



HAL
open science

”Moderniser” l’enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles

Livia Velpry

► **To cite this version:**

Livia Velpry. ”Moderniser” l’enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles. Sociétés contemporaines, 2016, Faire tenir les murs, 3 (103), pp.65-90. halshs-01360072

HAL Id: halshs-01360072

<https://shs.hal.science/halshs-01360072>

Submitted on 5 Sep 2016

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.

« Moderniser » l'enfermement en psychiatrie ?

Le cas des unités pour malades difficiles

En matière de santé mentale comme ailleurs, recours à l'enfermement et lieux sécurisés sont souvent analysés comme un mode de gestion des populations par les risques, typique des sociétés post-disciplinaires. Examinant l'articulation originale entre enfermement, dangerosité et soin que définissent les unités pour malades difficiles en France, à partir d'une analyse documentaire, d'entretiens et d'observations, cet article montre que les professionnels de l'unité recourent à une définition contextuelle de la dangerosité et qu'ils inscrivent son fonctionnement sécurisé dans une logique de soin, maintenant l'inscription dans le dispositif psychiatrique général. Il éclaire ainsi les reconfigurations contemporaines de l'enfermement dans ses relations avec l'intervention psychiatrique.

« Modernizing » psychiatric confinement?

The case of units for difficult patients

In mental health as in other domains, confinement practices and secure settings are often conceptualized as being part of the post-disciplinary societies tendency to manage populations through risk assessment. This paper examines units for difficult patients in France as an original configuration between confinement, dangerousness and care. A documentary analysis, combined with interviews and observations, show how professionals in the unit define dangerousness as contextual and incorporate security measures as care practices. All the way, psychiatrists maintain the unit's tie to the general mental health care system. The analysis sheds light on the contemporary transformations of confinement in relation to psychiatric practice.

Introduction

En 2008, à la suite du meurtre d'un étudiant dans les rues de Grenoble par un jeune homme alors hospitalisé sans son consentement en psychiatrie, Nicolas Sarkozy, président de la

République, annonce une série de mesures dans le désormais célèbre « discours d'Anthony »¹. Ces mesures visent, selon ses propres termes, à « éviter qu'un tel drame se reproduise » et à protéger la société du risque que constituent les actes de violence imprévisibles commis par des personnes ayant des troubles mentaux. Elles renforcent la sécurité dans les hôpitaux psychiatriques et prévoient d'accroître les capacités des unités pour malades difficiles (UMD). Ces unités d'hospitalisation sécurisées, destinées à des personnes ayant des troubles mentaux et considérées comme dangereuses, existent depuis le début du XX^e siècle. Au nombre de cinq en 2008, elles accueillent alors environ cinq cents patients – dont 90% sont des hommes.

De nombreux observateurs, notamment au sein de la psychiatrie, dénoncent le caractère sécuritaire de ces mesures, à la fois parce qu'elles placent le risque de violence au premier plan dans l'appréhension du trouble mental et parce qu'elles privilégient l'enfermement comme réponse à ce risque. Elles illustreraient la diffusion d'un contrôle social par le « retour à l'ordre » (Mucchielli, 2008), observé dans le domaine pénal et qui rejoint un phénomène qualifié dans le contexte anglo-saxon de « nouvelle culture du contrôle » (Garland, 2001)².

Les UMD, qui admettent des patients au titre de leur dangerosité et proposent une prise en charge sécurisée reposant largement sur l'enfermement, sont donc particulièrement exposées à ce type de critique. Elles participeraient en ce sens à l'orientation de la psychiatrie vers un mandat de gestion des risques, dont elles constitueraient le volet sécuritaire. Cette perception est renforcée par le processus de spécialisation qui se dessine dans la gestion des patients considérés comme dangereux, dans la droite ligne des orientations actuelles de la politique de santé mentale, qui tend à spécialiser l'offre de soin selon la pathologie, la situation clinique ou le type de population. La création récente d'unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) destinée aux détenus laisse ainsi présager une distinction plus formalisée d'avec les patients considérés comme dangereux (Velpry et Eyraud, 2014). Témoigne également de ce processus la tentative récente d'instaurer un statut spécifique pour les patients admis en UMD (voir encadré), et l'intérêt renouvelé pour la formalisation des méthodes d'évaluation psychiatrique de la dangerosité en France (Senon et al., 2009, Bénézech et al., 2012), favorisées par les dernières réformes pénales (Saetta, 2012).

¹ <http://www.legislation-psy.com/spip.php?article2075>

² Plusieurs auteurs défendent l'hypothèse d'un « tournant punitif » des sociétés occidentales pour analyser le recours accru à l'enfermement comme réponse aux infractions observé aux États-Unis et en Angleterre ces dernières décennies (Carrier, 2010). Les lieux d'enfermement – pénitentiaires dans ces analyses – n'auraient plus pour mission de réhabiliter les personnes mais d'exclure certaines sous-populations au regard du risque qu'elles présentent. Cette « nouvelle pénologie » (Feeley and Simon, 1992) s'appuierait sur des modèles statistiques élaborés et un raisonnement actuariel, plutôt que sur l'évaluation clinique. En France, cette hypothèse a été énoncée à propos de la psychiatrie dans les années 2000 (Velpry et Eyraud, 2014).

Depuis leur création, les UMD sont exposées à la critique et doivent se situer vis-à-vis du mandat de contrôle des populations. En 1912, en destinant l'unité aux « aliénés criminels », malades avant tout, et pas aux « criminels aliénés », Henri Colin y a répondu en l'inscrivant d'emblée au sein de l'institution asilaire, où elle apportait un soin adapté à ces patients spécifiques. Les UMD ont ensuite fonctionné dans une relative discrétion, avec en outre un nombre de place stable et relativement faible – 1 % des lits d'hospitalisation – au regard des autres pays européens, ce qui a permis à cette définition de perdurer sans être véritablement rediscutée. L'articulation entre recours à l'enfermement et soin psychiatrique, qui s'est transformée avec l'éclatement du modèle asilaire et constitue plus largement un enjeu dans les soins en santé mentale aujourd'hui (Velpry, Eyraud et al., 2014), est devenue floue. L'incertitude porte sur le fait que, dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique, le recours à l'enfermement relève en partie du soin ou soit entièrement redevable d'une logique de sécurité.

Or, avec la création de nouvelles unités, qui s'est accompagnée d'une plus grande visibilité des UMD, les professionnels sont confrontés à une exigence accrue d'explicitation et de justification. Le soupçon sécuritaire rend plus nécessaire encore de préciser la position qu'occupent ces unités au sein du dispositif psychiatrique. L'enjeu est de justifier non seulement de leur spécificité mais aussi du fait qu'elles s'inscrivent effectivement dans le dispositif de soin général. En effet, même si elle est un lieu de soin intégré à un établissement hospitalier, l'UMD se distingue fortement d'une unité d'hospitalisation ordinaire. On y recourt de façon systématique à un cadre étendu de mesures de privation de liberté et de contention physique et à l'intervention sans le consentement du patient, toutes mesures qui sont censées n'être qu'exceptionnelles selon le principe de « *least restrictive alternative* »³ dans la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux qu'a adopté l'Organisation des Nations Unies en 1991. L'enjeu pour les professionnels est notamment de déterminer s'ils justifient de la spécialisation de ces unités uniquement par la spécificité de la population accueillie – sa dangerosité – ou s'ils s'appuient également sur une spécificité du soin dispensé – caractérisé par le recours à l'enfermement.

Dans cet article, je propose d'éclairer les reconfigurations contemporaines de l'enfermement dans ses relations avec l'intervention thérapeutique, en analysant la façon dont les psychiatres exerçant en UMD justifient de ces unités. Jusqu'en 2010, au moment de l'enquête, le nombre

³ Alternative la moins restrictive [des libertés]

très réduit d'unités favorisait une interconnaissance forte entre les chefs de service. Elle se concrétisait par des journées inter-UMD, où étaient partagés les problèmes mais aussi les pratiques de soin et les modes de fonctionnement, et dont étaient issues des publications communes. En outre, une dynamique de transmission des pratiques s'est développée à partir de 2008, avec des visites et conseils prodigués aux psychiatres en charge des nouvelles UMD, alors en cours de création. Ces différents éléments ont constitué le support des efforts des professionnels d'UMD pour mettre en œuvre une conception du recours à l'enfermement dans le cadre de soins psychiatriques qu'on peut qualifier de « modernisée » par rapport au modèle asilaire.

Dans un premier temps, l'analyse combinée de la littérature professionnelle, d'entretiens avec les responsables de deux unités et d'observations dans les services, dessine les justifications qui permettent aux professionnels d'inscrire ces unités dans une logique de soin. La définition contextuelle plutôt qu'individuelle de la notion de patient dangereux qui émerge du processus d'admission y joue un rôle central. Dans un second temps, on montrera que les psychiatres s'appuient sur un fonctionnement qui combine dimensions thérapeutiques et de sécurité pour définir la spécificité du soin dispensé. Au final, la préoccupation persistante des psychiatres de marquer l'inscription des UMD dans le dispositif de soin en santé mentale témoigne de leur effort de redéfinir les liens entre enfermement et soin.

Encadrement juridique des UMD

La première unité pour malades difficiles a été créée en 1910 par Henri Colin à l'Hôpital Paul Guiraud de Villejuif. Les suivantes ont ouvert respectivement en 1947 (Montfavet), 1957 (Sarreguemines) et 1963 (Cadillac), puis 2008 (Plouguernevel).

Unités d'hospitalisation intégrées à un établissement de soin psychiatrique, leur spécificité a d'abord été encadrée juridiquement par l'arrêté du 14 octobre 1986 « relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles » (JORF du 23 novembre 1986). La définition de ces unités a ensuite été reprise dans 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 » (JORF du 6 juillet 2011). L'inscription de ces unités dans la loi et non plus dans un arrêté ouvrait la perspective d'un statut légal spécifique, d'autant plus que cette même loi introduisait également un traitement spécial pour les patients admis en UMD. La procédure d'expertise pour mettre un terme à la mesure d'hospitalisation sans

consentement était renforcée pour ces patients et l'admission en UMD y devenait un critère d'inscription sur un fichier spécial pendant les dix années suivant la sortie. L'abrogation de ces dispositions dans la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013, suite à une décision du Conseil d'État du 20 avril 2012, semble refermer cette possibilité (voir aussi Rhenner et Velpry, 2011).

Encadré méthodologique

L'article s'appuie sur l'analyse d'un corpus d'articles issus d'une revue de la littérature récente sur le sujet dans les journaux de psychiatrie français, ainsi que sur l'exploitation de données recueillies dans deux unités pour malades difficiles (UMDa et UMDb dans la suite du texte).

Une recherche bibliographique systématique a été effectuée sur les principales revues professionnelles en psychiatrie et dans les thèses de médecine de 1970 à 2012. Les publications relatives aux unités pour malades difficiles et services de sûreté ont été sélectionnées. Ce corpus a été complété de façon qualitative par quelques références plus anciennes pertinentes, notamment les articles et rapports publiés par des psychiatres chefs de service d'UMD. Au total, 84 références ont été analysées, dont 27 thèses. Près de deux tiers des références sont postérieurs à l'année 2000.

Les deux UMD étudiées ont ouvert avant 2008 et sont dirigées par des psychiatres ayant tous deux une notoriété locale et une activité de publication. Entre 2010 et 2011, j'ai effectué une vingtaine de séquences d'observation d'une journée dans l'UMDa, portant sur le quotidien dans les unités d'hospitalisation, les entretiens médicaux avec les patients et les réunions d'équipe et institutionnelles. S'y ajoute la conduite de sept entretiens formels avec des psychiatres exerçant ou ayant exercé dans l'UMDa. Enfin, ces données ont été complétées par la réalisation de deux séquences d'observation dans l'UMDb et d'un entretien avec le psychiatre chef de service et le cadre de soin de l'unité, à des fins de comparaison. L'analyse présentée ici mobilise pour une part les données d'observation dans les unités de soin et lors des discussions en réunion d'équipe, quand il s'agit de décrire des modes de fonctionnement effectifs. C'est le cas notamment à propos des décisions d'admission et de la mise en œuvre des règles de vie quotidienne. Pour une autre part, l'analyse s'appuie sur les convergences repérées dans les discours des psychiatres, au sein du corpus d'articles étudiés, dans les entretiens et dans les discussions informelles. En rassemblant ainsi des discours qui s'inscrivent tous, à un degré ou un autre, dans une logique de légitimation et qui proviennent d'acteurs ayant également une position hiérarchique privilégiée, tout en recouvrant des

contextes d'énonciation variés, il est possible d'identifier une logique interne et de caractériser la stratégie de justification dans laquelle ils s'inscrivent. Ces discours ont en outre l'intérêt d'émaner d'acteurs, les psychiatres exerçant en UMD, qui doivent se positionner entre les débats sociaux dont ils sont partie prenante, notamment concernant les discours critiques à l'égard de la dimension sécuritaire de la psychiatrie, et le fonctionnement quotidien des unités, dans lequel ils sont directement impliqués et dont ils doivent rendre compte. Ce choix méthodologique se justifie donc par l'objet de l'article et ne vise ni à prendre position en faveur de ces discours, ni à masquer l'existence de points de vue divergents parmi d'autres acteurs présents en UMD, que ce soit les professionnels ou les patients.

1- Des patients dangereux ?

La frontière poreuse entre patients dangereux et patients difficiles

La loi du 5 juillet 2011 destine les UMD aux personnes hospitalisées sans leur consentement « lorsqu'elles présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique ». Cette formulation reprend largement le précédent texte, datant de 1986, qui précisait en outre que les patients devaient présenter « un état dangereux majeur, certain ou imminent, incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation ordinaire ». Dans les textes, le danger ou l'état dangereux justifiant l'admission dans les UMD se définit donc par l'impossibilité d'être pris en charge dans les services ordinaires.

L'analyse de la provenance des patients admis en UMD coïncide avec cette définition de l'état dangereux interne à l'institution. Seule une minorité des patients présents en UMD sont ou ont été impliqués dans un processus judiciaire⁴ ; ils représentent un cinquième à un tiers de la file active, de façon stable dans le temps et dans les différentes UMD⁵. Autrement dit, en France, entre 60 et 80%, soit la grande majorité des patients accueillis dans les UMD proviennent d'un service de psychiatrie ordinaire. Ils sont admis à la demande de ce service et pour un temps limité. La caractérisation de la dangerosité se fait donc dans le cadre d'une gestion des flux interne à la psychiatrie.

⁴ Certains de ces patients ont été déclarés irresponsables à l'issue d'une procédure pénale, sur décision du préfet ou, depuis 2008, du juge. Les autres sont des détenus, en attente de jugement ou d'expertise psychiatrique ou en cours de peine. L'ouverture récente d'unités destinées à l'hospitalisation des détenus, les UHSA, devrait diminuer ce dernier flux.

⁵ Les données sont issues de la littérature psychiatrique – qui mentionne souvent les chiffres en détail, ce depuis le début du siècle –, ainsi que des rapports d'activité pour l'UMDa. La file active correspond au nombre de patients hospitalisés au moins une fois au cours d'une année civile.

La porosité de la frontière entre patients dangereux et patients indésirables ou ingérables dans les unités d'hospitalisation classiques est ancienne. Dès les premiers articles de psychiatres décrivant les services pour malades difficiles, la dangerosité des patients accueillis est définie autant par des éléments liés au patient que par les caractéristiques de l'environnement. Dans son bilan annuel d'activité, Henri Colin, fondateur de l'UMD de Villejuif, en 1912, décrit ainsi ces « récidivistes des asiles [qui] sont la terreur des autres malades et font le désespoir des médecins » (Colin, 1912)⁶. On les retrouve dans la circulaire de 1950 qui réserve les « services pour malades difficiles » à la « catégorie n° 3 des malades gênants »⁷. À la fin des années 1980, René Dubois, chef de service lui aussi de l'UMD de Villejuif, justifie le recours à des services spécialisés dans les « cas où la dangerosité est telle qu'elle déborde les capacités des services de psychiatrie générale » (Dubois, 1987). Dans la suite du texte, les deux catégories de patients admis à l'UMD qu'il distingue sont définies en fonction d'une problématique de gestion des populations dans le dispositif psychiatrique bien plus que d'une évaluation de la dangerosité individuelle. D'un côté, les « malades dangereux » ont commis des agressions ou proféré des menaces. Celles-ci sont certes des conséquences de leurs troubles mentaux mais, souligne René Dubois, « elles sont favorisées par l'évolution des services », c'est-à-dire l'ouverture des pavillons et le manque de personnel. De l'autre côté, les patients difficiles sont ceux dont le comportement pose des problèmes dans le service : « Il peut par exemple s'agir de fugeurs à répétition, ce qui empêche tout traitement, ou de sujets importunant sans cesse sexuellement les infirmières » (*ibid.*, p. 35-36). Les professionnels d'une autre UMD font le même constat quelques années plus tard (Castandet et *al.*, 1991). Par conséquent, pour la majorité des patients accueillis, l'état dangereux qui constitue le motif d'admission en UMD dans les textes officiels n'est pas qualifié dans la sphère judiciaire ou pénale, pas plus qu'elle ne résulte d'une expertise psychiatrique. Il est défini au cours d'un processus largement interne à l'institution psychiatrique, dans lequel l'admission à l'UMD se justifie depuis le séjour en unité d'hospitalisation ordinaire.

Quels éléments sont mobilisés pour définir l'état dangereux ? En examinant maintenant la politique de l'admission et ses modalités de mise en œuvre, on verra que la définition de la dangerosité qui s'en dégage s'appuie sur une définition contextuelle forte qui la distingue de la dangerosité évaluée dans un contexte d'expertise.

⁶ Voir aussi Véronique Fau-Vincenti (2011)

⁷ Cette catégorie est détaillée comme suit : « Les grands déséquilibrés anti-sociaux, généralement médico-légaux qui ont des troubles du comportement graves, avec possibilité de réactions criminelles préméditées et complotées » (Dubois, 1987).

Une dangerosité intrinsèque ?

Lors d'un entretien, alors que nous évoquons les motifs d'admission, le Dr T., psychiatre chef de service de l'UMDb où il travaille depuis plus de vingt ans, commente que « la dangerosité, c'est pas seulement le fait du patient lui-même... mais c'est aussi le fait du patient ». Cette formule résume la tension inhérente à l'appréciation de la dangerosité en UMD. Elle en souligne la définition contextuelle, pour faire la place ensuite à une attribution individuelle. Pour mieux saisir cette tension, il faut préciser le rôle que joue la survenue d'actes de violence dans la décision d'admission et le travail de qualification dont ces actes font l'objet.

Pour les patients arrivant d'un service d'hospitalisation psychiatrique ordinaire, situation de loin la plus fréquente, l'arrêté spécial qui signe l'admission en UMD est l'aboutissement d'une procédure négociée impliquant principalement les psychiatres de l'UMD et le chef du service demandeur. Dans un contexte de forte pression à l'entrée⁸, de recrutement non territorialisé et en l'absence de textes réglementaires explicitant les critères de dangerosité, la politique d'admission de chaque UMD reste largement à la discrétion du psychiatre chef de service. Les entretiens avec les psychiatres responsables des admissions ainsi que l'observation de plusieurs discussions collectives dans deux UMD font apparaître des logiques convergentes dans les prises de décision. Dans l'extrait d'entretien qui suit, le Dr T. lit un dossier de demande qu'il considère comme exemplaire.

« Là en l'occurrence (...) il [le médecin demandeur] précise bien, vendredi 10 octobre le patient fugue pour aller chez sa mère, il revient, le 14 octobre le patient agresse une aide-soignante en tentant de l'étrangler puis se jette sur l'infirmière pour lui toucher les seins... donc là il décrit bien. (...) C'est assez typique. On a une demande de transfert qui a priori serait correcte parce qu'il est malade, il est malade depuis longtemps, il est soigné depuis longtemps et il a prouvé son agressivité potentielle en passant à l'acte à plusieurs reprises. Donc là je vais le prendre. » (Dr T., Psychiatre chef de service, UMDb)

La survenue d'un acte de violence grave dans l'unité d'hospitalisation d'accueil, tel que le décrit le Dr T., est un critère récurrent et commun pour considérer la demande. Cité par les professionnels dans les entretiens, il a été observé dans les discussions en équipe. Il s'agit généralement d'un acte dirigé vers un ou plusieurs membres de l'équipe soignante, parfois vers d'autres patients. Ce critère est ensuite pondéré par des éléments de l'histoire du patient, comme dans l'exemple ci-dessus, qui attestent à la fois de l'existence d'une pathologie psychiatrique (« il est malade depuis longtemps ») et de l'implication de l'équipe soignante (« il est soigné depuis longtemps »). La décision fait par ailleurs intervenir des éléments liés à

⁸ Au cours de l'année 2003, 40% des secteurs de psychiatrie générale ont fait une ou plusieurs demandes de transfert vers une UMD (Coldefy et Lepage, 2007).

la politique interne à chaque UMD – pondérer les admissions selon l'établissement demandeur ou équilibrer la répartition des pathologies dans l'unité –, mais également à l'intérêt clinique attribué au patient, ou encore à l'évaluation de l'urgence de la situation, à la connaissance de l'équipe demandeuse et de ses manières de travailler. Le processus de négociation entre des critères de différentes natures que l'on retrouve là s'apparente à celui observé dans le cadre très différent de la prise en charge extra-hospitalière (Velpry, 2008). Le critère de violences survenues pendant l'hospitalisation a cependant un statut particulier : c'est lui qui permet de considérer la demande.

Le critère d'un acte de violence participe-t-il pour autant à déterminer un état dangereux, qui justifie l'admission ? On pourrait s'attendre à ce que ce type d'événement, souvent qualifié de « passage à l'acte », serve à évaluer la dangerosité psychiatrique du patient⁹, sur le modèle de l'expertise psychiatrique pratiquée dans le contexte pénitentiaire ou judiciaire (Protais, 2011). Définie classiquement comme le risque que le patient commette des actes de violences liées à sa pathologie psychiatrique, cette notion est effectivement mobilisée au sein de l'UMD. Une jeune psychiatre, présente depuis quelques mois à l'UMDa, reprend cette définition : « la dangerosité, je la vois vraiment comme un risque hétéro ou auto-agressif sous-tendu par la maladie psychiatrique » (Dr F., Psychiatre, UMDa). Les évaluations de la dangerosité réalisées dans le cadre du séjour des patients à l'UMD s'inscrivent également dans cette acception. Ainsi, la décision de sortie prise par la commission de sortie s'appuie sur une expertise formelle, réalisée par un expert psychiatre extérieur à l'unité. Des évaluations informelles, basées sur une lecture clinique des éléments du dossier, sont également effectuées par le psychiatre référent pendant le séjour.

Lors du processus d'admission, cependant, la préoccupation est moins d'évaluer la dangerosité psychiatrique que de caractériser une dangerosité indexée sur l'hospitalisation ordinaire. Ce déplacement se comprend si on explicite la conception du risque de violence partagé par les professionnels d'UMD et sa traduction dans leurs relations avec les équipes soignantes.

Des situations qui font le danger

Comment le critère de violences récentes et avérées est-il mobilisé dans le processus d'admission, si ce n'est pas pour définir la dangerosité psychiatrique ? Dans la logique des

⁹ La littérature psychiatrique et criminologique distingue classiquement la dangerosité psychiatrique ou pathologique, qui serait directement liée à un trouble mental, et la dangerosité criminologique, qui touche au risque de récidive. Voir par exemple J.L. Senon et al. (2009).

professionnels de l'UMD, ce critère justifie d'intervenir parce qu'il révèle une situation de crise pour l'équipe soignante actuelle, et non parce qu'il manifeste la dangerosité d'un patient. Rejoignant une perception partagée au sein de la communauté psychiatrique (Velpry, 2011), les professionnels de l'UMD considèrent généralement que la survenue de violence dans un service hospitalier est multifactorielle et dépend largement du fonctionnement de l'équipe soignante ainsi que des contraintes structurelles auxquelles cette dernière est soumise. La porosité entre les notions de danger et de difficulté, soulignée plus haut lorsqu'il s'agissait de caractériser les patients, apparaît de nouveau. Elle porte ici sur les processus qui sont à l'origine des problèmes posés par le patient. La jeune psychiatre citée précédemment propose ainsi une définition relationnelle du patient « difficile » tel qu'il se présente en UMD, qui contraste avec sa définition de la dangerosité psychiatrique :

« Et pour les patients qui ont connu un secteur [une équipe soignante assurant un suivi au long cours], c'est vraiment l'histoire entre le patient et le secteur qui définit la difficulté de ce patient. Il est difficile parce qu'il prend pas son traitement, parce qu'il reconnaît pas sa maladie, parce que à chaque fois qu'il va pas bien il est violent. Parce qu'il fugue. Et ça c'est vraiment le secteur qui dit pourquoi leur patient est difficile. » (Dr F., Psychiatre, UMDa)

Lorsqu'il détaille le processus de survenue de violence dans les unités d'hospitalisation ordinaires, le Dr T., psychiatre chef de l'UMDb, mobilise lui aussi des processus interactifs où la peur des soignants participe à créer une situation de dangerosité du patient, l'intervention de l'UMD permettant de rompre le processus.

« Moi je crois surtout que c'est le processus de peur qui est... À partir du moment où ça, ça se met en marche, on n'arrive plus à l'arrêter. Parce que les infirmiers ont peur du malade, donc ils ont une certaine attitude (...) entre guillemets violente. Sans lui taper dessus bien évidemment, mais plus le patient voit cette attitude chez les soignants plus lui-même risque de réagir par la violence, dans une espèce de crescendo comme ça dans les relations qui sont complètement perturbées. À ce moment, il faut arrêter, et les gens pris dans cet engrenage ne peuvent pas arrêter. » (Dr T., Psychiatre chef de service, UMDb)

La dangerosité est alors bien moins appréhendée comme attachée au patient que comme contextuelle, comme le résume le Dr T. :

« Quand quelqu'un est dangereux, c'est par rapport à un environnement donné et dans une situation donnée. » (Dr T., Psychiatre chef de service, UMDb)

L'admission comme gage vis-à-vis des services ordinaires

Au moment de décider de l'admission, les psychiatres des deux UMD étudiées intègrent cet

aspect contextuel en élargissant le spectre des demandes légitimes au-delà de la survenue d'un acte d'agression très grave ou d'actes répétés. Ils peuvent ainsi prendre en compte l'acte peu grave mais « qui fait déborder le vase », selon les termes du Dr T., ou encore le fait qu'une équipe appréhende d'accueillir un patient auteur d'un acte grave par le passé. Pour justifier leur intervention, les soignants de l'UMD mobilisent alors ce qu'ils considèrent être une sorte de responsabilité et de solidarité professionnelles vis-à-vis des soignants des services classiques. Cette responsabilité est qualifiée par le Dr M., psychiatre de l'UMDa, comme le devoir « d'entendre le malaise » de l'équipe.

L'obligation est également formulée en termes de déontologie professionnelle, dans la mesure où elle concerne aussi le bien-être du patient. L'intervention de l'UMD vise à isoler le patient dangereux non pas pour protéger les autres, mais pour le soustraire à une situation préjudiciable. Le Dr T. évoque ainsi des « raisons quasi humanitaires » pour admettre un patient dont la dangerosité n'est pas avérée mais que l'équipe ne supporte plus et place en contention physique ou en chambre d'isolement de façon prolongée. Là encore, les psychiatres de l'UMD justifient l'admission par l'argument contextuel du défaut de soin en unité ordinaire, et non par la dangerosité que présente le patient.

Ainsi, dans la décision d'admission, le critère du « passage à l'acte grave » qui est mobilisé dans les deux UMD permet d'établir que le patient peut commettre des actes de violence et par là présenter un danger. De façon plus significative, cependant, il manifeste également qu'une équipe rencontre des difficultés et a besoin de soutien dans la prise en charge d'un patient, quelle que soit l'origine de ces difficultés. En cela, on peut dire que la définition de la dangerosité mobilisée lors de l'admission en UMD est indexée sur le contexte d'hospitalisation ordinaire dans les services de psychiatrie générale¹⁰.

Notons qu'en endossant cette obligation de soutien aux équipes, les professionnels d'UMD rééquilibrent une relation avec les services de psychiatrie générale qui est à bien des égards une position de force. Concernant la gestion des flux de patients, les professionnels d'UMD maîtrisent à la fois le processus d'admission, comme cela a été évoqué, et la sortie, le service d'origine du patient étant tenu de reprendre le patient par un engagement de reprise écrit. En termes de moyens humains et matériels, la dotation des UMD est particulièrement favorable, avec un ratio personnel/patient élevé et garanti, ainsi que d'importants investissements architecturaux ces dernières années. Lorsqu'ils réaffirment leur relation d'interdépendance

¹⁰ Cette conception est générale et persiste dans le temps ; dans la littérature psychiatrique, les variations dans l'activité des UMD sont systématiquement définies par rapport à la situation dans les secteurs psychiatriques, notamment de leur tolérance à l'agitation des patients (voir par exemple Senninger et Fontaa, 1986).

avec les autres équipes de soin, les psychiatres d'UMD témoignent aussi de l'enjeu qu'il y a pour eux à s'inscrire pleinement dans le dispositif de soins psychiatriques. Pour cela, au cours du processus d'admission, les psychiatres d'UMD définissent comme objet de leur prise en charge une notion de "dangerosité liée à la maladie mentale", ou encore de "violence pathologique" qui est suffisamment souple pour être spécifique à un individu tout en dépendant du contexte de prise en charge. La souplesse de cette notion présente un autre intérêt ; elle va permettre de définir un type d'intervention thérapeutique à la fois spécifique à l'UMD et en relation avec l'ensemble du dispositif.

2- Redéfinir le partage entre sécurité et thérapeutique

Le fonctionnement des UMD doit permettre de mettre en œuvre « les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires » en raison du danger pour autrui présenté par la personne, dans les termes de la loi du 5 juillet 2011 comme dans ceux du décret de 1986. Le décret évoque également « des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières¹¹ ». Comment les UMD traduisent-elles ces impératifs de soin et de sécurité dans leur organisation mais également dans la définition de leur intervention ?

Des règles de vie quotidienne qui distinguent

L'architecture des UMD comme la disposition de leurs locaux suivent des règles de sécurité qui leur donne un aspect carcéral plutôt qu'hospitalier. Les deux UMD étudiées se situent dans le parc à l'intérieur de l'enceinte de l'hôpital, au sein d'une enceinte propre faite de hauts murs en pierre terminés par des grillages anti-évasion. À l'intérieur des pavillons, la configuration spatiale permet que tous les patients se trouvent en permanence dans le champ de vision des professionnels. Tous les espaces au sein de l'unité sont séparés par des portes fermées à clef, ce qui assure un contrôle strict de la circulation des patients. L'équipement est étudié afin de minimiser les risques qu'il puisse être utilisé comme arme ; c'est ce qui justifie que le mobilier des chambres soit scellé au sol et que les couverts soient comptés au début et à la fin du repas. Le droit de communiquer avec l'extérieur, y compris avec la famille, et de recevoir des visites est non seulement soumis à l'autorisation du psychiatre traitant mais nécessite également l'obtention d'un permis spécial. Les visites se déroulent dans une pièce

¹¹ Article R3222-1 du Code de Santé Publique créé par le décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge – art. 6

particulière et sont surveillées par un soignant¹².

L'ensemble de ces règles place la mission de sécurité au premier plan dans la gestion du quotidien de l'unité. Les équipes soignantes assument ainsi un rôle explicite de contrôle et de maintien de l'ordre. C'est d'ailleurs cet argument de la nécessité, pour les équipes de soin, d'assurer la sécurité qui justifiait jusque récemment que les équipes soient exclusivement masculines. Cet argument est aujourd'hui encore couramment utilisé par des infirmiers comme par des psychiatres pour expliquer la limitation du nombre de femmes.

Les règles qui encadrent la vie quotidienne en UMD sont très codifiées et visent à organiser totalement le temps et les mouvements des patients. La routine quotidienne est très stricte. Sa description, ici par une psychiatre ayant travaillé une dizaine d'année dans l'UMDa, s'accorde avec les observations réalisées :

« Tu as tout le pavillon qui vit à un rythme très ritualisé, les patients ils sont en chambre de sept heures et demie du soir à sept heures et demie du matin, porte fermée, après ils sortent il y a la douche obligatoire, après ils mangent, ils prennent leurs médicaments, après ils sont deux heures en salle, puis ils reprennent les médicaments, ils mangent, après la sieste pendant trois heures, dans leur chambre, fermée, après ils sortent, ils reprennent les médicaments, ils mangent. » (Dr N., Psychiatre, UMDa)

L'existence de règles concernant la vie collective à l'hôpital et le fait que leur respect soit assuré par l'équipe soignante sont des éléments communs à tout service hospitalier (Dodier et Camus, 1997) et les règles énoncées par cette psychiatre sont classiques dans les services de psychiatrie. La routine de l'UMD se distingue non pas tant par les règles qu'elle prescrit que par leur extension, puisqu'elles concernent tous les aspects de la vie quotidienne et tous les moments de la journée. Assurant une maîtrise totale du quotidien des patients, elle permet d'exercer une surveillance constante, qui mobilise toujours plusieurs soignants. Dans ce contexte, tout écart est repéré rapidement. Lors d'une de mes observations, je suis dans la cour, au soleil, au moment de la promenade. La vingtaine de patients de l'unité est dispersé, plusieurs soignants sont dos au mur de l'unité, d'où ils ont une vision panoramique tout en continuant à discuter. Tout est calme, lorsque se produit un échange verbal un peu vif entre deux patients. J'entends le premier, Gaël Defur, dire « tu me fais chier depuis que je suis arrivé » et le second lui demander de s'expliquer en s'approchant, l'air vindicatif. Gaël se lève alors de son banc et lui donne un coup de pied. Immédiatement, quatre soignants, infirmiers et aides-soignants, arrivent des deux points de la cour où ils se trouvaient. Ils immobilisent les

¹² Une recherche documentaire montre que les autres UMD, y compris celles récemment construites, se conforment très largement à cette description.

deux patients et les emmènent dans l'unité. L'ensemble n'a duré que quelques secondes et n'a suscité aucun émoi apparent. Lorsque je rentre quelques minutes plus tard à l'intérieur, les deux patients sont en pyjama et se laissent emmener en chambre d'isolement. J'entends un des infirmiers dire à Gaël qu'il sait bien qu'« en UMD, un passage à l'acte, c'est l'isolement ».

En plus de leur étendue, les règles de vie à l'UMD se caractérisent par la rigidité avec laquelle elles s'imposent à tous, patients comme professionnels. À tout moment, un écart à la règle ou une résistance appellera une augmentation immédiate du niveau de contrainte et de contrôle. Le recours à la chambre d'isolement et à la contention physique sont ainsi des réponses courantes à un éventail très large de comportements considérés comme déviants. Il peut s'agir d'insultes envers un patient ou un soignant, d'une agression physique, mais également de ne pas faire la queue pour prendre son traitement au moment où l'appel en est lancé, ou encore de voler des cigarettes à un patient.

La dimension thérapeutique de la règle

Dans le contexte des unités d'hospitalisation ordinaires, les équipes soignantes désignent couramment les règles concernant le traitement et la vie quotidienne dans l'unité par le terme de « cadre de soin », qui constitue « l'ensemble des mesures thérapeutiques appliquées à un individu en fonction de son état clinique » (Mougeot, 2013). Si le terme peut être utilisé parfois pour se situer dans l'espace ambigu entre discipline et outil thérapeutique (Moreau, 2010), par exemple lorsqu'il s'agit de réaffirmer le cadre, les règles sont par principe négociées pour chaque patient et évoluent au cours de la prise en charge.

L'extension et la rigidité des règles de fonctionnement au sein des UMD étudiées rendent difficile l'utilisation du cadre comme un outil thérapeutique au sens des unités ordinaires. Dans l'UMDa, le Dr F., jeune psychiatre, expose ainsi le périmètre réduit de ses possibilités d'aménager ce qu'elle appelle « le cadre », y compris dans une perspective thérapeutique :

« Alors le cadre ici, il est d'emblée... (...) on ne le choisit pas, c'est ça que je veux dire, c'est que le cadre il est déjà fait... sur quoi on peut jouer ? Après, médicalement, on joue sur les visites, donc sur les contacts extérieurs, donc sur les appels, qui, à quel rythme, sur les visites, qui, à quel rythme, sur les amis personnels. Et après ça va être le cadre, ça va être les activités. Qu'est-ce que j'oublie ? Ça va être la mise en place d'une psychothérapie ou pas. Avoir ses affaires ou pas. Et puis l'isolement ou pas l'isolement, on peut dire que c'est les quatre. Voilà sur quoi on peut jouer. Ce sur quoi on joue pas, c'est qu'ils sont seuls en chambre la nuit, qu'ils font tant de siestes, que les visites ce sera que trois fois par semaine dans le meilleur des cas. Voilà là-dessus on peut pas jouer plus que ça. On se doute bien qu'il y a certains patients

qui rentrent pas dans ce cadre. C'est évident, ça peut pas fonctionner pour tout le monde. On n'a pas le choix, c'est comme ça. » (Dr F., Psychiatre, UMDa)

Les entretiens comme les discussions en équipe lors des réunions cliniques dans l'UMDa font apparaître que le caractère non négociable du cadre vise à engager les patients dans un processus de soumission à l'autorité. C'est ce qu'attendent et observent les soignants chez les patients. Plusieurs des patients rencontrés partagent cette perception. Dans la mise en œuvre des règles de vie quotidienne comme de la prise du traitement, il s'agit avant tout d'obtenir que le patient obéisse aux règles imposées. En retour, le niveau de contrôle et les restrictions sont progressivement allégés.

Lorsque le Dr T. explique que « la vie en UMD est extrêmement bien codifiée et on ne discute pas. Quels que soient les problèmes que l'on a, on est au lit à telle heure, on se réveille à telle heure, etc. » (Dr T., Psychiatre chef de service, UMDb), on comprend que l'enjeu de la rigidité des règles ne se réduit pas à un impératif de sécurité. Traiter les patients de façon uniforme vis-à-vis des règles très contraignantes qui encadrent le quotidien ouvre également à une définition spécifique des modalités d'intervention thérapeutique de l'UMD. Dans l'UMDa, le Dr F. attribue ainsi un effet apaisant à la rigidité du cadre propre à l'UMD :

« Ce qu'on apporte en plus ? On apporte une certaine sécurité au patient. Des patients qui vraiment peuvent plus se contrôler, peuvent plus être rassurés par les équipes de secteur, parce qu'ils ont été violents, et qu'on n'a pas réussi à contenir cette violence, parce qu'ils ont détruit du matériel, parce que... ici ils [les patients] sont très rassurés » (Dr F., Psychiatre, UMDa)

On retrouve dans la fin de cet extrait d'entretien, où le cadre rigide rassure le patient, le retournement opéré lorsque l'admission en UMD est justifiée par la protection du patient. Cet argument rappelle d'ailleurs les justifications des pratiques contraignantes dans les unités hospitalières classiques, telles que les chambres d'isolement (Moreau, 2015).

L'absence de modulation individuelle de la mise en œuvre des règles distingue pourtant l'UMD des unités d'hospitalisation ordinaires, où cette modulation constitue un levier très courant dans la négociation de la relation thérapeutique (Brodwin, 2010, 2013). C'est précisément l'impossibilité d'utiliser ce levier que décrit le Dr N. à propos de l'UMDa :

« C'est une structure où toujours la réponse, c'est plus de contrainte. C'est jamais l'inverse. T'es jamais dans un truc de prise de risque, tu vois. Tu es toujours, tu augmentes d'un niveau la contrainte. » (Dr N., Psychiatre, UMDa)

En cela, le travail des soignants à l'UMD contraste fortement avec les valeurs véhiculées aujourd'hui dans la prise en charge psychiatrique, que ce soit l'idéal de la relation de confiance entre patient et professionnels permettant de négocier une gestion acceptable des troubles mentaux ou la logique émancipatrice d'accès à l'autonomie travaillée au travers de

l'aménagement du cadre de soin (Velpry, 2008). Plus encore, il réintroduit l'enfermement dans le périmètre du soin. Le recours à l'enfermement en psychiatrie perdure, voire se développe, comme en atteste les unités fermées créées au sein d'un nombre croissant d'hôpitaux (Le Bihan et al., 2005) ou les deux cents nouvelles chambres d'isolement ouvertes depuis 2008 dans les unités d'hospitalisation ordinaires. Il fait également l'objet d'un encadrement éthique et juridique accru. Cependant, le lien entre soin et enfermement – indissociables dans le cadre de la prise en charge globale à l'asile (Eyraud et Velpry, 2014) –, s'est distendu avec le développement des prises en charge consenties et en dehors de l'hôpital, au cours du vingtième siècle. La revendication par les professionnels de l'UMD d'un recours à l'enfermement qui ne vise pas seulement l'impératif de sécurité mais améliore la qualité des prises en charge, réintroduit la possibilité d'une justification clinique à l'enfermement.

De la fonction contenante aux soins intensifs

En 1998, dans un journal médical, un article intitulé « Unités pour malades difficiles » évoque en passant le fait que « l'humanisation est encore très en retard dans ces institutions marquées par l'histoire de la psychiatrie » (Kottler et al., 1998). La référence à l'histoire de la psychiatrie renvoie ici à l'institution asilaire, au sein de laquelle les unités pour malades difficiles se distinguaient déjà par un fonctionnement particulièrement autoritaire. Cette spécificité a d'ailleurs été longtemps été assumée et revendiquée par les soignants ; en 1959, alors que la réforme psychiatrique est engagée, le médecin-chef à l'UMD de Sarreguemines décrit ainsi le principe de l'unité : « Le déséquilibré doit sentir peser sur lui, en permanence, une autorité inquisitoriale qui l'aliène sans cesse à lui-même » (Rappart, 2009).

Le projet des auteurs de cet article, quatre psychiatres travaillant dans deux UMD différentes, est justement de joindre leurs efforts pour proposer une conception alternative, unifiée, des UMD. Leur première préoccupation consiste à modifier leur rôle de structure de relégation au sein du dispositif psychiatrique. Les auteurs rejettent ainsi la caractérisation de l'UMD comme « annexe des hôpitaux psychiatriques à tendance ségrégative fonctionnant sur liste d'attente ». Reprenant la proposition du rapport Massé de 1992 sur l'organisation de la psychiatrie, ils promeuvent quant à eux une « institution originale, s'inscrivant dans un “système hiérarchisé” et “souple”, au sein des différentes structures psychiatriques » (Kottler et al., p.8). Les missions qu'ils attribuent à l'UMD témoignent de leur souci de l'inscrire dans une logique valorisante d'intervention de pointe :

« L'UMD doit, sans renoncer à sa fonction contenante, offrir des soins intensifs, pour un temps limité, intégrés au projet thérapeutique à long terme de chaque patient, afin de permettre

un retour apaisé dans le service de secteur d'origine » (ibid., p.4)

La définition de l'UMD comme un service spécialisé et non plus d'exclusion repose sur l'argument de la circulation des patients au sein du dispositif psychiatrique, l'UMD proposant une intervention sur durée limitée à des patients qui ont vocation à être suivis dans un service ordinaire général. La durée moyenne de séjour était en 2012 de douze mois (Tournier, 2012). De plus, en ajoutant à la seule « fonction contenante », également qualifiée plus bas de « service de sûreté d'antan qui jouait pour eux [les psychiatres des hôpitaux] la fonction de service d'exclusion » (ibid., p.4), le terme de « soins intensifs », les auteurs renforcent une connotation thérapeutique appuyée sur l'« aigu » plutôt que sur le « chronique », pour reprendre une distinction structurante dans l'histoire de la psychiatrie (Henckes, 2012).

Des compétences au service des unités ordinaires

Comment les règles qui organisent la prise en charge au sein des UMD, telles qu'elles sont décrites par les psychiatres dans les deux UMD étudiées, peuvent-elles s'inscrire dans un tel « projet thérapeutique à long terme », et relever de « soins intensifs », justifiant ainsi de la spécificité du soin (Kottler et al., 2008) ? Tout d'abord, la prise en charge en UMD se voit attribuer une finalité spécifique, celle de supprimer les comportements violents du patient. Cet objectif écarte les autres considérations cliniques, ce que formule le Dr T., chef de service de l'UMDb : « Le médecin qui s'occupe du patient va essayer de faire en sorte qu'il ne soit plus violent. Même si en contrepartie il peut aggraver certains symptômes ». Soulignons qu'en parlant de « faire en sorte que (le patient) ne soit plus violent », ce chef de service ne fait pas référence aux actes de violence commis au sein de l'UMD, actes qui sont de toute façon peu fréquents eu égard au contrôle et à la surveillance très stricts. Il renvoie plutôt au fait de s'assurer que le comportement du patient se normalise après son retour dans l'unité d'hospitalisation classique.

Pour cela, une compétence principale est revendiquée par les soignants d'UMD de façon convergente : celle de contenir et de maîtriser l'agitation et la violence pathologique, c'est-à-dire liée aux troubles mentaux. Cette compétence s'appuie sur un savoir-faire lié à l'expérience :

« Parce qu'on a un système très très réactif. Et parce qu'on fait attention. On est là pour soigner la violence, la première chose qu'on doit observer c'est quand même est-ce qu'il est violent, oui ou non ? Et donc les infirmières ont l'habitude. » (Dr T., Psychiatre chef de service, UMDb)

Le différentiel de moyens, matériel et personnel, avec les unités ordinaires intervient souvent

dans cette définition *a minima* de la compétence propre aux UMD : « On a juste des lieux un peu plus solides qui évitent les fugues. Plus de personnel qui fait qu'on a plus d'attention et plus de surveillance. » (Dr F., Psychiatre, UMDa). Là encore, comme dans le processus d'admission, l'intervention de l'UMD est justifiée par une capacité à mieux accueillir et traiter un patient, lorsqu'il est agité ou violent. Ce faisant, l'UMD est à nouveau définie en relation au dispositif psychiatrique.

La notion de soins intensifs, quant à elle, est l'objet d'une politique explicite du chef de service de l'UMDa :

« Jusque-là, la force de [l'UMD A] c'est du personnel en nombre, des locaux adaptés, des stratégies thérapeutiques très sédatives et très comportementales¹³. Il faut développer les compétences et se concentrer sur l'intensité du soin. » (Dr M., psychiatre chef de service, UMDa)

« L'intensité du soin », dans ce cas, se définit par un travail spécifique autour de l'ajustement du traitement pharmacologique du patient. Considéré comme un objectif à part entière de l'hospitalisation, le fait de trouver un traitement approprié est facilité par plusieurs caractéristiques de l'UMD, selon le Dr M. D'abord, la durée de séjour, plus longue que dans une unité ordinaire et non limitée par les contraintes organisationnelles, laisse le temps d'essayer de nouvelles molécules et d'observer leurs effets ; ensuite l'environnement très contrôlé et l'effectif soignant important permettent une surveillance rapprochée ; les soignants peuvent donc mettre en place des traitements ayant des effets indésirables potentiellement graves plus facilement. Ils peuvent également laisser des « fenêtres thérapeutiques », qui consistent à arrêter tous les traitements médicamenteux d'un patient, pour pouvoir progressivement en réintroduire de nouveaux. Les soignants de l'UMD invoquent ainsi deux arguments pour justifier la possibilité d'interventions thérapeutiques intensives : le fait d'avoir le temps, qui renvoie à l'absence de pression sur la sortie des patients autant qu'au rapport de force instauré avec les patients, et le fait d'être en nombre, quatre infirmiers au minimum étant présents, à tout moment, avec les patients. Ces deux arguments reflètent, inversées, les deux plaintes récurrentes dans les services d'hospitalisation ordinaires aujourd'hui, à savoir l'absence de temps et le manque de personnel.

Qu'il s'agisse de la prise en charge de l'agitation ou de l'ajustement des traitements – revendiqué également comme une compétence spécifique dans une UMD –, les compétences

¹³ La notion de stratégie thérapeutique comportementale renvoie à une approche basée sur l'abandon par la personne de ses comportements inadaptés et l'apprentissage de comportements plus adaptés. Elle se décline en différentes formes plus ou moins élaborées. Elle est ici sans doute mobilisée par opposition à des stratégies de type psychodynamique qui envisagent leur intervention au niveau des processus psychiques.

propres aux UMD, dans le discours des soignants, l'inscrivent dans une relation avec les services ordinaires. Il s'agit de faire ce que ces derniers ne peuvent pas faire, dans la perspective, toujours rappelée, du retour du patient dans son service d'origine, une fois calmé et ayant un traitement médicamenteux approprié. Dans l'UMDa, le chef de service considère ainsi qu'« il faut qu'on devienne un moment dans un parcours de soins. Notre rôle est de restituer des patients en échec dans leur secteur dans un parcours de soins ». Partageant cette préoccupation, le chef de service de l'UMDb le formule de la manière suivante : « La schizophrénie, ou en tout cas, la gravité de la pathologie je m'en fous. Je veux qu'il puisse être soigné dans un hôpital ordinaire ». Une telle position est d'autant plus facile à tenir pour les psychiatres d'UMD qu'ils peuvent imposer le retour d'un patient dans son service d'origine, lorsque la commission de suivi a prononcé la sortie¹⁴.

En 1911, le psychiatre à l'origine de la première unité pour malades difficiles estimait qu'elle était nécessaire pour libéraliser les services des hôpitaux psychiatriques. Ceux-ci constituaient à l'époque le seul lieu de soin et l'enfermement était indissociable des pratiques thérapeutiques, comme l'était d'ailleurs la discipline. Un siècle plus tard, le soin psychiatrique est réalisé dans un ensemble de structures diversifiées et géographiquement distinctes où les principaux outils thérapeutiques sont dissociés du recours à l'enfermement. On a en effet assisté, dans la seconde moitié du vingtième siècle notamment, à l'ouverture et à l'éclatement physique des lieux de prise en charge, ce qui prenait place à l'asile puis à l'hôpital psychiatrique se déployant maintenant dans « une topographie institutionnelle complexe de la communauté » (Rose, 1998). Diffraqué en termes de lieux de soin, le dispositif de prise en charge en psychiatrie l'est également en termes d'outils thérapeutiques. Les médicaments, les approches psychodynamiques, les thérapies cognitivo-comportementales, la réhabilitation psychosociale, pour ne citer que les plus courants, sont mobilisés et combinés dans des interventions thérapeutiques où l'asile ne constitue plus un cadre unifiant. Au cours de ce processus, le principe de ségrégation et d'isolement à des fins thérapeutiques, associé à l'asile et qui constituait un rouage essentiel du « traitement moral », est tombé en désuétude. L'enfermement comme l'intervention sans le consentement du patient ont été très largement marginalisés en tant que valeurs, alors même que le respect des droits du patient et de son consentement, ainsi que les interventions en milieu ordinaire devenaient centraux (Velpry et

¹⁴ La sortie d'un patient est prononcée par la commission de suivi, composée de psychiatres extérieurs à l'UMD et de représentants de l'Etat, à partir d'expertises réalisées par ces psychiatres qui doivent évaluer la dangerosité du patient dans l'hypothèse d'une sortie. Une fois la décision prise par la commission, le service d'origine du patient est tenu de le réadmettre dans un délai de deux mois.

al., 2014). Lorsque les psychiatres d'UMD reprennent aujourd'hui l'argument de la libéralisation de la psychiatrie ordinaire que permettraient ces unités, c'est donc dans un contexte très différent, où l'articulation entre sécurité et thérapeutique ne va pas de soi. Il est même mis en question. S'ils assument le fait que la mission de sécurité joue un rôle de premier plan dans le fonctionnement des unités étudiées, les psychiatres intervenant en UMD fournissent donc aussi d'importants efforts pour revendiquer un savoir-faire spécifique avec les comportements violents et une intensité des soins qu'ils sont soucieux de replacer dans le dispositif psychiatrique général.

Conclusion

Les unités pour malades difficiles accueillent les individus ayant des troubles mentaux exclus de la société, mais peut-être surtout exclus de la psychiatrie ordinaire. L'analyse de ces espaces qu'on pourrait, après Lorna Rhodes (2004), qualifier « d'extrême exclusion » montre cependant que les professionnels articulent cette situation avec une inscription forte dans le dispositif de soin. Les politiques de gestion des flux mettent ainsi l'accent sur la circulation des patients entre l'UMD et l'hospitalisation ordinaire. En définissant ensuite une intervention thérapeutique ponctuelle et experte sur la violence pathologique, les psychiatres exerçant en UMD affirment leur interdépendance avec les autres structures de prise en charge en santé mentale. Ils ouvrent également la voie à une conceptualisation clinique modernisée des pratiques contraignantes dans le contexte actuel de prise en charge psychiatrique.

Ces résultats invitent à nuancer les analyses des sociétés post-disciplinaires qui inscrivent les lieux d'enfermement dans une logique de diffusion du contrôle par le risque des populations suivies en psychiatrie. Certes, le rôle des UMD dans le système de prise en charge psychiatrique consiste bien à rendre possible un environnement général plus libre ou au contrôle plus diffus, comme c'est le cas pour les unités sécurisées en Angleterre (Rose, 1998) ou au Canada (Chantraine et Cauchie, 2006). Cependant, dans ces analyses, le risque¹⁵, sous la forme d'un recours généralisé aux évaluations standardisées du risque de violence hétéro-agressive, préside à l'orientation des patients. La politique psychiatrique menée dans les années 1990 en Angleterre a ainsi donné lieu à la création de plusieurs types d'unités

¹⁵ N. Rose reprend et élargit, près de vingt ans plus tard, l'analyse proposée par Robert Castel (1983) en termes de « passage de la dangerosité au risque », qui devient le principe organisateur des prises en charges extra-hospitalières.

d'hospitalisation fermées « définies en référence à des besoins sécuritaires plutôt que thérapeutiques » (Rose, 1998) et de niveaux de sécurité indépendants du soin, correspondant à une dangerosité évaluée par des professionnels experts et s'appuyant sur des modèles.

Dans le contexte français, l'insistance des professionnels à qualifier de dangereuses les situations plutôt que les individus, du moins lors de l'admission, tout comme le travail effectué pour inscrire des mesures de sécurité dans le champ des techniques de soin et la référence aux facteurs institutionnels dans la survenue de violences manifeste leur sensibilité à la critique sécuritaire. Dans le même temps, ces éléments éloignent les UMD d'une stricte logique de gestion des risques. On a vu que la dangerosité telle qu'elle est définie lors de l'admission en UMD dépend du niveau de tolérance des unités d'hospitalisation ordinaires plus qu'elle ne relève d'une expertise psychiatrique et d'une évaluation du risque. L'acte violent y joue un rôle central, en justifiant à la fois l'exceptionnalité de l'UMD et son inscription dans le dispositif de soin. Cette centralité de l'acte violent invite à explorer les effets d'étiquetage et de stigmatisation que produit le passage en UMD et qui portent précisément sur l'appréciation de la dangerosité du patient dans ses prises en charges ultérieures. En poursuivant l'enquête dans les services de soins ordinaires, on pourrait étayer l'hypothèse selon laquelle, en France, les unités psychiatriques hautement sécurisées sont moins le produit d'une logique de gestion des risques qu'un lieu de production d'individus étiquetés comme dangereux dans le système de soin psychiatrique ordinaire, où ils ont vocation à retourner.

Livia Velpry

Université de Paris 8-Saint-Denis

CERMES3 – (Université Paris Descartes –
EHESS – CNRS – INSERM)

livia.velpry@univ-paris8.fr

Références bibliographiques

BENEZECH M., PHAM T., VAN HERK J., 2012 « Projet d'évaluation approfondie, diagnostique et pronostique, de la dangerosité physique : le 12-P », Annales Médico-

- Psychologiques, *revue psychiatrique*, 170 (2), p.136-138.
- BRODWIN P., 2010 « The Assemblage of Compliance in Psychiatric Case Management », *Anthropology and Medicine*, 17 (2), p.129-143.
- BRODWIN P., 2013 *Everyday ethics*, Berkeley (Calif.) : University of California Press.
- CARRIER N., 2010 « Sociologies anglo-saxonnes du virage punitif », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], VII, URL : <http://champpenal.revues.org/7818> ; DOI : 10.4000/champpenal.7818.
- CASTANDET F., GAUSSARES C., ABERKANE G., 1991 « Le pavillon fermé est-il anachronique ? », *L'information psychiatrique*, 67 (5), p. 403-410.
- CASTEL R., 1983 « De la dangerosité au risque », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 47, p. 119-127.
- CHANTRAINE G., CAUCHIE J-F., 2006 « Risque(s) et gouvernementalité », *Socio-logos, Revue de l'Association Française de Sociologie* [En ligne], 1.
- COLDEFY M., Lepage J., 2007 « Les secteurs de psychiatrie générale en 2003 », Document de travail, DREES, série Études, 70.
- COLIN H., 1912 « Le quartier de sûreté de Villejuif », *Annales Médico-Psychologiques*, 2, p. 372.
- DODIER N., CAMUS A., 1997 « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 52 (4), p. 733- 763.
- DUBOIS R., 1987 « Les malades dangereux au service Henri Colin (Villejuif) », *Psychiatrie française*, 18 (2), p. 35-43.
- EYRAUD B. et VELPRY L., 2014 « De l'asile à la gestion du soin en santé mentale : La perte de l'institution psychiatrique ? Réflexions à partir de l'exemple de l'hôpital du Vinatier », *Revue française d'Administration publique*.
- FAU-VINCENTI V., 2011 « Le concept "d'aliéné difficile" à la source des UMD », *Santé mentale*, 154, p. 14-17
- FEELEY M., SIMON J., 1992 « The New Penology : Notes on the Emerging Strategy of Corrections and its Implications », *Criminology*, 30 (4), p. 449-474.
- GARLAND D., 2001 *The Culture of Control : Crime and Social Order in Contemporary Society*, Chicago (Ill.) : University of Chicago Press.
- HENCKES N., 2012 « Reshaping Chronicity. Neuroleptics and the Changing Meaning of Therapy in French Psychiatry, 1950-1975 », *Studies in the History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*.
- KOTTLER C., GOUYON J., ROBBE G., SENNINGER J.L., 1998, *Unités pour malades difficiles*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 37-952-A-10, p. 5.

LE BIHAN P., BENAZZOUZ M., FLORIS E., GERARD H., 2005 « L'unité psychiatrique intersectorielle départementale : l'expérience d'une unité de soins contenant en Gironde », *L'information psychiatrique*, 81 (3).

MASSE G., 1992 *La psychiatrie. Une et plusieurs*, rapport ministériel, p. 91-95.

MOON G., 2000 « Risk and Protection : the Discourse of Confinement in Contemporary Mental Health Policy », *Health & Place*, 6, p. 239-250.

MOREAU D., 2010 « Contraindre pour soigner ? Le care à l'épreuve de la contrainte dans un service d'hospitalisation psychiatrique », in Crignon C. et Gaille M. (dir.), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin*, Paris : Éd. Seli Arslan.

MOREAU D., « Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile. » Thèse de doctorat de sociologie, soutenue le 2 décembre 2015, sous la direction de Nicolas Dodier, à l'EHESS

MOUGEOT F., 2014 « La clinique en pratiques : usages de la contrainte dans le travail infirmier en psychiatrie », séminaire du collectif Contrast, Paris Descartes, 07/2014.

MUCCHIELLI L. (dir.), 2008 *La frénésie sécuritaire. Retour à l'ordre et nouveau contrôle social*, Paris : La Découverte.

PROTAIS C., 2011 *Sous l'emprise de la folie ? La restriction de l'irresponsabilité psychiatrique en France 1950-2007*, thèse pour le doctorat de sociologie, EHESS, Paris.

RAPPART P., 2009 [1959] « Les services de sûreté. Apportent-ils une solution au problème des malades mentaux difficiles ? », *L'information psychiatrique*, 85 (6).

RHENTER P. et VELPRY L., 2011 « La réforme des hospitalisations sans consentement. Regards sur l'actualité », *La Documentation Française*, 374.

RHODES L., 2004 *Total Confinement*, Berkeley (Calif.) : University of California Press.

ROSE N., 1998 « Governing Risky Individuals : the Role of Psychiatry in New Regimes of Control », *Psychiatry, Psychology and Law*, 5 (2).

SAETTA S., 2012 « L'expertise psychiatrique dans les affaires criminelles : entre humanisme répressif et défense sociale de type managérial », *Les cahiers de la justice*, 3, p. 105-123.

SENNINGER J.L., FONTAA V., 1986 *Les unités pour malades difficiles : observatoire de la violence*, Paris : Éditions Heures de France.

SENON J.L., VOYER M., PAILLARD C., JAAFARI N., 2009 « Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts », *L'information psychiatrique*, 85, p. 719-725.

TOURNIER P.V. (dir.), OPALE, 2012 « Observatoire des prisons et autres lieux d'enfermement », Tableau de bord du 1^{er} avril 2012, <http://fr.scribd.com/doc/89809203/Stat->

1er-avril.

VELPRY L., 2008 *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Paris : Armand Colin.

VELPRY L. 2011 « Maltraitance, dangerosité ou souffrance au travail ? Quand la violence entre en psychiatrie », in Rostaing C., Laforgue D. (dir.), *Violences et institutions. Réguler, innover ou résister ?* Paris : CNRS Éditions, p. 29-44.

VELPRY L., EYRAUD B., 2014. « Confinement and Psychiatric Care : A Comparison between High-Security Units for Prisoners and for Difficult Patients in France », *Culture, Medicine and Psychiatry*.

VELPRY L., EYRAUD B. et al., 2014 « Réguler les pratiques contraignantes de soin en santé mentale : recompositions et enjeux », in Hanon C., Pascal J.C., (dir.), *Consentement et contrainte en psychiatrie*, Paris : Collection Polémiques, Ed Doin.