

# Réflexions sur la MCI au Centre Hospitalier de Cadillac sur Garonne



Par un groupe pluri-professionnel du centre hospitalier de  
CADILLAC

2009-2010

# **Réflexions sur la MCI au Centre Hospitalier de Cadillac sur Garonne**

*« Juger, c'est évidemment ne pas comprendre, puisque, si l'on comprenait, on ne pourrait plus juger. »*

A.Malraux

*« Le juste abord éthique des dilemmes tragiques et douloureux n'est pas d'asséner des certitudes dogmatiques et péremptoires mais de faire preuve d'humilité, de tâtonnements, d'interrogations profondes et de respect lors de la recherche de la solution humainement tolérable. »*

C.C.N.E. (comité consultatif national d'éthique)

*« La véritable éthique, ce n'est pas la théorie de l'éthique, mais l'éthique vécue dans la vie avec les autres hommes »*

P.Hadot

# *Le groupe de recherche*

*Aurélia Chaplet*

*Stéphanie Coycaut*

*Laurence Fourcade*

*Katia Lahonta*

*Valérie Laudren*

*Béatrice Lebreton*

*Mélanie Léveillé*

*Dominique Mouhica*

*Cécile Garcia-Rossignol*

*Jérôme Burniotto*

*Jean-Louis Clément*

*Bertrand Ferré*

*Nicolas Trostiansky*

## Remerciements

*Nous remercions en premier lieu tous les professionnels du Centre Hospitalier de Cadillac qui ont bien voulu répondre à nos questions. Sans eux ce travail n'aurait pu aboutir.*

*Nous exprimons aussi notre gratitude à Mme Bouchet. En nous proposant de suivre cette formation et de réaliser cette recherche, elle nous a permis de vivre une expérience enrichissante et gratifiante.*

*Nous tenons à remercier également la direction du Centre Hospitalier qui nous a donné les moyens pour mener à terme notre démarche.*

*Enfin, nous tenons à saluer ceux pour qui nous nous devons de poursuivre inlassablement notre réflexion : les personnes hospitalisées dans notre établissement.*

# **Sommaire**

**Introduction générale**

## **Partie I : La phase exploratoire**

**1<sup>er</sup> Chapitre : Les chambres d'isolement.  
Historique et situation actuelle**

**2<sup>ième</sup> Chapitre : Approche conceptuelle**

## **Partie II : La phase empirique**

**3<sup>ième</sup> Chapitre : Hypothèses et méthodologie**

**4<sup>ième</sup> Chapitre : Résultats et analyses**

**Conclusion**

**Annexes**

**Bibliographie**

**Table des matières**

# Introduction générale

Fidèle à une posture initiée il y a quelques années la direction des soins infirmiers du CH de Cadillac a décidé de constituer en 2009 un groupe de réflexion pluridisciplinaire sur le thème de la chambre d'isolement. Elle réaffirmait ainsi sa volonté d'inscrire la recherche en soins au cœur de ses préoccupations.

Le mode de recrutement des participants s'est fait par un appel à volontariat. Eu égard à l'expérience précédente très satisfaisante<sup>1</sup>, notre groupe est, comme vous avez pu le constater, pluridisciplinaire. Il se composait, à l'origine, d'une psychologue, d'un cadre, d'une assistante sociale, d'aides soignantes, d'infirmiers et infirmières travaillant dans des unités intra et extra hospitalières (unité d'admission, UMD, CMP, pédopsychiatrie....)<sup>2</sup>. Nous avons tous suivi une formation de 5 jours. A travers celle-ci, nous avons intégré la logique d'une démarche scientifique et nous avons pu nous initier aux méthodes et aux techniques de recherche

Le but de cette recherche était d'élaborer une réflexion, notamment sur l'accroissement constaté de l'usage des chambres d'isolement. Elle n'avait pas pour objectif de modifier radicalement les pratiques mais plutôt de mesurer, en partant de l'existant, les améliorations possibles et surtout d'initier une prise de conscience des raisons ultimes de nos actions « soignantes ». Dans cette perspective, la question de départ était relativement simple :

## **« Pourquoi utilise t-on la MCI au CH de Cadillac? »**

Dans le cadre de notre démarche, il s'agissait, bien entendu, de dépasser la simplicité apparente de ce questionnement pour tenter de découvrir les ressorts d'une pratique qui est loin de faire consensus et qui s'est considérablement développée ces dernières années.

En effet, contrairement au sujet étudié par le groupe précédent, la

---

<sup>1</sup> Recherche portant sur le choix du pronom d'adresse dans la relation de soins.

<sup>2</sup> Malheureusement, plusieurs membres du groupe ont du le quitter prématurément pour des raisons diverses : mutation, démission, problèmes d'effectif dans les structures.

MCI est l'objet de plusieurs publications scientifiques, les recherches et les audits la concernant sont nombreux<sup>3</sup>. Pour favoriser ces entreprises l'ANAES a édité en juin 1998 un guide pour mener à bien ces études<sup>4</sup>. Comme nous essaierons de le montrer par la suite, les résultats sont relativement homogènes et montrent que la pratique de la MCI s'est accrue mais ils ne répondent pas à la question posée par le plus célèbre infirmier psychiatrique de France dans un ouvrage éponyme publié en 1998 : « La chambre d'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ? »<sup>5</sup>. En effet, le sujet reste polémique, le paradoxe entre l'exclusion générée par l'isolement et la rencontre nécessaire aux soins n'est pas aisé à réduire.

Au regard des enquêtes menées auprès des personnes hospitalisées, cette question reste légitime<sup>6</sup>. Elle est aussi justifiée par les révélations des médias. Pour exemple, *la Voix du Nord* titrait dans son édition du 27 juin 2010 : « un détenu de 32 ans attaché sur le lit d'une chambre d'isolement pendant 12 jours de suite ». Elle se faisait l'écho d'une information émanant de l'observatoire international des prisons qui a relevé d'autres événements laissant à penser que les isolements n'ont pas toujours une visée thérapeutique.

Malgré un protocole unique que vous nous présenterons par la suite, décidé sur l'établissement, et après un tour de table entre les différents participants, nous avons constaté une disparité des pratiques<sup>7</sup>, une confusion entre isolement et apaisement, voire entre soins et punition. Cette recherche semble donc pertinente. Elle pourrait permettre, en répondant à la question initiale, une clarification des concepts. Clarification indispensable à l'imposition de l'idée que la chambre d'isolement peut être un outil de soins si on la considère uniquement comme un lieu de soins intensifs à visée curative.

Pour y parvenir, nous allons, dans la première partie de notre exposé, vous présenter les concepts que nous avons dégagés au cours de la phase exploratoire de notre travail et qui nous ont permis de construire

---

<sup>3</sup> Pour exemple : audit clinique proposé par l'ANDEM en 1994, Enquête menée entre 94 et 96 par l'équipe de D.Friard auprès de 440 infirmiers de 28 hôpitaux différents sur la base de cet audit. Etude prospective à Agen en 1999 (CH La Candélie) fondée sur le guide ANAES.

<sup>4</sup> ANAES, *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*, juin 1998

<sup>5</sup> D.Friard, *L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soins ?*, Paris, Editions Hospitalière, 1998.

<sup>6</sup> Pour exemple, voir enquête menée par D. Friard, D. gourves et AM. Leyreloup auprès de 10 patients pris en charge dans le XIV secteur de Paris et celle réalisée par C. Mouillerac (citées dans la bibliographie).

<sup>7</sup> Constat confirmé au niveau national par J..Marie Delarue, contrôleur général des lieux de privation de liberté : « Ce qui nous frappe, c'est la variété des pratiques dans un même hôpital ou entre deux établissements ». Vous trouverez en annexe une nouvelle observation de cet expert.

notre problématique. Après cette perspective conceptuelle, nous aborderons l'étape empirique de notre démarche. La méthodologie et les techniques de ce travail de terrain, basé sur un questionnaire<sup>8</sup> censé tester nos hypothèses, vous seront exposées avant que vous découvriez nos résultats et leur analyse. Mais avant d'entrer dans la théorie pure, nous vous proposerons un retour sur l'histoire des chambres d'isolement.

---

<sup>8</sup> Questionnaire renseigné par un échantillon représentatif de 53 soignants du C.H. de Cadillac. Vous pouvez consulter ce questionnaire en annexe.

# I. Phase Exploratoire

*« Rien ne va de soi, rien n'est donné, tout est construit. »*

Gaston Bachelard

Pour transformer notre question de départ en problématique, c.à.d. en question scientifique, il nous a fallu réaliser une phase exploratoire. Au cours de celle-ci, nous avons étudié un maximum de publications consacrées à notre objet de recherche : enquêtes, audits, articles de presse, de revues spécialisées, ouvrages écrits par des journalistes, des psychiatres, des philosophes, etc.<sup>9</sup>. Au terme de cette étape, nous avons pu dégager certains concepts récurrents qui nous ont aidé à construire notre problématique et, par là même, nous ont permis de répondre à notre questionnement.

Notre exploration nous a autorisés à faire l'hypothèse que les pratiques de MCI, et surtout leur accroissement, pouvaient avoir partie liée avec l'émergence d'une idéologie sécuritaire, avec la confusion entretenue entre psychiatrie et santé mentale et enfin, avec le déclin institutionnel que vit la psychiatrie aujourd'hui<sup>10</sup>. Pour vous aider à suivre notre démarche, nous allons vous présenter ces différents concepts mais dans un premier temps, il nous semble pertinent de resituer l'émergence des chambres d'isolements et de présenter leur actualité.

---

<sup>9</sup> Vous trouverez l'essentiel de ces documents dans la bibliographie de notre rapport.

<sup>10</sup> A l'instar de toutes les institutions. Voir à ce sujet F.Dubet : « Le Déclin de l'institution », Paris, Seuil, 2002.

# 1. Les Chambres d'isolement. Historique et situation actuelle.

## 1.1 Lien isolement et psychiatrie

Depuis leur origine, les médecins qui s'intéressent et prennent en charge la folie, les futurs psychiatres, participent de la mise à l'écart de certains individus qui ne respectent pas, en raison de leurs troubles, les normes du groupe social, qui ne se plient pas aux règles de la vie communautaire. Dès l'antiquité, certains recommandent « d'exercer un contrôle physique sur les personnes agitées » et de les isoler si nécessaire. Plus encore, pour Michel Foucault, la discipline se fonde sur cette fonction dès le 17<sup>ième</sup> siècle par l'isolement des déviants de tout ordre qui vivent en marge de l'ordre social. Le 22 avril 1656 un édit de Louis XIV prévoit l'aménagement de grandes structures pour accueillir les « errants » : les hôpitaux généraux. Un « grand renfermement »<sup>11</sup> est observé, les déviants sont isolés dans les anciennes léproseries devenues inutiles. Cet édit ne visait pas particulièrement les aliénés mais un arrêt du parlement de Paris de 1660 témoigne de leur présence à Bicêtre, pour les hommes et à la Salpêtrière, pour les femmes. Face à leur nombre et leur spécificité, cet édit impose que l'hôpital général soit « pourvu d'un lieu pour enfermer les fous et les folles qui sont à présent, ou seront ci-après au dit hôpital général ».

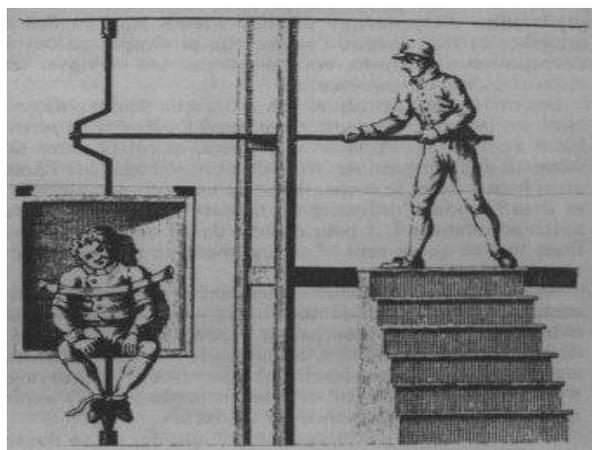


A la fin du 18<sup>ième</sup>, Pinel et son surveillant Pussin, selon le mythe

<sup>11</sup> Thèse de M.Foucault remise en cause par Marcel Gauchet et Gladys Swain dans leur ouvrage : *Pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, 1980.

fondateur, libèrent les aliénés de Bicêtre puis de la Salpêtrière de leurs chaînes et Pinel introduit, avec Esquirol, le concept de « traitement moral ». Dans cette perspective, l'isolement du malade de la société est nécessaire. Pour le justifier, Esquirol met en avant les changements d'habitudes et de fréquentations : « L'isolement des aliénés, séquestration, confinement, consiste à soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis et de ses serviteurs, en l'entourant d'étrangers, en changeant toute sa manière de vivre. L'isolement a pour but de modifier la direction de l'intelligence et des affections des aliénés, c'est le moyen le plus énergique et ordinairement le plus utile pour combattre les maladies mentales. ». A cette époque, la séquestration n'est pas antinomique du soin.

Au 19<sup>ième</sup>, grâce à la loi de 1838<sup>12</sup> et à travers la création de l'asile, l'isolement du groupe social est institutionnalisé. Cette loi vise un double objectif : protéger la société et assister le malade mental. Pour certains auteurs, le « grand renfermement » daterait de cette période. Cependant, cette loi n'aborde pas la question des substituts aux chaînes et laisse les personnels trouver des solutions pour « contenir » les « aliénés ». Dès lors, des prises en charge plus ou moins « musclées » font leur apparition : bains, douches froides, travaux intensifs jusqu'à épuisement, camisole, fauteuil rotatoire, etc. Démunis face aux manifestations des troubles, les « soignants » font comme ils peuvent. Nous verrons plus loin que presque deux siècles plus tard, la situation est parfois équivalente. C'est aussi à cette époque que les cellules vont changer de fonction au sein des établissements accueillant les aliénés.



<sup>12</sup> Loi n°7443 du 30 juin 1838, dite « loi des aliénés ».

## **1.2. Isolement dans l'isolement : la CI**

Ce que nous appelons aujourd'hui une chambre d'isolement était à l'origine une cellule ou une loge, étymologiquement une petite chambre isolée dans laquelle une personne restait seule. Avant l'apparition des asiles, toutes les structures destinées à l'enfermement des déviants sont constituées de cellules et permettent d'éviter les contacts, pensés comme dangereux, entre les individus écartés du monde social. Ceux-ci sont donc doublement isolés, de la société et de leurs compagnons de misère.

Le tableau que nous vous présentons plus haut laisse à penser que les aliénés étaient enchaînés dans la cour mais ils étaient surtout enfermés dans ces fameuses loges. La France n'est pas la seule à appliquer, durant cette période, ce type de méthode. Pour preuve, Reil, l'un des psychiatres allemands les plus progressistes témoigne : « Enfermés nus dans d'étroits cachots, les malades violents étaient nourris par des guichets au moyen de récipients de cuivre attachés à des chaînes. Les bastonnades étaient fréquentes, les gardiens étaient en général des sadiques peu intelligents. On entendait jour et nuit les vociférations des malades et les cliquetis des chaînes (...) Ces visions faisaient disparaître chez les nouveaux arrivants le peu de raison qui leur restait ».

En 1793, lorsqu'il prend ses fonctions à Bicêtre, Pinel obtient l'autorisation de la commune, après une âpre négociation, de libérer les malades de leurs chaînes et de leurs loges. En compensation, il introduit des gilets de toile qui limitent les mouvements : les futures camisoles. Les aliénés ne peuvent pas tout faire mais ils ont une relative liberté d'aller et venir. A partir de cette époque, l'usage prolongé des cellules sera réservé aux pensionnaires les plus agités, ceux pour qui la vie au sein du groupe est impossible.

Au fil du temps, l'usage des cellules, devenues chambres d'isolement par la suite<sup>13</sup>, est réservé aux états de crise et ce, d'autant plus que dès 1840 un quartier de sûreté, ancêtre des UMD, est créé à Bicêtre. Dans la même perspective, l'apparition des traitements pharmacologiques au 20<sup>ème</sup> siècle à partir des années 50, réduit considérablement les besoins d'isolement. Enfin, l'émergence de la psychothérapie institutionnelle, initiée par les psychiatres ayant vécu les horreurs de la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale, va marginaliser ce type de prise en charge. Les témoignages des soignants exerçant au cours de la période suivante (entre les années 60 et 80) sont édifiants sur ce point, l'utilisation des chambres

<sup>13</sup> La circulaire 3021 du 15 mars 1960 impose la suppression des « cellules » au profit de chambres « protégées ».

d'isolement était très exceptionnelle et réservée à des situations extrêmes.

Depuis quelques années, ce constat n'est plus de mise, l'usage des chambres d'isolement semble s'accroître. De nombreux professionnels le constatent et le rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté déplore une « banalisation »<sup>14</sup> des séjours en chambre d'isolement et des mesures de contention. Pour mesurer cette évolution dans notre établissement, nous avons étudié les données du PIREM<sup>15</sup>. Nous allons vous les présenter mais avant de le faire nous vous proposons de faire un bref inventaire des pratiques dans quelques pays étrangers et de préciser l'essentiel du statut juridique et des recommandations de l'ANAES en cette matière.

### **1.3 Situation actuelle**

#### **1.3.1. Pratiques à l'étranger**

Contrairement à la France qui met en avant les vertus thérapeutiques de la chambre d'isolement, plusieurs autres pays considèrent que cette mesure vise, avant tout, à assurer la sécurité soit des personnes hospitalisées soit des personnels. D'autres préfèrent d'autres méthodes mais restent dans cette perspective « sécuritaire ».

Ainsi, en Allemagne, l'isolement apparaît comme inhumain. Nos voisins d'outre-Rhin privilégient les « fixations » sur un lit depuis lequel le patient est en contact permanent avec les soignants : « dans le sens où le patient est tenu physiquement où il est l'objet d'une attention accrue et parce qu'il reste, malgré l'état de crise aiguë dans lequel il se trouve, au milieu de la communauté que forment patients et soignants dans un service. ». Cette « mesure de sécurité particulière »<sup>16</sup> est appliquée lorsque le patient se met en danger ou présente un danger pour autrui. Elle est très encadrée et ne doit pas être prolongée

En Angleterre, la définition de la MCI est claire : « L'isolement d'un malade sous surveillance dans une chambre qui peut être fermée à clé pour protéger les autres du danger »<sup>17</sup>. Au Canada les « mesures de

<sup>14</sup> Rapport 2008 du contrôleur général des lieux de privation de liberté.

<sup>15</sup> Pôle d'information, de recherche et d'évaluation médicale. Aujourd'hui SIREM.

<sup>16</sup> Les trois citations sont extraites d'un discours prononcé par le Dr V. Bouville et le Dr Becker lors de la journée d'étude sur la chambre d'isolement du 8 février 1996 au CH Esquirol : « les fixations : une alternative à l'isolement ? ».

<sup>17</sup> Discours prononcé au cours de cette même journée par le Dr A. Abraham et L. Moorooogen : « les pratiques de l'isolement au Princess Royal Hospital, en Grande-Bretagne ».

retrait », équivalent de notre MCI, sont conçues comme des mesures d'intervention visant la prévention d'une désorganisation ou d'un passage à l'acte. Le but essentiel est de permettre au patient de récupérer son « auto-contrôle. »

Au-delà du but affiché de l'isolement, ces pays se distinguent de la France par le fait que les isolements sont plus rares et surtout que la législation encadrant ce type de mesures est extrêmement précise. En effet, si certains textes, notamment la loi du 27 juin 1990<sup>18</sup> ou celle du 4 mars 2002<sup>19</sup> et la circulaire du 19 juillet 1993<sup>20</sup>, précisent les droits des patients, « en ce qui concerne la prise de décision d'isoler, nous nous retrouvons devant un véritable vide juridique. »<sup>21</sup>.

### 1.3.2. Les particularités françaises

La législation française affirme à travers les textes évoqués ci-dessus que l'hospitalisation libre en psychiatrie doit rester la règle, les hospitalisations sous contraintes devant être exceptionnelles<sup>22</sup>. Dans ce cadre, les personnes hospitalisées pour des troubles mentaux possèdent les « mêmes droits que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause. Parmi ces droits figure celui d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement où ils sont soignés ». Les personnes en hospitalisation libre « ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clef ni a fortiori dans des chambres verrouillées. »<sup>23</sup>. Des mesures d'isolement sont uniquement possibles si la sécurité du patient l'exige et ce, pour quelques heures seulement. Concernant les personnes hospitalisées sous contrainte, les restrictions à la liberté individuelle doivent être réduites à « celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement ».

Nous verrons dans la suite de notre développement que les précautions voulues par les législateurs de l'époque ne semblent plus de mise aujourd'hui, notamment l'essence curative de l'isolement.

L'INSERM a diffusé un cahier des charges en juin 2006 visant à initier une analyse des pratiques cliniques des chambres d'isolement. Dans

<sup>18</sup> Loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

<sup>19</sup> Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>20</sup> Circulaire Veil n°48 DGS/SP3 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.

<sup>21</sup> Maître Dorsner-Dolivet, extrait d'un discours prononcé le 8 février 1996 au cours de la journée d'étude sur la chambre d'isolement : « Le Statut juridique de l'isolement psychiatrique ».

<sup>22</sup> Le caractère exceptionnel des hospitalisations sous contrainte semble aujourd'hui difficile à affirmer.

<sup>23</sup> Circulaire n°48 DGS/SP3/du 19 juillet 1993

celui-ci, il nous livre quelques données de cadrage issues de plusieurs études référencées dans ce document<sup>24</sup> :

- La France compterait environ 1560 chambres d'isolement pour les secteurs de psychiatrie adulte.

- La fréquence d'utilisation des chambres d'isolement est très variable d'un établissement à l'autre, nous ne disposons pas de statistiques générales.

- La durée est elle aussi variable mais elle est largement supérieure en France par rapport aux autres pays.

- Les MCI sont plus corrélées à des facteurs environnementaux (service, équipe) qu'à des troubles du comportement des personnes hospitalisées !

- L'efficacité des MCI est inconnue !

- Les risques induits par la MCI sont nombreux

- De nombreux dysfonctionnements ont été constatés, notamment ceux concernant un usage abusif de la MCI

### 1.3.3. Recommandation ANAES

Comme nous l'indiquions en note de l'introduction L'A.N.D.E.M.<sup>25</sup> a lancé un appel d'offre aux équipes soignantes en 1994 pour l'évaluation des pratiques d'utilisation des chambres d'isolement. Cet appel était motivé par plusieurs dimensions :

- Les recommandations de la circulaire Veil
- Les risques de cette pratique
- La diversité des pratiques
- La fréquence des utilisations
- Les possibles améliorations dans le cadre d'une démarche qualité.

Cet audit clinique comportant 23 critères était le premier référentiel des pratiques sur l'isolement en psychiatrie<sup>26</sup>. Le guide d'audit publié en

<sup>24</sup> Disponible sur le site internet de l'INSERM, projet COMPAQH.

<sup>25</sup> Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

<sup>26</sup> Vous trouverez ce référentiel en annexe.

1998 par l'ANAES s'inspire de ces travaux. Parmi les principaux indicateurs, nous pouvons citer :

- Prescription médicale conforme (3)<sup>27</sup>
- Conformité des indications de MCI (5)
- Durée d'isolement tracée (1)
- Conformité par rapport au mode d'hospitalisation (8)
- Proportion des visites de surveillance (17)
- Tenue de la fiche journalière de surveillance (23)

Concernant le critère 5, l'énoncé est explicite : « le trouble présenté par le malade correspond aux indications de MCI et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique. ». Ces dernières étant :

- L'utilisation de la MCI à titre de punition.
- Etat clinique ne nécessitant pas un isolement.
- Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe de soins ou pour son confort.
- Utilisation uniquement liée au manque de personnel.

#### 1.3.4. Les pratiques à Cadillac

Comme la plupart des établissements hospitaliers français, le C.H. de Cadillac a établi un protocole d'utilisation de la chambre d'isolement.

Les données chiffrées recueillies par le PIREM témoignent d'une augmentation des MCI entre 2003 et 2008 que l'on peut situer à 47%. Néanmoins, ces chiffres doivent être considérés avec prudence car la comptabilité au sein des unités ne semble pas toujours fiable.

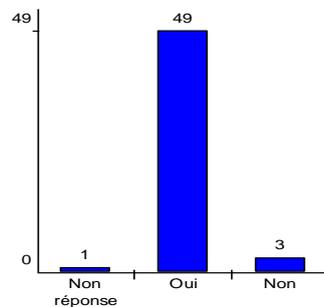
Comme nous l'indiquions dans l'introduction, notre recherche n'est pas un audit. Malgré les difficultés inhérentes à ce type d'enquête, notamment l'implication des observateurs<sup>28</sup>, nous aurions pu rester dans le descriptif des pratiques. Nous avons plutôt choisi de porter notre réflexion vers l'analyse des raisons de la recrudescence, attestée par les témoignages des « anciens », de l'utilisation des chambres d'isolement. Cette perspective ne nous a pas interdit de recueillir dans notre questionnaire certaines données directement liées aux recommandations.

<sup>27</sup> Numéro des critères dans le référentiel.

<sup>28</sup> Voir à ce sujet M.J.Y.Audigout, *La Difficulté d'évaluer les pratiques*, discours prononcé le 8 février 1996, journée d'étude sur la chambre d'isolement du CH Esquirol.

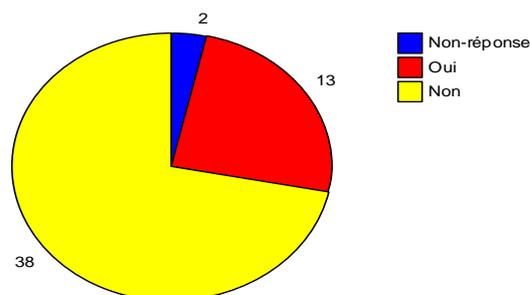
### 1.3.5. Aperçu des données du questionnaire

Avant tout, les soignants interrogés considèrent quasiment à l'unanimité que la MCI est un soin, même s'ils considèrent, pour les  $\frac{3}{4}$  d'entre eux que face aux situations qui peuvent la justifier elle n'est pas la seule solution :



### A l'heure actuelle, considérez-vous que la MCI est un soin ?

Répartition en secteurs de 'Mci seule solution'



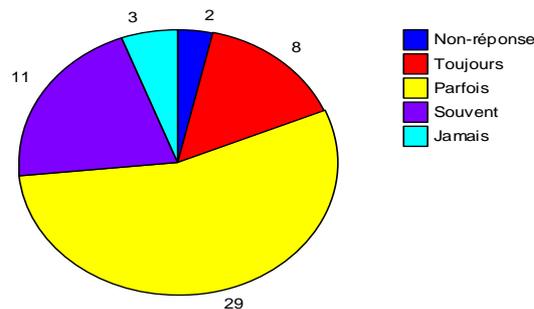
### Face à une situation répondant aux indications de la MCI, celle-ci vous semble-t-elle être la seule solution ?

Nous reviendrons plus loin dans notre développement sur cet aspect de la question. Nous constaterons alors que d'autres solutions sont envisagées mais que pour les  $\frac{2}{3}$  des soignants, elles ne peuvent pas être mises en place.

Concernant la prise de décision pour initier une MCI, à ne pas confondre avec la prescription qui ne peut être que médicale, on constate que le plus souvent c'est l'équipe paramédicale qui est à l'initiative de l'isolement<sup>29</sup> :

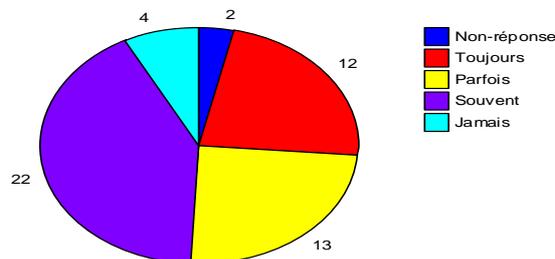
<sup>29</sup> Vous constaterez par la suite que nous n'avons pas développé d'explication sur ce phénomène. Eu égard au protocole établi, il mériterait d'être analysé plus avant.

Répartition en secteurs de 'Médecin initiative M'



### Le médecin est-il à l'initiative de la MCI ?

Répartition en secteurs de 'Paraméd initiative M'



### L'équipe paramédicale est-elle à l'initiative de la MCI ?

Les motifs invoqués pour justifier les MCI sont dans l'ordre décroissant : agressivité ou violence (36 citations), agitation (19), angoisse ou désorganisation (16), apaisement (10), transgression (9), protection (7), demande patient (4), auto-agressivité (3).

La plupart des raisons citées sont en adéquation avec les indications référencées par l'ANAES, à savoir :

- Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces, ni appropriés.
- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins.
- Isolement intégré dans un programme thérapeutique.
- Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.
- Utilisation à la demande du patient.

Néanmoins, il reste les transgressions qui ne rentrent pas dans ce cadre. De plus, ces chiffres posent la question de la réponse à l'agressivité, la MCI semble être la solution privilégiée. Si tel est le cas, pourquoi ? Pour répondre à cette question nous avons posé des hypothèses à partir de la problématique que nous avons construite. Construction possible grâce à l'approche conceptuelle que nous vous proposons de découvrir maintenant.

## **2. Approche conceptuelle**

### **2.1. L'idéologie sécuritaire**

A la suite des attentats du 11 septembre 2001, la peur s'est installée dans le monde occidental. Cette peur a légitimé et accéléré la mise en place d'un arsenal législatif visant à protéger l'ensemble de la société en utilisant ses institutions comme un moyen de contrôle<sup>30</sup>.

Dans ce contexte, la psychiatrie est redevenue<sup>31</sup>, de facto, un instrument de contrôle social et ce, d'autant plus qu'elle a été confrontée récemment à des événements dramatiques surmédiatisés (Pau, Grenoble, Marseille). Dès lors, pour participer à la protection sociale et assurer sa propre sécurité, elle est engagée aujourd'hui dans un processus massif de sécurisation : renforcement des dispositifs de sûreté (vigiles, interventions des forces de l'ordre, caméras dans les unités et les enceintes, cours fermées, etc.) et accueil « prolongé » ou surveillance des « malades » censés être dangereux pour la société ( loi du 5 mars 2007, du 10 août 2007, dispositif de géolocalisation, création des UHSA, réforme des hospitalisations sous contrainte, etc.).

Cette dérive sécuritaire dans le champ de la psychiatrie était déjà envisagée en 1976 par R.Castel : « La psychiatrie évolue vers une activité d'expertise des risques avec la transformation historique de la pathologie mentale en handicap social comportemental. »<sup>32</sup>. On assiste à une psychiatrisation de la précarité et, paradoxalement, à une pénalisation de la folie. Paradoxe qui entraîne l'arrivée dans les unités de soins de personnes ne présentant pas de réelles pathologies psychiatriques ( Au sens classique du terme, à savoir la présence d'un syndrome organisé et défini ) mais plus des symptômes réactionnels à certains événements de vie qui s'apparentent à des conduites considérées comme « anormales » aujourd'hui dans notre société (conjugopathie, problèmes financiers, surmenage professionnel, ivresse occasionnelle, chocs culturels, etc.). A

---

<sup>30</sup> Quelques exemples : zéro de conduite, fichier base élève, fichier ADN Edwige, loi pour la sécurité intérieure 18 mars 2003, Loi du 5 mars 2007 sur la prévention de la délinquance.

<sup>31</sup> Nous verrons dans le sous-chapitre suivant qu'elle a tenté de se distancier de cette fonction dans les années d'après-guerre

<sup>32</sup> Robert Castel, *L'Ordre psychiatrique*, Paris, Minuit, 1976.

contrario, les personnes affectées d'une véritable pathologie psychiatrique qui devraient être hospitalisées se retrouvent souvent emprisonnées.

De plus, on constate une recrudescence des hospitalisations d'office liées à des troubles du comportement qui ne sont pas dus à des pathologies psychiatriques avérées. L'hôpital devient une ressource pour gérer les troubles de l'ordre public, cette fonction de contrôle présente le risque d'annihiler, ou du moins de modifier profondément la fonction soignante.

En effet, face à ces nouvelles populations, les soignants n'ont pas, de fait, ni les moyens, ni la formation, pour répondre de manière adaptée. Cette incapacité modifie profondément les pratiques de la MCI. Celle-ci devient la seule réponse, sous la forme d'une sanction, au détriment des autres outils habituellement utilisés. Peu à peu, les soignants reproduisent à l'intérieur du microcosme hospitalier, le fonctionnement de la société globale, à savoir un respect strict des règlements, une rigidité des protocoles, une formalisation des « sanctions ». Les prises en charge se fondent sur la responsabilisation des individus et occultent la complexité de la personne souffrante.

Les politiques légitiment l'arsenal législatif mis en place par la volonté de protéger l'ensemble de la société. Dans cette perspective, les institutions sont un moyen de contrôle, rôle mis en évidence par Michel Foucault dans ses écrits<sup>33</sup>. Les lois adoptées par le gouvernement induisent une psychiatrisation de la délinquance, voire de la déviance<sup>34</sup> pour mieux l'exclure socialement. La psychiatrie constitue un instrument de maintien de l'ordre public puisqu'elle autorise l'enfermement de personnes considérées comme ayant des troubles du comportement le perturbant.

Cette fonction est prégnante dans la loi du 5 mars 07 relative à la prévention de la délinquance. Pour preuve, le procureur peut obliger un délinquant à consulter un psychiatre. Même constat pour la loi du 10 août 2007, dite de prévention de la récidive. L'injonction de soin devient une peine de substitution : si le détenu refuse les soins proposés, les sursis, les libérations conditionnelles et remises de peine ne lui seront pas accordés, la psychiatrie est utilisée comme un auxiliaire de police et de justice. Plus encore, la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux illustre parfaitement nos propos. A son sujet, Michel Combret évoque une schizophrénie institutionnelle résultant d'une confusion entre délinquance

<sup>33</sup> Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975.

<sup>34</sup> La délinquance est une déviance délictueuse.

et pathologie : « Cette mesure institue une double peine pour des personnes jugées trop responsables pour éviter la prison et bénéficier de soins, mais pas assez pour être libérées à la fin de leur incarcération. Nous avons là un bon exemple de schizophrénie institutionnelle. »<sup>35</sup>. Les personnes ayant purgé leurs peines pourraient continuer à être enfermées et privées de liberté si une présomption de dangerosité est établie par une expertise psychiatrique.

Le 17 juillet 2007, dans un discours à l'assemblée nationale, Rachida Dati, alors ministre de la justice, a déclaré sans réticence : « Soigner c'est empêcher la récurrence ». Cette association de termes, qui pourrait faire penser à un lapsus tant ils semblent paradoxaux, montre que les malades mentaux sont assimilés à des délinquants. Assimilation gravissime car la stigmatisation de certains rejaillit sur l'ensemble des personnes souffrant de pathologies psychiques.

Nous savons aujourd'hui que ces paroles étaient les prémices d'un autre discours très inquiétant pour les professionnels de la psychiatrie. Le 2 décembre 2008 le chef de l'Etat a, lui aussi, très fortement stigmatisé la maladie mentale en soulignant sa dangerosité : « mais il y a aussi l'agressivité, la violence, les réadmissions fréquentes de tous ces patients dont vous vous demandez si la place est bien ici. », « Je comprends parfaitement que le malade est une personne dans toute sa dignité. (...) Des malades en prison, c'est un scandale. Mais des gens dangereux dans la rue, c'est un scandale aussi. », « Il va falloir faire évoluer une partie de l'hôpital psychiatrique pour tenir compte de cette trilogie : la prison, la rue, l'hôpital, et trouver le bon équilibre et le bon compromis. ». Cette évolution s'apparente pour bon nombre des acteurs de la psychiatrie à une régression renvoyant la discipline plusieurs décennies en arrière. Ainsi, le Dr Faraggi, président du syndicat des psychiatres des hôpitaux à cette date et praticien au C.H. de Cadillac déclarait alors : « Ce discours est catastrophique, il a une vision exclusivement sécuritaire »<sup>36</sup>.

En outre, le président de la république a annoncé, au cours de cette allocution, une réforme de la procédure des levées des hospitalisations d'office, intégrée depuis dans la loi portant réforme des hospitalisations sous contrainte votée par l'assemblée nationale en mars 2011, et un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques très important : 30 millions d'euros consacrés à la géo-localisation, la création d'unités fermées, au moins une par établissement, équipées de vidéosurveillance et de 200

<sup>35</sup> Michel Combret, *Regard sociologique sur les malades mentaux « dangereux »*, Soins en psychiatrie, n°261, mars/avril 2009.

<sup>36</sup> Pierre Faraggi, déclaration à l'AMP le 3 décembre 2008.

chambres d'isolements supplémentaires. A cela s'ajoute la construction de 4 nouvelles UMD de 40 lits chacune. Le coût total est estimé entre 60 et 80 millions d'euros.

Ce renforcement du volet répressif révèle, semble-t-il, un choix politique qui privilégie la simplification et l'immédiateté des mesures afin de procurer un sentiment de sécurité chez les citoyens. In fine, on assiste à un glissement de la médecine préventive vers la médecine prédictive, mais aussi de la prévention vers la sanction sociale. Dans ce cadre, l'expertise psychiatrique est utilisée comme une caution scientifique de cette dérive. L'association délinquant et malade mental, justice et psychiatrie entraîne une confusion entre sanction et soins.



De plus, à cette confusion s'en ajoute une autre que nous avons déjà évoquée brièvement plus haut, celle entre santé mentale et psychiatrie

## **2.2. Confusion psychiatrie et santé mentale**

### **2.2.1. Le Champ de la psychiatrie**

En France, le mot *psychiatrie* se trouve attesté en 1842, dans le Supplément du *Dictionnaire de l'Académie française*; il est alors synonyme de pathologie mentale et de médecine mentale, mais son emploi reste exceptionnel jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Ce néologisme résulte de l'association de deux vocables grecs, l'un *psukhé* et l'autre *iatròs*, le dernier signifie de façon univoque "médecin", le premier se traduit généralement par "âme".

Si nous restons fidèles à son étymologie la psychiatrie, « médecine des âmes » serait donc en charge des « maladies de l'âme ». Elle n'aurait pas pour vocation, a priori, à prendre en charge les problèmes sociaux. Cependant, nous avons montré dans la première partie de notre développement qu'elle assume cette fonction depuis longtemps. L'asile, dès sa création en occident, est aussi un lieu d'enfermement des déviants.

L'hypothèse selon laquelle la mission originelle de l'asile, protéger le malade des dangers extérieurs et des influences pathogènes de son milieu, a été pervertie par un système social souhaitant exclure les individus considérés comme menaçants semble pertinente. La loi de 1838, inspirée par la philosophie des lumières, était portée, selon certains auteurs, par un idéal humaniste<sup>37</sup> mais l'histoire en témoigne, les institutions psychiatriques ont été pendant longtemps, à la fois, des lieux de soins mais aussi d'exclusion. Il a fallu attendre la moitié du 20<sup>ème</sup> siècle pour voir émerger une remise en cause de cette fonction implicite.

A cette époque, de nombreux psychiatres<sup>38</sup> conscients de la dimension non-soignante de l'hôpital psychiatrique et forts de l'expérience des camps de concentration, se sont élevés contre les conditions d'hospitalisation des malades mentaux. Leur révolte est à l'origine d'une réorganisation de la psychiatrie en France : la politique de secteur. La circulaire du 15 mars 1960<sup>39</sup> officialise cette révolution.

La psychiatrie de secteur est, en effet, une révolution. Elle vise à assurer la totalité de la chaîne des soins, de la prévention à la réinsertion

---

<sup>37</sup> En organisant la prise en charge des malades mentaux, elle visait notamment à leur offrir des conditions d'accueil et de soins décentes et à réglementer les enfermements pour lutter contre les internements abusifs.

<sup>38</sup> Pour mémoire, parmi les plus connus : MM. Daumezon, Bonnafé, Bouquerel, Tosquelles.

<sup>39</sup> Circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

sans couper le patient de sa vie familiale et sociale. Outre l'organisation territoriale des moyens alloués par départements, elle a un double objectif :

1. « Eviter la désadaptation qui entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel »<sup>40</sup>
2. « Entreprendre les soins des malades mentaux à un stade plus précoce, avec des plus grandes chances de succès, et apporter aux anciens malades un appui médico-social efficace »<sup>41</sup>

« L'asile » s'ouvre sur la société, les soins se font en amont et en aval des institutions psychiatriques, les prises en charge ambulatoires et les structures alternatives à l'hospitalisation viennent traduire la volonté de maintenir les personnes souffrantes au cœur du groupe social. Malheureusement, cette politique volontariste n'a pas eu les effets escomptés à long terme. Le manque de moyens, le cercle vicieux bureaucratique, le soutien timide des milieux politiques, la volonté éteinte de certains acteurs du champ psychiatrique, sont autant de raisons, parmi d'autres sans doute, qui peuvent expliquer l'écart entre l'idéal originel et les résultats actuels. Aujourd'hui, l'hôpital psychiatrique semble parfois revenir à d'anciennes configurations, au contrôle de la déviance. Retour qui est directement en lien avec l'objet de notre étude, lien mis en lumière par le paragraphe suivant.

Par delà l'évolution que nous venons de rappeler brièvement, la psychiatrie a toujours eu vocation à accueillir des personnes souffrant de maladies psychiques. Maladies considérées et traitées différemment en fonction des époques. Des aliénistes du 19<sup>ième</sup> siècle aux psychiatres institutionnels, l'évolution, conditionnée notamment par les avancées de la neurologie et les théories psychanalytiques, a été considérable. A l'heure actuelle, les troubles psychiatriques, associés à des critères nosographiques précis et à des actions thérapeutiques ciblées, se sont substitués aux grands syndromes de la psychiatrie classique. Nous n'avons pas l'espace ici pour envisager les effets de cette évolution mais l'un d'entre eux, plus ou moins direct, nous intéresse particulièrement : l'apparition du concept de santé mentale.

---

<sup>40</sup> Circulaire du 14 mars 1972, p.32

<sup>41</sup> Circulaire du 15 mars 1960, p.9



### 2.2.2. La Santé mentale : une extension du champ psychiatrique

Le concept de santé mentale s'est imposé en France dans les années 1980. Il englobe la promotion du bien être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.

L'Organisation mondiale de la santé proposait en 1947 une définition qui nous permet de bien saisir les différentes composantes de la santé mentale et de percevoir que la santé mentale ne se limite pas à l'absence de maladie :

« Une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier si c'est possible. Cette personne vit son quotidien libre des peurs ou des blessures anciennes qui pourraient contaminer son présent et perturber sa vision du monde. De plus, quelqu'un en bonne santé mentale est capable d'éprouver du plaisir dans ses relations avec les autres. Bref, posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie: physique, psychologique, spirituel, social et économique. »

Aujourd'hui la santé mentale peut se définir, à la suite de J. Sutter, comme : « l'aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace et à faire face avec souplesse aux situations difficiles en étant capable de retrouver son équilibre » Dans cette perspective, il semble difficile d'être en parfaite santé mentale, cette définition est utopique et semble même « contre-nature », la souffrance est inhérente à la vie humaine. Bien plus encore, la maladie mentale, en tant que « reflet négatif » de la santé mentale, devient très relative d'un point de vue subjectif, spatio-temporel et contextuel. Tous les comportements

individuels considérés comme socialement « anormaux » ou témoignant d'une incapacité à faire face aux « situations difficiles » peuvent devenir un motif d'hospitalisation.

La circulaire du 14 mars 1990, relative aux orientations de la politique de santé mentale, après avoir rappelé que la lutte contre les maladies mentales est une priorité de santé publique, précise : *« Il est impératif aujourd'hui d'envisager les problèmes de santé publique sous un angle élargi et selon une conception positive et dynamique de la santé : en cherchant à promouvoir des facteurs de santé, en s'intéressant davantage aux aptitudes des individus et des groupes vis-à-vis de leur santé (...) C'est dans un esprit de recherche et de concertation que pourra être élaborée une politique de santé mentale finalisée sur des objectifs de développement de la santé mentale, et non plus seulement de lutte contre les maladies mentales. »*

Cette politique vise au total bien être psychique comme nous y invite l'OMS. Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 est éclairant sur ce sujet, notamment en introduisant l'idée d'épanouissement personnel :

*« La santé mentale comporte trois dimensions : la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants. »*

La santé mentale comporte trois dimensions selon les auteurs du Plan : l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle à des difficultés importantes et les troubles psychiatriques bien identifiés.

Dans ce cadre conceptuel, les troubles psychiatriques se réduisent à des critères nosographiques précis associés à des actions thérapeutiques ciblées. L'ensemble des maladies psychiques est alors l'un des aspects de la santé mentale, une "dimension" spécifique. Deux autres dimensions, non psychiatriques, sont mises en valeur : la détresse réactionnelle et l'épanouissement personnel. Les trois dimensions sont alors conçues comme trois facettes d'un même objet et ne constituent pas trois domaines séparés. Le Plan insiste d'ailleurs sur les liens entre ces différents niveaux de santé mentale.

Le caractère utopique de la définition de la santé mentale de l'OMS fait que la majorité, voire tous les individus peuvent être considérés en mauvaise santé mentale à un moment de leur vie, ou même toute leur vie pour certains, sans qu'ils présentent de réelles pathologies psychiatriques. Sur la base de cette définition, on constate une normalisation très précoce, les enfants très tôt doivent répondre à une norme, ni trop en retrait, ni trop « vivants », ni trop gros, ni trop maigres. Les dépistages et les évaluations se multiplient et ceux qui s'écartent « des clous » sont vite repérés et rapidement orientés, pour leur « bien », vers des prises en charges spécialisées. Ils sont déjà isolés du groupe de leurs pairs, considérés comme « normaux ». Dès l'enfance « l'excellence » normative est visée.

Dans une société qui vise à l'excellence, les individus ne sont plus autorisés « à aller mal » ponctuellement, à exprimer leurs ressentis de manière bruyante, à avouer leurs faiblesses, etc. Le culte de la performance et la perspective d'un bien-être accessible à tous induisent une stigmatisation, voire une exclusion, des « faibles », des « perdants ». Cet idéal normatif est intégré par les adultes, qui, dès qu'ils ne respectent pas le modèle « normal », une modélisation qui peut aller jusqu'à leur imposer les émotions à ressentir, culpabilisent, voire « tombent malades ». Pour exemple, une mère vulnérable, culpabilisée par un entourage influencé par les discours médiatiques et pseudo-scientifiques, est hospitalisée pour « dépression » car elle ne ressent pas la fameuse « fibre maternelle ».

Cette évolution est d'autant plus importante qu'elle est constatée à plusieurs niveaux : consultations pour baisse des résultats scolaires, hospitalisation pour consommation de cannabis ou d'alcool (normes légales bafouées !!!), excès de jeu (addictions !!), divorce mal assumé, crises existentielles, etc.

L'écart à la norme conduit à l'hôpital psychiatrique, les soignants se trouvent donc confrontés à des personnes qui ne présentent pas de pathologies psychiatriques réelles. Ceux-ci sont effectivement en souffrance mais cette souffrance liée à un idéal normatif ne nécessite pas les mêmes prises en charge. Le problème est alors des réponses à apporter. Concernant le sujet qui nous occupe, les professionnels démunis sont parfois réduits à des solutions extrêmes : isoler pour protéger les « non-psychiatriques », isoler pour imposer des règles, pour se protéger juridiquement, etc.

De plus, l'arrivée de ces nouveaux « patients » embolise les services de psychiatrie et, de fait, modifie les pratiques, même si les

soignants n'en sont pas toujours conscients, eux-mêmes étant quelque part plus ou moins conditionnés à l'évolution du champ psychiatrique.

En résumé, la confusion, socialement entretenue, entre la santé mentale et les pathologies psychiatriques induit une modification des fonctions de l'hôpital psychiatrique, un changement des pratiques et des dérives qui se traduisent par des hospitalisations multiples, la plupart du temps non pertinentes. La norme sociale se substitue à la norme médicale, les déviants et les « perdants » sont écartés du groupe social.

### **2.3. Le Déclin institutionnel**

Les institutions, objets d'étude privilégiés de la sociologie, sont aujourd'hui en crise. François Dubet a analysé ce phénomène dans l'un de ses ouvrages : « Le Déclin de l'institution »<sup>42</sup>. Cette crise affecte toutes les institutions : l'école, la famille, l'Etat, etc. L'hôpital fait partie de celles-ci

Selon Emile Durkheim, les institutions, concept fondateur de la sociologie, sont des « manières collectives d'agir et de penser »<sup>43</sup> qui ont une existence en dehors des individus. Elles exercent sur ceux-ci une « coercition » qui les pousse à la conformité. Les valeurs et les normes sont partagées par l'ensemble des membres de l'institution, ils forment un tout intégré. L'institution peut être entendue comme un ensemble cohérent et cohésif dans lequel les structures, les individus, les codes implicites et les règlements forment une entité spécifique, une « sous-culture » incluse dans une culture donnée.

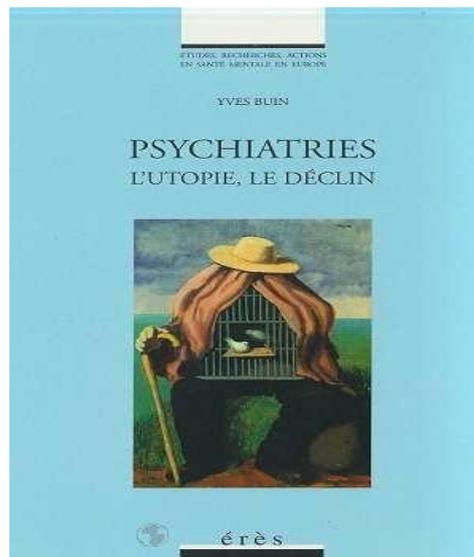
Dans un entretien publié dans la revue *Panorama du médecin*, F.Dubet évoque le « déclin du programme institutionnel », programme qu'il considère comme « un ordre symbolique qui donne aux acteurs d'une institution un cadre pour interpréter leur pratique. ». Ordre qu'il caractérise pour les institutions de soins : « L'hôpital était fondé sur un ordre supérieur légitimant son action : la rencontre entre la science et la charité, c'est-à-dire le mariage entre la science et la religion, entre le médecin et l'infirmière. Pour eux, le travail était d'abord une vocation, au contenu moral extrêmement fort, sur le modèle du dévouement. L'hôpital était un sanctuaire : la vie sociale ne devait pas y entrer. Le malade se soumettait pour obtenir son salut physique, comme l'élève à l'école pour

<sup>42</sup> François Dubet, *Le Déclin de l'institution*, Seuil, Paris, 2002. F.Dubet est un sociologue français professeur à l'Université Bordeaux II et auteur de nombreux ouvrages sur l'école et les inégalités.

<sup>43</sup> Emile Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1937.

son salut culturel et le croyant à l'église pour son salut religieux. »<sup>44</sup>

Comme les autres institutions, les hôpitaux ont subis des transformations liées aux évolutions sociales et politiques. « L'ordre symbolique » a laissé la place à une configuration beaucoup moins stable. L'hôpital est perméable aux influences extérieures et sensible aux mutations sociales. Il n'est plus un sanctuaire, les vocations peuvent rester professionnelles mais ne sont plus morales, la rationalisation des soins a modifié les logiques d'action, les malades sont devenus des usagers, ils ne se soumettent plus, ou du moins, leur soumission est moindre. En outre, un autre facteur de déclin institutionnel peut être associé à la psychiatrie : l'abandon des études spécifiques à cette discipline.



Le métier d'infirmier spécialisé du champ psychiatrique trouve son origine entre la charité et le maintien de l'ordre social. La profession apparaît sous l'impulsion de Pinel et de son élève Esquirol. Des surveillants, « héritiers de Pussin », sont recrutés pour travailler dans les asiles d'aliénés. En 1836, des écoles spéciales sont créées et la loi de 1838 vient structurer la profession. En 1907, la profession se médicalise, le « fou » est considéré comme un malade à part entière. En 1937, les asiles deviennent des hôpitaux psychiatriques et les soignants des infirmiers psychiatriques qui bénéficient d'une formation spécifique et rémunérée. En 1992, cette spécificité disparaît, c'est la fin du système salarial des élèves infirmiers spécialisés et la fin du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.

<sup>44</sup> François Dubet, *Travail sur autrui : l'Obligation d'inventer*, entretien avec S. Cannasse, décembre 2007.

La formation spécifique des infirmiers psychiatriques a été fortement influencée, dès les années 60, par le mouvement de la psychiatrie institutionnelle et la sectorisation. Les professionnels formaient une communauté soignante orientée par les mêmes valeurs<sup>45</sup>, un idéal d'ouverture, une approche humaniste des prises en charge axée sur le relationnel<sup>46</sup>. Ils faisaient corps et la transmission des savoirs se faisait à l'intérieur du groupe, assurant ainsi la cohérence et la cohésion de l'ensemble.

Outre la faiblesse des enseignements en psychiatrie<sup>47</sup>, la réforme des études obère fortement les transmissions intergénérationnelles<sup>48</sup> et par là même la cohésion du groupe. Les compétences acquises en IFSI ou sur d'autres terrains que la psychiatrie se substituent aux apprentissages professionnels qui demandent du temps. De plus, le manque de formation au relationnel accentue chez les soignants le stress, l'insécurité, voire la peur de rentrer en contact avec cet autrui qu'ils ne sont pas préparés à aborder.

Sur le terrain, le manque de temps, lié à la multiplication des tâches administratives et à certains manques en personnel, ne permet pas de compenser le déficit de formation. Dès lors, les infirmiers se trouvent démunis contre la souffrance psychique, comme l'analyse F. Dubet pour l'ensemble de leurs collègues : « Le métier d'IDE impose une expérience directe de la déchéance, de la souffrance... Pour tenir cette relation, il faut pouvoir « poser la blouse », séparer le moi professionnel du moi personnel. Il faut prendre sur soi. Les soignants ne sont plus armés de la même manière pour affronter les situations, pour leur donner une signification les protégeant d'une confrontation directe avec la souffrance »<sup>49</sup>.

Concernant les autres facteurs de déclin, la rationalisation des soins va aussi fortement modifier l'identité des soignants et la cohésion du groupe soignant. A travers la loi hospitalière de 1970, le pouvoir administratif s'impose à l'hôpital au nom de la rationalisation des

---

<sup>45</sup> Vision commune se traduisant par l'émergence de nombreux groupes de réflexion donnant lieu à publication comme par exemple la revue du GERIP.

<sup>46</sup> Nous ne souhaitons pas ici faire une apologie de l'ancien temps. Notre analyse se fonde sur une perspective globale de transformation perceptible dans les années 60. Nous sommes conscients que localement certains soignants ne partageaient pas cette vision et que malheureusement l'humanisme n'était pas de mise dans tous les hôpitaux.

<sup>47</sup> La suppression du diplôme d'ISP a entraîné la réduction de la formation théorique en psychiatrie de 400 heures et le passage de plus de 1000 heures de stage sur le terrain à 280 heures de stages obligatoires en santé mentale ou psychiatrie.

<sup>48</sup> Certains étudiants effectuent 1 seul stage en psychiatrie.

<sup>49</sup> François Dubet, op.cit. p. 197.

dépenses de santé. On passe d'un lieu de vie partagé à une prestation de service. Cette mutation affecte directement les infirmiers qui « se situent dans la double hiérarchie des médecins et de l'administration. Les techniciens de l'injection deviennent aussi des agents d'une organisation où l'écriture remplace le geste. »<sup>50</sup>

Les valeurs sur lesquelles se fondait l'institution hospitalière s'estompe derrière un ensemble de règles organisationnelles : « Aujourd'hui, l'organisation de l'institution est plus un ensemble de ressources et de règles qu'elle n'est un appareil déterminé par des orientations culturelles et des rapports sociaux »<sup>51</sup>. La qualité du soin ne résulte plus seulement de l'engagement et du dévouement des soignants, elle est aussi la conséquence de l'organisation logistique et administrative : hygiène, dossiers, protocoles, qualité, etc.

Dans cette perspective, les professionnels se sentent instrumentalisés, non reconnus dans leur spécificité. Il y a une mutation des valeurs, la vocation se confronte aux exigences d'efficacité et à des contraintes réglementaires et d'organisation complexes. « Le soignant est moins comptable de sa conformité et de son éthique, que des résultats de l'action collective organisée dans laquelle il est engagé »<sup>52</sup>. Il est à la fois plus autonome, plus responsabilisé, et plus contraint dans la mesure où ce qu'il produit est quantifié. C'est l'efficacité du travail qui est évaluée, plus que le travail lui-même. Les lois et règlements sont considérés comme des outils de gestion, plutôt que comme l'expression de valeurs communes.

Les contraintes financières (gestion des dépenses de santé), ont substitué, à une logique de soins, une logique comptable. L'institution se scinde en plusieurs zones d'influences (administratives, comptables, médicales, soignantes) qui ne rassurent pas et abrasent la notion d'appartenance à un collectif. Les valeurs perdent leur unité, au profit des exigences d'efficacité et de contraintes d'organisation labiles et complexes. L'institution ne fait plus corps.

Dans ce contexte, elle ne semble tenir qu'à travers des relations sociales fondées sur les seuls projets des individus. La mobilité, le nomadisme des agents est l'une des conséquences de ce déclin institutionnel. Comme l'analyse F. Dubet : « si chacun se construit comme il l'entend, à travers une auto-référence éthique et des ressources

---

<sup>50</sup> François Dubet, *Le Déclin institutionnel*, op.cit. p.199.

<sup>51</sup> F.Dubet, op.cit.

<sup>52</sup> F.Dubet, op.cit.

inégalement distribuées, plus rien n'assure les individus en les ancrant dans des rôles et cultures »<sup>53</sup>. Il n'y a plus de cohésion de groupe, l'ancrage institutionnel se délite.

De plus, la création des pôles d'activités, dans un souci de rentabilité et d'efficacité comptable tel qu'il est défini dans une entreprise, a fait disparaître les services de soins. L'ancien médecin chef, référence hiérarchique et intellectuelle, est devenu un gestionnaire du pôle. Les soignants n'appartiennent plus à un service, à une équipe, tant le « système » qui oriente leurs conditions de travail, semble étranger à leurs actions propres.

Les hôpitaux, dans leur ensemble, ne sont plus vraiment des institutions. Ils ne sont plus un tout intégré donnant des repères identitaires et axiologiques aux agents qui y travaillent. La logique d'entreprise a fait voler en éclats les valeurs fondatrices de ces lieux de soins et par là même la cohésion du groupe des soignants. Ce phénomène est d'autant plus prégnant en psychiatrie que cette discipline a vu disparaître la spécificité de la formation de ces agents. Ce moment fort d'intégration ne peut plus compenser le déclin institutionnel.

Au terme de cette phase exploratoire, nous avons pu constater que plusieurs phénomènes ont considérablement modifié les pratiques au sein des hôpitaux psychiatriques. L'idéologie sécuritaire, la confusion entre psychiatrie et santé mentale, le déclin de l'institution hospitalière, sont autant de facteurs pouvant expliquer, à notre sens, l'augmentation des MCI. En effet, ils induisent, respectivement, une modification des représentations sociales, une mutation des prises en charge et un « isolement » des soignants. Forts de ce constat, nous avons construit la problématique suivante :

**- Comment l'orientation socio-politique actuelle de la psychiatrie en France influence-t-elle les pratiques de la MCI à l'hôpital de Cadillac ?**

A partir de cette problématique, nous avons élaboré des hypothèses de recherche, des réponses possibles à cette question scientifique. Hypothèses que nous allons vous présenter maintenant dans la deuxième partie de notre développement avant de vous livrer l'analyse à laquelle nous sommes parvenus après les avoir testées.

---

<sup>53</sup> François Dubet, op.cit.

# II. Phase empirique

*« Tout est relatif, et cela seul est absolu »*  
Auguste Comte

## **3. Hypothèses et Méthodologie**

L'orientation socio-politique de la psychiatrie en France est déterminée, à la fois, par les décideurs politiques, plus ou moins conseillés par des spécialistes, et par les théories dominantes actuellement dans ce champ de la médecine. En outre, cette orientation est fortement influencée par les transformations sociales propres à notre pays ou plus globales. Dès lors, il est logique que l'évolution de la psychiatrie soit en congruence avec ces différents facteurs. Nous vous proposons donc les hypothèses suivantes :

1. L'idéologie sécuritaire oriente les pratiques de la MCI à Cadillac
2. La confusion entre psychiatrie et santé mentale oriente les pratiques de la MCI à Cadillac
3. Le Déclin institutionnel oriente les pratiques de la MCI à Cadillac

### **3.1. La Méthode**

Pour argumenter cette recherche, valider ou non les hypothèses de travail nous avons élaboré un questionnaire pour les agents des unités concernées, structures où sont utilisées les chambres d'isolement ou d'apaisement. Le personnel interrogé : médecin, cadre, infirmiers, aides soignants, AMP. Le support choisi est un entretien directif s'appuyant sur un questionnaire. Nous avons rencontré l'ensemble des répondants. Cela nous a permis d'être sûrs du retour, d'expliquer les questions, d'avoir des réponses plus complètes (qualitatif). Le mode de recrutement du personnel interrogé s'est effectué sur la base d'un tirage au sort sur un panel de personnes s'étant porté volontaire.

### **3.2. Le champ de recherche**

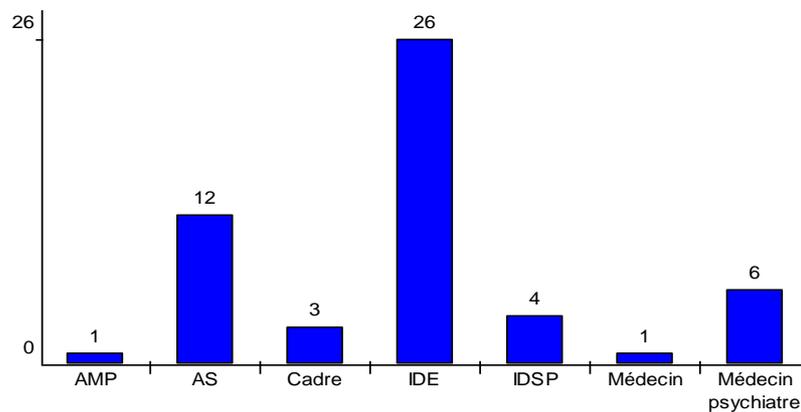
Bien entendu, nous avons limité notre champ de recherche aux unités du CH de Cadillac qui ont recours aux chambres d'isolement. Dans cette perspective, nous avons exclu de notre investigation les structures de pédopsychiatrie. Pour les autres, notre choix a été dicté par le volontariat des personnels qui désiraient répondre à nos questions. Cet

impératif n'a pas empêché tous les pôles d'être représentés et donc toutes les populations, rurales ou urbaines.

### **3.3. L'échantillon des répondants**

Notre échantillon est représentatif de la population des soignants au C.H de Cadillac. Nous avons interrogé 53 soignants qui exercent dans tous les types de structures d'hospitalisation complète accueillant des adultes, y compris l'UMD.

En premier lieu, sur le plan des CSP, les répartitions sont relativement fidèles à la réalité. Les médecins psychiatres sont surreprésentés mais il nous semblait important de recueillir plusieurs avis médicaux<sup>54</sup> sur l'objet de notre recherche :

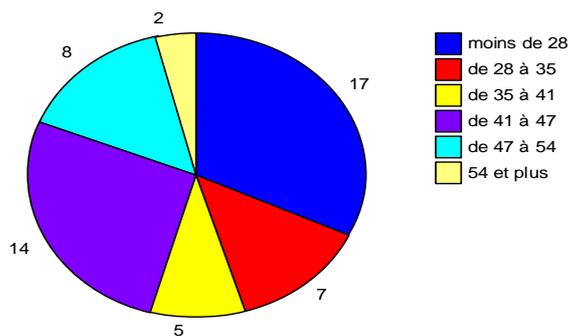


#### **CSP des personnes interrogées**

Nous avons interrogé 39 femmes (73,58%) et 14 hommes (26,42%). Dans ce domaine aussi, nous sommes au plus près des quotas de soignants constatés sur le terrain. Concernant l'âge, la moyenne est relativement basse (37,77) mais reflète l'évolution de la population soignante, notamment à la suite des nombreux départs à la retraite résultant des demandes de droit faites par les classes d'âge du baby-boom. Le diagramme suivant montre que les jeunes soignants, voire très jeunes, sont aujourd'hui majoritaires. Nous verrons au cours de notre analyse que ce facteur revêt une importance particulière.

<sup>54</sup> En effet, le médecin reste réglementairement le prescripteur des MCI même si comme nous vous avez pu le constater plus haut, il n'est pas toujours à l'initiative de celle-ci.

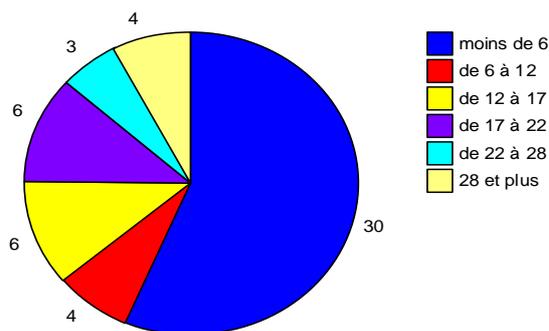
Répartition en secteurs de 'Age'



### Age des personnes interrogées

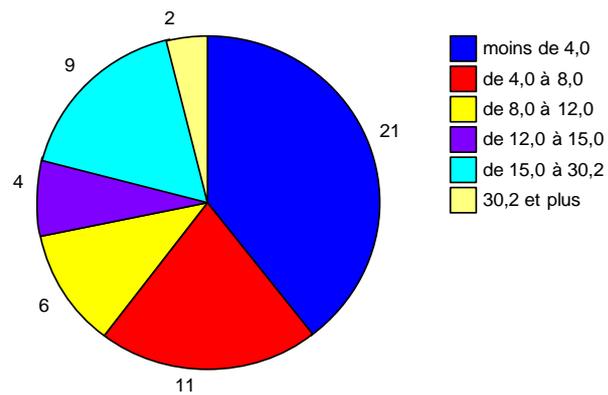
Les soignants sont jeunes au sens propre du terme mais ils sont aussi majoritairement jeunes dans leur profession, 10 ans en moyenne et moins de 6 ans pour plus de la moitié. Ils ont également peu d'expérience en psychiatrie, 1/3 d'entre-eux sont intégrés dans ce champ depuis moins de 4 ans.

Répartition en secteurs de 'ancienneté'



### Ancienneté dans la profession

Répartition en secteurs de 'ancienneté en psychi'



### Ancienneté en psychiatrie

Vous allez pouvoir constater dans la suite de notre développement que la jeunesse des soignants en psychiatrie est un facteur très important pour analyser et tenter de comprendre les pratiques de la MCI dans notre institution.

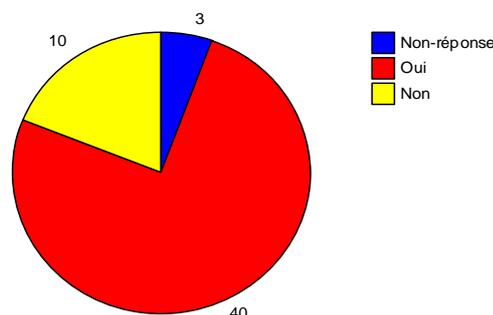
## 4. Analyse des résultats

Le dépouillement des questionnaires nous a permis de dégager certaines tendances qui montrent que nos hypothèses possèdent une certaine pertinence. Nous allons les reprendre une par une avant de vous livrer une synthèse des résultats, prélude à la conclusion qui ouvrira des pistes pour des actions possibles et de nouvelles réflexions.

### 4.1 Première hypothèse : l'idéologie sécuritaire oriente les pratiques de la MCI

Nous avons tenté de montrer dans notre approche conceptuelle que la psychiatrie était actuellement l'objet d'une dérive sécuritaire. La loi portant sur les hospitalisations sous contrainte, aujourd'hui en débat au parlement, renforce notre argumentation autant qu'elle inquiète la plupart des acteurs de notre discipline. Il paraît difficile aujourd'hui de contester l'idée qu'elle participe, souvent contre son gré, au contrôle de l'ordre social. Les soignants sont conscients de cette fonction implicite :

Répartition en secteurs de 'Soignant/ordre socia'



[Avez-vous le sentiment que les soignants en psychiatrie sont de plus en plus amenés à jouer un rôle en matière de sécurité et de maintien de l'ordre public ?](#)

Néanmoins, cette prise de conscience ne les rend pas imperméables aux discours socio-politiques concernant leur champ de compétence. Ceux-ci sont axés, prioritairement depuis quelques années, sur les comportements dangereux des personnes souffrant de troubles

psychiques. L'association maladie mentale – dangerosité est récurrente dans les médias et se retrouve au cœur des annonces politiques. Les pathologies psychiatriques se résument le plus souvent dans cette perspective au risque de passage à l'acte agressif, les autres symptômes, majoritaires, disparaissent.

De plus, toutes les mesures gouvernementales centrées sur la psychiatrie se focalisent sur le caractère dangereux des personnes accueillies. Elles soulignent la nécessité d'établir un maximum de sécurité à l'intérieur des hôpitaux et par là même au sein de la société. Les caméras, les cours fermées, les vigiles, les systèmes de sécurité individuels et toutes les autres mesures envisagées renforcent les représentations sociales<sup>55</sup> associant pathologies psychiques et agressivité. Représentations sociales qui peuvent être partagées par les professionnels et ce, d'autant plus qu'ils n'ont pas les bases théoriques leur permettant de réintégrer le symptôme agressivité dans un système plus complexe de compréhension des manifestations de la pathologie.

Dès lors, il n'est pas surprenant de constater que l'utilisation de la chambre d'isolement est essentiellement consacrée à la gestion des troubles du comportement. L'agressivité, la violence et l'agitation sont les motifs les plus cités (55 fois) loin devant l'apaisement (10), l'angoisse (16) et la prévention (7). La nécessité d'écarter le danger, de mettre fin au désordre prévaut. La mise en chambre d'isolement est une mesure qui « sanctionne »<sup>56</sup> un comportement intolérable, voire interdit, dans le service de soins. Nous sommes là dans le domaine des règlements, du maintien de l'ordre et de la sécurité plutôt que dans une prise en compte des symptômes et des raisons des comportements « déviants ». L'agressivité, en tant que signe clinique, est détachée de son contexte et induit une mise en application du protocole MCI en première intention.

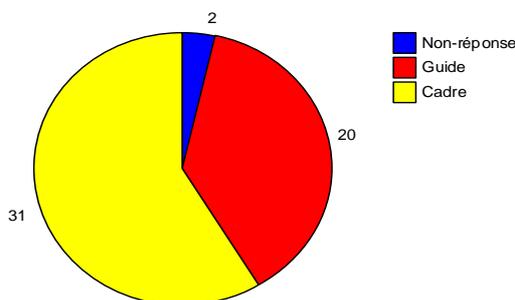
Pour confirmer cette interprétation, trois autres éléments nous semblent parlant. En premier lieu, le protocole est utilisé, par la majorité des soignants, comme un cadre. Cadre rassurant qui permet de réagir de manière standardisé face à une situation pouvant être anxiogène compte tenu de l'association, infondée *a priori*, agressivité - dangerosité. La fonction de guide, impliquant une place pour la réflexion, bien que moins citée témoigne d'une perception moins contraignante des protocoles.

---

<sup>55</sup> Les représentations sociales sont une forme de connaissance profane, des théories de sens commun. Elles sont socialement élaborées, nous permettent d'orienter nos actions et de maîtriser notre environnement. Elles participent à l'établissement d'une vision de la réalité sociale et des phénomènes qui la constituent.

<sup>56</sup> Les guillemets viennent signifier que pour les professionnels la MCI n'est pas une sanction, 3 citations seulement font référence à ce motif.

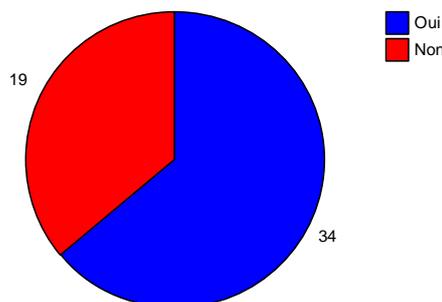
Répartition en secteurs de 'Fonction proto MCI'



### Comment utilisez-vous le protocole MCI ?

Autre élément significatif, l'influence des informations contenues dans les dossiers des personnes hospitalisées. Celles-ci peuvent avoir, pour une grande majorité des répondants, des répercussions sur les pratiques de la MCI :

Répartition en secteurs de 'Influence dossier'

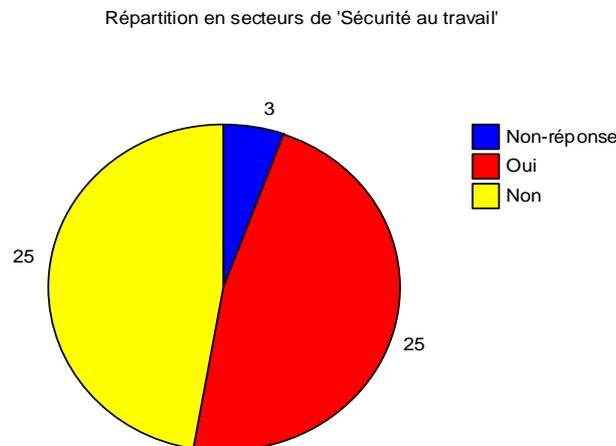


### Pensez-vous que certains éléments du dossier du patient peuvent influencer les pratiques de la MCI ?

Pour plus de la moitié des personnes interrogées, ce sont les antécédents de passages à l'acte, de violence ou d'agressivité qui peuvent influencer les pratiques de la MCI et ce, même si la personne n'est pas connue du service. Nous pouvons donc supposer que les soignants vont réagir différemment face à une situation problématique en fonction des informations connues. Plus encore, il n'est pas interdit de penser que les

attitudes des professionnels puissent induire des prédictions créatrices (self-fulfilling prophecy). Comme le démontre Howard Becker « *la stigmatisation apparaît comme une prophétie qui contribue à sa propre réalisation* »<sup>57</sup>. De même, si nous nous référons au théorème de Thomas<sup>58</sup>, le fait de considérer une personne comme agressive peut entraîner des comportements agressifs chez cette personne. Comportements pouvant conduire à une MCI qui n'aurait pas été peut être nécessaire sans cela. Nous avons plusieurs exemples de patients venant de la psychiatrie hospitalisés en MCO qui s'agitent après avoir été attachés préventivement par des soignants qui se « méfient » des personnes souffrant de troubles psychiques.

Dernier point confirmant l'avancée du discours sécuritaire au sein de l'hôpital psychiatrique, la moitié des soignants ne se sentent pas en sécurité au travail :



### Pensez-vous être en sécurité au travail ?

Comme dans tous les secteurs de la société, les discours centrés sur l'insécurité et les mesures matérielles censées lutter contre elle, par leur visibilité, renforcent le sentiment d'insécurité. Les plus anciens, grâce à leur expériences et à leur formation théorique, sont les moins nombreux à partager ce sentiment. L'ancienneté en psychiatrie, surtout si elle est importante, plus de 15 ans, protège de la crainte. Les crises passées, vécues le plus souvent auprès de personnels plus aguerris, et la recontextualisation des troubles agressifs autorisent une relative « sérénité » face aux manifestations de ce type :

<sup>57</sup> Becker Howard, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Métailié, 1985 (1<sup>re</sup> éd. 1963).

<sup>58</sup> William Isaac Thomas est un psychosociologue américain (1863-1947) à l'origine du théorème suivant : « Si les hommes définissent une situation comme réelle, elle est réelle dans ses conséquences. ».

ancienneté en p \ curité au travail	Oui	Non	TOTAL
4 à 8ans	12	19	31
8 à 15 ans	4	5	9
plus de 15 ans	9	1	10
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>50</b>

**Tableau croisé : ancienneté en psychiatrie/sentiment de sécurité au travail**

Les plus jeunes soignants, qui sont aussi les plus nombreux, ressentent beaucoup plus ce sentiment d'insécurité. Sentiment qui pousse « naturellement » à tenter de se protéger, à se mettre en sécurité. Dans cette dynamique, la MCI peut être un moyen rapide d'écarter le danger. Comme nous le verrons par la suite, d'autres solutions sont envisagées mais les soignants déclarent ne pas avoir les moyens de les appliquer. Ils ne possèdent pas non plus, selon eux, les compétences pour le faire, plus des deux tiers déclarent que leur formation professionnelle ne les a pas préparés à la prise en charge de personnes souffrant de troubles psychiques, notamment lors des situations difficiles.

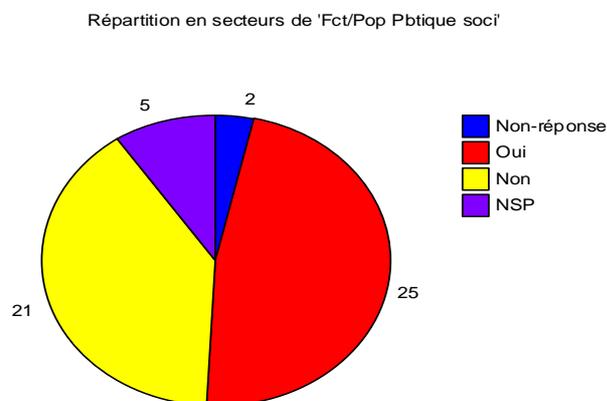
Notre première hypothèse semble pouvoir être en partie corroborée. L'idéologie sécuritaire prégnante dans notre société peut avoir des répercussions sur les pratiques de la MCI au CH de Cadillac. Les professionnels de la psychiatrie, notamment les plus jeunes, n'échappent pas aux représentations sociales liant abusivement pathologies psychiques et dangerosité. Cette endosmose infondée fait naître chez eux un sentiment d'insécurité propice à une utilisation incongrue des chambres d'isolement. Le prédictif a tendance à se substituer au préventif.

#### **4.2. Deuxième hypothèse : La confusion entre la santé mentale et la psychiatrie oriente les pratiques de la MCI**

Comme nous l'avons souligné dans notre partie théorique, la population accueillie dans les hôpitaux psychiatriques a considérablement évolué au cours des dernières années. La substitution du concept de pathologie psychiatrique par celui de pathologie mentale, considérée comme l'envers de la santé mentale, a induit l'hospitalisation de nouveaux « malades ». L'H.P. doit aujourd'hui prendre en charge, entre autres, les souffrances sociales.

L'idéal normatif soutenu par l'OMS semble vouloir annihiler tous les états de souffrance mentale. Souffrance pourtant inhérente à la vie humaine et parfois même nécessaire pour traverser certaines étapes de celle-ci, notamment la phase dépressive « normale » à l'occasion des deuils. Notre société concurrentielle induit de nombreuses souffrances : perte d'emploi, épuisement professionnel, exclusion. La perte de certains repères entraîne d'autres : conjugopathies, troubles du comportement chez les enfants et les adolescents, etc. Toutes ces souffrances ne justifient pas nécessairement une hospitalisation en psychiatrie, loin s'en faut. Pourtant, l'hôpital semble parfois être le seul refuge pour les hommes et les femmes qui ne bénéficient pas d'un bien être total, physique, psychique et social.

Cette évolution modifie, comme ailleurs, les pratiques au sein de l'hôpital de Cadillac. Ainsi, la moitié des soignants interrogés pensent que leur fonction a été modifiée par l'accueil d'une population présentant une problématique sociale :

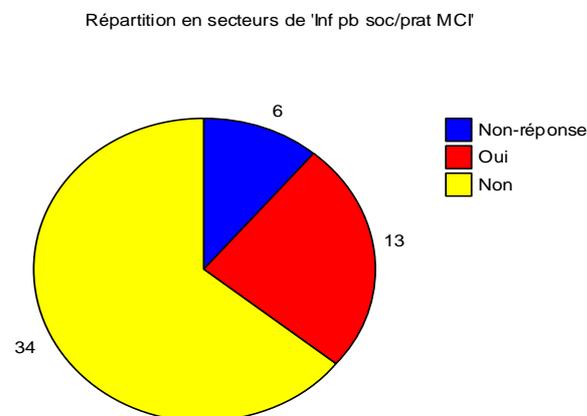


### L'accueil d'une population présentant une problématique sociale a-t-il modifié votre fonction ?

Les prises en charge des nouveaux patients en situation précaire ou manifestant une souffrance existentielle mais ne présentant pas forcément des signes cliniques psychiatriques avérés sont différentes. Ils demandent aussi des soins mais ces demandes ne sont pas du même type que celles que peuvent émettre, explicitement ou implicitement, les personnes souffrant de pathologies psychiatriques. La moitié des répondants mettent en avant la surcharge de travail générée par la gestion des problématiques sociales. Plusieurs parlent de glissements de tâche, ils ont l'impression de jouer le rôle d'assistante sociale.

Les soignants sont aujourd'hui emmenés à proposer des prises en charge dans lesquelles les problèmes sociaux sont au centre des préoccupations. Ceux-ci sont souvent à traiter dans l'urgence. Problèmes de logement, conflits familiaux, désinsertion sociale entraînant des addictions, perte d'emploi, etc. A priori, les hospitaliers ne sont pas préparés à cette fonction. Dès lors, l'absence de réponse ou des réponses inadaptées peuvent provoquer l'incompréhension et le mécontentement des « patients ». Mécontentement pouvant déboucher sur des réactions agressives ou violentes. A ce décalage, s'ajoute un autre facteur déclenchant de possibles passages à l'acte agressifs : la cohabitation avec les « malades psychiatriques », au sens propre du terme.

Pourtant, plus de la moitié des soignants interrogés pensent que l'évolution des populations accueillies n'a pas d'influence sur la pratique de la MCI :



### L'accueil d'une population présentant une problématique sociale influence-t-il les pratiques de la MCI ?

Ce résultat vient à l'encontre de notre hypothèse, nous sommes donc enclins à la réfuter. Néanmoins, nous pensons qu'elle possède une certaine pertinence et ce pour plusieurs raisons.

En premier lieu, cette population ne présente pas nécessairement de « pathologies » classiques. Les professionnels n'ont pas appris à la faculté ou dans les IFSI à gérer les problèmes auxquels ils sont confrontés. Par manque de formation, les réponses qu'ils apportent ne sont pas toujours adaptées. Ils se retrouvent parfois en situation d'incarner l'idéal normatif.

Non pas un idéal en terme d'équilibre psychique mais plutôt un idéal social. Dans ce cadre, ils sont « obligés » de sanctionner les déviances constatées. Pour ce faire, la MCI peut devenir un moyen de coercition marquant cet écart. Dans les réponses à la question demandant quels termes sont associés à la MCI, le recadrage apparaît 16 fois sur 159 réponses et la sanction 2 fois. Cette proportion est faible mais ne doit pas être négligée.

De plus, la surcharge de travail induite par l'accueil de ces personnes nuit aux prises en charge en général. En effet, le temps passé à résoudre les problèmes sociaux est perdu pour le soin proprement dit. Bien entendu, la perspective globale des soins n'autorise pas les soignants à se désintéresser de cette dimension mais la sur-occupation chronique des lits de psychiatrie aujourd'hui complexifie notablement cet idéal de soins. De fait, le temps consacré à ce type de problème fait défaut pour mettre en place des actions visant à prévenir des comportements pouvant induire une MCI. Les soignants focalisés sur le logement, les « soucis » financiers ou les répercussions matérielles du divorce d'une personne hospitalisée ne peuvent pas être présents auprès des autres patients. De plus, ils sont moins disponibles pour prendre en charge les personnes placées en chambre d'isolement, celle-ci n'est donc pas un lieu de soins intensifs.

Enfin, la cohabitation entre les personnes souffrant de pathologies psychiatriques avérées et la population en souffrance sociale peut faire émerger des conflits et entraîner des effets pervers. Les « non-psychiatriques » ne sont pas, eux non plus, préparés à être confrontés aux manifestations bruyantes des syndromes psychiatriques, et ils n'ont pas à l'être. Ils se retrouvent dans un univers « étrange » qu'ils ne comprennent pas. Leurs réactions (moqueries, agressivité, indifférence, etc.) peuvent être mal interprétées par les autres patients et entraîner des contre-réactions nécessitant une MCI pour les uns ou pour les autres. Cette cohabitation est d'autant plus problématique que la sur-occupation des lits entraîne une promiscuité favorisant les rencontres non souhaitées.

La confusion entre psychiatrie et santé mentale conduit à l'hôpital de Cadillac, comme dans tous les autres, des personnes confrontées à des problèmes beaucoup plus sociaux que psychiatriques. Leur arrivée modifie la fonction des soignants qui doivent s'adapter à cette nouvelle population sans avoir nécessairement ni le temps ni les compétences pour le faire. Les professionnels estiment cependant que ce changement n'a pas d'influence sur les pratiques de la MCI. Eu égard aux arguments que nous venons de développer, nous pouvons faire l'hypothèse que cette

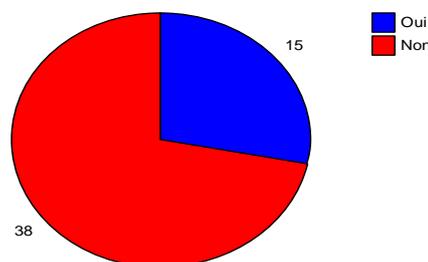
réponse concerne l'influence directe. En effet, tout semble démontrer sur le terrain que l'arrivée de cette nouvelle population modifie en profondeur, dans le sens d'un accroissement, notre objet de recherche. Pour le confirmer, il serait nécessaire de pratiquer une observation *in situ*. Dès lors, nous ne pouvons pas objectivement corroborer cette deuxième hypothèse mais rien ne nous empêche de la conserver pour poursuivre notre réflexion.

### **4.3. Troisième hypothèse : le déclin institutionnel global oriente les pratiques de la MCI**

Nous avons montré dans notre approche conceptuelle que le déclin institutionnel des hôpitaux résultait, en partie, de la rationalisation des soins<sup>59</sup> et de leur nouvelle logique organisationnelle. En psychiatrie, ce déclin a été amplifié par l'abandon de la formation spécifique à cette discipline. Ces facteurs ont induit un déficit d'intégration du groupe des soignants qui se traduit par un manque de cohésion, préjudiciable à une démarche de soins cohérente. L'institution hospitalière ne fait plus corps.

Concernant la formation initiale, les professionnels sont conscients des limites des enseignements dont ils ont bénéficié. La très grande majorité estime ne pas être préparée pour travailler en psychiatrie :

Répartition en secteurs de 'Prépa form initiale'



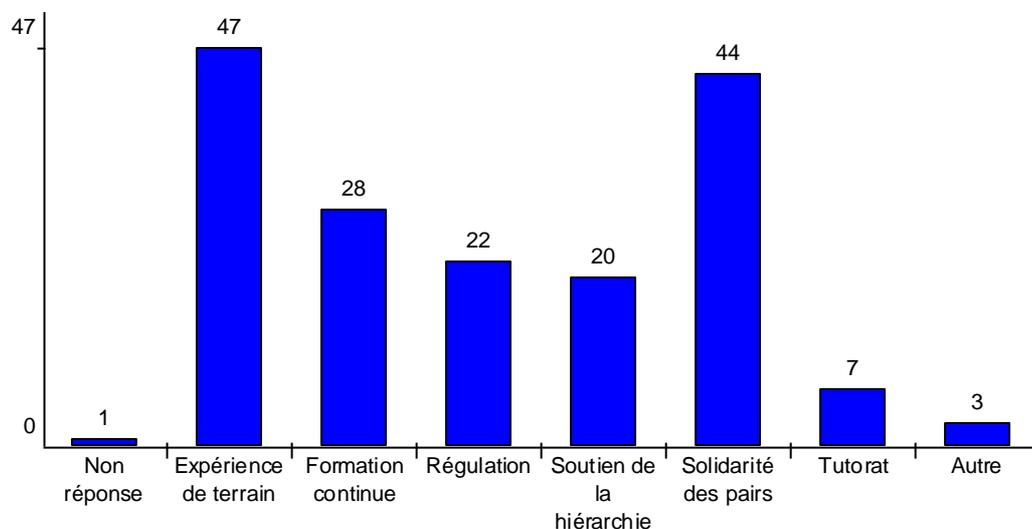
### **Pensez-vous que votre formation professionnelle initiale vous a préparé à la prise en charge de personnes souffrant de troubles psychiatriques, notamment lors des situations difficiles ?**

Les raisons essentielles mises en avant pour expliquer ce manque de préparation sont les suivantes :

<sup>59</sup> Nous ne souhaitons pas ici critiquer la rationalisation des soins en tant que telle. Nous constatons simplement sa réalité et ses conséquences.

- la moitié des répondants estime ne pas avoir eu assez de formation en psychiatrie, notamment en psychopathologie.
- Un quart regrette l'insuffisance des stages pratiques.

Nous constatons là les effets, pour les infirmiers qui sont au plus près des patients, de la réforme de 92<sup>60</sup>. La suppression massive d'apports théoriques en psychiatrie et la division par 4 des stages sur le terrain les ont privés des outils qui pouvaient leur permettre de gérer aux mieux les périodes de crise. Les autres professionnels, dans leur majorité, connaissent les mêmes difficultés. Pour pallier à ce manque, les soignants utilisent plusieurs ressources à leur disposition :



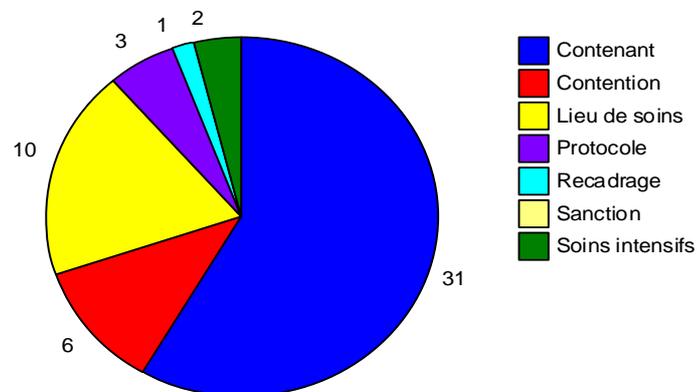
**Au-delà de cette formation initiale, quelles sont les ressources qui vous aident à gérer les situations difficiles ?**

Eu égard au déficit de formation initiale, il est logique que la formation continue soit citée par la moitié des répondants. Malheureusement, même si celle-ci est notablement développée au C.H. de Cadillac, ce type de formation nécessite une disponibilité qui n'est pas toujours évidente dans le contexte actuel et, de plus, elles ne peuvent pas avoir d'effets immédiats. Les soignants sont, dès leur arrivée, dans l'obligation de se confronter aux pathologies psychiatriques, qu'ils

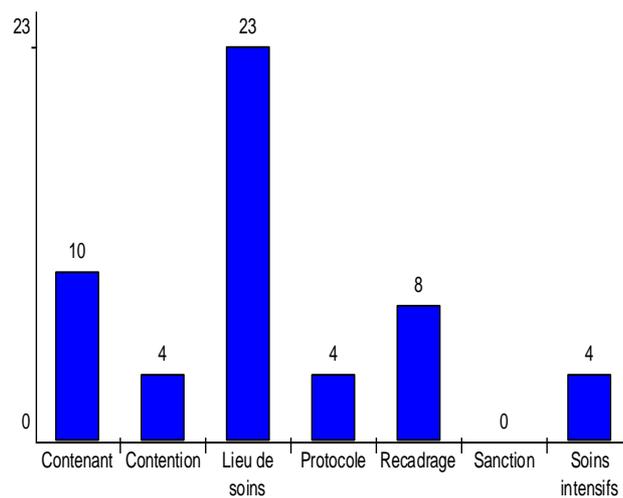
<sup>60</sup> Vous avez pu constater que la population observée est essentiellement constituée de personnels nouvellement diplômés et récemment intégrés en psychiatrie.

connaissent mal, et aux situations de crise, qu'ils ne savent pas gérer. Dans ce contexte, la MCI peut être perçue comme une solution appropriée en elle même pour gérer les situations difficiles, ce qu'elle n'est pas nécessairement, loin s'en faut. Pour preuve, l'aspect parfois paradoxal des termes associés à cette pratique :

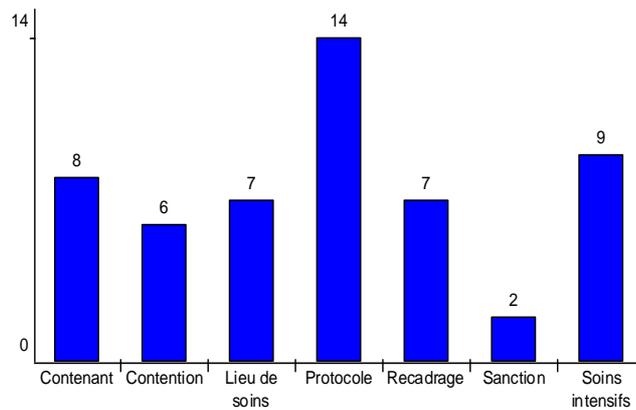
Répartition en secteurs de 'Terme 1 associé MCI'



### Quel terme associez-vous en premier à la MCI ?



### Quel terme associez-vous en deuxième à la MCI ?



### Quel terme associez-vous en troisième à la MCI ?

Si nous faisons l'addition respective sur les trois questions des termes contenant et soins intensifs, nous constatons que le premier est cité 49 fois alors que le second ne l'est que 15 fois. Cette disproportion laisse à penser que la chambre d'isolement est envisagée comme un lieu de soins bien sûr (40 citations) mais qu'elle se suffit à elle-même, qu'elle n'est pas considérée comme un endroit privilégié pour amplifier les prises en charge, pour les poursuivre dans un endroit protégé.

L'expérience de terrain est elle aussi, pour les personnes interrogées, une ressource fréquemment citée pour faire face aux crises. Là encore, comme nous l'avons vu pour le point précédent, l'immaturation professionnelle des soignant les dessert. Pour acquérir de l'expérience, il faut être confronté aux situations posant problème. Pour la plupart, les jeunes soignants sont démunis de ce type de ressources. A ce sujet, il est remarquable que le tutorat soit fort peu considéré comme une ressource. L'appui des plus « expérimentés » devrait pouvoir aider à comprendre les phénomènes et par là même à les gérer. Nous faisons l'hypothèse qu'il ne parvient pas à son objectif pour une raison essentielle : les tuteurs sont eux aussi, la plupart du temps, des jeunes professionnels qui s'investissent dans leur mission mais qui n'ont pas suivi la formation indispensable pour la mener à bien. La jeunesse des tuteurs s'explique par un « turn-over » important<sup>61</sup> et le départ massif des « anciens », enfants du baby-boom.

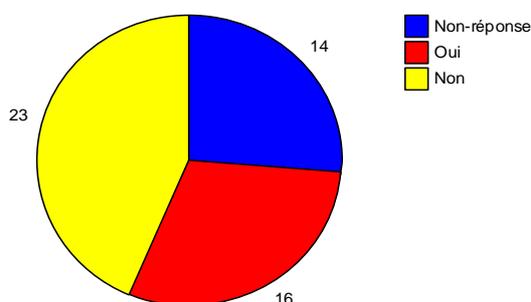
Ce départ peut sembler anecdotique mais il pose un véritable problème, celui de la transmission des savoirs. Loin d'idéaliser les soignants d'hier qui n'ont pas tous œuvré pour le bien des personnes

<sup>61</sup> Nous l'avons souligné dans notre partie conceptuelle, le nomadisme est l'une des conséquences du déclin institutionnel, il peut aussi être considéré comme l'une de ses raisons actuelles.

hospitalisées, nous savons que beaucoup d'entre eux possédaient des savoirs empiriques et théoriques qui pourraient être aujourd'hui profitables à leurs jeunes collègues, notamment pour le sujet auquel nous nous intéressons. La transmission du « savoir-faire » et du « savoir-être » construit au fil du temps, sur le terrain mais aussi auprès des psychiatres fidèles à l'idéal institutionnel<sup>62</sup>, fait défaut aux jeunes diplômés. Ces savoirs se résumaient parfois à la manière d'aborder une personne en état d'agitation, à la façon de lui parler, de lui rappeler les limites à ne pas dépasser, de la rassurer, mais ils étaient fort utiles pour gérer les situations difficiles et éviter le recours à la MCI. Ils ouvraient la voie à des alternatives.

Ces alternatives, les nouveaux soignants les connaissent. Dans notre première partie, nous vous avons dévoilé que les  $\frac{3}{4}$  d'entre eux considéraient que la MCI n'était pas la seule solution mais que la moitié estimait ne pouvoir en utiliser d'autres :

Répartition en secteurs de 'Moyens alternatives'



### [Avez-vous les moyens pour appliquer ces alternatives ?](#)

Avant de comprendre pourquoi ils pensent ne pas pouvoir les utiliser, nous allons voir en quoi elles consistent. Une minorité reporte ses espoirs sur les traitements (6 citations). Pour une majorité, les entretiens et le dialogue (21 citations), la présence soignante et les activités (15 citations) sont des alternatives à la MCI. Compte tenu des éléments que nous avons développés plus avant, le manque de formation pourrait expliquer le faible recours à ses outils. Nous pensons que cette idée doit

<sup>62</sup> Il est aujourd'hui facile de railler cet idéal au prétexte qu'il n'a jamais vraiment pu aboutir, faute de moyens et d'une réelle volonté politique, mais son étude nous fournit des enseignements qu'il serait intéressant de reconsidérer aujourd'hui. Voir à ce sujet la revue du GERIP, *La psychiatrie de secteur*, n°57, août-septembre 1979.

être retenue nonobstant que les professionnels ne mettent pas en avant ses raisons.

Loin devant l'inadaptation des locaux (6 citations), le manque de personnel (20 citations) apparaît, pour eux, comme l'entrave essentielle à la mise en place de solutions alternatives. Le recours à la MCI serait donc, en partie, lié à la rationalisation des dépenses. Un autre élément vient à l'appui de cette hypothèse : la distance entre l'idéal qu'ils ont de la fonction soignante et la fonction qu'ils exercent en pratique.

Dans l'idéal, les soignants souhaitent être présents, disponibles pour accompagner les personnes hospitalisées (21 citations), être à l'écoute (12 citations), prendre soin (10 citations). 19 d'entre eux sont en accord en pratique avec leur idéal. Pour les autres, le travail administratif (10 citations), le gardiennage (9 citations) et l'indisponibilité en général (15 citations) ne leur permettent pas de tendre vers celui-ci. Le manque de temps et l'évolution de leur fonction les empêchent d'être à l'écoute, de prendre soin et de se rendre disponibles pour les personnes dont ils s'occupent. Les mutations de l'hôpital, notamment le passage d'une logique de conviction à une logique de responsabilité fondée sur une vision entrepreneuriale, ont partiellement transformé les soignants de tout ordre en gestionnaire. Leurs nouvelles tâches obèrent, aussi par manque de temps, leurs possibilités de prévenir, d'éviter ou de prendre en charge de manière pertinente les situations critiques. Ils ont parfois le sentiment d'une perte de sens du travail accompli. De plus, cette mutation, par son essence même<sup>63</sup>, a notablement réduit l'influence des valeurs communes qui orientaient leurs actions, entraînant ainsi une perte de cohésion du groupe soignant, cohésion essentielle pour aborder les moments de crise.

Les réponses que nous venons d'analyser paraissent valider notre troisième hypothèse. Le déclin institutionnel des hôpitaux est en partie lié à la perte des valeurs qui ont présidés à son expansion. Cette perte peut expliquer, pour les raisons que nous venons d'exposer, les modifications des pratiques de la MCI, notamment leur accroissement. De plus, le champ de la psychiatrie a subi une évolution, l'arrêt de la formation spécifique, qui a amplifié ce déclin. Les nouveaux soignants, le plus souvent seuls, ne sont pas préparés à affronter les situations de crise. La MCI qui devrait être l'une des dernières solutions apparaît alors comme un recours de première instance.

---

<sup>63</sup> Les individus se réunissent derrière une conviction, beaucoup moins derrière une logique utilitariste, moins propice à l'idéalisation.

#### **4.4. Synthèse des résultats**

Au terme de cette analyse, nous sommes donc enclins à valider deux de nos trois hypothèses. Pour la première, nous avons montré que les soignants n'étaient pas imperméables à l'idéologie sécuritaire qui s'est développée dans notre pays depuis quelques années. Pour les plus jeunes, mal préparés par ailleurs à être confrontés aux manifestations bruyantes des pathologies psychiatriques, il serait difficile de l'être. A ce sujet, il est intéressant de constater que les professionnels les plus en pointe contre cette logique sécuritaire sont aussi parmi les plus anciens de la discipline. Les représentations sociales liant abusivement « folie » et dangerosité, alimentées par la mise en place massive de dispositifs de sécurité, sont partagées par une partie non négligeable des soignants. Cette intégration induit une utilisation de la MCI souvent inadaptée, parfois abusive.

Nous venons de démontrer également que le déclin institutionnel pouvait expliquer, en partie, l'évolution des pratiques de la MCI. La mutation des valeurs qui fondent l'organisation hospitalière a entraîné une perte de cohésion du groupe soignant et parfois une perte de sens. De plus, elle ne permet plus aux soignants de se consacrer à ce qu'ils nomment le « cœur de leur métier », le relationnel qui reste l'alternative la plus adaptée, selon eux, à la MCI. L'abandon de la formation spécifique à la psychiatrie participe aussi de ce déclin. Les nouveaux soignants, par manque de formation théorique et d'expérience de terrain ne sont plus aptes à prévenir ou à canaliser les manifestations symptomatiques des pathologies psychiques.

Pour la deuxième hypothèse, nous avons concédé que nous ne pouvions pas objectivement la corroborer. Pour ce faire, il nous faudrait observer longuement la vie des unités de soin. Une approche complexe est nécessaire pour mesurer l'influence de l'arrivée d'une nouvelle population au sein de celles-ci. L'analyse des interactions, des réactions de chacun, soignants et soignés, du contexte, pourrait alors, nous le pensons, confirmer notre hypothèse. En effet, il est peu probable que les nouvelles problématiques à prendre en charge, sans réelle formation préalable, et que la cohabitation entre les personnes souffrant de troubles psychiatriques avérés et les autres n'influencent pas les pratiques de la MCI. Cette forte probabilité nous pousse donc à faire également des propositions sur ce point dans la conclusion que nous allons vous présenter maintenant.

## Conclusion

Avant de clore ce parcours de recherche nous tenons, une fois de plus, à remercier la direction des soins de nous avoir conviés à cette aventure heuristique et de nous avoir donné les moyens de la vivre. Cette démarche, fondée sur un temps de réflexion reconnu, nous a permis de mesurer l'inanité de l'opposition théorie-pratique. La théorie est, avant tout, une pratique et la pratique doit pouvoir être théorisée.

Il n'est jamais facile de conclure un travail comme celui-ci, le sentiment d'inachevé est toujours prégnant. Nous aurions, sans aucun doute, pu être plus exhaustifs, plus complets. Nous aurions pu utiliser également des techniques plus complexes, notamment des échelles d'attitudes pour mesurer les représentations sociales des soignants. Nous sommes néanmoins satisfaits d'avoir mené à terme cette recherche qui, pour la grande majorité d'entre-nous, était la première.

La validation de nos hypothèses, deux sur trois, nous permet de répondre à notre question de départ. Notre manière d'aborder celle-ci traduisait notre volonté de dépasser la perspective restreinte limitant notre recherche à un audit des pratiques centré sur les raisons explicites des mises en chambre d'isolement<sup>64</sup>. La phase exploratoire nous avait autorisés à la transformer en questionnement conceptualisé, en problématique. Nous avons maintenant la réponse à celle-ci : l'orientation sociopolitique de la psychiatrie en France, à travers l'imposition d'une idéologie sécuritaire et le déclin institutionnel, oriente les pratiques de la MCI au CH de Cadillac, dans le sens d'un accroissement de celles-ci. Bien entendu, ce phénomène ne se limite pas à notre institution mais nos observations étant locales, nous ne pouvons pas extrapoler nos analyses sans contrôle.

A priori, nous avons peu de marge de manœuvre pour tenter d'infléchir une tendance induite par des facteurs globaux. Néanmoins, nous pouvons explorer quelques pistes de réflexions pour tenter d'y parvenir.

Concernant les effets de l'idéologie sécuritaire, il semble nécessaire d'aider les professionnels à abandonner les représentations sociales pouvant nuire à leur exercice et favorisant une utilisation abusive

---

<sup>64</sup> Vous avez pu constater toutefois que ces raisons apparaissent dans notre questionnaire.

des chambres d'isolement. Pour ce faire, la formation continue, clinique et psychopathologique, multi-référentielle, doit être, bien entendu, privilégiée. Les craintes, le sentiment d'insécurité, résultant de l'association dangerosité-psychiatrie, naissent principalement d'une incompréhension, une méconnaissance des pathologies psychiques. Ces formations doivent être précoces pour éviter l'installation de « mauvais réflexes ». Elles devraient également être menées sur site pour toucher un maximum de soignants.

Ce phénomène peut aussi être abordé sous la forme de staffs de réflexion éthique. En effet, comme l'affirmait J.M.Jamet lors de la journée d'étude sur la chambre d'isolement du 8 février 1996 : « Le sujet éthique sera l'infirmier qui, avant de pratiquer cet acte de la mise en chambre d'isolement, observera ses propres réactions en rapport avec ses connaissances théoriques. ». La MCI devrait être considérée comme un dilemme éthique. Est-elle une solution humainement tolérable ? Parfois, momentanément, c'est possible, mais souvent, sur le long terme, la question mérite d'être posée. Les avantages pour les personnes hospitalisées sont-ils supérieurs aux inconvénients de ce « traitement ». Les enquêtes réalisées auprès d'elles sont assez intéressantes à ce sujet. Peut-être serait-il possible d'en réaliser une prochainement dans notre institution.

Le déclin institutionnel semble lui difficile à enrayer. Là aussi la formation continue est essentielle pour compenser le déficit induit par l'abandon de la formation spécifique. Par ailleurs, une réflexion autour du tutorat pourrait être nécessaire, notamment pour déterminer pourquoi si peu de soignants le considèrent comme une ressource. Il serait peut-être intéressant de reconsidérer la place des « anciens » qui reprennent partiellement leurs activités professionnelles. La question de la cohésion du groupe soignant est aussi très complexe. Comment faire un groupe cohésif autour de valeurs qui ne le favorisent pas ? Pour favoriser cette cohésion, certaines solutions pourraient être envisagées :

- \* Des groupes de travail pluri-professionnels centrés sur le thème des valeurs professionnelles, du sens du travail collectif.

- \* Un perfectionnement dans l'analyse des phénomènes de la dynamique des groupes pour les personnes de l'encadrement.

- \* La défense par la hiérarchie de valeurs fortes, humainement valorisées. Valeurs qui ne sont pas nécessairement en contradiction avec celles qui orientent les pratiques de gestion. Utilitarisme et axiologie peuvent être complémentaires.

Restent Les effets de l'évolution des populations accueillies. Ils nous semblent réels sur les pratiques de la MCI malgré la non-validation de notre hypothèse. Une sensibilisation accrue aux problématiques sociales pouvant conduire à des hospitalisations paraît nécessaire pour l'ensemble du personnel soignant. Par ailleurs, la collaboration soignants-acteurs médico-sociaux devrait être renforcée pour favoriser une prise en charge véritablement globale. Enfin, la cohabitation entre les personnes souffrant de pathologies psychiatriques avérées et celles hospitalisées pour des troubles moins sévères devrait être réexaminée.

Nos propositions restent, bien entendu, des pistes de réflexion. Nous n'avons ni le pouvoir, ni la prétention de pouvoir changer les choses. Elles soulignent modestement l'importance de la prévention pour endiguer l'accroissement constaté des MCI. Dans cette perspective, la question n'est plus de savoir comment bien maîtriser ou isoler une personne hospitalisée mais comment éviter l'isolement ?

*« Retrouver une éthique en psychiatrie reviendrait à refonder la fonction du sujet dans la parole et le langage à la faveur d'un cadre analytique. Et, de fait, parvenir à imposer parole et langage au cœur de la clinique. Nous sommes avant tout des êtres de parole et de langage et en perdant cette fonction, nous perdons tout ce qui existe d'humain en nous. Dès lors, notre éthique doit retrouver simplement ce chemin de la parole et du langage. »*

**Guy Dana**

FIN.

# **Annexe I :**

## **Le Questionnaire**

# Questionnaire

Comme vous le savez, un groupe pluridisciplinaire fait un travail de recherche dont le sujet est : *les pratiques de la MCI au CH de Cadillac*. Pour le mener à bien nous sollicitons votre collaboration. Bien entendu, nous vous garantissons l'anonymat et la confidentialité quant aux réponses données. De plus, nous tenons à préciser que l'objet de cette démarche est, uniquement, d'engager une réflexion sur les pratiques soignantes.

Une femme  un homme

Quel âge avez-vous ? : .....ans

Quelle est votre CSP ? : AMP

AS

Cadre

IDE

IDSP

Médecin

Médecin psychiatre

En quelle année avez-vous été diplômé ? .....

Depuis combien de temps travaillez-vous en psychiatrie ?

.....ans

Quels termes associez-vous à la MCI ? Dans la liste qui suit, choisissez en 3 en les classant du plus significatif au moins.

Contenant

Contention

Lieu de soins

Protocole

Recadrage

Sanction

Soins intensifs

1 : .....

2 : .....

3 : .....

Qui est à l'initiative de la MCI :

- Le médecin ? Toujours  Parfois  Souvent
- L'équipe paramédicale ? Toujours  Parfois  Souvent
- Le collectif ? Toujours  Parfois  Souvent

Quels sont, dans la pratique quotidienne, les motifs principaux qui justifient une MCI ?

.....  
.....  
.....

Comment utilisez-vous le protocole de MCI ? Comme un :  
(Si vous le souhaitez, vous pouvez ajouter un adjectif.)

- Un guide .....
- Un cadre .....

Pensez-vous que certains éléments du dossier du patient peuvent influencer, éventuellement, les pratiques de MCI ?

- Oui  Non

Lesquels ?

.....  
.....  
.....  
.....

A l'heure actuelle, considérez-vous que la MCI est un soin ?

- Oui  Non

Pourquoi :

.....  
.....  
.....  
.....

Face à une situation répondant aux indications de la MCI, celle-ci vous semble-t-elle être la seule solution ?

- Oui
- Non

Si non, quelle alternative proposeriez-vous ?

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous les moyens pour appliquer ces alternatives ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ? .....

Selon vous, quels sont les principaux objectifs d'une MCI ?

.....

.....

.....

Quels sont les termes qui vous semblent définir votre fonction soignante ?

1. Dans votre idéal : .....

.....

.....

2. Dans votre pratique : .....

.....

.....

Avez-vous le sentiment que les soignants en psychiatrie sont de plus en plus amenés à jouer un rôle en matière de sécurité et de maintien de l'ordre public ?

Oui  Non

L'accueil d'une population présentant une problématique sociale a-t-il modifié votre fonction ?

Oui  Non  NSP

Précisez .....

Cette évolution influence-t-elle les pratiques de la MCI ?

Oui  Non

Pourquoi ? .....

Selon vous, l'augmentation des hospitalisations sous contrainte, constatée, a-t-elle une influence sur les pratiques de la MCI ?

Oui  Non

Pourquoi ? .....

Pensez-vous être en sécurité dans votre travail ?

Oui  Non

Pourquoi ? .....

Pensez-vous que votre formation professionnelle initiale vous a préparé à la prise en charge de personnes souffrant de troubles psychiatriques, notamment lors des situations difficiles ?

Oui  Non

Pourquoi ? .....

Au-delà de cette formation initiale, quelles sont les ressources qui vous aident à gérer ces situations ? (plusieurs réponses possibles)

- Expérience de terrain
- Formation continue
- Régulation
- Soutien de la hiérarchie
- Solidarité des pairs
- Tutorat

Autres : .....

Merci pour votre aide. Nous diffuserons le résultat de ce travail à l'ensemble des professionnels de l'établissement prochainement.

# **Annexe II**

## **Le référentiel des chambres d'isolement ANAES 1998**

## **LE REFERENTIEL DE LA CHAMBRE D'ISOLEMENT ET SES 23 CRITERES**

1. Les données concernant l'identité, les dates et heures de début et de fin de mise en chambre d'isolement sont renseignées.
2. Si le patient vient d'une autre unité de soins, dans le cadre de ce qui est appelé un prêt de chambre d'isolement, le dossier du patient et toutes les informations nécessaires sont fournies, en temps utile.
3. La mise en chambre d'isolement est réalisée sur prescription médicale, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la prescription doit être réalisée dans l'heure qui suit le début de l'isolement.
4. L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de 24 heures.
5. Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de mise en chambre d'isolement et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique.
6. Les contre-indications somatiques de la mise en chambre d'isolement sont identifiées et notées.
7. Les facteurs de risque éventuels (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux et liés à la thermorégulation) sont repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place.
8. La conformité de la mise en chambre d'isolement avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription.
9. L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la chambre d'isolement ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.
10. L'entrée et la sortie du patient sont signalées aux services de sécurité incendie en temps réel.
11. La mise en chambre d'isolement est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
12. Le patient reçoit les explications nécessaires sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement. La nécessité d'informer l'entourage est examinée.
13. En cas de recours à la contention physique, celle-ci est réalisée avec les matériels adéquats, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort.
14. Une visite médicale est assurée dans les deux heures qui suivent le début de l'isolement.
15. Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour.
16. Le rythme programmé de surveillance de l'état psychique est respecté.
17. Le rythme programmé de surveillance de l'état somatique est respecté.
18. La surveillance biologique prescrite est réalisée.
19. Le séjour du patient en chambre d'isolement est interrompu par des sorties de courte durée, durant la journée.
20. Un entretien centré sur le vécu du patient en chambre d'isolement est réalisé à la fin du processus.
21. L'hygiène du patient est assurée durant toute cette phase de soins.
22. L'état de propreté de la chambre est vérifié au moins deux fois par jour.
23. Les documents (feuille de surveillance, rapport d'accident...) sont intégrés au dossier du patient.

# **Annexe III :**

## **Avis du 15 février**

### **2011**

# Contrôleur général des lieux de privation de liberté

## Avis du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office

NOR : CPLX1107435V

1. En vertu de la loi, les préfets peuvent, sur le fondement d'un certificat médical précis, faire admettre à l'hôpital des personnes, contre leur gré, atteintes de troubles mentaux et qui « compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ». Cette mesure exceptionnelle (plus de 15 000 par an sont prises), appelée « hospitalisation d'office » peut être renouvelée, sans limite de temps, de sorte que la personne visée reste à l'hôpital. Celle-ci en sort lorsque le médecin psychiatre, qui estime la sortie possible, la propose au préfet, lequel décide ou non la mainlevée de l'hospitalisation d'office. Dès avant cette sortie toutefois, le séjour hospitalier peut être aménagé par des « sorties d'essai », autorisées par le préfet, conçues en général pour être de plus en plus longues avant la sortie définitive. La durée moyenne de séjour à l'hôpital des personnes hospitalisées d'office est de 95 jours : elle a tendance aujourd'hui à croître.

2. L'exercice de telles prérogatives, lesquelles se font désormais avec l'aide des agences régionales de santé, requiert en permanence un équilibre délicat à atteindre entre les exigences de l'ordre public, la nécessité des soins et la considération de la fragilité des personnes en cause. Le danger que peuvent représenter ces dernières, pour elles-mêmes ou pour autrui – lequel n'est pas nécessairement proportionné à des manifestations extérieures parfois spectaculaires, avec lesquelles il ne doit pas être confondu – nécessite sans aucun doute des mesures de contrainte. C'est pourquoi, l'hospitalisation d'office est bien une mesure de privation de liberté, ainsi qu'il est jugé tant en droit interne (par exemple cour d'appel de Paris, 1<sup>re</sup> chambre, A, 13 avril 1999) que par la Cour européenne des droits de l'homme (par exemple CEDH, 3<sup>e</sup> section, 16 juin 2005, Storck c/Allemagne, n<sup>o</sup> 61603/00). La nécessité d'apporter des soins aux intéressés ne peut dissimuler cette réalité, au contraire de ce qui est indiqué parfois par des personnels soignants – ce qui ne signifie pour autant nullement qualifier un hôpital de « prison ». Cette privation de liberté doit donc être entourée de toutes les garanties nécessaires, d'autant plus que la personne n'est pas nécessairement à même de faire valoir sans difficultés les droits qu'elle tient de la loi. C'est là la mission même du Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

La privation de liberté ne peut, en l'occurrence, être maintenue que si, et seulement si, deux conditions sont avérées : qu'une menace grave à l'ordre public soit établie ; que des soins tels que ceux dispensés à l'hôpital soient nécessaires.

3. Quatre éléments constituent aujourd'hui une rupture de l'équilibre à atteindre.

4. En premier lieu, la direction et le corps médical des établissements doivent être particulièrement vigilants sur la faculté donnée aux personnes qui sont hospitalisées d'office de contester devant le juge compétent la mesure dont elles sont l'objet.

Tel n'est pas le cas lorsque, d'une part, les droits qui doivent être notifiés dès l'admission à l'hôpital sont souvent présentés abstraitement et indiqués de manière expéditive, quand la notification elle-même n'est pas différée. Lorsque, d'autre part, le recours à l'avocat n'est pas toujours immédiatement possible, certains psychiatres estiment

qu'un temps d'adaptation à l'hôpital est nécessaire dont ils décident la durée au vu de l'état du patient : or, si une phase de cette nature peut être prescrite, elle ne peut s'appliquer à l'avocat, dont l'accès doit être inconditionnel. Lorsque enfin, n'est pas précisé – tel est le cas dans environ la moitié des établissements visités jusqu'à ce jour – à la personne admise la possibilité qu'elle a de désigner, conformément aux dispositions législatives régissant le droit des malades, une « personne de confiance » chargée notamment de « l'accompagner dans ses démarches » : or cette personne est susceptible d'apporter une aide efficace à ceux qui, admis sous le régime de l'hospitalisation d'office, portent atteinte sans doute à l'ordre public mais sont simultanément, souvent, très vulnérables, parfois privées de tout soutien familial.

5. En deuxième lieu, à rebours de la politique entamée au cours des années soixante, les portes d'un nombre croissant d'unités hospitalières psychiatriques sont aujourd'hui fermées à clef. Leurs patients ne peuvent sortir librement, même pour se promener dans un parc, se rendre dans une cafétéria, ou participer à un office religieux. Ces restrictions ne sont pas sans incidences sur la vie des malades (par exemple sur l'éventail des activités thérapeutiques offertes ou les difficultés qu'il y a à fumer) et sur les relations avec leurs proches. Mais on voudrait ici attirer l'attention sur ce seul point : la mise sous clé des unités, donc des personnes, a pour effet de mettre dans des conditions identiques des malades entrés sous le régime de l'hospitalisation d'office et des patients présents comme hospitalisés dits « libres », c'est-à-dire étant venus à l'hôpital avec leur consentement.

On doit se demander, par conséquent, ce qu'il advient de cette liberté si, de fait, pas davantage que les autres, les malades en hospitalisation libre ne peuvent disposer du droit de sortir comme ils l'entendent, autrement dit sont, dans la réalité, privés de leur liberté d'aller et de venir. Surtout, on doit relever que cet enfermement ne s'est accompagné d'aucune procédure particulière : elle est la seule conséquence du choix des responsables de l'unité où ces malades se trouvent (on sait qu'ils sont affectés par « secteur » géographique) d'en avoir demandé et obtenu la fermeture. Ni décision individuelle, ni indication d'aucune voie de recours, ni *a fortiori* l'intervention d'aucun juge n'ont déterminé une telle situation. Il y a lieu de s'interroger sur cette manière de faire. Il paraît utile que le « malade libre » ait au moins le choix entre unité ouverte et unité fermée et, s'il choisit cette dernière, d'assurer qu'il est avisé de ses droits, en particulier de son droit à contester à bref délai la mesure dont il est l'objet.

6. En troisième lieu, les craintes d'atteintes à l'ordre public rendent, dans un nombre croissant de départements, l'obtention des sorties d'essai plus difficile et les mainlevées de mesures d'hospitalisation d'office plus aléatoires.

Traditionnellement, en effet, les représentants de l'Etat suivaient très largement les avis médicaux qui leur étaient soumis et accordaient en conséquence les mesures sollicitées. Il n'en va plus de même aujourd'hui et ce, dans trois domaines.

a) Le premier est celui des sorties d'essai.

Il est implicitement mais nécessairement considéré par les autorités qui ont à accorder l'autorisation de sortie que, lorsque la sortie d'essai est demandée, le patient demeure aussi dangereux pour lui-même ou pour autrui qu'au jour de son hospitalisation. En tout état de cause, elles font parfois procéder à une enquête de police, laquelle, se déroulant dans les lieux où vivait la personne en cause, avant que celle-ci ne soit hospitalisée d'office, ne peut rien énoncer de plus que les faits initiaux ayant conduit à l'hospitalisation. Et comme ces faits révèlent un danger, la tentation est grande de s'en tenir à un refus de la proposition du psychiatre.

C'est, indirectement, reconnaître qu'entre le jour de l'hospitalisation et le moment où le psychiatre propose en connaissance de cause un allègement des contraintes il ne s'est rien passé.

Cette idée, qui ignore d'ailleurs la conscience professionnelle des soignants, est inexacte et méconnaît l'esprit de la loi en vigueur. Celle-ci repose, en effet, sur l'idée que les soins apportés au malade, notamment les traitements qui lui sont prescrits ou administrés, s'ils ne conduisent pas au retour à un état stable et dépourvu de manière permanente de tout

danger, peuvent au moins garantir pour des périodes plus ou moins prolongées que le patient n'est plus dangereux. Par conséquent, dans cette hypothèse, la loi rend possible l'allègement des contraintes sous la forme d'une sortie d'essai. Certes, il ne s'agit que d'une possibilité. Mais elle ne saurait être mise en échec – s'agissant d'une privation de liberté – que pour des motifs avérés de risque de danger ou d'atteinte grave à l'ordre public. Il apparaît impossible de fonder un refus sur des faits anciens : seul des faits actuels devraient pouvoir être pris en considération. Le rappel des faits passés ayant conduit à l'hospitalisation ne saurait établir la réalité de tels motifs.

b) La deuxième porte sur les mesures de fin d'hospitalisation d'office.

De manière symétrique, l'avis des psychiatres relatif à une fin de l'hospitalisation d'office est regardé par l'autorité publique avec une méfiance similaire. Identiquement, des enquêtes sont ordonnées, mais qui ne peuvent porter par définition que sur des faits antérieurs à l'hospitalisation et, par conséquent, ne sauraient apporter aucune indication sur l'état de santé du patient au terme du traitement dispensé à l'hôpital. Or, pour s'exprimer comme le Conseil constitutionnel, seuls des « motifs médicaux » et des « finalités thérapeutiques » (décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, consid. 25), associés en l'occurrence à la préservation actuelle de l'ordre public, peuvent justifier la privation de liberté.

c) La troisième concerne l'hospitalisation d'office des personnes incarcérées.

Les autorités responsables de l'ordre public craignent que les conditions de l'hospitalisation d'office de détenus, qui est actuellement en croissance (environ 1 200 chaque année), ne facilitent une éventuelle évasion dans la mesure où, aujourd'hui, cette hospitalisation s'effectue en milieu hospitalier de droit commun. C'est pourquoi, dans certains départements, lorsque le médecin compétent demande « de manière circonstanciée » une telle mesure, sur le fondement des articles L. 3214-1 et suivants du code de la santé publique et de l'article D. 398 du code de procédure pénale, son exécution est subordonnée dans certains cas à des investigations de police ou de gendarmerie ou à l'avis du parquet. Ces indications ont pour effet de retarder l'admission à l'hôpital demandée et même, dans certains cas, de conduire à la refuser. Elles ont toujours pour conséquence de laisser hors d'une thérapeutique adaptée (et à la charge des personnels pénitentiaire, d'une part, et soignant, d'autre part, dans la prison) des personnes dont il est estimé qu'elles relèvent d'urgence d'un traitement plus lourd. En l'espèce, il ne s'agit donc pas d'un risque de privation arbitraire de liberté, mais du risque de soins volontairement inadaptés à l'état de santé de la personne malade : les droits fondamentaux de la personne détenue exigent pourtant que des soins appropriés à son état de santé puissent lui être prodigués (Cour européenne des droits de l'homme, 5<sup>e</sup> sect., 16 octobre 2008, Renolde c/ France, n° 5608/05).

Telles qu'elles sont menées aujourd'hui, ces trois pratiques, en particulier les deux premières, ont pour effet global d'accroître le nombre de patients hospitalisés et la durée de leur séjour, de faire obstacle à des sorties d'essai que l'état des patients permettrait et plus encore de maintenir à l'hôpital des personnes dont l'état, attesté par les médecins, ne justifie pas qu'elles y soient maintenues contre leur gré. Elles peuvent, dans certains cas, comme l'a constaté le contrôle général, conduire à un encombrement des lits hospitaliers et éventuellement à faire obstacle à l'hospitalisation de personnes qui en auraient au contraire réellement besoin. C'est donc une politique à courte vue qui peut avoir des effets contraires à ceux recherchés.

7. En quatrième et dernier lieu, la pratique très générale qui consiste à mettre nécessairement, quel que soit leur état de santé, les détenus hospitalisés d'office (article D. 398 susmentionné du code de procédure pénale) en chambre d'isolement (sécurisée) et, surtout, à les y maintenir pendant toute la durée de leur hospitalisation, alors même qu'ils seraient consentants aux soins et alors qu'aucune justification médicale ne peut être invoquée pour un tel maintien, appelle également de sérieuses réserves. Cet état de fait, souvent imposé à la direction des établissements et, par voie de conséquence, aux responsables médicaux par l'autorité chargée de l'ordre public, compromet la santé du détenu malade à un double titre. Il

lui interdit d'avoir accès, contrairement aux autres malades qui ne sont pas isolés, aux thérapies collectives mises en œuvre (groupes de parole, ergothérapie...). Elle provoque fréquemment, du fait même des contraintes imposées au malade, la demande de ce dernier de réintégrer au plus vite l'établissement pénitentiaire d'où il provient, alors même que des soins à l'hôpital seraient encore nécessaires.

Il existe quelques établissements où les détenus hospitalisés d'office ne sont pas systématiquement placés à l'isolement, sans que pour autant le risque d'évasion – qui motive usuellement le maintien en chambre sécurisée – soit plus élevé ce qui permet de dispenser des soins adaptés à l'état des patients. Cette manière de voir doit prévaloir sur une mise à l'isolement automatique, qui méconnaît l'obligation d'adaptation des soins et les caractéristiques du détenu.

Comme précédemment, on doit souligner que l'accroissement du nombre de personnes maintenues inutilement à l'hôpital ou en chambre d'isolement peut en effet conduire à une difficulté de gestion des lits ou des chambres sécurisées disponibles, comme on l'observe déjà parfois, et à faire hospitaliser avec difficulté des personnes dont l'état le nécessiterait de manière urgente.

8. Comme il a été indiqué d'emblée, l'arbitrage évoqué entre les nécessités liées à la protection de l'ordre public et l'état de santé est délicat. On ne saurait se réclamer dans cette matière d'évidences qui s'imposeraient aisément. Mais les incertitudes et les risques qui subsistent ne peuvent pas conduire à un accroissement préoccupant du nombre de personnes dont la maladie n'exige plus qu'elles soient privées de liberté ou isolées, sans justification médicale reconnue, pour des motifs d'atteinte à l'ordre public qui ne seraient ni avérés ni actuels. Si l'on est en droit d'exiger des praticiens de donner des assurances d'ordre médical, on est aussi en droit d'attendre des autorités qu'elles établissent le risque qu'elles invoquent pour justifier la poursuite d'une privation de liberté.

9. Dans ces conflits entre praticiens, malades, autorités et protection des tiers, l'autorité judiciaire doit jouer davantage son rôle. A *minima*, il est, par conséquent, souhaitable qu'en cas de désaccord entre le corps médical et l'autorité administrative, en matière administrative, le juge compétent soit amené à trancher, le directeur d'établissement étant alors tenu de lui en référer sans formalité.

J.-M Delarue

# Bibliographie

ANAES, *L'Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*, juin 1998.

Baruk H., *La Psychiatrie française de Pinel à nos jours*, Paris, PUF, 1967.

Becker H., *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, Métailié, 1985 (1<sup>er</sup> éd.1963).

Cano N., *Risque et psychiatrie : enjeux éthiques*, paris, Solal, 2009.

Castel R., *L'Ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Minuit, 1978.  
*La Gestion des risques*, Paris, Minuit, 1984.

Clément P., *Une pratique spéciale : l'isolement in La Forteresse Psychiatrique*, Paris, Flammarion, 2001.

Cohen S., *Evaluation de l'isolement et de la contention en psychiatrie*, Thèse de Médecine, Grenoble, 2006.

Collectif, *De la chambre d'isolement à la chambre de soins intensifs*, journée clinique pluridisciplinaire, 8 février 1996, CH Esquirol.

Collectif, *Précarisation, risque et santé*, Inserm, 2001.

Coupechoux P., *Un Monde de fou. Comment notre société maltraite ses malades mentaux*, paris, Seuil, 2006.

Cozic J.Y., Genest P., Kress J.J., *Isolement en tant que soin*, in *Psychiatrie Française*, août 1996.

Dana G., *Quelle politique pour la folie*, Paris, Stock, 2010.

Daumezon G., *La Situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, Thèse de Médecine, Doin, Paris, 1935.

Dormoy O., *Soigner et/ou punir*, Paris, l'Harmattan, 1996

Dubet F., *Le Déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002.

Durkheim E., *Les Règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1937.

Ehrenberg A., *La Maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*, Paris, O.Jacob, 2001.

Fédération hospitalière de France, *Liberté d'aller et de venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soin*, EHESP, 2006.

Foucault M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1961.  
*Surveiller et Punir*, Paris, Gallimard, 1975.

- Friard D., *L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ?*, Paris, Editions hospitalières, 1998.
- Friard D., Leyreloup A.M., *Ethique et droits du patient*, in *Profession infirmière*, n°42, octobre 1995.  
*Chambre d'isolement et soins intensifs*, in *profession infirmière*, n°43, novembre 1995.
- Friard D., Gourves D., Leyreloup A.M., *Et pourquoi demander à Danton s'il faut changer le nom de la guillotine ?*, site internet [serpsy@serpsy.org](mailto:serpsy@serpsy.org) (enquête auprès des patients)
- Gauchet M., Swain G., *La Pratique de l'esprit humain, l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, 1980.
- Geleitei P., *Chambre d'isolement et libertés individuelles* in *Droit, déontologie et soin*, n°3, 2006
- Gérard J.L., *Infirmiers en psychiatrie : nouvelle génération. Une formation en question*, Paris, Lamarre, 1993.
- Giloux N., *Iatrogénie et chambre d'isolement* in *Santé Mentale*, n°109, 2006.
- Goffman E., *Asiles : étude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit, 1961.
- Guimond P., Holmes D., Perron A., *Le personnel infirmier et l'isolement en psychiatrie : critique du processus de décision*, in *Santé Mentale*, n°116, mars 2007.
- Hadot P., *La Philosophie comme manière de vivre*, Paris, Albin Michel, 2009.
- HAS, *Manuel de certification*, version 2010.
- Jaeger M., *Le désordre psychiatrique*, Paris, Payot, 1981.
- Jamet J.M., *Ethique et chambre d'isolement* in *Soins Psychiatriques*, n°208, 2000.
- Jodelet D., *Folies et représentations sociales*, Paris, PUF, 1989.
- Larrieu E., Cartigny M.C., *Mise en chambre d'isolement dans un centre hospitalier psychiatrique départemental (Agen)*, Journal Electronique de Psychiatrie.
- Lasserre B., *Etude sur l'isolement considéré comme moyen de traitement de la folie*, Thèse de Médecine, Paris, 1872.
- Le Dorze A., *Humanisme et psy : la rupture ?*, Paris, l'Harmattan, 2010.
- Le Nagard P., *La restriction de la liberté d'aller et venir du patient hospitalisé* in *Soins psychiatrie*, n°255, 2008.
- Le Rouzic S., *Entre temps thérapeutique et trajectoire du patient : analyse sociologique de la chambre d'isolement*, Paris, IFCS Sainte Anne, 2005.
- Londres A., *Chez les fous*, Le Serpent à plumes, 1999.

Louesdon J., *L'Utilisation des chambres d'isolement en Grande-Bretagne*, in *Soins Psychiatrie*, n°181, mars 1996.

Maisondieu J., *Liberté, égalité...psychiatrie*, Paris, Bayard, 2000.

Moullierac C., *Chambre d'isolement : du point de vue des patients*, Mémoire de recherche Master 1, 2006-2007, Mémoire online, (enquête auprès des patients).

Palazzolo J., *Chambre d'isolement et contention en psychiatrie*, Paris, Masson, 2002.  
*A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage des patients*, L'Encéphale, XXX, 2004.

Palazzolo J., Chignon J.M., Chabannes J.P., *Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie*. Enquête prospective. In *Encéphale*, 1999.

Périer I., *A propos de l'utilisation des chambres d'isolement dans l'institution psychiatrique*, Thèse de Médecine, Faculté de Dijon, 1992.

Riou M., *la chambre d'isolement en milieu psychiatrique : aspect historique et état actuel de la question*, Thèse de Médecine, Caen, 1994.

Thuillier J., *La Folie. Histoire et dictionnaire*, Paris, Laffont, 1996.

Trouvé I., *Les chambres d'isolement en psychiatrie adulte : approche clinique et thérapeutique*, Thèse de Médecine, Paris 11, 2001.

# Table des matières

<b>Introduction Générale</b>	7
<b>I. Phase Exploratoire</b>	10
<b>1. Les chambres d'isolement. Historique et situation actuelle.</b>	12
<i>1.1. Lien isolement et psychiatrie</i>	12
<i>1.2. Isolement dans l'isolement : la CI</i>	14
<i>1.3. Situation actuelle</i>	15
1.3.1. Pratiques à l'étranger	15
1.3.2. Les particularités françaises	16
1.3.3. Recommandations ANAES	17
1.3.4. Les pratiques à Cadillac	18
1.3.5. Aperçu des données du questionnaire	18
<b>2. Approche conceptuelle</b>	22
<i>2.1. L'Idéologie sécuritaire</i>	22
<i>2.2. Confusion psychiatrie et santé mentale</i>	26
2.2.1. Le champ de la psychiatrie	25
2.2.2. La Santé mentale : une extension du champ	28
<i>2.3. Le Déclin institutionnel</i>	31
<b>II. Phase empirique</b>	36
<b>3. hypothèses et méthodologie</b>	37

<i>3.1. La méthode</i>	37
<i>3.2. Le champ de recherche</i>	37
<i>3.3. L'échantillon des répondants</i>	38
<b>4. Analyse des résultats</b>	41
<i>4.1. Première hypothèse</i>	41
<i>4.2. Deuxième hypothèse</i>	45
<i>4.3. Troisième hypothèse</i>	49
<i>4.4. Synthèse des résultats</i>	55
<b>Conclusion</b>	56
Annexe I : le questionnaire	59
Annexe II : Le référentiel des chambres d'isolement	65
Annexe III : Avis du 15 février 2011	67
<b>Bibliographie</b>	72
<b>Table des matières</b>	75