psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 1 septembre 2006, Volume 82, n° 7, p. 565-570.
- WEBER Florence, 2012, « Être pris en charge sans dépossession de soi ? », *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 2012, vol. 6, n° 4, p. 326-339.
- WEBER Florence, GOJARD Séverine et GRAMAIN A., 2003, *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Paris, La Découverte.
- WHOOLEY Owen, 2010, « Diagnostic ambivalence: psychiatric workarounds and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », *Sociology of Health & Illness*, 2010, vol. 32, n° 3, p. 452-469.
- YENI Isabelle, LOPEZ Alain, VALDES-BOULOUQUE M. et CASTOLFI F., 2005, *Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990, rapport auprès du ministre de la Santé et de la Protection sociale et du Garde des Sceaux*, s.l., IGAS-IGSJ.

Annexes

A. Liste des réunions

B. Lexique

C. Annexe méthodologique

1. Entretiens avec les professionnels

a) Psychiatres rencontrés

b) Soignants et autres professionnels exerçant en psychiatrie

c) Au sein du secteur psychiatrique A

2. études des dossiers de HSC – service d’hospitalisation du secteur A et service d’urgence de l’hôpital H

D. Les sources statistiques nationales sur la psychiatrie et les soins sans consentement

E. Thèses de médecine consultées sur les hospitalisations sans consentement, la chambre d’isolement et les contentions (thèses soutenues entre 2001 et 2011)

F. Principales dispositions des lois de 1838, 1990 et 2011 concernant les soins sans consentements

G. Extrait du rapport de la Cour des comptes (2011) : « Une remise en cause progressive et profonde du secteur »

H. Photographies de chambres d’isolement

A. Liste des réunions

Réunion clinique (CAC): étude de plusieurs cas qui posent question

Réunion de synthèse (CAC): point sur tous les dossiers suivis par le CAC

Réunion de synthèse (service d'hospitalisation) : réunion hebdomadaire, point sur chaque patient, temps pour d'éventuelles discussions « cliniques », d'échange sur l'état du patient, diagnostic et perspectives

Réunion « Constellation » : réunion de représentant du secteur avec des partenaires sociaux – mensuelle

Staff (service d'hospitalisation) : réunion quotidienne du matin, points urgents, transmissions médecins-soignants, consignes

Transmissions (service d'hospitalisation et CAC) : entre soignants : à chaque arrivée d'équipe soignante. Dans le service d'hospitalisation, les transmissions ont lieu le matin à 7h, en milieu de journée vers 13h, le soir vers 21h

B. Lexique

Les termes indiqués ici sont les termes utilisés dans les terrains étudiés au secteur A. L'explication ici reconstituée de certains termes « cliniques » ne correspond pas nécessairement au sens précis « théorique » des manuels ou des théoriques sur les pathologies, mais le sens qui ressort des usages rencontrés

Le « A », le « B », le « C » = secteurs A, B et C, dont les unités d'hospitalisation sont toutes trois à la Clinique Bouvreuil, les B et C à l'étage.

Agité – agitation : conduite excitée, le plus souvent désignant des gestes de violence physique

Accrocher : établissement d'un lien particulier avec l'équipe / avec un de ses membres : « est-ce que tel patient accroche ou pas ? » **accrocher quelqu'un** sur un patient : « on essaie de l'accrocher avec Fauveau »

Acte - Passage à l'acte : conduite considérée comme à la fois symptomatique d'un trouble et cristallisant un moment de crise (origine psychanalytique de la notion de « passage à l'acte ») : acte révélateur d'un trouble sous-jacent et indice de gravité dans la mesure où l'acte n'a pas été « contrôlé » par son auteur. Peut désigner spécifiquement des actes violents (patient attaquant un soignant, fils attaquant son père). Terme qui se diffuse dans le langage courant entre professionnel, il peut par exemple être utilisé pour critiquer la décision d'un collègue qui tente de « forcer la main » à l'équipe – ce qui peut impliquer à la fois manque de concertation et un manque de réflexion, et manifester ainsi un problème.

Adhésif : « collant », du mal à se détacher dans la relation, par exemple à interrompre un entretien, à cesser l'interaction

Alcooliser (s') / alcoolisé : « il/elle s'alcoolise ++ » : in conversation courante – cf OH

Bizarreries : avoir des bizarreries, faire des bizarreries

CAT (sur les écrits des médecins, des soignants) : conduite à tenir

Cadre, cadrer :

Chronique, chronicisé : personne atteinte d'une pathologie psychiatrie chronique, vieille distinction entre ceux qui sont « aigus », « en crise », susceptible d'être « guéris », à tout le moins « améliorés », sur lesquels l'effort de soin est concentré, versus les « chroniques », dont la pathologie est « installée ». Les « pavillons de chroniques » étaient parfois synonymes de lieux délaissés. Ils restent principalement des lieux de vie, avec peu de projets pour les patients (ne parlons pas de avec). Dans les services généraux d'hospitalisation, il reste souvent quelques « chroniques », ici qui ne désignent pas tous les patients qui ont une pathologie considérée comme installée, longue ou à vie, car les psychoses sont généralement considérées comme telles, et la plupart des personnes vivant avec une psychose restent à l'extérieur. Les « chroniques » désignent alors les personnes qui vivent à l'hôpital, souvent d'ailleurs en HL, et sont considérés comme incapables de vivre hors de l'hôpital, ou hors d'un lieu de vie très encadré, sans accompagnement intensif (dont il existe très peu de modalités). Dans ce service, comme dans tout le courant issu de ou nourri par la critique asilaire/psychothérapie institutionnelle, la chronicité est conçue comme le produit de l'institution autant voire plus que de la pathologie, comme une relation de dépendance envers l'institution et les soignants produite par l'institution elle-même qui rend les personnes incapables de vivre en « milieu ordinaire ».

Clastique, crise clastique : agitation violente – conduite violente, énervée, avec tentatives ou réalisation d'attaques sur des personnes, des objets, meubles, portes

Clinique, la « Clinique » : manière de désigner le service d'hospitalisation ou le lieu qui abrite à la fois l'hospitalisation et le CAC

Critique : critiquer son geste / critiquer une opinion, un propos : un des critères de l'évaluation de la gravité d'un 'geste suicidaire' et de la 'conduite à tenir', c'est la distance prise à son égard « je regrette », « c'était une

bêtise », « je ne referai plus jamais ça ». Aussi utilisé dans le cas d'un homme hospitalisé en HO et identifié comme ayant plutôt une personnalité psychopathique, ne critique pas ses propos où il dit son envie de tuer un de ses proches.

Conduite à tenir : CAT – après l'évaluation des faits, le cr d'un entretien et/ou d'une consultation en tire les conséquences en matière d'examen ultérieurs, de traitements, d'hospitalisation ou non, etc.

Contact : bon contact, mauvais contact, contact bizarre, étrange, être plus ou moins dans le contact

Contact de schizophrène : peut renvoyer à une forme de « froideur », d'indifférence, d'absence d'affects exprimés, ou bien encore à une « discordance », un écart ou une contradiction entre ce que la personne dit et les affects qu'elle manifeste.

Contenant, contenance : ce qui a un effet rassurant, apaisant, à travers des limites matérielles ou symboliques posées, par opposition notamment à ce qui peut dans les troubles psychiques être identifié comme « débordant », « envahissant », « morcelant » etc. (les voix, le délire, les effets des hallucinations)

Contention : ambiguïté : contention « physique » : camisole (encore d'usage ? pas dans le secteur 14), liens « attachés » = attacher ; entourer de ses bras, mettre dans une chambre fermée

Contextualiser cf environnement

Coq-à-l'âne : passage rapide d'une idée à une autre sans qu'il y ait de lien apparent.

DAR : DAR Données action résultat, mode de rédaction des comptes-rendus infirmiers récemment introduit dans la formation infirmière et soutenue par les cadres : ce que les ironiques envers cette nouvelle incursion administrative et nourris à l'humour hospitalier résumant par « D : est constipé, A : lui ai donné un laxatif, R : a fait caca »

Délire : à distinguer des « hallucinations » (voir ce terme) ; les psychiatres renvoient ce terme à son étymologie qui serait : sortir du sillon : marquerait un écart avec la raison, un raisonnement qui sortirait du bon sens. Manière d'organiser une expérience voire toute sa représentation du monde à travers des mises en récit qui s'écartent « du bon sens » : ex : délires paranoïaques, par lesquels le monde est tout ou partie interprété comme participant d'une menace plus ou moins extra-ordinaire (« tout le monde est contre moi », « la CIA me surveille », « je suis sorti de chez moi et j'ai vu quelqu'un qui téléphonait, c'est bien la preuve que je suis surveillé »), délires de jalousie. Peut être

Déborde : métaphore associée à une représentation de la psychose comme caractérisée par la perte des limites, limites du corps propres, peur d'envahissement par les autres, et réciproquement un non respect des limites

Défendu : a mis en place des défenses (origine psychanalytique)

Désigné : celui qui est désigné comme la personne souffrante – cf théorie systémique, cf réseau, contextualiser – « persécuté désigné » voir persécuté

Dispersé : suivant plusieurs idées à la fois, entraînant une conduite manquant de cohérence, commençant une action puis une autre sans avoir fait aboutir la première

Dissocié : dissociation affective : vient qualifier une distorsion entre ce qui est dit et l'émotion manifestée (par exemple récit d'un événement particulièrement triste avec un visage réjoui, ou sans émotion apparente – voir « froideur psychotique ». Dissociation corporelle : perte du sentiment d'unité ou d'intégrité du corps, sentiment de perte d'un membre, ou de conscience des frontières corporelles.

« Et puis on s'aperçoit que ce monsieur est effectivement complètement délirant, mais surtout très, très angoissé et très dissocié, qu'il est en rupture de tout.

Dissocié, ça donne quoi ?

T'as plusieurs phases, t'as une dissociation affective par exemple, où le patient va dire que sa mère vient de mourir et qu'il éclate de rire. T'as un discours qui peut être totalement hermétique, complètement incohérent parce qu'il y a un mot pour un autre, parce qu'il y a des idées qui fusent dans tous les sens. Il peut d'un seul coup avoir un espèce d'arrêt et puis, il se met dans une attitude d'écoute, tu as l'impression qu'il cherche des choses comme ça. En fait, c'est souvent des dissociations corporelles, c'est-à-dire que son corps n'existe plus en tant que tel. Son corps, il fait partie de tout. C'est terrible, notamment chez les patients qui sont dans cet état-là, ils prennent jamais de douche parce qu'ils se voient partir dans le siphon. Donc c'est des situations extrêmement angoissantes. Nous, on est là pour les rassembler. C'est pour ça que, souvent, soit on les contient, soit on les couche et on les borde pour que le corps soit bien ressenti. C'est pour ça qu'ils se font souvent mal aussi, pour sentir leur corps. Donc, ce patient-là, on le voit vraiment très dissocié dans son fonctionnement, avec une quête de soin, tout en sachant qu'il n'est pas malade : « je ne suis pas malade, mais je viens vous voir pour des soins ». C'est le discours généralement de la dissociation. C'est très, très éclaté. » Cadre infirmier, Service d'urgence hôpital H

EDM : état dépressif majeur

Elaborer, capacité d'élaboration : capacité réflexive sur ses propres constructions psychiques, capacité d'engager un « travail psychothérapeutique » - notamment psychanalytique - qui serait inaccessible à certains.

En haut/en bas : on « monte » au 11^e, le 14^e au « rez-de-jardin », à côté de la restauration « on descend au 14^e », l'Accueil étant au rdc. Enjeux de hiérarchie dans les expressions. Autour du cas NaAlTou, « appeler du haut de l'Accueil – venez la chercher » possible mépris implicite

Eclaté : plus fort que « dispersé » : perte de l'unité de soi et de la capacité à se maîtriser, à avoir une conduite cohérente, à se conduire

Ensuqué : assommé, pâteux, ralenti très probablement à cause d'un traitement.

Entretien : et non consultation – si possible toujours avec un infirmier- éventuellement avec un ou plusieurs stagiaires

Envahi : cf **persécuté**. « Il est complètement envahi » : signifie que tout ce qui entoure la personne la perturbe, l'agresse, elle peut être aussi envahie de délires

Envahissant : en parlant d'un patient, pour l'équipe : un patient qui sollicite beaucoup, trop aux yeux de l'équipe, par téléphone, ou littéralement la pièce de l'Accueil

Flamber : « ça risque de le faire flamber » <si remis en contact avec sa mère> ie déclencher une crise forte, cf monter, degrés au-dessus : si « monter » implique une augm du risque de passage à l'acte, flamber implique un passage à l'acte – image de destruction, de torche

Fort Chabrol : situation de confrontation physique potentiellement difficile, par exemple avec un patient à domicile, cf également P. Brétécher, « Les arpenteurs », Chimères, n°56, printemps 2005 (Brétécher 2005).

Fou/folle : « celui-là, il est très fou » -

« Complètement fou, ça ressemble à quoi ?

Il était halluciné, alors moi ce que je voyais, c'est qu'il était un peu hilare, il était mutique, il avait l'air halluciné

Il avait l'air d'entendre des trucs ?

Oui. Il avait l'air persécuté, et en fait, après qu'il est redevenu normal il disait, oh là là , c'était super bizarre, je pensais que vous étiez le diable, je pensais que j'étais Dieu. Dieu me parlait, je pensais que vous étiez le diable, etc. » Laurent, chef de clinique, à propos d'un patient vu aux urgences

Froideur psychotique : absence d'émotion apparente, voir **Dissociation** et **contact de schizophrène**

Hospi : le service d'hospitalisation – cf « la Clinique »

Idéations : « idéations mélancoliformes / suicidaires » : pas nécessairement encore des projets, mais évocations d'idées de suicide (idéations suicidaires) ou particulièrement sombres touchant sa propre vie ou le monde en général (mélancoliformes)

Immotivé : ex : rires immotivés : impromptus, brusques, éventuellement associés (par les professionnels) à des hallucinations

Incurie / incurique

Interprétatif : être « interprétatif », c'est tendre à surcharger de sens ou d'intention les faits et gestes des personnes voire les états de choses autour de soi.

Liasse : liste des patients hospitalisés

Lien : instaurer un lien, préserver « le » lien, « être dans le lien », « lien thérapeutique » :

Lits : nombre de places d'hospitalisation (aux urgences, ajoutent parfois des brancards : excèdent le nombre de « lits » qu'ils ont). Baisse drastique du nombre de « lits », les lits font l'objet d'une gestion de « flux » intense

Logorrhéique : qui parle beaucoup, souvent vite – éventuellement associé à de la 'tachypsychie' et/ou des 'coqs-à-l'âne', voir ces termes.

Médical : présence médicale, temps médical, indication médicale = par un médecin (ici pas question par exemple du lieu, ou des modalités d'intervention (ex hôpital, avec des médicaments) en l'occurrence, par un psychiatre. Médicalisation de la psychiatrie : biologisation, traitement médicamenteux, rapprochement psychiatrie de la médecine somatique ou MCO

Mélancolie, mélancoliforme : en contexte psychiatrique, la mélancolie ne désigne pas un doux état de langueur, une vague tristesse, une humeur sombre, mais un état dépressif sévère, pouvant être associé à des idées et des entreprises suicidaires graves, ou un état d'incapacité à agir et de repli sur soi allant jusqu'à la catatonie.

Monter : **1) sens géographique local** : quand on est à l'« hospi » du secteur A située au -1, « monter » pour un patient signifie avoir le droit d'aller à l'étage, au rez de chaussée, pour se balader, aller à la machine à café ; **2) sens « psychiatrique »** (couramment utilisé secteur A) : un patient qui commence à s'exciter (état maniaque ou

hypomane) ou à s'énerver, qui parle plus fort, s'agite, ce qui est perçu comme une augmentation du risque d'un geste violent, d'un « passage à l'acte »

Ex 1 : « [...] Tu as raison, la négociation avec un patient dans un état maniaque, ça sert à rien, ça monte. » Chef de secteur

Ex2 : « CR : consignes : ne monte pas ? [c'est-à-dire : ne sort pas du service]

Sylvie : non, ne descend pas [de l'étage, de son état maniaque] ! » JDT, staff, réponse d'une psychiatre à propos d'une patiente hospitalisée à l'étage

MSP : Mise en Situation Professionnelle : type d'examen pour les élève infirmiers et aides-soignants, dans les services où ils font leurs stages.

Orientation : pas se contenter d'orienter mais accompagner

Passage : faire un passage – Asi : nécessité d'un passage quand Accueil sollicité par une autre équipe/ notamment l'hospi ? ex : Melle G – Asi et AP réclament un passage à Hél, interne de l'hospi, Hél pas au courant de ce dont il s'agit exactement : présentation mutuelle du patient et de sa nouvelle équipe, sens du passage à l'Accueil

Passer en Crise : transition de l'hospi ou de l'Accueil vers la Crise

Patate chaude : éviter le jeu de la patate chaude, cf groupe « Constellation »

Per os : *un traitement per os* : par la bouche, par opposition à un traitement injectable, ou par perfusion par exemple. Les traitements « retard », avec action prolongée (3 semaines-1 mois) sont injectables – mais tous les traitements injectables ne sont pas à action prolongée.

Persécuté : « il est complètement persécuté » cf « il est complètement envahi », se réfère non à l'action de quelque chose ou de quelqu'un sur la personne qui la subirait, mais à un sentiment de la personne, à la manière dont elle se sent, dont elle perçoit le monde, les gens qui l'entourent en général, ou certaines personnes en particulier. Cf persécuteur désigné. En général est dit ou écrit sans complément, sans que soit indiqué l'acteur des « persécutions », et lorsqu'il est indiqué, par exemple : « persécutée par son frère », cela ne signifie nullement que celui qui l'indique « adhère » au récit du patient et pense que le frère est violent, mais est à comprendre strictement comme « elle se sent persécutée par son frère, elle croit que son frère lui veut ou lui fait du mal, son frère est le "persécuteur désigné" »

Persécuteur désigné : lorsque le patient (identifié comme tel) désigne quelqu'un en particulier, qui selon lui le menace, cette personne est identifiée comme « persécuteur ». Le fait qu'il existe un « persécuteur désigné », qu'une personne identifiée comme malade dise qu'elle se sent menacée ou agressée par une personne bien identifiée est considéré dans les cas de paranoïa, ou de psychose paranoïde comme un critère de danger de « passage à l'acte » : le « malade », s'il craint une menace grave, pourrait commettre un acte à la hauteur de la gravité de la menace qu'il perçoit pour se « défendre ».

Projectif : cf interprétatif

Projet : élaborer un projet vs répétition d'Accueils ponctuels – cf « Quelle est l'hypothèse de crise ? »

Psychose infantile : utilisé pour des troubles psychiques qui auraient émergé dans l'enfance, se traduisant par des cas de débilité légère ou des formes d'autisme

Rambos : « On n'est pas les rambos du service » AP, ASi

Réseau : activé par la personne

Retard (traitement) : un traitement retard est un traitement (en contexte psychiatrique, un traitement anti-psychotique) à action prolongée : environ 3 semaines-1 mois.

Réticent

Santé mentale : avoir des partenaires en santé mentale, que tout ce qui concerne les malades mentaux ne soit pas renvoyé à la psychiatrie – Pa Cha : « la santé mentale ça ne concerne pas que la psychiatrie et donc il faut que les acteurs sociaux se réunissent de façon un peu régulière pour parler de leurs difficultés face à la souffrance psychique »

Sauter dessus : équivalent pour maîtriser un patient par la force : pour une hospitalisation, une injection, ou s'il est lui-même violent

Sédater : donner un traitement calmant par voie orale ou par injection

Sismos : Des « sismothérapies », nom préféré à « électrochocs » qui continuent d'être associés au pire de la psychiatrie. Voir également ECT : électro-convulsivo-thérapie

Ski : « les laisser partir sur un ski » – sortie d'hospitalisation en situation bancale, imparfaitement stabilisée cf entretien avec Pierre

sthénicité (adj : sthénique) : de *sthenos*, force. Notion proche d'agitation. Personne tendue, perçue comme prête à donner un coup, ou euphémisme pour violent.

Stimuler : stimuler un patient en retrait, stimuler lors de la toilette, lors des repas, pousser le patients à (ré)agir, à prendre les choses en main, à faire par soi-même plutôt que de faire « à sa place » (Velpry 2008), qu'il ne reste pas dans l'apathie, le retrait, voire la régression.

Tachypsychie : qui a des pensées rapides, qui se bousculent. Peut se traduire par une logorrhée, des coqs-à-l'âne

Tassant : effet « tassant » des médicament : sédatif

Thymique : de « thumos », qui désigne l'humeur, en grec : les éléments thymiques indique des éléments de troubles de l'humeur, indiquant une intensité dans la joie ou la tristesse **Transfert** : terme peu utilisé, sauf par la chef d'hospitalisation en entretien, **accroche** plutôt

Toute-puissance : 1) empêcher le patient d'être dans la... : caractéristique de certains états pathologiques, quand le patient ne perçoit plus certaines limites ou considère n'y être plus soumis. Le rôle de l'équipe serait alors de lui rappeler « le cadre » (de l'hospitalisation), de lui poser des limites.

2) ne pas être dans la... (pour l'équipe) : vouloir tout faire pour le patient, avoir tout pouvoir sur lui, le rendre dépendant, « chronique » (voir « chronique ») ;

« Oui, voilà, quand on est jeune, soit on est dans la toute-puissance, qu'on va tout guérir, tout le monde en claquant des doigts ! Ce qui est le propre de la jeunesse. Mais en même temps, on peut avoir peur aussi pour plein de situations. » Sylvie, psychiatre

C. Annexe méthodologique

1. Entretiens avec les professionnels

64 entretiens réalisés avec 61 professionnels rencontrés dont 35 présents sur des terrains observés (1 entretien collectif réalisé avec 3 infirmières du CMP - 3 professionnels avec lesquels plusieurs entretiens réalisés : chef du service A, 2 des internes avec lesquels un lien privilégié établi et la possibilité d'un échange plus libre) :

28 psychiatres (voir précisions ci-après)

13 infirmiers dont 6 de l'unité d'hospitalisation, 3 CMP, 3 CAC, 1 unité personnes âgées,

4 aides soignants (Unité Hospitalisation)

5 cadres de santé

3 psychologues, dont 2 du service

2 assistantes sociales (1 Unité Hospitalisation, 1 CCAS)

3 travailleurs sociaux (associations)

3 personnes côté usagers (1 présidente association usager, 2 mission droit des usagers)

1 médecin (mairie)

1 secrétaire

a) *Psychiatres rencontrés :*

(1) Par statut/sexe

| Statut/sexe | total | Femmes | Hommes |
|--|-----------|---|---|
| Psychiatres | 28 | 13 | 15 |
| dont | | | |
| - titulaires | 22 | 9 (dont 3 chefs de secteur/unité autonome, 2 responsables d'unité, 4 Praticiens Hospitaliers sans autre responsabilité) | 13 (dont 8 chefs de secteur/unité autonome, 5 PH sans autre responsabilité) |
| - chefs de clinique/ médecins assistant | 3 | 1 | 2 |
| - internes | 3 | 3 | 0 |

(2) Par type d'activité (total >28, plusieurs psychiatres occupent plusieurs fonctions)

| urgences | hospitalisation | CMP | autre (HDJ, équipe mobile gériatrique, précarité, consult addicto...) | Consultations en libéral |
|----------|-----------------|-----|---|--------------------------|
| 6 | 18 | 11 | 6 | 2 |

(3) Cadre d'exercice

| hôpital psychiatrique | hôpital général | Ayant au moins une partie de leur activité relevant du « secteur » |
|-----------------------|-----------------|--|
| 20 | 4 | 21 |

b) Soignants et autres professionnels exerçant en psychiatrie

| Statut/sexe | Total = 26 | Femmes = 15 | Hommes = 11 |
|--------------------|------------|-------------|-------------|
| Infirmiers | 13 | 10 | 3 |
| Aides-soignants | 4 | 2 | 2 |
| Cadres de santé | 5 | 0 | 5 |
| Psychologues | 2 | 1 | 1 |
| Assistante sociale | 1 | 1 | 0 |
| secrétaire | 1 | 1 | 0 |

c) Au sein du secteur psychiatrique A

28 personnes, dont 16 du service d'hospitalisation, 8 du Centre d'Accueil et de Crise

10 psychiatres du secteur dont l'actuel et l'ancien chefs de service, 6 autres titulaires, ainsi qu'1 assistant généraliste se spécialisant en psychiatrie et 1 interne ; travaillant dans une ou plusieurs unités : 1 au CAC seulement, 4 CMP (dont 2 CMP seuls), 3 unité hospitalisation (tous travaillant dans d'autres unités du secteur) = 4 hommes/4 femmes

9 infirmiers dont 6 de l'unité d'hospitalisation, 3 Centre d'Accueil et de crise, 3 CMP

3 aides soignants (unité hospitalisation)

2 cadres de santé

2 psychologues (1 unité hospitalisation, 1 CAC)

1 assistante sociale (unité hospitalisation)

1 secrétaire médicale (unité hospitalisation et secteur)

Les professionnels sur le territoire du secteur A hors psychiatrie publique (non comptés parmi les professionnels exerçant en psychiatrie)

6 personnes – rencontrées par la réunion « Constellation » :

1 médecin directeur du Centre municipal de santé

1 psychologue (association locale d'insertion)

1 assistante sociale : Centre Communal d'Action Sociale

3 travailleuses sociales (1 SASI, 1 CSAPA, 1 HLM)

2. études des dossiers de HSC – service d’hospitalisation du secteur A et service d’urgence de l’hôpital H

Les difficultés pour « compter » le nombre de personnes hospitalisées et de mesures prises ne se posent pas qu’au niveau national : elles apparaissent au niveau du secteur, pour une période de 6 mois.

Entre janvier et fin juin 2008, il y a eu, selon la base informatique du Département d’Information Médicale, entre 37 et 48 patients qui ont séjourné dans le service d’hospitalisation sous une mesure de soin sans consentement, en incluant ceux dont la mesure est antérieure au 1^{er} janvier 2008 et ceux dont la mesure a été prise entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2008. L’incertitude entre 37 et 48 tient à ce qu’il y a 11 patients dont la modalité d’hospitalisation est inconnue selon le fichier informatique : ces 11 patients ont pour 7 d’entre eux des durées d’hospitalisation dans le service de moins de 2 jours, un certain nombre est en hospitalisation transitoire – l’information, peut-être en attente de confirmation, n’a pas été remplie. Pour les 4 restants, on peut formuler l’hypothèse que leur statut à l’entrée d’hospitalisation n’était pas clair : 3 apparaissent dans mes notes comme hospitalisés en HDT – mais pour certains il pouvait manquer un certificat, la demande de tiers, ou l’un des documents être non conforme. 14 patients apparaissent comme ayant été au moins une fois en HO. En réalité, au 1^{er} janvier, 1 personne en « HO » et 3 en « HDT » étaient comptées comme hospitalisées mais n’étaient plus présentes dans le service au 1^{er} janvier, étant en sortie d’essai.

Il s’est progressivement avéré que les données du DIM sont limitées : elles ne sont pas immédiatement mobilisables pour évaluer des durées d’hospitalisation, car une personne peut être en sortie d’essai et apparaître « en hospitalisation », mais ce n’est pas non plus systématique. C’est en travaillant sur les données du DIM que je m’en suis rendue compte, en m’apercevant que pour une personne que je connaissais pour l’avoir rencontrée pendant mon terrain, elle ne pouvait plus être en hospitalisation à la date indiquée. La durée des *séjours* ne serait probablement évaluable que par le service qui traite la facturation des séjours. Il n’est pas non plus possible d’utiliser ces données pour obtenir la durée des *mesures* d’HSC, car, comme les sorties d’essai, les changements de modalité d’hospitalisation apparaissent dans un onglet à part, et tout le séjour est « coloré » par le mode d’hospitalisation à l’entrée. Cette « coloration » empêche également d’identifier des personnes entrées en HL, et dont le mode d’hospitalisation aurait changé au cours de leur séjour (ce dont je me suis également rendue compte en ne voyant pas apparaître sur la liste des patients hospitalisés en HSC des personnes dont j’avais relevé dans mes notes qu’elles l’étaient, et dont j’avais éventuellement pu consulter les certificats, demande de tiers, arrêtés d’HO, etc.). L’identification de ces changements (mode d’hospitalisation, sortie d’essai) ne peut ainsi être faite que manuellement, et reste incertaine (c’est très dépendant de l’opérateur de saisie, l’infirmier ou le médecin qui en est chargé à ce moment-là).

En croisant différentes sources (les dossiers DIM, mes notes sur les réunions et les dossiers des patients, ainsi qu’un travail sur les documents manuscrits intitulés « mouvements » qui documentent entrées, sorties, sorties d’essai, entrées et sorties de permissions, transferts, hospitalisations transitoires, fugues, changement de modalité d’hospitalisation etc.) et en incluant des personnes dont le mode d’hospitalisation avait changé de HL à HDT (il est possible que certains changements m’aient échappés – pas de cas identifié de passage d’HL en HO dans la période), j’obtiens 43 personnes hospitalisées au moins une fois en HSC dans le service.

Ont été « exclues » du nombre de personnes qui apparaissent hospitalisées en HSC ou dont le mode d’hospitalisation était inconnu 5 personnes qui se sont avérées en sortie d’essai et 6 dont il n’a pas été possible d’identifier le mode d’hospitalisation en croisant avec mes données de terrain. Celles-ci ont séjourné entre moins d’une demi journée et moins de 5 jours dans le service : il peut s’agir d’hospitalisations transitoires de personnes relevant d’un autre secteur et qui y ont été retransférées (cas le plus probable), de personnes arrivées en HL et sorties très rapidement à leur demande, de personnes pour lesquelles une HSC a été tentée mais qui ont fugué ou pour lesquelles les documents se sont avérés incomplets et pour lesquelles il a été décidé qu’il était inutile de poursuivre l’effort d’hospitalisation, peut-être négocié de poursuivre les soins d’une autre façon.

On arrive aux chiffres suivants :

| |
|---|
| <p>207 hospitalisations en cours au 1er janvier ou initiées entre le 1er janvier et le 30 juin 2008 dans le secteur A : dont 47 HSC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 HO, - 31 HDT, - 6 Non renseignées (dont il n'a pas été possible d'établir le mode d'hospitalisation en croisant avec d'autres données – initialement 13 non renseignées), - 155 HL |
| <p>137 personnes hospitalisées : dont 43 au moins une fois en HSC</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15 hospitalisées en HO dont 11 en HO seulement, 2 en HDT et en HO, 2 en HL et en HO ; - 28 en HDT (non compris les personnes hospitalisées en HDT et en HO), 23 en HDT seulement, 5 en HL et HDT ; - 88 hospitalisées en HL seulement - 6 personnes hospitalisées (mode inconnu) |

Ces chiffres incluent des hospitalisations transitoires, et des hospitalisations durant moins de 48h. Sur les 43 personnes hospitalisées au moins une fois en HSC entre janvier et juin 2008, j'ai pu rassembler des éléments sur les conditions d'hospitalisation et la situation à l'origine de l'hospitalisation pour 32 d'entre elles. Pour 6 d'entre elles, soit en hospitalisation transitoire soit dont le séjour était inférieur à 48h, ainsi que pour 5 autres (leur présence et les moments de discussion de leur situation ayant pu correspondre à des jours où j'étais absente du terrain, 2 étaient déjà sorties au moment de mon entrée sur le terrain), les éléments rassemblés se sont avérés insuffisants (peu ou pas de notes en réunion, d'échanges entre soignants, d'observations d'entretien ou dans le service, pas de notes sur les certificats, dossiers ou autre document).

Répartition par mode d'hospitalisation et par sexe

| | HO | HDT | HSC |
|--------------|----|-----|-----|
| nombre total | 12 | 20 | 32 |
| femmes | 3 | 11 | 14 |
| hommes | 9 | 9 | 18 |

Répartition par mode d'hospitalisation et par âge

| | HO | HDT | HSC |
|-----------|--------------------|--------------------|----------|
| âge moyen | 38 ans | 35,3 ans | 36,4 ans |
| Age | Entre 24 et 62 ans | Entre 20 et 69 ans | |

Cet échantillon est bien évidemment trop réduit pour être représentatif, il a le mérite de présenter une variété de situations, sans qu'elles aient été sélectionnées – consciemment ou inconsciemment – de façon à s'inscrire dans un discours sur les hospitalisations sans consentement, qu'il s'agisse de mettre en exergue des situations paradigmatiques (typiquement, des figures de « danger pour soi ou pour les autres », des situations d'« auto ou hétéro-agressivité, comme une personne « suicidaire » ou ayant un « délire paranoïaque » avec un « persécuteur identifié » et ayant déjà commis des actes violents) ou de faire valoir le bénéfice ou le risque de telles interventions – ce que les entretiens avec les psychiatres notamment ont permis d'explorer.

Pour ces 34 situations, ont été rassemblés l'ensemble des éléments – hétérogènes – que j'ai pu recueillir sur le terrain : observations au sein du service, lors d'entretiens avec les personnes concernées, échanges entre professionnels au cours des réunions ou informels, dans les couloirs, le bureau infirmier, éléments de dossiers que j'ai pu consulter : j'ai pris en note lorsque cela était possible les certificats, arrêtés ou autres documents auxquels j'ai eu accès (j'avais toute autorisation pour prendre des notes, tant que j'anonymisais noms de lieux et personnes, mais il ne m'était pas possible de reproduire ces documents) : pv de police, compte-rendu de passage aux urgences de l'hôpital général, lettre d'un

médecin adressant le patient, notes plus complètes de début d'hospitalisation dans le dossier des patients qui synthétisent la situation, compte rendu d'hospitalisation. Tous les documents n'étaient pas systématiquement présents dans le dossier, certains transitaient par le secrétariat, le temps d'une vérification, de la rédaction d'un certificat de « confirmation », « de quinzaine », « mensuel »).

| sexe | âge lors de l'HSC | Résumé du contexte de l'hospitalisation | 1er intervenant | institution recours | mode d'hospitalisation |
|------|-------------------|--|-----------------------------|--------------------------|------------------------|
| F | 20 | idées suicidaires, jf en rupture familiale - sans domicile, accompagnée par une association > CPOA > HDT > hospitalisation | travailleurs sociaux | CPOA | HDT |
| F | 27 | "incurique" "idéations suicidaires" hallucinations, repli "bizarreries" parents inquiets> urgences hôpital général > HDT (père) > hospitalisation | proches | urgences hôpital général | HDT |
| F | 29 | s'est enfermée chez elle avec son petit cousin qu'elle gardait > ses oncles l'ont emmenée aux urgences > Hôpital général > HDT (oncle) > hospitalisation | proches | urgences hôpital général | HDT |
| F | 38 | auto-sevrage d'opiacés - angoisse > urgences hôpital général > HDT (ex-compagnon) > hospitalisation | elle et proches | urgences hôpital général | HDT |
| F | 51 | TS "grave" (la 3è en 5 semaines) > Urgences hôpital général > HDT > hospitalisation | TS | urgences hôpital général | HDT |
| F | 35 | alcoolisations massives et répétées > accompagnement par éducateur d'une association de RDR au CAC > HDT > hospitalisation | travailleurs sociaux | CAC | HDT |
| F | 24 | situation familiale complexe, a quitté son domicile propos délirants HDT (grand-mère) | | | HDT |
| F | | propos et conduite inquiétante > famille > hôpital général > HDT (pas en règle au début) > hospitalisation | proches | urgences hôpital général | HDT |
| H | 36 | a frappé son père (famille violente), a cru l'avoir tué, est allé trouver sa compagne qui l'a amené au CPOA > HDT(compagne)> Hospitalisation - Sorti quand je commence mon terrain, échanges de l'équipe | proches | CPOA | HDT |
| H | 28 | "Troubles du comportement" > CAC pendant 2 semaines > HDT (beau-frère) > hospitalisation | proches | CAC | HDT |
| H | 69 | TS > Urgences hôpital général > HDT (femme) > hospitalisation | TS | urgences hôpital général | HDT |
| H | 35 | inquiétude parents : comportement insomnies propos> urgences hôpital général > HDT(père) > hospitalisation | proches | urgences hôpital général | HDT |
| H | | hospitalisation transitoire | | | HDT |
| H | 39 | propos et conduite inquiétante > famille > hôpital général > HDT (frère, pas en règle au début) > hospitalisation | proches | urgences hôpital général | HDT |
| H | 34 | menaces sur proches/coups - patient connu depuis 10 ans, plusieurs HSC> | proches ? Police ? | urgences hôpital général | HDT +HL |

| | | | | | |
|---|----|--|---|---------------------------|--------|
| | | hôpital général > HDT (mère) | | | |
| F | 40 | SDF > dit avoir été violée à une assistante sociale > hôpital général > HDT (sœur ?) > hospitalisation | travailleurs sociaux | urgences hôpital général | HDT+HL |
| H | 24 | (repli) violence à la maison > CAC nombreuses VAD > HDT(père) : fugue > feu/violences > HO maire > hospitalisation | proches | CAC | HDT>HO |
| F | | entrée en HL > agression soignante >HDT | secteur | hospitalisation | HL>HDT |
| F | | confusion état maniaque | proches ? | urgences hôpital général? | HL>HDT |
| H | | HDT prévue ? - H à 18h - "évasion" le 19/01/2008 gommé = sortie à 23h - réhospé le lendemain à 07h00 sortie le 20/01/2008 à 16h00 - réhospé le 21/01/2008 à 11h - passage HDT à 11h10 - SE à 14h | | CAC | HL>HDT |
| F | 31 | harcèlement téléphonique voisins >Plainte > police > urgences hôpital général > HO | police | urgences hôpital général | HO |
| H | 24 | attaque sa mère, commence à l'étrangler - très délirant - précédente hospitalisation en HDT : repli, discours bizarre, imprévisibilité, sa mère a peur qu'il se jette par la fenêtre | proches | police ou CAC ? | HO |
| H | 58 | menaces sur proches/ échanges de coups > police > GAV >HO >prison préventive | proches | police | HO |
| H | 62 | HL > fugue > HO dans une autre ville en région parisienne pour exhibitionnisme (retrouvé nu devant la mairie) > retour en HO levée 3 mois plus tard (oublé ?) | police | | HO |
| H | 33 | Hors secteur - GAV pour menaces de mort et violences sur ex-concubine > Hôpital général pour examen compatibilité de l'état avec GAV > "idéation suicidaire altruiste" > HO | proches | police | HO |
| H | 43 | inquiétude ami > Accueil > nombreuses VAD par CAC > HO (nombreux troubles du voisinage, coups voisins, fuite d'eau, odeur) | proches | CAC | HO |
| H | 31 | frappe deux passantes deux jours successifs > police > Hôtel Dieu> "état compatible avec GAV mais dangerosité" > IPPP> HO > hospitalisation | police | | HO |
| H | | n'a pas payé des pâtes achetées à l'aéroport où il était en transit > police - délirant > IPPP>HO > hospitalisation > levée d'HO > retour à son pays d'origine (UE) | police | | HO |
| H | 36 | grave agression contre son père > urgences > HO > hospitalisation > actions agressives dont contre lui > UMD > retour d'UMD toujours en HO | urgences hôpital général (de lui-même) | | HO |
| | 29 | retour de SE d'HO car sortie du département et contrôlée sans billet dans un train - 2 jours au secteur 11 faute de place, puis SE HO du 28/02/2008 au | contrôleurs SNCF | police | HO |

| | | | | | |
|---|----|---|--------|------|----------|
| | | 28/03/2008 | | | |
| H | 31 | problème dans un centre commercial>GAV> IPPP> HO | police | IPPP | HO + HDT |
| F | 40 | Hors secteur-altercation chauffeur de taxi aéroport-déirante > police > IPPP > HO | police | IPPP | HO>HL |

Dossiers d'HSC aux urgences de l'hôpital H

J'ai également pu travailler sur les dossiers d'HSC réalisés aux urgences de l'hôpital H pendant un mois : 13 HSC ont été initiées, dont 10 HDT et 1 HO réalisées, 1 personne finalement hospitalisée en HL après un premier certificat d'HDT, ainsi que 1 orientation vers le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil de Paris (CPOA) avec un premier certificat.

Répartition par sexe: 4 hommes, 9 femmes.

Répartition par âge :

(Age moyen 39,5 ans)

| | |
|--------------------|---|
| Entre 20 et 30 ans | 5 |
| Entre 31 et 40 ans | 5 |
| Entre 41 et 70 ans | 2 |
| Plus de 70 ans | 2 |

Arrivée aux urgences :

| | |
|--|---|
| Avec proches, dont 1 en ambulance | 5 |
| Avec pompiers ou samu social | 2 |
| Avec la police : réquisition pour "évaluation du comportement" | 1 |
| En ambulance (seul ?) | 1 |
| Non renseigné | 4 |

Tiers signataire d'HDT

| |
|--|
| 3 parents (2 mères, 1 père), 2 frères, 3 enfants (1 fils et 2 filles), 1 cousin, 1 ami |
|--|

D. Les sources statistiques nationales sur la psychiatrie et les soins sans consentement

On rappelle ici les sources administratives permettant de quantifier et décrire l'offre de soin, l'activité des professionnels et le recours aux soins en psychiatrie, et notamment les soins sans consentement. On s'appuie ici principalement sur les travaux de (Coldefy, Nestrigue et Or 2012, p. 46)

On peut distinguer deux types de sources : des sources à visée principale statistique et des sources à visée principale pratique.

Sources à visée statistique : la SAE, les Rapsy, les rapports des CDHP

Sources à visée pratique : le Rim-P, Hopsy

1) Données générales sur la psychiatrie

1-1) La SAE

La SAE (statistique annuelle des établissements de santé) est une enquête administrative annuelle réalisée par la DREES, exhaustive et obligatoire, non spécifique à la psychiatrie, qui documente à la fois l'offre de soin et l'activité des établissements. Elle relève/décrit/documente les équipements, les ressources en personnel, le nombre de journées, de venues ou d'actes selon le type d'activité, les prises en charge à temps complet, partiel ou ambulatoire. Commune à l'ensemble des établissements de santé, il lui a cependant été ajouté un bordereau spécifique à la psychiatrie **depuis 2006** car celle-ci a développé toute une activité spécifique, notamment extra-hospitalière (en psychiatrie, 75% des patients suivis en psychiatrie sont vus exclusivement en ambulatoire dans l'année SOURCE), avec un ensemble de prises en charge qui ne sont pas ponctuelles mais consistent en un suivi régulier sur des périodes pouvant durer plusieurs années. La notion de « **file active** » (le nombre de patients suivis au moins une fois dans l'année) est ainsi très utilisée en psychiatrie depuis la sectorisation. La SAE contient des données sur les dispositifs développés par chaque établissement, comme la participation des établissements à des réseaux de santé mentale, l'existence d'équipes mobiles.

Cette enquête présente un bénéfice important par rapport aux données des CDHP : « Les données de l'enquête sont disponibles à N+1. » (id.) c'est-à-dire une année après. La complétude des données est bonne : « L'exhaustivité de la SAE est quasi-totale, de l'ordre de 99 %. » (*Ibid.*)

La SAE comprend des données sur les soins sans consentement : elle recense pour chaque établissement, le nombre de patients, *d'entrées* puis, à partir de 2010, le nombre de *mesures* d'HSC et de journées d'hospitalisation sans consentement.

« De **2006 à 2009**, la SAE fournissait une définition bien précise du terme *d'entrée*, différente de la notion de *mesure* utilisée dans les rapports des CDHP. La définition était la suivante, reliée à celle utilisée dans le Rim-P : « le nombre **d'entrées** correspond au nombre de **séjours** en hospitalisation temps plein selon le mode légal de séjour (une séquence d'hospitalisation libre clôturée à la fin d'un trimestre selon les règles du Rim-P et qui se poursuit au trimestre suivant ne devra comptée que pour une entrée » (Drees, SAE 2008, Aide au remplissage). Il s'agit d'entrées « totales », directes *ou par transfert ou mutation*, réalisées dans l'année, *les entrées de l'année précédente pour les séjours toujours en cours ne sont pas comptabilisées*.

A compter de **2010**, le nombre *d'entrées* est abandonné et remplacé par le nombre de *mesures*, en cours au 1er janvier (**stock**) et nouvellement prises dans l'année (**flux**), *sans donner plus de précisions quant au concept de mesure*. Ce changement de concept n'est pas sans conséquence sur la qualité des données saisies et limite fortement les analyses d'évolution. **Comparer les données antérieures et postérieures à 2010 dans la SAE n'est pas possible** et nous pouvons questionner la prise en compte du changement de concept en 2010 par les établissements répondant à la SAE. Par ailleurs, le nombre d'établissements renseignant ces items dans la SAE est variable selon les années et appelle à une grande précaution dans l'analyse qui peut être faite des résultats observés. »

1-2) Le Rim-P

Depuis 2007 (décret du 29 juin 2006) a progressivement été mis en place le « **RIM-P** » (le Recueil d'Informations Médicales pour la Psychiatrie). Celui-ci a succédé à la tentative expérimentale de 2002 à 2005 d'étendre à la psychiatrie le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) mis en place par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Le PMSI un « outil médico-économique d'analyse de l'activité de court séjour des établissements de soins » (cour des comptes p.154), appliqué à la médecine hospitalière en MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique) – articulé à un modèle de financement de tarification à l'acte (dit « T2A ») en établissant des groupes homogènes de patients. En psychiatrie, il a été tenté d'établir des groupes homogènes de journées, sans succès, et le PMSI-Psy a ainsi été abandonné en septembre 2005.

Le RIM-P ou (Rim-Psy) « recueille depuis l'exercice 2008 des données détaillées sur l'activité et la patientèle. Il s'agit d'une source de type PMSI, en cours d'élaboration en lien avec la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP), évoquée par ailleurs.

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) collecte les données, médico-administratives (journées de prise en charge, fréquentation – « venues » — des hospitalisations ou accueils à temps partiel, actes ambulatoires et divers, etc.). » (Cour des comptes, 2011)

Géré et diffusé par l'ATIH, il « ne peut être raisonnablement exploité que depuis 2010. L'exhaustivité et la qualité de ce jeune recueil croît année après année. Ce recueil permet de compter le **nombre de patients**, le **nombre de séjours** à la fois les nouveaux et ceux entamés l'année précédente et le **nombre de journées** (permettant de repérer les sorties d'essai). Le Rim-P permet également de décrire les caractéristiques des patients suivis sous de mode ainsi que l'ensemble de leur prise en charge au sein des établissements. L'existence d'un identifiant national permet également de supprimer les doublons des patients suivis dans plusieurs établissements. » (Coldefy M., Compte-rendu du comité de pilotage de l'étude « Mesure et analyse de la variabilité des pratiques d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie », 24 septembre 2012)

Les directions des centres hospitaliers *via* les « DIM », départements d'information médicale, multiplient les instructions visant à améliorer la saisie des données concernant tel ou tel item. Cette mise en place impose la transcription informatisée de tous les données et actes concernant le patient (dont les réunions et échanges, même téléphoniques, même réalisés sans lui), avec la délégation progressive de cette transcription des secrétaires aux infirmiers, auxquels le « rapport informatique » est imposé et dont le temps passé à ce relevé des informations augmente progressivement. Anticipant sur un possible passage à la tarification à l'acte, certains soignants insistent sur l'importance de rendre visible une activité psychiatrique plus diffuse, qui passe davantage par du temps passé avec les patients, dont des moments informels, que par des « actes » (peu d'actes « techniques », quelques consultations).

1-3) Les Rapsy

Les rapports d'activité en psychiatrie ou « **Rapsy/ Rap_psy** » est une enquête de la DREES réalisée en **2009 sur l'année 2008** sur l'activité des établissements psychiatriques, mais peu exploitée et tardivement, les premiers résultats ayant été publiés en **2011**. Cette enquête fait suite aux rapports d'activité des secteurs psychiatriques (RAS), qui existaient depuis les années 1990 et jusqu'en 2003, et étend la description de l'offre de soin et de l'activité à la psychiatrie non sectorisée. Cette enquête « vise à recueillir des données détaillées sur l'offre et l'organisation des prises en charge en santé mentale : équipements et personnel, activité et modalités de prise en charge des patients, unités de prise en charge spécifiques, organisation des soins et pratiques professionnelles. L'enquête comprend deux niveaux d'interrogation : une première interrogation est menée au niveau de l'établissement et une seconde au niveau des différentes structures de prise en charge de l'établissement. Une structure de prise en charge est définie par une adresse, une nature (temps complet, temps partiel ou ambulatoire) et une population (psychiatrie générale ou infanto-juvénile). (*Ibid.*, p. 48)

Elle contient des données plus riches que la SAE sur l'organisation de la prise en charge, de la permanence des soins, sur les réponses à l'urgence – mais avec un taux d'exhaustivité des réponses de seulement 80%. Le fait qu'elle ne soit interrogée que par établissement et par structure ne permet pas d'assurer une continuité avec les données recueillies sur les secteurs et ainsi de permettre une comparaison diachronique – l'organisation en secteurs ayant par ailleurs été partiellement défaite, mais pourrait permettre selon Magali Coldefy (maîtresse de recherche à l'Irdes, anciennement chargée d'études à la DREES de 2001 à 2006) une analyse au niveau des territoires de santé, non seulement une

description quantitative de l'offre de soin mais également une analyse en termes de stratégie thérapeutique/d'organisation différente des soins (en termes de répartition hospitalisation/ambulatoire, développement de solutions d'hébergement ou de modalités thérapeutiques plus diversifiées) (Coldefy 2013). Cette enquête avait vocation à être reproduite, mais la lourdeur du recueil et sa faible exploitation pourrait aboutir à son abandon – elle n'a de fait pas été reproduite depuis 2009.

2) Les soins sans consentement : CDHP-CDSP, Hopsy, Sae, Rim-P

2-1) Les rapports des CDHP

En ce qui concerne plus spécifiquement les soins sans consentement :

Ce sont donc les CDHP qui sont chargées à **partir de 1990** de transmettre chaque année les données chiffrées concernant les HSC. La circulaire de 2004 rappelle la

« nécessité de veiller à l'établissement, chaque année, de ce rapport d'activité. Même en l'absence de circulaire nationale en demandant la communication, ce rapport doit être transmis tous les ans au représentant de l'Etat et au Procureur de la République du département siège de la CDHP » (Circulaire 2004, p. 2)

Concrètement, les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) étant chargées du secrétariat des CDHP, c'est à elles que revient « de servir les rubriques statistiques du rapport d'activité des CDHP » (*Ibid.*).

Elles « constituent la source d'information la plus ancienne et la plus stabilisée sur les soins sans consentement en psychiatrie » (Magali Coldefy, IRDES). Les CDHP ont été mises en place dans le cadre de la loi du 27 juin 1990. Ces rapports relèvent le nombre de nouvelles *mesures d'hospitalisation chaque année*, leur modalité, et notamment si elles ont été prises en urgence, ainsi que leur durée, mais non pas le nombre de *personnes hospitalisées*. Chaque mesure est transmise par le directeur d'établissement de santé à la commission (ainsi que son renouvellement ou sa levée). Le transfert dans un autre établissement ne compte pas comme une nouvelle mesure. Les mesures ayant débuté l'année précédente ne sont pas comptabilisées dans les rapports des CDHP. Ces données départementales sont collectées par la Direction générale de la santé et publiées *via* des circulaires.

Les chiffres publiés par la DGS en 2004 ne sont pas ceux de 2003, comme l'intitulé relativement confus de la circulaire pourrait le laisser croire, mais ceux de 2000 et 2001, avec une analyse rétrospective du nombre d'HSC depuis 1992, et une analyse plus approfondie depuis 1995. La DGS publie alors les chiffres avec un décalage d'environ trois ans. La Circulaire invite par ailleurs les CDHP à lui transmettre les chiffres de 2003, et non ceux de 2002, et précise les instructions concernant les données à transmettre, afin d'homogénéiser les données sur tout le territoire. Il existe ainsi un mode de collecte des données du nombre d'hospitalisations sous contrainte, avec les limites que l'on verra et qui conduiront au choix d'un autre mode de collecte, et dont l'exploitation ne « suit » que difficilement, d'où le choix de la décision de collecter directement les chiffres de 2003, et non ceux de 2002, afin de « prévoir l'exploitation au niveau national de données récentes » (*Ibid.*). Les circulaires donnant les chiffres des années ultérieures datent de 2006 pour l'année 2003³¹² et 2008 pour l'année 2005³¹³. L'intitulé de la circulaire change, sans doute pour prendre une forme plus « intuitive » : tandis que les précédentes circulaires étaient centrées, dans leur intitulé du moins, sur les instructions concernant les *prochains* rapports que les CDHP devaient leur transmettre, et indiquaient secondairement la synthèse des données des *précédents* rapports, l'intitulé de la circulaire de 2008 indique chronologiquement qu'elle donnera les chiffres des hospitalisations de 2005 et les instructions concernant le rapport d'activité à venir de 2007. Les précédents intitulés étaient d'autant plus source de confusion que le rapport à transmettre ne concernait pas l'année en cours de la circulaire, mais l'année précédente, une lecture rapide pourrait faire croire que la circulaire donnait les statistiques des HSC avec seulement une année d'écart, quand c'est en fait 3 ans.

Après 2008, les données concernant les HSC sont constituées autrement.

Les dernières données connues issues des CDHP (*mais non publiées par la DGS, seulement fournies à la demande*) portent sur l'année **2009** et font état de 74 525 mesures d'hospitalisation sans consentement, dont 82% à la demande d'un tiers et 16% d'office. Elles représentent environ 13% des entrées en hospitalisation temps plein en psychiatrie. Le nombre de mesures d'HSC s'est globalement accru sur la période 1998-2009 (+17%), notamment celles d'urgence (+92% pour les HDT d'urgence et

³¹² Circulaire n°DGS/SD6C/2006/346 du 1er août 2006 "relative au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques pour l'année 2005. Transmission du rapport d'activité pour l'année 2003".

³¹³ Circulaire N°DGS/MC4/2008/140 du 10 avril 2008 "relative aux hospitalisations psychiatriques sans consentement en 2005 - Transmission du rapport d'activité pour 2007".

+39% pour les HO d'urgence) [source : DGS, rapports des CDHP, *via* présentation de Magali Coldefy lors de la réunion du Comité de pilotage « Mesure et analyse de la variabilité des pratiques d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie »]

« Néanmoins, sur la période 2003-2007, une décroissance du nombre de mesures, en particulier celles d'HDT, est constatée. Selon le comité, ce serait la conséquence de la jurisprudence. A compter de 2007, le nombre de mesures reprend son ascension. Selon le comité, ce serait lié à la politique sécuritaire alors à l'œuvre. Le comité met en garde contre la validité de ces données au niveau national, étant donné leur qualité variable d'un département à l'autre. Les évolutions départementales peuvent parfois apparaître étonnantes. Les mesures d'HO seraient mieux recensées car c'est une mesure administrative et leur recueil dans l'application HOPSY faciliterait le travail des secrétariats. Les données présentées ont fait l'objet de redressements statistiques de la part de la Drees, corrigeant en partie cette inégale qualité des réponses entre départements. » Compte-rendu d'une réunion du Comité de pilotage-Mesure et analyse de la variabilité des pratiques d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie

2-2) La base Hopsy

La base **HOPSY**, créée en 1994, gérée par les DDASS, puis par les Agences régionales de santé, recense l'ensemble des *mesures* d'hospitalisation sans consentement (HSC) :

« Elle permet aux agences régionales de santé (qui ont ici succédé aux DDASS) de gérer les mesures prises en HSC, d'assurer le secrétariat des comités départementaux de l'hospitalisation psychiatrique (CDHP), d'établir des statistiques départementales de mesures prises, de calculer les échéances légales et de prévenir ainsi les risques de condamnations de l'Etat en cas de contentieux. Un module d'anonymisation, à des fins statistiques de suivi du nombre de mesures, devait permettre la suppression des statistiques d'activité des CDHP ; en septembre 2011 le cahier des charges approprié, tenant compte de la loi du 5 juillet 2011, restait à élaborer.

En mai 2011, l'inspection générale des affaires sociales a souligné que

« les faiblesses du logiciel HOPSY, créé en 1994 pour gérer les hospitalisations sans consentement, ont été maintes fois décrites (rapport IGA/IGN/IGPN précité, rapport inspection générale des affaires sociales- IGSJ, mission parlementaire de M. Garraud). Il n'est par exemple pas possible de connaître l'historique des procédures d'hospitalisation sans consentement d'un patient hors du département et de conserver les données au-delà de l'année civile qui suit la levée des mesures d'hospitalisation sans consentement ». (Inspection générale des affaires sociales, mai 2011, op. cit., p. 82). »

Cf. 1) rapport n°2005-064, A. Lopez et I. Yeni, inspection générale des affaires sociales, M. Valdes-Boulouque et F. Castoldi, IGSJ, mai 2005 sur les « Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. 2) Mission parlementaire confiée par le Premier ministre à Cyril Garraud, député de la Gironde, sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux (2006).

La base Hopsy est dans ces rapports confrontée non pas seulement à des attentes en termes de qualité descriptive statistique qu'à des attentes pratiques : servir d'alerte pour ne pas dépasser les délais légaux pour les certificats, voire de permettre le suivi des patients qualifiés de « dangereux », ce qu'actuellement cette base ne permet pas (données non conservées au-delà d'un an, non mises en commun d'un département à un autre), et enfin servir de source d'information pour l'attribution du permis de port d'armes. Le rapport évalue cette base de donnée à l'aune de deux récits de meurtres (dont un « rapporté à la mission », selon le rapport, l'autre étant davantage documenté par la mission elle-même ?) commis par des personnes ayant été hospitalisées plusieurs fois en hospitalisation sous contrainte antérieurement, sans évaluation des effets que pourrait avoir une telle base de données pour l'ensemble des personnes hospitalisées en HSC/SSC – tout au plus évoque-t-il l'opposition des associations et les problèmes éthiques soulevés par un tel fichier (sans les préciser), en recommandant : « que soit organisée au niveau de l'autorité préfectorale, la remontée exhaustive des informations provenant de l'ARS et de l'hôpital avec celles provenant des services de police et de gendarmerie et que ce soit le cabinet du préfet qui fasse la jonction de ces informations. » (IGAS, Lalande et Lépine 2011, p. 83)

Tableau récapitulatif

| Sources | SAE | Rim-P | Rapports des CDHP /CDSP | Base Hopsy | Rapsy Succède aux RAS (rapports d'activité de secteur) |
|---|--|--|---|--|---|
| Fonction principale du recueil | statistique | Activité Outil « médico-économique » | statistique | Activité | statistique |
| Depuis quand | 2006 – chiffres fiables à partir de 2010, taux d'exhaustivité insuffisant avant | 2007 - 1ers chiffres d'activités de l'année 2008 – chiffres fiables à partir de 2010 | Depuis 1990 (chiffres des années 1992 à 2009) | Depuis 1994 | 2009 sur les chiffres 2008. Enquête ponctuelle, qui sera peut-être renouvelée |
| Par qui | DREES | ATIH | CDHP/DGS | DDASS puis ARS | DREES |
| Ce qui est compté : | | | | | |
| - le nombre de patients hospitalisés /mode | Oui, présents au 1 ^{er} janvier et nouveaux dans l'année | Oui, présents au 1 ^{er} janvier et nouveaux dans l'année | Non | Non ? | |
| - le nombre d'entrées | Oui, de 2006 à 2009 | non | | | |
| - le nombre de « mesures » | Oui, en 2010 et 2011, « mesures » en cours au 1 ^{er} janvier et nouvelles mesures | non | Oui. Nouvelles mesures de l'année uniquement | Oui. Nouvelles mesures de l'année uniquement | |
| - Le nombre de séjours | non | Oui, en cours au 1 ^{er} janvier et nouveaux | | | |
| - le nombre de jours | oui | oui | non | non | |
| Remarques : | | Parcours de patients possibles | | | |

Note : « La SAE compte les journées d'hospitalisation temps plein en excluant les sorties d'essai.
Le Rim-P compte les journées d'hospitalisation temps plein et temps complet et distingue les sorties d'essai »

E. Thèses de médecine consultées sur les hospitalisations sans consentement, la chambre d'isolement et les contentions (thèses soutenues entre 2001 et 2011)

- BOYER Stéphane, 2001, Le tiers dans l'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux. Fonctionnement de la loi de 90 du code de la santé publique dans le département de la Loire durant l'année 1998, Thèse d'exercice de la médecine, Saint Etienne.
- CAPELLI Chloé, 2007, Législation des hospitalisations sous contrainte : évolution et enjeux. A partir de l'étude de 21 cas d'HDT de moins de 72 heures au CHU de Montpellier, Thèse d'exercice de la médecine, Université Montpellier I, Montpellier.
- CARVALHO Julien G. de, 2009, Dispositifs de soins d'urgences psychiatriques en France et aux Etats-Unis d'Amérique, Thèse d'exercice de la médecine, Université d'Amiens, Amiens.
- CHARRASSIN Didier, 2001, Evaluation en juin 1999 par les médecins du Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu de la proposition d'une « charte de la compétence du consentement » aux soins en psychiatrie : résultats et discussion, Thèse d'exercice de la médecine, Lyon.
- CIABRINI Luc, 2009, Vécu de la chambre d'isolement en psychiatrie : description et recherche de facteurs associés : étude exploratoire auprès de 30 patients antérieurement isolés, Thèse d'exercice de la médecine (médecine spécialisée clinique), Toulouse.
- CLARISSE Hélène, 2011, Le cadre d'hospitalisation en isolement : quel impact sur le vécu du patient ?, Thèse d'exercice de la médecine - spécialité de psychiatrie, Aix-Marseille.
- COHEN Sébastien, 2006, Evaluation de l'isolement et de la contention en psychiatrie, Thèse d'exercice de la médecine, Université de Grenoble, Grenoble.
- COLLET THIBAudeau Marie-Aline, 2005, Modalités d'hospitalisation en psychiatrie en France et comparaison avec les états européens voisins, Thèse d'exercice de la médecine, Université de Lille, Lille.
- COULOMBEL Rachel, 2011, Réflexions et perspectives concernant la loi du 27 juin 1990 : à partir de 398 dossiers d'hospitalisation sous contrainte en 2009 au centre hospitalier de La Rochelle, Thèse d'exercice de la médecine, Poitiers.
- COURTECUISSÉ Antoine, 2007, Les enjeux des hospitalisations sous contrainte : à propos d'une étude rétrospective menée sur 658 dossiers d'hospitalisation sous contrainte dans l'agglomération caennaise en 2005, Thèse d'exercice de la médecine, Caen.
- DANDINE Jean-Baptiste, 2001, Etude descriptive et critique des hospitalisations sous contrainte à Toulouse en 1999 à partir de 731 cas, Thèse d'exercice de la médecine, Toulouse.
- DAVID Julien, 2003, Hospitalisations sous contrainte dans le cadre de la dépendance aux substances psychoactives, Thèse d'exercice de la médecine, Bordeaux.
- DEXET Virginie, 2009, Le recours à l'hospitalisation sous contrainte en 2007 : l'expérience haute-saônoise, Thèse d'exercice de la médecine, Besançon.
- DINDOYAL Asha Devi, 2011, Pratique et représentations de l'isolement en psychiatrie : étude de prévalence de la pratique de l'isolement sur le centre hospitalier Guillaume Régnier et représentations de l'isolement chez les prescripteurs à l'aide d'une étude qualitative selon la méthode des focus groups, Thèse d'exercice de la médecine, Rennes.
- DONON PAPAIOANNOU Christelle, 2011, Contention et isolement en psychiatrie adulte : revue de la littérature, Thèse d'exercice de la médecine (psychiatrie), Bordeaux.
- DUMONT Anne, 2011, Observation et évaluation d'une pratique clinique : l'isolement à l'Unité Médicale d'Accueil (U.M.A.) du C.H. Le Vinatier, Thèse d'exercice de la médecine, Saint Etienne.
- FLEURET Muriel, 2002, L'hospitalisation sous contrainte. Pratique au sein de deux services de psychiatrie récemment implantés dans un hôpital général, Thèse d'exercice de la médecine, Lille, 75 (bibliographie et annexes comprises) p.

GALAMEZ Léo, 2010, Recherche de variables ayant un impact sur le vécu de l'isolement dans un service d'urgences, Thèse d'exercice de la médecine, Clermont Ferrand.

GRANET Cédric, 2007, Pratique de l'isolement chez des patients hospitalisés sous contrainte dans un service d'urgences psychiatriques : revue de 266 dossiers, Thèse d'exercice de la médecine, Saint Etienne.

HECKENROTH Elise, 2004, Législation de l'hospitalisation sous contrainte : données et débats dans le contexte européen : apport d'une étude de 504 patients admis à l'Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture De Police de Paris, Thèse d'exercice de la médecine - DES Psychiatrie, Paris 7 Bichat, Paris.

KOHL Magali, 2004, La place de l'hospitalisation sous contrainte dans le traitement de l'anorexie mentale, exercice de la médecine, Paris 7 Bichat, Paris.

KOWALSKI Stanislas, 2010, L'impact sur l'alliance thérapeutique d'une hospitalisation sous contrainte par le médecin traitant, Thèse d'exercice de la médecine, Nantes.

LAURENT Thierry, 2006, La mise en chambre d'isolement au sein des services d'accueil des urgences, Thèse d'exercice de la médecine, Lyon.

LE FLEM François-Xavier, 2008, Hospitalisations sous contrainte sur Brest et sa région en 2006 : épidémiologie et profil en soin primaire, Thèse d'exercice de la médecine, Brest.

LEGAY Emilie, 2007, Capacité à consentir aux soins en psychiatrie : évaluation à partir de trente et un patients hospitalisés sans consentement, Thèse d'exercice de la médecine, Tours.

LOURY Maud, 2009, La chambre d'isolement : une presque île suffisamment bonne ?, Thèse d'exercice de la médecine, Dijon.

LUVEN Erwan, 2009, Première admission psychiatrique en hospitalisation sous contrainte : vécu et suivi du patient, Thèse d'exercice de la médecine, Brest.

MAZMANIAN Sylvain, 2006, Information et consentement en psychiatrie : réflexions sur l'application de la loi du 4 mars 2002, Thèse d'exercice de la médecine, Versailles Saint Quentin Paris Ouest

METZ Pierre-Alexandre (de), 2011, Evolution des soins sans consentement en psychiatrie : présentation de la loi du 05 juillet 2011 et analyse épidémiologique au travers des données du Recueil des Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIM-Psy) de la Région Centre pour les années 2009-2010, Thèse d'exercice de la médecine, Université François Rabelais, Tours.

MICHAUT Caroline, 2004, Hospitalisations à la demande d'un tiers : évolution entre 1992 et 2002 dans trois établissements de santé mentale de la région Nord-Pas-de-Calais, Thèse d'exercice de la médecine, Université de Lille-II-Faculté de médecine Henri-Warembourg, Lille.

OHL Christelle, 2004, La place de l'hospitalisation en psychiatrie, Thèse d'exercice de la médecine (psychiatrie), Université Versailles St Quentin Paris Ouest.

RICHER Samira, 2003, Clinique des processus de consentement aux soins en psychiatrie, Thèse d'exercice de la médecine, Lyon.

ROUSSEAU Caroline, 2001, Les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie : étude rétrospective sur un an à l'unité d'urgences psychiatriques du CHRU de Reims, Thèse d'exercice de la médecine, Université de Reims, Reims, 51 p.

SCHMITT Annick Marie Dominique, 2004, Information et consentement du patient : particularité du service des urgences, Thèse d'exercice de la médecine, Strasbourg.

TESSIER Bruno, 2006, Audit clinique appliqué à l'isolement et la contention au Centre Hospitalier spécialisé de la Savoie, Thèse d'exercice de la médecine, Grenoble.

F. Principales dispositions des lois de 1838, 1990 et 2011 concernant les soins sans consentements

| | Loi du 30 juin 1838 PO/PV | Loi du 27 juin 1990 HDT/HO (modifiée par la loi du 4 mars 2002) | Loi du 5 juillet 2011 SDT/SPI/SDRE (modifiée par la loi du 27 septembre 2013) |
|---|---|---|--|
| Hospitalisation à la demande d'une tierce personne | <p>« Placement volontaire » (art. 8 sq.) (PV)</p> <ul style="list-style-type: none"> - une demande écrite d'une tierce personne, parente ou non - un certificat médical « indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir renfermée. » - certificat à 24h d'un médecin de l'établissement, puis 15 jours après qui « confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence » - registre des PV avec notifications évolution au moins tous les mois - possibilités de recours | <p>Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) Art L3212.1</p> <p>Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement sur demande d'un tiers que si :</p> <p>1° Ses troubles rendent impossible son consentement ; 2° Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance <u>constante</u> en milieu hospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> - une demande écrite d'une personne susceptible de représenter les intérêts de la personne hospitalisée - 2 certificats dont un d'un médecin extérieur à l'établissement - un certificat à 24h - certificats mensuels <p>Procédure d'urgence dite « en péril</p> | <p>Soins à la demande d'un tiers (SDT) / sur décision du directeur d'établissement Art L3212.1</p> <p>Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement [...] que si :</p> <p>1° Ses troubles rendent impossible son consentement ; 2° Son état impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance <u>constante</u> en milieu hospitalier <u>soit</u> d'une surveillance médicale <u>régulière</u> justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1</p> <ul style="list-style-type: none"> - une demande écrite de soins d'une personne susceptible de représenter les intérêts de la personne - deux certificats initiaux - 1 certificat à 24h - 1 certificat à 72h maintenant l'hospitalisation ou définissant un « programme de soins » - 1 certificat avant l'examen par le juge des libertés et de la détention initialement pour les hospitalisations de 14 |

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>Hospitalisation à la demande d'une tierce personne</p> | <p>Procédure « en cas d'urgence » : pas de certificat initial</p> | <p>imminent » : un seul certificat initial</p> | <p>jours, et à la suite de la loi de 2013, pour les hospitalisations temps plein de plus de 12 jours</p> <ul style="list-style-type: none"> - certificats mensuels <hr/> <p>Soins en péril imminent (SPI) : sur décision du directeur d'établissement en l'absence de tiers</p> <p>Mêmes modalités que les SDT, moins la demande par un tiers. Il faut notifier la recherche de tiers.</p> <p>Procédure d'urgence</p> |
| <p>Hospitalisation sur décision de l'autorité publique</p> | <p>« placements ordonnés par l'autorité publique » couramment nommés « placements d'office » (art. 18 sq.) (PO)</p> <ul style="list-style-type: none"> - « les préfets ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne | <p>Hospitalisation d'office (HO)</p> <p>art. L3213.1 [...] les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié [...], l'hospitalisation d'office des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la</p> | <p>Soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)</p> <p>art. L3213.1 [...] les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié [...], l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave,</p> |

| | | | |
|------------------------|--|--|---|
| | <p>interdite, ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes. » - décision qui doit être motivée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée <u>dans un établissement d'aliénés</u>, et de l'y tenir <u>renfermée</u> - Une modalité d'urgence : « en cas de danger imminent attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique », placement ordonnés par le maire, qui doit en référer dans les 24h au préfet, qui statue - Tous les 6 mois : « rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement » - préfet statue sur sortie ou maintien - même registre que PV + information au procureur du roi, ainsi qu'aux maire du domicile des personnes qui en informe leur famille | <p>sûreté des personnes <u>ou</u> portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public »</p> <p>Procédure d'urgence : le maire peut prendre un arrêté qui doit être confirmé par le représentant de l'Etat (Préfet ou, à Paris, le Préfet de police)</p> | <p>à l'ordre public »</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 certificat à 24h - 1 certificat à 72h maintenant l'hospitalisation ou définissant un « programme de soins » - « le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge [hospitalisation ou programme de soin], en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre [...] et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.» - 1 certificat avant l'examen par le juge des libertés et de la détention initialement pour les hospitalisations de 14 jours, et à la suite de la loi de 2013, pour les hospitalisations temps plein de plus de 12 jours |
| Hospitalisation libre/ | Non prévue par la loi (débat sur la possibilité et la pertinence des « auto-placements volontaires » - existence d'hospitalisations libres de fait) | Introduite explicitement par la loi, les HSC doivent rester une exception | Id. à la loi de 1990 |

G. Extrait du rapport de la Cour des comptes (2011) : « Une remise en cause progressive et profonde du secteur »

Source : Cour des comptes, 2011, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2010, Paris, p.129-134.

« B - Une remise en cause progressive et profonde du secteur

Une critique plus fondamentale du secteur en tant que modalité d'organisation des soins s'est progressivement affirmée. Le plan a certes souligné la place « prépondérante » des « secteurs » de psychiatrie, par de fréquentes références à leurs missions, leur confiant implicitement la mise en œuvre de nombreuses mesures, mais des notions nouvelles de « territoire » y apparaissaient aussi. Ce glissement sémantique singularisait son approche par rapport à la problématique traditionnelle de la sectorisation.

Le plan « psychiatrie et santé mentale » s'insérait ainsi à certains égards dans le mouvement initié depuis 2003 (Ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.) visant à remplacer la logique de structures et d'équipements - qui demeurait cependant essentiellement la sienne, deux ans après le premier tournant en ce sens - par des problématiques de régulation de l'activité publique et privée (planification, organisation des soins, financement selon l'activité) selon des règles communes, auxquelles la psychiatrie échappe encore à ce jour. A la suite de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009, la suppression par l'ordonnance n° 2010-137 du 23 février 2010, (l'article L. 3221-1 du code de la santé publique), de la phrase « exercent leurs missions dans le cadre des circonscriptions géographiques appelées secteurs psychiatriques, les établissements assurant le service public hospitalier, les services dépendant de l'Etat ainsi que toute personne de droit public ou privé ayant passé avec l'Etat une convention précisant les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens [etc.] » a constitué l'aboutissement récent d'une remise en cause initiée bien antérieurement.

Cet effacement progressif a été pourtant peu perçu par les professionnels, jusqu'à maintenant d'autant moins que les textes de 1985 et 1986 relatifs à la sectorisation n'ont été que partiellement abrogés, et que, hormis l'ordonnance de 2003, les textes généraux désormais applicables à la psychiatrie, postérieurs au plan, n'ont pas été adaptés à ses spécificités¹¹⁷. Ainsi, « les fonctions initialement dévolues au secteur [organisation territorialisée des soins, coordination des interventions de prévention de soins et d'insertion, continuité des soins, intervention à domicile] ont été progressivement dévolues à l'ensemble des

établissements de santé » (note direction générale de l'offre de soins/284 du 31 mai 2010), ce qui lui fait perdre toute sa singularité, conformément à la loi HPST qui ouvre à tous les établissements publics et privés la possibilité d'exercer cette coordination.

Le ministère considère, au demeurant, que les fonctions confiées au secteur pour garantir une offre de proximité et la continuité des soins ont été progressivement et implicitement étendues par les textes généraux d'organisation des soins aux autres disciplines. La responsabilité en incombe désormais aux agences régionales de santé, qui, au moyen des SROS, définissent pour chaque territoire les articulations de l'offre hospitalière avec l'offre de ville, y compris médico-sociale, c'est-à-dire avec des professionnels « diversifiés et non seulement hospitaliers », notamment les généralistes.

Cette démarche reprend les principes fondamentaux de la sectorisation, mais banalise une organisation jusque-là spécifique, dont le secteur n'a plus le monopole et qui ne s'identifie plus par principe au service public.

En effet, la liste des missions de service public définie par la loi HPST mentionne la seule hospitalisation sans consentement, sans faire référence ni au secteur ni aux autres soins : les agences régionales de santé ont donc la liberté de confier ces missions, sur des territoires sectorisés ou non, à des structures publiques ou, ce qui est nouveau, privées¹¹⁸.

Les autres missions de service public à caractère général formalisées par la loi (formation, permanence des soins, etc.) s'appliquent à la psychiatrie comme aux autres disciplines soumises à autorisation. La loi HPST a confié aux agences régionales de santé la mission d'organiser la concertation sur ces questions selon des modalités propres à chaque région. Elle a supprimé la commission régionale de santé mentale, que la plupart des agences régionales de santé ont, toutefois, de facto reconstituée. L'attachement des psychiatres au secteur et l'insuffisante affirmation de l'échelon du territoire de santé placent, pour le moment, les agences régionales de santé, dans une situation délicate pour mener la concertation.

C - Un cadre juridique devenu incohérent

Le ministère a pour objectif une « organisation globale et graduée d'une offre de soins en psychiatrie, répondant aux critères de continuité, permanence des soins et d'accessibilité, lesquels sont applicables à toutes les activités sanitaires soumises à autorisation. L'organisation sectorielle doit s'inscrire dans cette offre globale en psychiatrie, et dans une logique de coopération avec l'ensemble des professionnels concernés ». Mais le cadre dans lequel inscrire cette organisation repensée manque désormais de clarté.

Supprimés par l'ordonnance de 2010 en tant qu'unité territoriale de planification sanitaire, les secteurs perdurent a minima dans l'organisation interne de l'hôpital, sans support juridique. Le ministère de la santé qualifie lui-même leur situation de « fragile et source de dysfonctionnements ». Il considère qu'une mise en cohérence des textes avec les dernières réformes sanitaires aurait « impliqué une disparition de la notion de secteur en psychiatrie dont les missions devraient, si cela est nécessaire, être à nouveau définies dans le nouveau contexte législatif et réglementaire ». Pour autant, il n'a pas été jusqu'à cette abrogation, par souci de ménager les professionnels et d'engager une concertation avec eux.

Aucun texte ne détaille aujourd'hui l'ensemble des modalités d'implantation et de fonctionnement

spécifiques à l'activité psychiatrique. Le décret du 14 mars 1986, qui distinguait entre secteurs de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire, a été abrogé par un texte du 20 juillet 2005. Dans l'état actuel du droit, les structures extrahospitalières faisant partie de l'offre de soins en psychiatrie n'ont donc plus ni définition, ni cadre d'organisation, hors l'article L. 3221-4 du code de la santé publique.

Le ministère avait, en effet, mis en place un groupe de travail pour redéfinir les modalités de fonctionnement de ces structures, mais les représentants de la psychiatrie publique s'en sont retirés en critiquant le fait que les règles devraient être communes entre établissements publics et privés à but lucratif. Il résulte de la succession de nouveaux textes depuis 2003 et de l'absence de modification des textes antérieurs spécifiques à la psychiatrie un ensemble peu cohérent qui nuit à la compréhension de l'organisation de l'offre en psychiatrie, pour les patients comme pour les acteurs.

Ainsi, non sans paradoxe, la loi du 5 juillet 2011 sur l'hospitalisation sans consentement évoque-t-elle une « coordination avec la sectorisation psychiatrique ». Le secteur demeure aussi la référence, aux côtés du territoire, dans le guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale diffusé par le centre national de solidarité et de l'autonomie (CNSA) en juillet 2011 et élaboré avec le concours de la direction générale de la cohésion sociale et d'agences régionales de santé.

L'article L. 3221-4 du code de la santé publique illustre combien cette évolution est demeurée inaboutie. Il attribue désormais aux **établissements** (et non plus « aux secteurs » ou « chefs de secteurs ») la mise en œuvre de la politique de secteur, c'est-à-dire **la responsabilité de définir les modes d'organisation de l'offre de proximité, les conditions de la mutualisation de certaines activités et les règles d'affectation budgétaire entre les unités internes de l'établissement**. Toutefois, il maintient la responsabilité du « secteur » : « Chaque établissement autorisé en psychiatrie [...] est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. [...] Ces services exercent leur activité non seulement à l'intérieur de l'établissement, mais aussi en dehors de celui-ci ».

Pour le ministère, une telle disposition n'est plus compatible avec la reconnaissance que tout établissement, quel que soit son statut, participe à la lutte contre les maladies mentales, mais il n'en tire pas pour autant les conséquences.

En l'absence de toute autorité compétente pour la faire évoluer, la carte des secteurs est ainsi demeurée figée depuis 2003. Dans la majorité des sites, les psychiatres restent désignés « chefs de secteur », et continuent d'en avoir la responsabilité. Les textes prévoient toujours la signature par le ministre de leur nomination à la fonction de chef de secteur – un secteur correspondant à un service – après consultation de la commission nationale des chefs de service de psychiatrie. Le ministère n'a pas abrogé cette disposition, mais, considérant que la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) l'a privée d'effet, charge désormais les établissements de cette signature comme pour toutes les autres nominations relatives à l'organisation interne. **Cette évolution n'est ni comprise ni acceptée par les psychiatres qui continuent à faire référence aux textes non explicitement abrogés.**

Le plan aurait cependant pu fournir l'opportunité de refonder le cadre territorial d'exercice de la psychiatrie dans le prolongement de l'ordonnance de 2003. N'avoir pas fait explicitement ce choix a paru a contrario conforter la notion de secteur, alors même que la volonté des pouvoirs publics était en réalité d'aligner

progressivement l'organisation de la psychiatrie sur le droit commun de l'organisation des soins, ce que la loi HPST et les textes qui en ont découlé ont fait sans mise en perspective globale.

Il en résulte une grande confusion dès lors que la prise en charge psychiatrique demeure de fait organisée dans le cadre des établissements publics. La cohérence de l'ensemble du parcours de soins, avant, pendant, après une hospitalisation ou une prise en charge ambulatoire lourde, demeure, pour la plupart des patients (tous en milieu rural), assurée par la psychiatrie du secteur public.

Ces ambiguïtés doivent impérativement et rapidement être levées pour redonner un cadre d'exercice stable et clair aux professionnels et permettre aux patients et à leurs familles de comprendre aisément le mode d'accès aux soins en psychiatrie, ainsi que la manière dont s'organise la prise en charge. » (Cour des comptes 2011, p. 129-134)

H. Photographies de chambres d'isolement

Chambres d'isolement rénovées

Photographies prises dans plusieurs chambres d'isolement, récemment rénovées, d'un établissement de la région parisienne.



Image 1 : les meubles sont en mousse ignifugée, cube et cylindre pouvant servir de « siège » et de « table », donnant un caractère moins dénudé à la chambre, mais pouvant également être retirés si besoin. Le radiateur est protégé par un caisson fixé au mur. La chambre a été rénovée récemment, elle est en bon état, sans graffitis.

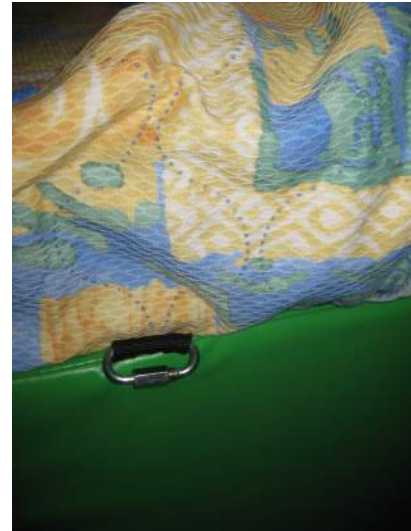


Image 2 : On voit ici le mousqueton du matelas, qui sert à fixer les sangles (non systématique dans ce service)



Image 3 : Autre chambre d'isolement du même hôpital. Ici les toilettes sont situées dans la même pièce, sans séparation ni élément de protection visuelle. Certaines chambres d'isolement sont dépourvues de tout aménagement sanitaire, ou peuvent selon l'état du patient conduire à fermer la partie sanitaire. Un simple seau peut alors être laissé à l'usage du patient. On note les couleurs « apaisantes », et les angles arrondis, visant aussi à prévenir des blessures.



Image 4 : salle de douche adjacente à une chambre d'isolement, avec toilettes, sans porte de séparation entre les deux. Les commandes d'arrivée d'eau, de la douche et de la chasse d'eau sont contrôlables de l'extérieur. Il y a une caméra qui peut être activée.



Image 5 : Succession des hublots du « sas » et de la chambre d'isolement