



Comment désentraver les agités ? Peur et contraintes en psychiatrie

Pascale Molinier, Lise Gaignard

► To cite this version:

Pascale Molinier, Lise Gaignard. Comment désentraver les agités ? Peur et contraintes en psychiatrie. Actes de savoir, 2008, La contrainte, n° 3, pp. 145-162. hal-01272163

HAL Id: hal-01272163

<https://hal.science/hal-01272163>

Submitted on 10 Feb 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.

Comment désentraver les agités ? Peur et contraintes en psychiatrie

Pascale Molinier et Lise Gaignard*

« Ainsi [l'été], la cour est désertée et le pavillon tout entier s'organise dans la forêt ; si quelques malades semblent vouloir errer, on en détache deux ou trois autres comme chiens de berger. »

Philippe Paumelle.

La contrainte, en psychiatrie, désigne « l'ensemble de toutes les attitudes, de toutes les méthodes et techniques par lesquelles on impose à un malade, contre sa liberté et sa volonté, une hospitalisation, un traitement, une alimentation, une limitation de son activité »¹. Les hospitalisations sur demande d'un tiers et d'« office », toutes les formes de thérapeutique prescrites sans le consentement du malade, la contention par les chaînes, remplacées au XIX^e siècle par les camisoles de force, l'immobilisation au lit, l'isolement en cellules de « sécurité », participent de la contrainte. On attribue à l'aliéniste britannique John Conolly le mérite d'avoir, le premier, supprimé toute contrainte dans le traitement des malades mentaux (principe du *no-restraint*). En théorie du moins, car d'après ses contemporains, il n'en appliquait pas intégralement le principe dans sa propre pratique. De même pour Philippe Pinel, dont la légende a fait le libérateur des aliénés enchaînés de Bicêtre. La violence et les atteintes à la liberté des patients seraient-elles inévitables dans le traitement des maladies mentales ?

Trois époques, trois lieux.

* CNAM.

1. Art. « Contrainte », *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, Jacques Postel (dir.), Paris, Larousse, 1995.

QUARTIER DES AGITÉES

MAISON - BLANCHE, 1951

La division des asiles d'aliénés en plusieurs unités architecturales indépendantes remonte à l'origine de ce type d'établissement, au début du XIX^e siècle, quand, en l'absence de pharmacopée efficace, le lieu où séjournent les aliénés doit agir sur eux comme une thérapeutique, venant compléter ainsi le traitement moral défini par Pinel¹. Pour Jean-Étienne Esquirol, chaque unité était destinée à abriter une des grandes catégories de malades mentaux. Cependant l'idée de réunir les malades suivant le type de leur affection fut rapidement combattue par certains médecins : ainsi les mélancoliques risquaient-ils de se communiquer leurs idées suicidaires et les maniaques de s'exciter mutuellement. À une taxinomie nosographique, répondant à l'illusion selon laquelle il serait plus facile de fournir des soins appropriés à chaque pathologie, on préféra une taxinomie comportementale réunissant par « pavillon » ou par « quartier » les malades en fonction de leurs symptomatologies, c'est-à-dire des manifestations de tranquillité, d'agitation, de gâtisme². Certains aliénistes constatèrent que la relégation des patients « turbulents » dans les quartiers d'agités augmentait leur agitation, et celle des patients gâteux, leur gâtisme. Dès la seconde moitié du XIX^e siècle, l'inspecteur général des asiles et des prisons Maximilien Parchappe préconise la réduction du quartier des agités, interdit la séquestration permanente et n'admet l'usage de cellules que « la nuit et pendant les courtes périodes qui dans la journée rendent le malade insociable »³. Cependant, le traitement des malades mentaux coûte cher et les préconisa-

1. Celui-ci était fondé sur le « parler avec douceur », une relation empathique avec le malade et le recours persuasif à l'autorité morale du médecin. Jacques Postel, « Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX^e siècle », *L'Évolution psychiatrique*, 44, 3, 1979, p. 585-616.
2. Lucile Grand, « L'architecture asilaire au XIX^e siècle entre utopie et mensonge », *Bibliothèque de l'École des Chartes*, vol. 163, n° 1, 2005, 165-196, 349 ; Pierre-Louis Laget, « La naissance du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés », *IJIA*, « L'hôpital », 2004.
3. Philippe Paumelle, *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, Paris, Éd. INSP, 1999, p. 30.

tions des aliénistes progressistes se heurtent régulièrement au manque de moyens¹.

Philippe Paumelle est l'auteur d'une thèse remarquable intitulée *Essais de traitement collectif du quartier des agités* où il rend compte de sa participation à la transformation du quartier des agitées de Maison-Blanche². Dans la lignée du travail réalisé par François Tosquelles à l'hôpital de Saint-Alban en Lozère, il s'agissait de lutter « contre l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même »³.

Paumelle souligne qu'en 1857 le premier règlement des asiles prévoyait deux médecins et quatre internes pour 400 malades tandis que celui de 1938 ne prévoit plus qu'un médecin et un interne ; le personnel infirmier, on s'en doute, n'est pas mieux fourni. Le pavillon des agitées de Maison-Blanche ouvert en 1934 pour 40 malades en compte plus de 60 dans les années 1950. Le personnel est 1 surveillante, 6 à 7 infirmières le jour, 4 veilleuses la nuit⁴. « On peut, sans crainte d'être démenti, affirmer que dans nombre de nos asiles les malades ne reçoivent pas les soins médicaux qu'exigerait leur affection mentale. On se préoccupe davantage, semble-t-il, de les maintenir séquestrés que de les traiter », écrit Paumelle⁵. L'alitement systématique des malades mentaux, ou clinothérapie, avait été prescrit au XIX^e siècle « sous prétexte de reconnaître au fou une certaine dignité puisque rester couché était une caractéristique des “vrais” malades »⁶ ; il devait alterner avec une pro-

1. Ainsi, l'hôpital, suivant les époques, n'offre que le minimum de confort, les familles doivent payer des suppléments pour le chauffage, une partie de la nourriture et certains ajouts de confort.

2. Philippe Paumelle (1923-1974) est connu pour avoir engagé dans le XIII^e arrondissement à Paris la première expérience intégrée de soins dans le cadre d'une sectorisation. Il fut auparavant, dans les années 1950, l'interne de Georges Daumézon à Maison-Blanche.

3. François Tosquelles, *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, Paris, CEMEA-Éd. du Scarabée, 1967. François Tosquelles (1912-1994) est le psychiatre le plus connu du mouvement de la psychothérapie institutionnelle, dont l'actuel chef de file est Jean Oury, directeur de la clinique de Laborde, dans le Loir-et-Cher ; on peut trouver le recueil de ses principaux articles dans *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle* paru en 2001 aux Éditions du Champ social.

4. Ces effectifs sont donnés par Paumelle comme « théoriques », ce qui signifie que, concrètement, les infirmières sont moins nombreuses (absences, repos, vacances, congés maternité ne sont certainement pas compensés), *op. cit.*, p. 42.

5. *Ibid.*, p. 34.

6. *Ibid.*, p. 40.

menade quotidienne. Mais, jusqu'à la fin des années 1950, du fait de l'« encombrement » et du peu de personnel, la fixation et le camisolage au lit, pouvant augmenter le gâtisme, constituent la condition quasi permanente de la plupart des agitées, parfois sur des dizaines d'années. « En principe, seul le médecin peut l'ordonner ; en fait, [la camisole] est d'une utilisation courante dans la vie journalière du service : un quart de pensionnaires sont constamment camisolées, mais la menace pèse en permanence sur toutes les autres ; on camisole pour la visite, pour le ménage, pour la tranquillité des veilleuses. »¹

Dans ce contexte, le « ménage parfait » constitue la référence principale du travail infirmier bien fait. « L'infirmière qui m'a menacée d'un choc ferait bien de se soigner d'abord elle-même : elle ne s'occupe que des coins de lit », écrit une patiente². Les infirmières novices sont, pour la plupart, dégoûtées par ce plongeon brutal dans le quartier des agitées et dominées par la peur des malades qu'elles n'approchent quasiment pas. Les « professionnelles de l'agitation » se divisent, elles, en deux groupes bien adaptés. Les « caïds », minoritaires, sont « remarquables soit par leur taille, soit par leur tour de taille – bref, par un habitus général qui leur permet au besoin d'écraser leurs collègues comme les malades ». Les infirmières du type « maternel », « d'un dévouement inlassable », « ont pris goût à ces malades qu'il faut nourrir à la cuillère lorsqu'elles sont camisolées, que l'on doit laver et changer comme des nourrissons, qui ont des caprices et des colères comme les jeunes enfants qu'elles auraient désirés ou qu'elles ont eus elles-mêmes en grand nombre »³. Le « dévouement » des infirmières majoritaires apparaît aujourd'hui comme une attitude conservatrice adaptée aux règles thérapeutiques en vigueur – alitement, inactivité, contention. Au regard des exigences actuelles en termes de respect des personnes, on est frappé du fait que dévouement et maltraitance ne s'excluent pas mutuellement. S'il n'est pas admis de laisser les malades dans leurs fèces, il l'est, en revanche, de les nourrir à la cuillère, de leur faire ingurgiter le hors-d'œuvre et le dessert mélangés, de les attacher toute la

1. *Ibid.*, p. 51.

2. *Ibid.*, p. 57.

3. *Ibid.*, p. 43.

journée, de ne pas leur mettre de culotte ou de serviette périodique¹. Les pratiques toutefois ne sont pas homogènes. Quelques infirmières « intelligentes » détachaient toutes les trois heures les camisolées pour les mener aux cabinets. C'est avec l'aide de ces dernières, sur le type d'« intelligence » desquelles nous reviendrons, que Paumelle va expérimenter la réforme du quartier des agitées où « on ne possède rien et on ne fait rien »². Il propose des activités de terrassement pour aménager un terrain de basket-ball à proximité du pavillon. Il s'agit donc de confier à des patientes auparavant jugées dangereuses des outils tels que binettes, râteaux, pelles, bèches, de leur proposer un travail physique où dépenser sans compter leur l'énergie, un travail dont l'utilité sociale est manifeste. « Le lendemain et chaque jour à la suite, toutes les après-midi et bien souvent le matin, une équipe doublée et triplée allait à la terrasse. Bien plus que l'amélioration notable de quelques malades difficiles et notamment de maniaques, la terrasse marqu[a], selon Paumelle, la fin du règne de la peur. »³ Le « travail thérapeutique » dépasse le travail occupationnel dans la mesure où il ne s'agit pas de « faire travailler les malades » pour diminuer tel symptôme ou tel autre. Il s'agit de faire travailler les malades et le personnel soignant *ensemble*, pour soigner l'institution : pour que l'institution saisisse sur le vif que les malades sont des êtres humains, toujours responsables de ce qu'ils font, ce qui ne peut être mis en évidence qu'à condition de faire quelque chose », écrivait Tosquelles⁴. Tous les malades mentaux seraient-ils aptes à *faire quelque chose* ?

MARCELINE

Au moment où l'on cherche à faire disparaître les méthodes répressives, Marceline, alors âgée de 26 ans, « en impose l'emploi par ses manœuvres auto- et hétéro-agressives continuelles ». « Plusieurs fois elle se sectionne gravement le pli du coude, mais le lendemain elle est capable, après avoir arraché son pansement et ses agrafes, de grimper sur le seul buffet du quartier. De cette position élevée, elle nargue le

1. La circulaire 148, en 1952, restituera, entre autres, leur nom d'épouse aux femmes internées.

2. Paumelle, *op. cit.*, p. 47.

3. *Ibid.*, p. 62.

4. Tosquelles, *op. cit.*, p. 41.

personnel qui la supplie de se calmer en menaçant ou lui promettant des douceurs. Munie de projectiles, elle vise avec succès les lampes électriques, démonte le téléphone et saccage le signal d'alarme, augmentant ainsi l'effet de terreur. (...) Deux ou trois fois par semaine, ses violences envers d'autres malades, ses menaces ou ses mauvais tours joués aux infirmières obligent à la camisolier, après une lutte sans merci où elle est capable de contusionner plusieurs personnes. L'effectif des veilleuses a dû être augmenté, et c'est souvent qu'on doit appeler du renfort des pavillons voisins. Elle est d'ailleurs très difficile à maintenir car, souple et robuste, elle sait se décamisolier en quelques minutes pour commettre systématiquement d'importants dégâts matériels... Certaines infirmières se sentent particulièrement visées, déclarent qu'elles ont peur, menacent de démissionner et toutes gémissent : "Elle nous tue à petit feu." Par son sens de l'occasion favorable, Marceline les oblige à demeurer toujours en éveil, et par sa sûreté à trouver le mot qui blesse, elle sait les faire sortir de leurs gonds. »¹

Marceline, catégorisée comme « déséquilibrée caractérielle », est depuis l'enfance décrite comme celle qui n'a peur de rien, la « tête de cochon » et le point de mire de ses camarades pour ses pitreries. À 14 ans, placée chez un épicier, sa mère, elle-même prostituée occasionnelle, la pousse à voler son patron. Elle fait deux mois de prison, refusant de mettre sa mère en cause ; pour elle, ces vols étaient justifiés : « Souvent, il n'y avait que cela à manger à la maison. » Engagée comme travailleuse en Allemagne, son indiscipline lui vaut de récolter deux mois de camp de travail d'où elle organise une fuite collective vers la France. Arrêtée, elle est envoyée en camp de concentration. « Là non plus je n'ai jamais demandé grâce, même s'ils m'ont fait pleurer malgré moi, à force de cogner. » Elle y subit une tentative de stérilisation chimique. À la Libération, les crises et l'excitation débutent alors qu'elle vient de se découvrir enceinte (elle se croyait stérilisée) et que son amant cherche à la prostituer.

Les internements et les transferts d'établissements se succèdent². Marceline résiste à tous les traitements biologiques entre-

1. Paumelle, *op. cit.*, p. 83-85.

2. Maison-Blanche, Villejuif, où elle subit une lobotomie à la demande du D^r Le Guillant, et Plouguernevel, dans les Côtes du Nord.

pris¹. Sa réadaptation sociale ne peut être entreprise, au moins au début, dans le cadre du pavillon ; le type de rapports entretenus pendant plusieurs années avec les infirmières font craindre une reprise quasi immédiate de l'agitation. Paumelle décide de sortir Marceline au maximum de son cadre habituel. Fin septembre 1951, il décide de lui confier la garde de ses enfants toute la journée, « prenant ses repas sur place et jouissant d'une liberté maximum ». « L'hôpital prend peur en la voyant ainsi se promener dans le parc avec ces trois petits et nous prédit la catastrophe. Celle-ci ne se produit pas », commente sobrement Paumelle². Ce sera le début d'une succession de temps d'élaboration progressive pour Marceline, interrompus parfois de crises qui pourront être courtes et supportables pour elle comme pour les membres du personnel. Le 27 novembre 1951, les infirmières consignent : « *Comportement normal, va travailler au terrain de sport.* » Le 19 janvier 1952 : « *Très calme depuis le 7 novembre, très sociable.* » Au printemps 1952, les progrès sont remarquables, elle « encaisse » les provocations de certaines sans riposter, elle tient la comptabilité de l'atelier d'étiquettes ; elle est chargée du fonctionnement du pick-up offert au pavillon par une famille. Dans le courant de mai, il est possible d'envisager avec elle une tentative de sortie et, à la fin de ce mois, elle attend son départ comme fille de salle dans un préventorium.

Il était encore fréquent, à l'époque, que les psychiatres confient leurs propres enfants et le soin de leur ménage à des patientes, mais ils les choisissaient plutôt parmi les « tranquilles ». Or Marceline est « la malade terreur » de Maison-Blanche, ce qui n'est pas banal pour une nourrice. La prise de risque serait-elle une composante irréductible du geste thérapeutique qui, en désentravant, restitue au patient le fondement de son humanité : son indépendance... donc son imprévisibilité ?

1. Sont évoqués plusieurs séries d'électrochocs, des injections d'huile soufrée, une cure de Sakel – 32 comas à l'insuline –, des abcès de fixation, des injections de Somnifène, de Sédol, de Phenergan, une inclusion de Placentafil.

2. Paumelle, *op. cit.*, p. 87.

SERVICE DES MALADES DIFFICILES

SARREGUEMINES, 1987

Ève-Marie Roth, psychiatre dans le service des malades difficiles¹ de Sarreguemines, relate l'histoire de Gilles, un jeune malade « extrapénible » qui a « la fâcheuse habitude d'aborder les gens en leur prenant et serrant avec violence la main, ou bien immobilise les gens en les serrant contre lui comme un étau, disant, d'un air provoquant : "Oh, je m'amuse !" »² Ève-Marie Roth a l'idée de l'envoyer à l'atelier de vannerie où un infirmier a un « excellent contact » avec certains malades difficiles. Voici ce qu'elle dit :

GILLES

« Gilles essayait de faire subir ces mêmes traitements de violence à l'ergothérapeute. Il essayait de le coincer aussi. Et l'ergothérapeute se déroba. Et un jour, il a décidé de ne plus se dérober et a fait un corps à corps avec le patient... et là, il prenait des risques parce que, d'après le règlement intérieur, un infirmier n'a pas le droit de toucher un malade ! Mais cet infirmier était dans son atelier et avait confiance dans le médecin. Il savait qu'il n'interpréterait pas ça de travers. Cet infirmier s'était remémoré une expérience avec une religieuse infirmière. Il avait discuté avec elle et celle-ci, paraît-il, avait l'art de mater les malabars : elle les prenait par le col, elle les pressait contre elle et elle leur tapotait le visage en leur parlant ! (...) Gilles justement était debout sur la table et voulait donner des coups de pied à l'infirmier. En présence des autres malades, l'infirmier allonge Gilles sur la table sur le ventre. Gilles se défendait, les objets volaient. L'infirmier pèse sur lui. Lui fait une clé dans le dos avec son bras de sorte que, s'il bougeait, il pouvait lui faire

1. Ces services, peu nombreux en France, accueillent les « grands déséquilibrés antisociaux avec possibilité de réaction criminelle » mais aussi des patients agités plus ordinaires qui constituent un élément de perturbation constant dans les services où ils se trouvent placés.

2. Ève-Marie Roth, intervention au Séminaire de Jean Oury, Sainte-Anne, 8 avril 1987, document ronéotypé.

très mal. Alors Gilles essayait de se défendre avec ses pieds libres. Alors l'infirmier lui dit, en pesant sur lui : "Gilles, je me représente ce que tu ressens, c'est ce que je ressens quand tu nous serres." Et quand Gilles se calmait, il disait : "Mes mains savent être rudes, mais elles sont aussi capables de caresser" et il lui caressait alors le dos. Tantôt il le caressait, tantôt il l'écrasait. Il rompait ainsi la répétition et introduisait une balance. Quand Gilles fut à bout de souffle, l'infirmier mit fin à ce traitement... "Il y a assez pour aujourd'hui ! Je suis prêt à recommencer n'importe quand !" Alors Gilles a cassé la porte de l'atelier. Alors l'infirmier lui a fait une prise et l'a renversé par terre pendant deux à trois minutes (ce qui est interdit dans le règlement). Deux jours après, Gilles essaie de nouveau. L'infirmier le serre et arrête quand Gilles le demande. Donc, ce malade a vérifié une dizaine de fois, et l'infirmier lui faisait voir de quoi il était capable. Puis Gilles a laissé l'infirmier tranquille et ne l'a plus touché pendant quinze jours sauf pour lui donner la main. Par la suite, quand Gilles essayait de serrer, l'infirmier l'arrêtait par la seule parole : "Gilles, vous vous souvenez, je suis prêt à recommencer." Et (...) il est devenu beaucoup plus supportable. Je suis capable de lui serrer la main alors qu'avant mon rêve était d'avoir une belle bague à piquants ! C'était vraiment pénible, on n'arrivait plus à se dégager ! Et maintenant, j'ose lui donner la main et il la retire assez rapidement. Mais, de toute façon, je ne la lui donne pas, il la prend ! »

« C'était donc un infirmier qui a innové, qui a dû se débrouiller et qui s'est fort bien débrouillé », conclut Ève-Marie Roth. Il est rare de disposer d'un témoignage *autorisé*, celui d'une chef de service dont la légitimité est incontestable et qui atteste pourtant que, pour bien faire, le travail réel consiste à transgresser les prescriptions – en l'occurrence, un interdit majeur, l'interdit de « toucher ». Il n'était pas moins transgressif de donner des binettes, des râtaux ou des enfants à garder à des agitées fraîchement décamisolées.

« Oh, je m'amuse », dit Gilles. L'infirmier le prend au mot et entre dans son jeu, mais pour en fixer de nouvelles règles. Jusqu'alors, la destructivité de Gilles avait été perçue comme le contraire d'un langage ou d'un mode de communication, comme une force de rejet. Avec l'intervention musclée de l'infirmier, le registre de la destructivité est investi pour établir une communication entre *alter ego*. Dans le

répertoire socialement codifié du rapport de force viril, l'infirmier introduit une autre dimension, celle de la tendresse entre les corps, celle de la caresse, c'est-à-dire un autre répertoire expressif explicitement orienté vers le *care*, vers l'attention aux autres¹. Gilles peut sentir le poids et la force du corps de l'infirmier, et sentir aussi non seulement que l'infirmier éprouve de la violence mais qu'il peut se la « représenter » et, partant, en transformer l'issue. En disant : « Je me représente ce que tu ressens, c'est ce que je ressens quand tu nous serres », l'infirmier se place dans une communauté d'expérience avec Gilles. Mais les mots, ici, seraient sans incidences s'ils n'étaient pas le prolongement de l'expressivité du geste. Dans ce corps à corps qui est de l'ordre d'un dressage, d'un apprentissage sensoriel, l'infirmier fait sentir à Gilles qu'il y a des sujets incarnés dans des corps, qu'un corps, le sien propre aussi bien que celui de son interlocuteur, peut résister à la tentation de la destructivité.

Qu'est-ce qui mobilise ce type d'intelligence du côté de l'infirmier ? L'exaspération autant que la peur de la violence de Gilles ; et la peur de sa propre violence. Comment ne pas céder à la destructivité ? Comment ne pas se laisser emporter ? Le génie de l'infirmier réside dans cette alternance improvisée puis reproduite entre violence et tendresse. Or ce passage alternant par la caresse est peut-être avant tout important pour l'infirmier – avant d'être important pour Gilles –, c'est le geste qui désamorce sa propre violence. L'infirmier agit autant sur son propre corps et sur sa propre destructivité que sur le corps et la destructivité de Gilles. Être thérapeutique se résume souvent à *être* avec l'autre, à trouver le ton juste, le ton approprié à la relation, ce qui implique d'être en mesure de prendre en compte les expressions de son propre désir inconscient. La simplicité de la présence est, à la fois, ce qui est le plus difficile (et le plus précieux) à instaurer, aussi implique-t-elle diverses médiations. Il est probable que, pour *être* avec l'autre, il soit avant tout nécessaire de *faire* avec lui. Nous y reviendrons.

1. Le *care* est un terme anglais sans équivalent en français qui ne dissocie pas le souci des autres du travail spécifique qu'implique le fait de se soucier, de faire attention à ou d'être attentionné ; cf. *Le souci des autres. Éthique et politique du « care »*, sous la direction de Patricia Paperman et Sandra Laugier, Paris, Éd. de l'EHESS, coll. « Raisons pratiques », 2006.

SECTEUR PSYCHIATRIQUE

CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE SG 2007

Dans une investigation psychodynamique¹ réalisée auprès des infirmières, aides-soignantes et agents de service hospitaliers d'un secteur psychiatrique, il a été longuement question d'un décalage exaspérant entre la décision prise collectivement et l'action proprement dite, notamment en ce qui concerne les prescriptions d'entrave. Il s'agit là encore d'un service psychiatrique dont la référence théorico-pratique est celle de la psychothérapie institutionnelle. Quand la libre circulation du patient est prônée, comment contenir sans entraver ? Il arrive que, du fait de l'état du patient et du service, la contention physique s'impose et mette au travail les évidences théoriques de la libre circulation et de la responsabilisation des malades. La situation provoquée par l'arrivée de Martin dans le service en est un exemple paradigmatique.

MARTIN

Martin est arrivé en urgence dans le service qu'il connaît bien. Il se présente très délirant, persécuté, il est placé en hospitalisation sur demande d'un tiers². « Nous avons pu éviter l'hospitalisation d'office

1. La psychodynamique du travail investigate les rapports entre travail et santé mentale à partir d'une méthodologie qualitative. Les enquêtes en psychodynamique du travail impliquent l'existence d'une demande de la part des personnes qui y participent, demande portant sur l'élucidation des difficultés sociales et psychologiques en situation de travail. La méthodologie est fondée sur des discussions ayant lieu en groupe où il s'agit de repérer ce qui fait sens pour tous, d'analyser les distorsions de la communication et les formes de stratégies collectives de défense. Pour un exposé détaillé, voir Ch. Dejours, *Travail : usure mentale*, Paris, Bayard, 1980 (3^e éd., 2000), et P. Molinier, *Les enjeux psychiques du travail*, Paris, Pavot, 2006.
2. La loi du 30 juin 1838, dite « loi sur les aliénés », organise deux types de placement, volontaire et d'office. « Volontaire » veut dire à la demande d'un tiers (famille, ami, voisin). « D'office » signifie que la personne est jugée « compromettant l'ordre public et la sécurité des personnes », le placement est alors réalisé en exécution d'un arrêté préfectoral. La loi de 1838 est remplacée par la loi du 27 juin 1990. Celle-ci protège mieux les citoyens d'un internement arbitraire et prend acte de l'« hospitalisation libre », la pratique la plus courante, mais qui n'était pas prévue par la loi de 1838. L'hospitalisation sur demande d'un tiers (hospitalisation sans consentement) remplace l'ancien placement « volontaire » par un système où le contrôle préfectoral sur le pouvoir médical est augmenté, tandis que l'hospitalisation d'office ne diffère quasiment pas de l'ancien placement d'office sous la responsabilité principale du préfet.

(par le préfet) cette fois-ci », raconte l'infirmière, fière du travail accompli. Mais il a dû être maintenu, « attaché des quatre membres, c'est dur pour les équipes », dira-t-elle. Il est resté attaché plus d'une semaine. Elle précise qu'il ne connaissait pas les nouveaux membres du personnel : « Nous n'étions que quelques-uns qui le connaissions. » Une fois entravé, il s'est « verrouillé sur lui-même », il n'acceptait ni de manger ni de boire, il n'urinaît plus. « Comme si quelque chose s'était rompu », plus personne ne réussissait à entrer en relation avec lui. « Nous lui avons proposé des gâteaux, du Coca... Il n'en voulait pas. On s'est dit : "Il faut qu'on arrête de l'entraver, on peut faire autrement." » L'infirmière ajoute qu'à un moment elle a *sent*i qu'elle pouvait le détacher. « Mais cela aurait été une décision individuelle, il a fallu déployer une énergie considérable pour que les choses soient possibles collectivement. » Lorsque la décision a été prise en réunion de désentraver Martin, celui-ci est allé prendre sa douche calmement et a recommencé à s'alimenter. Un peu plus tard, il a pu exprimer sa problématique délirante. « C'est quelqu'un de très sensible. Il avait des sentiments d'étrangeté. Il avait des secrets. » L'infirmière explique alors que Martin s'empêchait de faire part aux membres du personnel de ses « secrets » délirants par peur de rester plus longtemps hospitalisé s'il les disait. En dehors de la pathologie délirante proprement dite, l'ensemble des participants impute aussi cette réserve *au nombre important de « nouvelles têtes » dans le personnel.*

Une infirmière ajoute qu'à un moment donné, alors que dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers le médecin doit demander une autorisation à l'administration pour sortir le patient hors de l'hôpital, elle a pris l'initiative d'accompagner Martin acheter des cigarettes dans le village. « Je *sentais* que c'était possible. » Le médecin a cautionné son geste et a ensuite fait une demande de sortie journalière. « On est constamment dans ces problématiques. On *sent* qu'il y a des choses possibles et, si on ne contourne pas, on ne fait plus rien. » Mais l'infirmière sait aussi qu'il faut « en même temps une certaine rigueur ». Une collègue lui demande alors pourquoi elle n'a pas fait au préalable la démarche administrative : « Il ne faut pas être dans l'immédiateté. » L'infirmière concernée répond que le temps administratif n'est pas celui de « l'instant qui passe ». D'autres personnes lui opposent alors

que tout aurait été trop rapide : « Il aurait dû être détaché, puis enfermé, ensuite il aurait dû avoir le droit de sortir quelques heures seulement au début... Il est imprévisible ! » Or, ce jour-là, aussitôt détaché, Martin a eu le droit de « vadrouiller »... alors qu'un jour, même attaché, il avait réussi à piquer une infirmière avec une seringue préparée pour lui. Quelque temps après avoir été désentravé, il a attrapé un infirmier par le col au moment où celui-ci venait lui proposer une injection. L'infirmier raconte : « Je n'avais pas peur au départ. Je suis parti avec la fleur au fusil. Mais Martin pensait qu'il ne lui fallait qu'une seule ampoule. Je lui ai dit : "Mais c'est comme tu veux ! On verra demain..." Il m'a attrapé au col, puis relâché aussitôt. Et il a réclamé trois ampoules, ce qui était prescrit en fait. C'est là que je me suis dit que les trois ampoules seraient pour moi ! Je me suis senti très seul... Je me suis senti démuni... Je me suis dit : "Est-ce que je bipe la cavalerie ?" On était deux dans le service, un samedi soir... Est-ce que je le laisse vadrouiller ? Il s'était tout de même passé quelque chose de grave, est-ce que je ne fais rien ? Ou est-ce qu'on l'entrave ? Je n'ai même pas pris la décision de ne pas l'entraver. C'était comme ça. On peut se trouver comme ça et ne pas savoir trop quoi faire. À la fin de la soirée, j'ai eu peur pour les patients, s'il interprétait mal un regard de leur part... et qu'on ne soit pas là... Mais bon, on est parti... »

La suite leur a donné raison, le patient s'est endormi calmement. L'intuition clinique qui les a retenus de demander une nouvelle prescription d'entrave pour Martin n'a pas été démentie par la suite des événements. Mais on entend parfaitement, dans la narration, les hésitations entre « biper la cavalerie » et « le laisser vadrouiller », deux configurations coûteuses, l'une du côté de la contrainte et de la dépendance, l'autre du côté du risque et de l'indépendance.

Les personnels expérimentés et les novices ne sont pas dans la même situation en face de la violence psychotique. Cependant cet écart est augmenté quand les « anciens » connaissent bien le patient tandis que les « nouveaux » le rencontrent pour la première fois. En l'occurrence, Martin n'avait pas suffisamment confiance dans les nouveaux pour leur confier ses idées délirantes, mais eux n'avaient pas suffisamment confiance en lui pour le détacher rapidement en se fiant à un resenti d'expérience. Ce qui guide, oriente la décision de maintenir la

prescription d'entrave ou, au contraire, de détacher un patient et de le laisser « vadrouiller », ne relève pas d'une argumentation rationnelle, mais d'une perception affinée et agissante, ce que les soignants appellent *sentir*. Sentir n'est pas une sorte d'exercice perceptif qui s'apparenterait à une prise momentanée d'information, comme on réalise une mesure, celle d'un niveau d'eau ou de gaz, par exemple. L'état subjectif d'un patient est changeant, il ressortit à la texture mouvante de la vie où ce qui est vrai à l'instant *t* ne l'est plus nécessairement à l'instant suivant. Sentir est donc une pratique continue d'où il résulte qu'aucune décision prise ne peut être figée et doit pouvoir être révoquée si besoin. Ainsi que le souligne Ève-Marie Roth, pour que les infirmiers et les infirmières puissent guider leur action à partir de ce qu'ils sentent, il est nécessaire qu'ils aient confiance dans le médecin. Nous insistons sur le fait que ce qui apparaît comme rassurant – et autorise la créativité thérapeutique des équipes – n'est pas la fonction d'autorité (capacité à réduire les différends par l'arbitrage), mais la fonction de responsabilité instaurée dans sa continuité, tant vis-à-vis des patients que vis-à-vis de la hiérarchie hospitalière ou d'un hypothétique procès en justice.

LE TRAVAIL, UN TIERS RÉGULATEUR ?

Revenons sur les infirmières que Philippe Paumelle qualifiait d'intelligentes parce qu'elles détachaient toutes les trois heures les camisolées pour les mener aux cabinets. On notera que c'est leur intelligence qui est valorisée quand les infirmières du type maternel sont dites simplement « dévouées ». On peut penser que la pratique de détacher les patientes pouvait empêcher que celles-ci n'urinent et ne défèquent dans leurs linges. Les infirmières s'épargnent ainsi un travail supplémentaire de nettoyage et préviennent le « glissement » de certaines patientes sur la pente régressive du gâtisme. Pour ce faire, ces infirmières ont vraisemblablement dû développer un sens clinique très affiné pour décider de l'opportunité de détacher ou non les patientes à un moment précis. En effet, courir après une patiente à travers les couloirs, recevoir des coups et des projectiles en cas d'échec du détachement pourrait s'avérer extrêmement coûteux à plus d'un titre. Non seulement l'infirmière risque la blessure, mais encore ses collègues

pourraient se plaindre de l'agitation *supplémentaire* infligée au service tout entier par un détachement trop précoce. Elles pourraient aussi se lasser de devoir pallier les effets du « laxisme » de leur collègue qui aurait besoin d'elles trop souvent en renfort. S'il suffit d'une personne pour en détacher une autre, pour la rattacher, en revanche, il en faut au moins quatre que l'on expose à des risques multiples. En cas d'échecs répétés, les conditions de la coopération pourraient se trouver mises à mal. La discussion au sujet de Martin montre bien ces difficultés. Quelle que soit la configuration organisationnelle, les infirmières « intelligentes » – de même les médecins – seraient donc celles et ceux qui *sentent* les situations de manière à la fois fine et réaliste, sachant ménager les patients aussi bien que la cohésion des équipes de soin. Avoir du flair, sentir les situations, est le produit d'une certaine expérience du travail de soin qui, toutefois, ne peut complètement prémunir du risque de l'échec. Ce point est fondamental, en particulier parce que *l'incertitude quant à l'issue de l'action* doit être assumée dès le moment où on l'entreprend, ce qui pourrait incliner à la modestie aussi bien en tant qu'« auteur » du succès que vis-à-vis de la possibilité d'en expliquer les causes. Et d'autant qu'*aucun geste ne peut être interprété isolément*. Peut-être est-ce le sens qu'il convient d'accorder à la retenue de Paumelle à propos de son propre rôle dans l'évolution plutôt favorable de Marceline : les motifs, le type d'intuition ou d'expérience préalable qui l'ont conduit à oser lui confier ses propres enfants à garder ne sont finalement pas commentés. On n'en saisit que mieux le mouvement suspensif qui accompagne – participe de ? – son geste thérapeutique : l'hôpital tout entier attentif retient son souffle.

Pour ce qui concerne Marceline, les infirmières qui l'attachent sont aussi celles qui mettent en place avec elle la « responsabilité du pick-up ». L'ambiance du quartier des agitées, on l'a vu, se transforme à partir du moment où infirmières et patientes se trouvent engagées à travailler ensemble à une œuvre commune – en l'occurrence, le terrain de basket. S'agissant de Gilles, l'infirmier décrit par Ève-Marie Roth le reçoit dans un atelier thérapeutique. Pouvons-nous conclure alors que la continuité de la responsabilité, qui permet que soient tolérées des pratiques transgressives à risque – toucher les malades à Sarreguemines ou laisser circuler Marceline et lui confier de petits enfants à

Maison-Blanche –, ne serait possible que si la dialectisation de la violence peut se faire par un « tiers régulateur » : le travail ? Dans les trois situations, un affrontement est engagé dans une spirale de violence inextinguible : Marceline est perchée sur le buffet, Gilles est debout sur la table ou « essaie de coincer l'ergothérapeute », Martin pique l'infirmière avec la seringue qui lui était destinée. Dans au moins deux des situations décrites, c'est non seulement le savoir-faire clinique et technique des infirmiers qui calme la situation, mais la responsabilisation réelle des patients dans les ateliers ou dans le partage du travail au quotidien qui permet une *mise au travail*, au-delà de la crise, des affrontements duels.

Même si la libre circulation, le respect et la responsabilisation sociale des patients sont prescrits par les désaliénistes aussi bien que par l'ensemble des différentes théories progressistes, recevoir, calmer la violence des patients est une contrainte intrinsèque au travail des infirmiers en psychiatrie. Actuellement la « gestion de crise » représente une partie très importante du travail en psychiatrie. Le nombre d'hospitalisations sous contrainte – donc en urgence – a augmenté de manière considérable depuis 1990. L'usage de la force devient souvent le seul recours. Cette situation est due à une suppression massive des lits d'hospitalisation sans que des structures d'accueil de jour ne soient créées en nombre suffisant, engendrant un retard d'accès aux soins. Il faut aussi mentionner les nouvelles méthodes d'évaluation du travail à l'hôpital, centrées sur la « durée d'hospitalisation », qui doit être la plus brève possible, engageant les psychiatres à faire sortir d'autant plus vite les malades des lieux d'hospitalisation, parfois avant une consolidation suffisante de leur pathologie¹. L'entrave du patient agité est ainsi fréquemment la seule réponse possible compte tenu de ce contexte. Les nouvelles structures d'accueil de « crise » ne permettent pas d'apprécier la dangerosité pour eux-mêmes et pour les autres de patients que les soignants n'ont jamais rencontrés auparavant. Et cela d'autant plus s'ils estiment n'être pas en nombre suffisant pour pallier la prise de risque par une vigilance collective.

1. Sur ce sujet, il est possible de se référer aux travaux de thèse en cours de Delphine Moreau (GSPM).

Attacher est contraignant – bien sûr à des échelles tout à fait différentes – pour les patients et pour le personnel. « C'est dur pour les équipes. » Mais si cela fait partie du métier d'infirmier d'apprendre à entraver – et à désentraver –, il semble aussi qu'il soit encore plus compliqué et moins *naturel* de créer et surtout de maintenir un tiers régulateur, quelque chose à « faire ensemble », dans la durée, afin d'éviter ou au moins de se décaler des effets de violence ou d'agressivité qui peuvent surgir sous la forme de projectiles ou de fantasmes – le fantasme d'une bague piquante, par exemple.

BIBLIOGRAPHIE

- Dejours Christophe, *Travail : usure mentale*, Paris, Bayard, 1980 (3^e éd., 2000).
- Grand Lucile, « L'architecture asilaire au XIX^e siècle entre utopie et mensonge », *Bibliothèque de l'École des Chartes*, vol. 163, n° 1, 2005, p. 165-196.
- Laget Pierre-Louis, « La naissance du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés », *IHLA*, « L'hôpital », 2004.
- Molinier Pascale, *Les enjeux psychiques du travail*, Paris, Payot, 2006.
- Oury Jean, Roth Ève-Marie, Séminaire de Sainte-Anne du 8 avril 1987, document (ronéotypé).
- Paperman Patricia, Laugier Sandra (éd.), *Le souci des autres. Éthique et politique du « care »*, Raisons pratiques, 2006.
- Parchappe Maximilien, *Les principes à suivre dans la fondation et construction des asiles d'aliénés*, 1853.
- Paumelle Philippe, *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, Paris, Éd. ENSP, 1999.
- Postel Jacques, « Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX^e siècle », *L'Évolution psychiatrique*, 44, 3, 1979, p. 585-616.
- Postel Jacques (dir), *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, Paris, Larousse, 1995.
- Tosquelles François, *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, Paris, CEMEA, Éd. du Scarabée, 1967.

zyouakim

Microsoft Word – Questions_V0b.doc
25/01/08 17:30



