

**Mathias Russick**, psychiatre  
*pour la revue SOUFFLES*  
n° 206 - janvier 2013

**Article dans son intégralité**

<b>Unité pour malades difficiles et ritualisations</b>
--

A l'énoncé du titre de ce numéro de « Souffles », m'est revenu en mémoire la description d'un phénomène banal par le sociologue canadien Erving Goffman. Lorsqu'on marche sur un trottoir, on croise des personnes inconnues. Chacun, celui qui vient vers moi comme moi qui vais vers lui, perçoit des signes infimes venant de l'autre, relatifs à sa trajectoire et la stratégie qu'il met en place pour éviter le risque de heurter celui qui le croise. Il s'agit d'éviter l'inconnu ou de mettre en place un dispositif destiné à ce que l'autre minimise les effets intrusifs d'une trop grande proximité. A contrario, on peut aussi lire ou interpréter, dans l'échange qui s'opère, l'intention de l'autre de ne pas éviter la bousculade. Goffman ne connaissait pas le téléphone portable qui focalise tant le regard de son détenteur qui vous croise en vous bousculant et s'excuse du bout des lèvres en faisant la moue, convaincu que vous auriez du faire attention tant votre intrusion dans son univers le dérange. Les hostilités sont alors ouvertes. Il s'agit là de la mise en place d'un méta-langage s'inscrivant dans ce que nous nommerons un système symbolique sur lequel nous reviendrons. Goffman a ensuite évolué dans ses travaux sur les rites d'interaction, de la dimension symbolique à la dimension comportementale, soutenues par les notions de déférence et de tenue, façon de séculariser la notion de rite.

Comme responsable du séminaire clinique : « malades difficiles » à l'UMD Henri Colin, je suis en contact régulier avec les patients et les équipes qui s'en occupent. Ce séminaire est destiné à tous les professionnels du pavillon où est hospitalisé le patient dont je présente l'observation après consultation de son dossier et un long entretien. Je ne ferai référence ici qu'au fonctionnement de l'UMD Henri Colin, la seule que je connaisse.

**Les unités pour malades difficiles (UMD) et l'UMD Henri Colin.**

Les UMD sont des services hospitaliers publics, destinés à recevoir des patients dont les troubles du comportement, liés à une pathologie mentale, rendent leur séjour dans un secteur de psychiatrie traditionnel, difficile ou impossible.

Ces services reçoivent des patients venant des secteurs de psychiatrie et des patients venant de détention. Il en existe désormais 10 en France permettant un accueil régionalisé des patients difficiles.

L'UMD Henri Colin de Villejuif a été en 1910, la première de ces structures en France, sous l'appellation de « service d'aliénés vicieux ». Toutes les UMD n'ont pas strictement un mode de fonctionnement identique, bien que les textes qui les régissent soient les mêmes.

L'appareil médico-légal qui régit ces services et le fait que certains patients hospitalisés en UMD viennent d'établissements pénitentiaires, entretient une confusion entre leur statut judiciaire et leur statut sanitaire. Les patients venant de détention sont hospitalisés en UMD dans deux situations : détenus dont la responsabilité n'a pas été retenue : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* » (art. 122-1 du code pénal) qui représentent 0,4 % des mises en examen en 2006, et les détenus dont l'état psychique n'est pas compatible avec la détention (art. D 398). Ces derniers sont parfois hospitalisés dans les secteurs de psychiatrie. C'est ainsi que la psychiatrie prend bien soin de détacher l'acte, dans ses aspects criminels aux yeux de la justice et de ses représentations par la société, de son aspect psychopathologique incluant le contexte, y compris social. Lacan dans les Ecrits, distingue, concernant l'objet de la criminologie « ...la vérité du crime dans sa face policière, vérité du criminel dans sa face anthropologique. » (p. 125).

Si les équipes des UMD ont la maîtrise des admissions, les sorties sont soumises à la décision de la « Commission du suivi médical », instance indépendante de l'UMD, constituée de psychiatres de service public, extérieurs à l'établissement, qui se réunissent mensuellement. Ils s'entretiennent avec tous les patients, au moins une fois tous les 6 mois, mais aussi à la demande des patients ou du psychiatre de l'UMD. Les décisions de la commission peuvent être de divers ordres : retour dans le secteur psychiatrique ou l'établissement de détention d'origine, immédiat ou différé, avec ou sans réexamen du patient par la commission ou maintien en UMD. Il n'y a pas de sorties directes, même assorties d'un programme de soins ambulatoires. Les secteurs d'origine s'engagent préalablement à l'admission en UMD, à reprendre leur patient lorsque la commission du suivi médical le décide.

Il s'agit exclusivement de patients hospitalisés sous contrainte, en SDRE (soins à la demande d'un représentant de l'état), anciennement HO (hospitalisation d'office). Seuls 15 % d'entre eux sont inscrits dans un trajet judiciaire les ayant menés à l'UMD.

Ce sont, avant tout, des personnes présentant des troubles mentaux graves. Ils viennent, habituellement (80 à 85%) des secteurs de psychiatrie générale pour des troubles qui ne comportaient pas forcément de dimension violente à l'admission. Mais dans le secteur, leur comportement a pu être marqué par des actes violents sur autrui, patients ou soignants, sur eux-mêmes (scarifications, automutilations tentatives de suicide) ou sur les équipements du secteur (dégradations importantes, incendies...). Les actes violents hétéro-agressifs surviennent souvent dans des situations de refus de soins, qu'il s'agisse du refus de traitement ou de mise en chambre d'isolement thérapeutique. L'intolérance à la frustration qui s'illustre lors de demandes faites à des soignants ou d'autres patients : cigarettes ou faveurs de tous ordres, non satisfaites est souvent identifiée comme facteur déclenchant. L'acte violent peut également n'avoir pas de motif apparent. L'HAS (Haute Autorité de Santé), dans un document de mars 2011, consacré à la dangerosité psychiatrique, écrit : « La réponse à la violence doit d'abord être faite dans les services au nom de la continuité des soins. » (recommandation n° 63).

La population en UMD est affectée, femmes et hommes confondus, pour 60% environ par des troubles schizophréniques ou schizo-affectifs. Ces patients font l'objet d'une importante stigmatisation dans la population générale. Dans les médias, au terme schizophrène est couramment accolé l'adjectif : dangereux. « (...) C'est (...) plutôt la santé de ces personnes, la qualité de leur prise en charge et leurs conditions de vie sociale qui devraient inquiéter » écrit le sociologue Laurent Mucchielli en 2011. Il note également que les recherches internationales montrent de surcroît que les malades mentaux sont nettement plus victimes de crimes que le reste de la population. L'accès au travail des schizophrènes est rendu plus difficile par cette stigmatisation. Une enquête d'opinion menée à la demande de la Fondation FondaMental en 2009, montrait que 30% des personnes interrogées refuseraient de travailler avec un patient souffrant de schizophrénie et 26% déclaraient ne pas savoir si elles l'accepteraient. La maladie elle-même, par les troubles cognitifs, mnésiques et opératoires qu'elle comporte souvent, entrave les capacités de travail des patients. Mais la perception sociale de la maladie y contribue aussi de façon importante. Or on sait que la désinsertion sociale, dont l'absence de travail est un élément majeur, est l'un des critères déterminants dans la genèse des

comportements violents. La précarité et les addictions, fréquentes dans ce contexte, compliquent encore des situations déjà complexes. Guy Darcourt souligne que la précarité est elle-même l'objet d'une stigmatisation et que les sujets atteints de schizophrénie font ainsi l'objet d'une double stigmatisation.

La stigmatisation des malades mentaux ne se limite pas à ceux qui sont atteints de schizophrénie. Elle concerne aussi les patients présentant des troubles bipolaires ou des troubles démentiels, par exemple.

### **Violence et dangerosité**

La notion de violence, difficile à cerner, ne peut être réduite à sa définition par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : « *usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique* », introduisant la notion d'intention qui n'est pas toujours présente chez les malades. C'est ainsi que souvent, la violence s'inscrit dans un registre plus social que médical, de la gestion d'un risque et de la prévention des récidives, sous-entendant la notion de dangerosité. Michel Foucault écrivait à ce propos, que : l'expertise psychiatrique donne « *une prise justifiable non plus seulement sur les infractions, mais sur les individus ; non plus sur ce qu'ils ont fait, mais sur ce qu'ils sont, seront, peuvent être.* » transformant le rôle du psychiatre en matière pénale : « *Non pas expert en responsabilité, mais conseiller en punition* » (Surveiller et punir). Quant à la « dangerosité » des patients, le corps social a tendance à considérer qu'il s'agit d'un problème, situant les solutions dans le registre répressif et, par voie de conséquence, sans donner davantage aux institutions psychiatriques les moyens convenables pour soigner ces patients. La notion même de soins, sans parler de guérison, est rejetée dans le domaine de l'illusion. C'est ainsi que, sans prendre en compte les nombreuses études psychiatriques, sociologiques et criminologiques qui sont menées depuis de nombreuses années, réapparaît la question de « la croyance » en la psychiatrie.

### **Le dispositif de l'UMD et ses objectifs**

Les missions des secteurs de psychiatrie se sont diversifiées ; les contraintes sociales et réglementaires auxquelles ils sont soumis, sont devenues à la fois plus nombreuses et parfois contradictoires. La partie de la loi du 5 juillet 2011 concernant les soins sous contrainte, est à cet égard très démonstrative. En outre, l'ouverture des secteurs vers l'extérieur, respectant les règles de circulation des patients hospitalisés en service libre (le plus fréquent), est un

impératif majeur qu'il faut combiner avec les nécessités de contention de patients ne consentant pas aux soins, hospitalisés sous contrainte. Les locaux sont bien souvent inadaptés à ces impératifs, les personnels en effectifs insuffisants, peu formés en psychiatrie au sortir des instituts de formation en soins infirmiers et le recours à des personnels intérimaires se généralise.

On comprend, dans ces conditions, que le travail relationnel qui constitue l'un des piliers fondamentaux de la psychiatrie soit très difficile voire, parfois impossible à réaliser.

Les patients venant de détention sont beaucoup moins nombreux que dans le passé. Les SMPR (service médico-psychologique régional) sous la responsabilité du ministère de la santé, sont implantés dans des établissements pénitentiaires. La qualité des soins qu'ils dispensent aux détenus rend désormais leur recours aux UMD bien moins fréquent. Ceci explique que la dimension psychopathique des patients admis en UMD se raréfie.

On peut se représenter les UMD comme des unités de soins intensifs pour des patients présentant des troubles graves du comportement. La disposition des locaux, les équipements, la densité en personnels, leur savoir-faire en matière de soins psychiatriques et de maîtrise de la violence, la durée moyenne de séjour d'environ 1 an, font de ces unités des structures de soins intensifs spécialisées dans le traitement des affections les plus graves et les plus bruyantes.

On ne pourrait mieux caractériser ces structures que ne l'a fait, dans « Asiles », Erving Goffman en 1968. Il classe les hôpitaux psychiatriques parmi « *les institutions totalitaires (...) dont la fonction est de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté* ». Il en décrit les règles, les rythmes, les circuits, les interdits... En prenant bien soin comme l'écrit Robert Castel dans sa présentation d'Asiles, concernant les malades, de «... *s'acharner à méconnaître la raison de leur isolement, leur maladie, pour traiter de l'institution hospitalière comme d'un établissement quelconque spécialisé dans le gardiennage des hommes.* ». Goffman, pour effectuer un travail sociologique rigoureux, doit se détacher des motifs pour lesquels des sujets se trouvent pris en charge dans ces institutions : lieux de détention, ordres religieux, casernes... Ce qui, concernant l'institution psychiatrique, ne peut pas être le point de vue du psychiatre qui est justement mis en relation avec ces personnes du fait

même de leur pathologie. Il est cependant utile de nous placer d'un autre point de vue que le notre, pour regarder l'institution psychiatrique.

Goffman s'est intéressé aux institutions psychiatriques en tant qu'elles sont une mise en relation particulière d'humains auxquels la médecine (et la société) a conféré des statuts particuliers.

Les descriptions de Goffman datent. On peut cependant reconnaître dans nos pratiques actuelles, certaines de celles qu'il met en lumière, héritées d'un passé parfois lointain qu'il convient d'interroger. Deux différences majeures sont à noter entre les institutions qu'il décrit et ce que nous connaissons : la coupure entre le patient et ses attaches antérieures, essentiellement familiales et « *les voies de la dépersonnalisation* ». Le travail en UMD, comme en secteur psychiatrique, privilégie justement la restauration des relations entre le patient et son entourage, souvent distendues ou conflictuelles du fait même de la maladie. Quant aux voies de la dépersonnalisation, ce serait méconnaître les techniques de soins de la psychiatrie que prétendre qu'elles sont empruntées par les soignants de nos jours et ce, depuis bien longtemps. Pour autant, Goffman recense ainsi ce qu'il nous faut bien considérer comme des risques de toute pratique institutionnelle en milieu fermé afin que des dérives toujours possibles, en restent éloignées.

### **Les systèmes symboliques**

Dans l'introduction de « Sociologie et anthropologie » de Marcel Mauss, Claude Lévi-Strauss note que : « (...) *les conduites individuelles normales ne sont jamais symboliques par elles-mêmes : elles sont les éléments à partir desquels un système symbolique, qui ne peut être que collectif, se construit. Ce sont seulement les conduites anormales qui, parce que désocialisées et en quelque sorte abandonnées à elles-mêmes, réalisent, sur le plan individuel, l'illusion d'un symbolisme autonome.* ». Sans entrer dans une critique des notions de normalité et de pathologie, nous pouvons retenir comme critères menant à l'hospitalisation en UMD, des manifestations individuelles inadaptées, douloureuses tant pour leurs auteurs que pour leur entourage, en relation avec une affection mentale (recensée dans la nosographie psychiatrique).

Retenons le caractère collectif du système symbolique (et non du symbole). Il s'agit là de ce sur quoi reposent les relations interhumaines auxquelles, dans certaines pathologies mentales, les malades n'ont plus, n'ont pas, ou pas toujours accès.

Sigmund Freud écrit: « (...) au commencement était l'acte, le verbe ne vint qu'après ; ce fut sous bien des rapports un progrès de la civilisation quand l'acte pût se modérer jusqu'à devenir le mot. Mais le mot fut cependant à l'origine d'un sortilège, un acte magique et il a gardé encore beaucoup de sa force antique. ». (Ma vie et la psychanalyse). Le recours au discours et à sa force constitue, rappelons le, l'objectif essentiel du travail des personnels confrontés à ces patients.

En intégrant ces éléments dans le modèle « bio-psycho-social » sur lequel se fonde la psychiatrie contemporaine, le cadre de notre propos est dressé. L'institution psychiatrique et plus particulièrement l'UMD avec ses missions, ses contraintes, ses techniques d'une part ; le système symbolique collectif régissant les relations entre humains, mais pas seulement, d'autre part. On peut exprimer les choses sous la forme: « la vie est un contexte, (temporairement) étranger aux patients dont nous avons la charge et qu'il nous appartient de (re)mettre à leur disposition ».

### **Vie et soins en UMD**

Avant l'admission en UMD, les traitements médicamenteux successifs ont souvent été multiples. Il s'agit fréquemment d'un processus dans lequel, les troubles du comportement se succédant, on est entré dans une escalade thérapeutique qui s'est révélée inefficace. Les sites d'action de ces substances sont bien souvent saturés, ne permettant plus l'action de médicaments éventuellement plus efficaces à doses moindres. Cette saturation peut même dans certains cas, entraîner un effet opposé à celui recherché.

Un recueil soigneux des traitements antérieurs et actuels est donc effectué. L'UMD est le lieu où peut être pratiquée une « fenêtre thérapeutique », interruption des traitements médicamenteux, permettant, à la fois, d'accéder au plus près des signes cliniques du patient et de pratiquer un « wash-out » : élimination des substances psychotropes (dont l'efficacité est insuffisante puisque les patients présentent des troubles les ayant menés en UMD). C'est dire que la chimiorésistance qui est souvent invoquée, doit être relativisée. Le sevrage des addictions contribue à dégager des tableaux cliniques plus « purs » du point de vue symptomatologique.

La présence d'un psycho-pharmacologue permet de pratiquer un « chimiogramme », relevé des divers produits prescrits successivement ou

concomitamment, d'analyser les interférences médicamenteuses éventuelles et de dresser un « profil » pharmacologique du patient.

En outre, nous l'avons vu, les addictions sont fréquentes, parfois multiples (alcool, crack, cannabis...) qui viennent compliquer des tableaux cliniques déjà complexes, ou en sont à l'origine.

Dans le premier temps de l'hospitalisation en UMD, les patients sont en observation, isolés afin de réduire au maximum les interactions susceptibles d'activer ou de réactiver les comportements violents. Cette période d'apaisement est essentielle dans le parcours des patients. Isolés, ils ne disposent pas de leurs effets personnels, mais de vêtements fournis par l'hôpital. Les arguments en faveur de ces dispositions sont avant tout, la sécurité et l'hygiène. Les entretiens avec les soignants sont quotidiens, on évalue les caractéristiques comportementales et les troubles psychiques : délire, hallucinations, dépression, repli... De nombreux renseignements d'ordres divers, sont recueillis : biographiques, sociaux, anamnestiques, psychologiques...

La vie en UMD est réglée, les journées sont rythmées par les entretiens, les activités, les soins, les repas, les visites, les groupes thérapeutiques, les jeux... ritualisées. Les horaires, à commencer par le lever et le coucher, sont fixes. Le règlement intérieur ne peut être remis en cause ni discuté par les patients. La structure exerce indéniablement une action normative.

Il n'y a pas de négociation concernant les règles de fonctionnement. Outre leur caractère implacable, ces règles sont rassurantes pour des patients qui ont souvent été confrontés à des types de fonctionnement divers dont certains donnent lieu à négociation. La simplicité et la « lisibilité » de ce cadre sont essentielles. Les patients venant de détention y ont parfois acquis une culture de marchandage et de contraintes basées sur la menace ou la force qui n'a pas cours en UMD, ce dont d'ailleurs ils se plaignent (surtout dans la période initiale de l'hospitalisation).

Les traitements médicamenteux sont délivrés à heure fixe. Tout refus de traitement aboutit à son administration par voie injectable. Les entretiens avec les soignants se déroulent selon les indications discutées en équipe, selon des horaires et un rythme indiqués au patient. Ils ne sont pas facultatifs mais soumis à d'éventuels aléas liés aux « dispositions » du patient. L'isolement et la contention sont prescrits en fonction de des troubles. Ces mesures sont

l'occasion, à leur décours, d'une analyse des circonstances de survenue des troubles. Nous reviendrons sur les techniques psychothérapeutiques plus loin.

La pratique de séances d'électro-convulsivothérapie (électrochocs) est également discutée en réunion d'équipe. Cette technique décrite de façon habituelle constitue cependant un appoint intéressant dans certaines pathologies et permet, dans de bonnes conditions de sécurité et de tranquillité pour les patients, d'améliorer notablement leur état. Pour autant, cette technique est peu employée (83 séances pour plus de 25 000 journées d'hospitalisation en 2011), compte-tenu de la difficulté matérielle de sa mise en œuvre. Les conditions réglementaires qui régissent la pratique de cette technique imposent, pour des raisons de sécurité, qu'elles se déroulent en milieu anesthésique. Au delà de la discussion de l'indication, les difficultés pratiques de mise en œuvre amènent parfois à y renoncer.

Dans ce même temps, on recueille les modifications du comportement en relation avec les règles de la vie quotidienne et l'administration des traitements.

### **Les systèmes symboliques.**

*« Il existe une relation rituelle dès lors qu'une société impose à ses membres une certaine attitude envers un objet, attitude qui implique un certain degré de respect exprimé par un mode de comportement traditionnel référé à cet objet »* (Y. Winkin 2005). Le terme d'objet doit être entendu au sens psychanalytique en tant qu'est créée entre le sujet et lui, animé, inanimé ou l'institution elle-même en tant qu'instance, une « relation d'objet ».

C'est dire qu'il existe entre deux ou plusieurs personnes qui, sans se connaître, se trouvent dans l'espace de perception l'une de l'autre, la potentialité d'élaboration de codes verbaux et non-verbaux destinés à créer une amorce de relation minimale. Mais il faut pour cela, parvenir à reconnaître à l'autre le statut de sujet.

### **Un exemple, les expressions phatiques**

Il en est ainsi des expressions et des actes phatiques dont la fonction est d'établir, prolonger ou interrompre la relation. Ils n'ont pas de sens véritable : bonjour, au revoir, comment allez-vous ?... mais remplissent une fonction de « création d'un espace tiers », pour l'échange qui va éventuellement suivre ou

concluent ce qui vient d'être dit ou fait. Alors même que l'expression phatique n'a pas de sens propre, elle est porteuse de sens, tant que l'interlocuteur peut s'offusquer de son absence, sous diverses formes : vous me faites la tête ? Alors, on ne dit pas bonjour ? On ne vous a pas appris la politesse ? Ou encore : je ne parle pas à quelqu'un qui ne dit pas bonjour... C'est dire l'importance de cette expression puisqu'elle a le pouvoir, par sa seule absence, alors qu'elle est dépourvue de sens réel, de conditionner le registre et le ton de ce qui suit ou d'infléchir le sens de ce qui précédait. Il en est de même d'actes comme le salut, « la bise » (phatique), le serrement de main ou le fait de lever son chapeau. C'est par son absence que le rituel de l'acte phatique a du sens.

Le rituel pose un problème en tant qu'il fait avant tout, référence à la religion. Le rituel phatique est aussi une pratique laïque, encore qu'adieu ne le soit pas davantage que grâce à Dieu ou Inch'Allah. C'est dire que le religieux vient là, se mêler de la relation entre les humains. Il s'agit d'un rituel au sens même où la morale religieuse qui repose sur un système symbolique, dispose d'outils de régulation des relations humaines.

Il n'est pas abusif de parler dans la vie civile, de rituel ou plutôt d'acte ritualisé, puisque l'acte phatique contrairement aux autres actes, aux autres mots, est l'amorce d'un mode d'inscription symbolique. Sa signification importe peu dans le quotidien. « Comment allez-vous ? » n'est pas destiné à ce que l'interlocuteur réponde : « mal » et embraye sur une description de ses maux. Rendre signifiante l'expression phatique peut être interprété comme un manque de savoir vivre.

### **Ritualisation, systèmes symboliques et psychothérapies**

Goffman parlait davantage de ritualisation que de rituel. C'est à dire de la façon de conférer à un acte domestique de la vie, un sens (rituel). Par sa seule absence cet acte signifie l'indifférence voire, l'hostilité. Pire, s'il venait à se répéter, devenir habituel puis à s'interrompre, il prendrait alors le sens d'un accident de la relation et possiblement, d'une rupture. C'est en désacralisant le rituel que l'on en vient à donner un sens à ce qui n'en a que par son absence.

Il est important de noter que de nombreux termes, presque synonymes, désignent des contextes dans lesquels les actes rituels de la relation sont produits. C'est que ces contextes sont nombreux, divers, tant par leur nature que par les conditions dans lesquelles ils s'exercent.

Au travers d'un terme comme urbanité, est pointée la notion de lieu. Les lieux en effet, secrètent leurs lois. Est « hors la loi », celui qui ne respecte pas la loi du lieu où il se trouve, au moment où il s'y trouve. La transposition de la loi d'un lieu dans un autre lieu : la loi de la rue dans le foyer familial par exemple, est également une transgression, une incivilité dit-on aujourd'hui. Si la loi est différente ailleurs, la transposer est déjà, en soi, une transgression.

Se dessine donc un système complexe intégrant lieux, temps et actes qui affine les rituels pour en rendre plus discriminants les objets susceptibles de s'inscrire dans un système symbolique. Des sociétés très policées prescrivent, sous la forme d'un protocole précis : qui doit saluer l'autre le premier et comment, en fonction de quels critères... conférant à chacun un niveau de sacralité précis dans une hiérarchie dont il convient de ne pas s'émanciper au risque de s'en exclure. Il s'agit bien entendu de conventions, mais leur existence est basée sur un jeu subtil de symbolisations croisées. L'histoire, les évolutions sociales porteuses de nouveaux symboles, font et défont les systèmes symboliques. C'est même comme cela que chacun s'inscrit dans les relations sociales. Et sauf, comme Diogène, à tenter de se retirer durablement de ce système, personne n'y échappe ; pas même lui d'ailleurs.

On observe chez les adolescents, alors qu'ils s'autonomisent vis à vis de leurs parents, combien il est important pour eux de disposer d'images identificatoires et de s'intégrer dans un groupe. C'est comme cela qu'ils construisent leur personnalité. Ils passent d'un système symbolique à un autre dans lequel ils ont un rôle à jouer avec, pour la première fois souvent, une possibilité de maîtrise sur le système. La fonction de la « bande » a ici une importance fondamentale puisqu'elle va assigner à chacun une place dans le dispositif, dont il ne pourra sortir éventuellement, qu'en agissant sur le groupe, en bouleversant son système symbolique ou en le quittant dans un mouvement de rejet mutuel. Il s'agit de passer d'un système symbolique à un autre en adoptant les rituels de ce dernier ou de rester en dehors de toute intégration de ce type voire pire, en demeurant dans la perplexité de l'indécision. Les tensions sont majeures à cet âge, entre les injonctions parentales, l'angoisse qui les accompagnent et la construction de la personnalité avec les doutes qui en sont le corollaire, entre plusieurs systèmes symbolique et l'incertitude concomitante, entre l'idéal du moi et les effets du surmoi... La conséquence de ce mouvement d'autonomisation, s'il ne se déroule pas dans des conditions favorables, c'est l'absence d'intégration dans un groupe étayant et la rupture, parfois violente, du sujet avec sa structure familiale d'origine. Notons que l'entrée dans la maladie mentale connaît un pic à cette période.

Le patient arrivant en UMD est caractérisé par l'existence d'un diagnostic de maladie mentale, de troubles du comportement en relation avec cette maladie mentale, à moins qu'il s'agisse de troubles relatifs à une psychopathie concomitante. Les repères symboliques sont soit perdus, soit transgressés. Le cadre de l'UMD, ses rythmes, ses règles de fonctionnement ont, pour objectif de réhabiliter cette relation objectale dans laquelle, progressivement, l'autre va pouvoir devenir sujet. Il est fondamental de placer cette opération au cœur de tout acte de soin afin de ne pas perdre de vue la notion thérapeutique. Les actes violents et transgressifs ont comme capacité d'induire des effets contre-transférentiels tels que l'on peut observer un glissement d'une attitude thérapeutique à une attitude répressive. C'est d'ailleurs un des motifs majeurs qui mènent à la demande de prise en charge en UMD. Les soignants sont dépassés, ils sortent parfois de leur identité thérapeutique pour mobiliser des affects qui les amènent à se sentir personnellement impliqués dans une relation conflictuelle avec un patient considéré alors comme un gêneur. C'est ainsi qu'il nous est arrivé d'entendre des soignants, parlant d'un patient perturbateur : « dans le service, maintenant, c'est lui ou moi ! ». Il est fondamental que les équipes en UMD ne soient jamais « dépassées » par le comportement d'un patient. Que tout comportement soit considéré, à-priori, comme possible et soit traité comme tel. Le calme des soignants et la détermination de leurs actes, y compris lorsqu'il s'agit de maîtriser un patient agité, sont des facteurs apaisants. L'auto-agression, la dégradation du matériel ou des locaux, l'agression d'un autre patient fût-ce une simple menace ne sont pas plus tolérées que l'agression d'un soignant. La parole prime mais fait place à la contention physique autant que nécessaire, sans discussion. Tout incident sera repris verbalement avec le patient dans un second temps, analysé. On ne recherchera pas la responsabilité initiale de tel ou tel mais on cherchera à ce que soit verbalisée la cascade qui a généré le recours à la violence chez le patient lui-même. Freud, dans le « Wiener Medizinische Wochenschrift », propose, concernant les phénomènes psychiques, de renverser l'adage : « *Cessante causa cesset effectus* » (les effets cessent lorsque cessent les causes). En effet, la compulsion de répétition est un mécanisme qui crée le symptôme. Lorsque le patient parvient à se libérer du symptôme, le traumatisme originel perd de son pouvoir pathogène.

Comme on le voit, il s'agit moins de mettre en jeu des mécanismes de conditionnement : récompense ou punition en fonction du comportement que de ce qui donne accès au système symbolique interpersonnel. Pour autant, ce

premier mécanisme ne doit pas être négligé. Pour de nombreux patients, c'est une vieille connaissance ; dans la famille, dans la rue pour des patients souvent désocialisés, vis à vis des forces de l'ordre, de la justice et de ce que la psychiatrie peut avoir parfois de rejetant, ils se situent dans un tel système qui punit plus souvent qu'il ne récompense. C'est un moyen, pour le patient, de s'identifier dans un registre connu, de se situer dans son histoire, comme sujet. Il n'existe pas forcément de sentiment de culpabilité. C'est la règle, c'est comme ça. Cette « carte de visite », éventuellement valorisée, constitue pour lui un préalable possible à toute relation avec autrui. Cette identité ne doit pas être négligée dans le travail avec le patient. C'est là que se constituent des répétitions prenant valeur de symptômes, souvent depuis l'adolescence, voire l'enfance. Lorsque la réponse la plus habituelle à cette violence est la répression, la pathologie a tendance à disparaître, masquée derrière une conduite « antisociale ». La confusion est entretenue par les modes d'entrée habituels de ces patients dans le dispositif institutionnel de la psychiatrie: police et justice.

Il faut se garder d'un syllogisme ; l'opposition littérale entre inconscient et conscient : tout ce qui est inconscient est involontaire vs tout ce qui est conscient est volontaire. L'inconscient est alors considéré comme une catégorie et non, comme Freud le décrit : une mécanique des représentations (*vorstellungsmechanik*). A contrario, tout ce qui entrerait dans le champ de la conscience, et donc de la perception, serait volontaire alors même que certains des patients ont été déclarés non responsables de leurs actes car souffrant d'un trouble de la conscience ! Non responsable ne signifie pas irresponsable. L'acte demeure, comme son auteur ; la non responsabilité ne saurait le gommer, il fait partie de l'histoire de l'individu. En outre, même s'il n'est pas question de punir, il convient de reconnaître son inscription dans l'histoire de l'individu. Là encore, les mots ont leur importance. Face au geste, ils signifient lorsque c'est possible, la régression que constitue la production de l'acte violent à la place des mots. Lorsque c'est possible parce que ce n'est pas toujours possible. Les mots n'ont pas toujours de valeur symbolique pour un patient envahi par le délire ou les hallucinations.

Il serait donc plus juste de parler de symptôme à expression comportementale que de trouble du comportement.

Cependant, la notion de trouble convient assez bien, faut-il encore définir toutes les dimensions du trouble. Il s'agit d'abord du trouble au sens du désordre, proche de la notion de maladie : trouble tensionnel, trouble

hépatique, trouble de l'équilibre... Ensuite, le trouble est à entendre au sens de l'optique : ne pas voir ; voir autre chose que ce qui existe ; voir ce qui n'existe pas (comme un mirage). Enfin, le trouble est l'état dans lequel est plongé l'individu par l'incompréhension des phénomènes pathologiques dont il est le siège. Ces trois niveaux du trouble recouvrent sensiblement un champ sémantique, l'ensemble de ce que l'on peut éprouver de ce qu'est une maladie ou prétendue telle. Je continue donc à employer le terme : trouble du comportement en ne perdant pas de vue qu'il s'agit d'un symptôme à expression comportementale complexe.

Mais là n'est pas l'essentiel des pistes thérapeutiques qu'emprunte l'UMD. Nous avons entrevu l'importance de l'inscription du sujet dans un système symbolique, c'est à dire partagé. Le symbole, s'il demeure individuel, s'assimile à une conviction délirante.

Qu'il s'agisse de l'isolement du type repli autistique ou de celui qui résulte de l'absence de tissage symbolique avec autrui, on observe que le patient est confiné dans un univers envahi par les idées délirantes, les hallucinations et les angoisses. L'introduction d'un peu de réel peut amorcer la sortie du patient de cet isolement.

On voit combien la dimension psychothérapique est fondamentale dans la prise en charge des patients présentant des troubles graves du comportement. C'est la compréhension des mécanismes psychodynamiques qui a permis de passer d'un recours privilégié à la chimie, à l'intensification du travail psychothérapique. Pour autant, ne nous y trompons pas, la chimie continue de jouer un rôle considérable, y compris dans la relation psychothérapique, en permettant d'entrer en contact avec un patient dont l'envahissement délirant et les troubles des conduites ne permettaient pas cet abord antérieurement. De surcroît, les techniques psychothérapiques ont des limites liées aux capacités d'insight et d'élaboration des patients. Il est cependant essentiel de nous fixer comme objectif de parvenir à inscrire chaque patient dans un système symbolique permettant la vie sociale.

Les relations du patient et de l'équipe de l'UMD avec l'entourage sont recherchées. On note que les patients sont souvent demandeurs alors que les familles expriment souvent des réserves, voire un refus de la reprise de contact avec le patient hospitalisé. C'est que des violences se sont produites dans le milieu familial ou que les conséquences des conduites violentes du patient ont

lourdement pesé sur le groupe familial et sa structure. Un groupe de parole destiné aux familles de patients hospitalisés a lieu dans l'UMD. Une psychologue thérapeute familiale peut, à la demande de l'équipe soignante, mettre en place une thérapie familiale qui n'est pas exclusive des autres prises en charges psychothérapeutiques. La durée de séjour des patients en UMD permet l'amorce d'un tel travail. Les techniques de remédiation cognitives facilitent également l'accès des patients à un certain degré d'habileté sociale.

On recherche tant le contact verbal avec d'autres que l'utilisation de média en ergothérapie. Le rôle de l'effection est majeur dans la création d'un lien symbolique. Tosquelles, dans « Le travail thérapeutique en psychiatrie », écrit que « le travail d'élucidation, de transformation, voire de création des objets, articule (...) et conduit à façonner des alliages entre les pulsions agressives-à proprement parler mortifères et disjonctives-et les pulsions conjonctives de l'Eros ». Dans la postface de cet ouvrage, Yves Clot note que « *L'homme n'est pas un animal qui vit dans un milieu. Il convertit le milieu en monde et c'est cette re-création qui lui permet d'échapper au dilemme existant entre s'adapter ou périr : « l'homme est d'autant plus homme qu'il est chaque fois moins un être de la nature, pour devenir par contre et dialectiquement, le produit de son propre artifice pour échapper au dilemme : s'adapter ou périr ».*

Comme Tosquelles, il faut être prudent dans l'utilisation d'un terme comme « activité ». Il ne s'agit ni d'une agitation de type « bougeotte » ni d'un travail mais de la possibilité, pour un patient, de convertir par son action le milieu en monde. Le patient invente, à l'inverse des personnages solitaires de Beckett dans la métaphore de la finitude qu'est « Le Dépeupleur », une autre issue que le retour à l'inorganique au terme de vaines activités crépusculaires.

Qu'il s'agisse d'ergothérapie ou d'activité physique, on n'est à la recherche ni de l'esthétisme ni de la performance dans la production, mais de la mise en contact du sujet avec la matière et l'espace et sa transformation au sens d'une tentative de maîtrise. L'objet le plus modeste, la transformation la plus infime sont déjà des interactions pouvant s'inscrire dans le registre de la relation d'objet. Ce peut être le corps du malade lui-même. Sont alors mises en jeu les représentations de lui-même, à savoir son schéma corporel. « (...) le travail fait surgir des conflits, leur fournit (aux patients) l'occasion d'une manifestation socialisée et exprimable, et constitue lui-même un tiers médiateur indispensable à l'évolution, au dépassement et aux changements de plans où ces conflits peuvent prendre racine et se manifester » (Tosquelles. p. 46).

La symbolisation est une opération complexe qui, de l'objet présent en crée une représentation mentale permettant de se passer de lui dans la réalité, en lui conservant cependant son identité, sans éprouver l'intolérable de la frustration. L'objet est séparé de lui même, rendu disponible par l'opération de symbolisation. Le symbole est à l'origine du langage, fonctionnant à partir de l'articulation entre le signifiant et le signifié. C'est la structure même du langage. Pour Lacan, le signifiant est l'essence même de la fonction symbolique qu'il articule avec la forclusion, processus par lequel le psychotique n'a plus accès au registre symbolique et le nom du père, concept par lequel le symbolique s'intègre à une loi signifiant l'interdit de l'inceste. Ces trois concepts : signifiant, forclusion et nom du père sont précisément les fonctions qui, altérées sont constitutives de la construction pathologique psychotiques.

### **Les perspectives**

Bien que les progrès de thérapeutiques de tous ordres soient considérables en psychiatrie, on ne peut imaginer sérieusement que la violence liée à des troubles mentaux disparaisse un jour sous l'effet des traitements. Il faudra donc pérenniser les unités de soins intensifs existantes, d'en créer d'autres et faire évoluer des concepts de façon à améliorer la qualité des soins.

La multiplication des UMD en France correspond à la nécessité de régionaliser l'offre de soins afin d'intensifier les relations du patient avec son environnement d'origine. Il s'agit tant de sa famille, de ses amis que de son secteur psychiatrique ou le milieu social et associatif du territoire. Les impératifs de continuité et de proximité des soins contenus dans la loi de sectorisation de 1960 sont, là encore, parfaitement valides.

Le développement de structures intermédiaires entre les secteurs de psychiatrie et les UMD est en cours. Il s'agit des USIP (unités de soins intensifs psychiatriques), géographiquement proches des secteurs, elles sont amenées à répondre rapidement, de façon souple et adaptée à leurs demandes. Ce sont des UMD pour ce qui concerne les techniques de soins mais qui ne sont pas soumises au même dispositif contraignant sur le plan réglementaire. Leur fonctionnement est plus souple : patients en SDRE mais aussi en SDT, maîtrise des admissions et des sorties, pas d'avis de la commission du suivi médical, engagement formel de reprise des patients au terme de leur séjour d'un mois, éventuellement renouvelable une fois.

On attend de la création de ces unités, une amélioration notable des conditions de soins dans les secteurs. La liberté de circulation des patients admis en hospitalisation libre sera enfin facilitée. Les personnels, plus disponibles, pourront se consacrer davantage à des prises en charge individuelles. Bien que difficiles à évaluer dans ce cadre, les durées de séjour devraient diminuer significativement.

Il convient de rendre les conditions de travail plus attractives, de renforcer les savoirs et le savoir faire des soignants afin de rendre les professions de la psychiatrie plus valorisantes. Trop de postes ne sont pas actuellement pourvus. Pour autant, ne soyons pas naïfs, les pouvoirs publics ont, malgré des discours lénifiants, trop souvent considéré la psychiatrie comme la dernière roue du carrosse médical. Notre travail consiste aussi en une démonstration claire des besoins, de la pertinence des moyens que nous réclamons, des bénéfices médicaux mais aussi sociaux que la collectivité pourrait tirer d'une politique de santé moins administrative et plus proche de la clinique.

On ne peut être certain de la totale efficacité de ces actions mais on peut être certains que s'en dispenser ne fera pas évoluer la situation des patients des soignants et de la collectivité dans un sens favorable.

\*\*\*\*\*