

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2019

N° 2019-154

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Psychiatrie

par

Alexia CHARLET

née le 1 août 1989 à Brest

Présentée et soutenue publiquement le 2 octobre 2019

LES PORTES DES SERVICES DE PSYCHIATRIE : ENJEUX CLINIQUES ET MEDICO-
LEGAUX D'UNE POSSIBLE OUVERTURE

Président : Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Directeur de thèse : Docteur David REYBOZ

Remerciements

A Madame le professeur GRALL-BRONNEC

Pour votre bienveillance, votre regard attentif et votre accessibilité tout au long de l'internat
Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury

A Monsieur le docteur David REYBOZ

Pour ton aide précieuse, tes éclairages et nos échanges
Pour l'honneur que tu me fais de juger ce travail

A Madame le professeur Anne SAUVAGET

Pour avoir accepté avec enthousiasme de faire partie de ce jury
Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail

A Monsieur le professeur Paul BARRIERE

Pour avoir accepté si facilement de faire partie de ce jury
Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail

Je dédie ce travail,

A la mémoire de ma mère

*A Alban,
pour ta présence, ton énergie et ta bonne humeur à toute épreuve*

*A ma famille, mon père, mes frères, mes oncles et tantes, mes cousins et leurs enfants,
pour les bons et les mauvais moments que l'on a traversés ensemble, pour votre force, votre
courage, votre humour*

*A Hervé,
pour ton soutien et ces potins délicieux*

*A mes amis, Lauren, Clément, Valentine, Audrey, Josepha, Victorine, Thibault ainsi que tous ceux
que je ne cite pas mais dont la présence à mes côtés m'est précieuse*

A la coloc' Saint Jacques, Morgane, Margaux, Zélie, Guillaume, Antoine, Martin

A mon groupe de sous-colles pour tous ces goûters studieux

*A Laetitia, Ludovic, Cécile, Sarah,
pour votre relecture attentive et enrichissante*

*A tous les médecins, soignants, secrétaires et patients,
rencontrés lors de ces stages formidables avec une pensée particulière pour l'équipe du G07*

Table des matières

I.Introduction.....	7
II.Historique	9
A)Avant la construction des hôpitaux.....	9
Le Moyen Âge.....	9
La place du fou.....	10
B)Les murs se construisent et les portes se ferment.....	10
L'Hôpital Général.....	10
Les maisons de force.....	11
Les dépôts de mendicité.....	11
C)Au seuil de l'aliénisme.....	12
L'ouverture du débat.....	12
Les débuts de l'aliénisme.....	12
La Révolution Française.....	12
Pinel et la "libération des aliénés de leurs chaînes".....	13
Esquirol et la naissance de l'Asile.....	13
La construction des Asiles d'aliénés.....	14
D)Les portes s'entrouvent	14
La vie dans les asiles.....	15
Marandon de Montyel.....	15
Edouard Toulouse.....	16
La circulaire Rucart.....	17
L'abandon des fous à eux-mêmes.....	17
E)Les portes s'ouvrent.....	17
La psychothérapie institutionnelle.....	18
La psychanalyse.....	18
Les psychotropes.....	18
L'antipsychiatrie.....	19
F)La construction de la politique de secteur.....	19
L'ouverture du monde psychiatrique.....	19
La politique de secteur selon L. Bonnafé.....	20
G)Qu'en est-il actuellement en France ?.....	20
Renforcement du cadre juridique.....	21
L'organisation des soins psychiatriques en France	21
Une organisation différente selon les services de psychiatrie.....	21
A l'avenir ?.....	22
Etat des lieux des pratiques d'ouverture ou de fermeture des unités en France.....	22
H)Synthèse.....	23
III.Revue de la littérature.....	24
A)Fugues.....	24
Impact sur le taux de fugues.....	25
Impact sur la prévention des fugues.....	26
Raisons des fugues.....	27
Dangerosité des fugues.....	28
B)Passages à l'acte hétéro-agressifs et recours à l'isolement	28
Impact sur l'agressivité et la violence.....	28
Impact sur le recours aux chambres d'isolement et aux moyens de contention.....	29
Lieu d'agression.....	29
Théorie comportementale du comportement agressif.....	30

Impact de l'environnement physique et de l'architecture.....	30
C) Passages à l'acte auto-agressifs.....	31
Impact sur le taux de suicides	31
Impact sur le taux d'automutilations.....	31
D) Toxiques.....	32
E) Points de vue des patients.....	32
Ressenti positif des patients sur les unités fermées.....	32
Ressenti négatif des patients sur les unités fermées.....	33
La fermeture des unités comme principale motivation aux sorties contre avis médical.....	34
Impact sur la satisfaction	34
F) Points de vue des soignants.....	35
Ressenti des soignants.....	35
Au niveau éthique.....	37
En dehors du champ thérapeutique ?.....	37
G) Impact de la politique d'ouverture des portes sur la symptomatologie.....	38
H) Autres conséquences de l'ouverture des portes.....	39
I) Les clés de la mise en oeuvre d'une politique de portes ouvertes.....	40
Meilleures observation et surveillance des portes.....	40
Présence d'une chambre d'isolement.....	41
Augmentation du nombre de soignants.....	41
Aménagements architecturaux.....	41
J) Autre alternative.....	41
K) Synthèse.....	42
IV. Enjeux médico-légaux.....	43
A) Soins sous contrainte en France.....	43
Réforme de la loi de 1838.....	43
Judiciarisation de la procédure.....	44
Les Soins Libres.....	44
L'organisation des services de soins	45
B) Liberté d'aller et venir.....	45
C) Restriction de liberté et droits des patients.....	46
Restriction de liberté dans le domaine des soins psychiatriques.....	46
Le Code de Santé Publique	47
La circulaire Veil.....	48
Loi Kouchner.....	48
Mission dite de Cléry-Melin.....	49
La Haute Autorité de Santé.....	49
Le comité des ministres du Conseil de l'Europe.....	49
Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté.....	50
D) Responsabilité administrative de l'établissement.....	50
En cas d'hospitalisation en soins libres.....	51
En cas d'hospitalisation sous contrainte.....	51
Devoir de surveillance et droits du patient.....	52
Jurisprudence	52
E) Responsabilité pénale d'un psychiatre.....	53
L'affaire Canarelli	53
L'affaire Gujadhur.....	54
F) Synthèse	55
V. Cas cliniques.....	57
A) Vie quotidienne d'une unité de psychiatrie.....	57

B)Mia	57
Motif d'hospitalisation	57
Antécédents	58
Mode de vie et environnement familial	58
Histoire de la maladie	58
A son arrivée :.....	59
Durant l'hospitalisation	59
Synthèse clinique.....	62
C)Morgane.....	64
Motif d'hospitalisation :.....	64
Mode de vie et environnement familial	64
Histoire de la maladie	65
Synthèse clinique.....	67
VI.Les portes : un banal objet ?.....	69
Qu'est-ce qu'une porte ?.....	70
La vie sociale de la porte en psychiatrie.....	71
Les portes en institution : une question de limites.....	72
VII.Discussion.....	74
A)Revue de la littérature.....	74
Fugues.....	74
Violence et agressivité.....	76
Auto-agressivité.....	77
Point de vue des patients.....	78
Point de vue des soignants.....	78
B)Enjeux médico-légaux.....	80
Liberté d'aller-et-venir et restriction de liberté.....	80
Responsabilités pénales et administratives.....	81
Enfermement.....	82
C)La psychiatrie en France.....	82
Etat des lieux en France.....	82
La psychiatrie sous contrainte.....	82
Un double discours ?.....	85
Expérience personnelle.....	86
Vers le néo-aliénisme ?.....	87
Un frein à la construction d'une relation thérapeutique ?.....	87
D)Pathoplastie.....	88
Qu'est-ce que la pathoplastie ?.....	88
Cadre thérapeutique et contenance psychique.....	90
Le Syndrome de la cheminée.....	90
VIII.Conclusion.....	91
IX.Annexe	92
Annexe 1.....	92
X.Bibliographie.....	95

I. Introduction

De ma courte expérience en tant qu'interne de psychiatrie, j'ai eu l'occasion de découvrir un fonctionnement clivé entre unités ouvertes et unités fermées. Mon premier stage de psychiatrie adulte en troisième semestre, je l'ai effectué dans une unité fermée : la crise en psychiatrie me passionnait et j'avais l'impression que le fait d'avoir des portes fermées sécurisaient le pavillon, les patients et les soignants. Mon cursus s'est poursuivi dans d'autres unités fermées, j'avais une représentation trop "tranquille" voire ennuyeuse des unités ouvertes. Je pensais alors que seuls les patients chroniques ou dépressifs y séjournaient et qu'il ne s'y passait pas grand chose. Le fait de passer par différentes unités dont l'orientation théorique des médecins et donc les prises en charge différaient totalement a beaucoup enrichi ma pratique, j'ai appris à découvrir quel type de psychiatre je voulais devenir et ce que je souhaitais faire ou non. Plusieurs situations m'ont interpellée et j'ai commencé à me questionner par rapport à certaines pratiques professionnelles. Je restais malgré tout peu expérimentée – et le reste encore dans cette belle discipline pour laquelle toute une carrière ne suffit pas – et plutôt disciplinée, la question des portes ouvertes ou fermées m'intéressait encore peu, c'était ainsi qu'on différenciait les services et donc les patients et je n'y voyais qu'un critère de choix pour mes stages futurs.

Il a fallu attendre quasiment la dernière année d'internat pour que je me pose sérieusement la question. Fin d'internat signifie poste d'assistant à rechercher, où avais-je envie d'exercer plus tard ? J'ai effectué des recherches sur les autres hôpitaux de la région et c'est ainsi que j'ai découvert qu'il y avait d'autres manières de faire : certains hôpitaux avaient vu leurs unités fermées s'ouvrir voire même certains hôpitaux n'ont pas d'unité fermée. Comment était-ce possible ? Je me suis d'abord basée sur mes impressions de jeune interne : les portes fermées sécurisent l'unité pour les malades plus agités, violents ou suicidaires. Et puis, à la lueur de plusieurs situations qui m'ont particulièrement dérangée, je me suis intéressée à la question des effets iatrogènes de l'hospitalisation et des pratiques professionnelles. Les effets secondaires des chambres d'isolement sur les patients sont reconnus depuis longtemps. Qu'en est-il des portes fermées ? Qu'est-ce qu'elles peuvent engendrer chez les patients ? Serait-il possible que la flambée de la violence des patients à l'encontre d'autres patients ou des soignants ne soit parfois que le reflet d'une forme de violence institutionnelle qu'on leur fait subir ? Mon regard a changé et j'ai commencé à m'intéresser franchement aux effets des portes des services de psychiatrie sur l'institution et les patients.

Je suis partie du postulat que ce clivage ouvert/fermé ne me satisfaisait pas. Le sentiment de sécurité rapporté par les soignants était-il réellement lié à ce simple fait architectural ? Je commençais à me sentir moi aussi enfermée dans un système où les patients hospitalisés dans une

unité fermée dite "de crise" se devaient d'être agités, non compliant, plus violents. Véritable cercle vicieux, certaines pratiques dites soignantes ne seraient-elles pas plutôt des prescriptions à la demande de symptômes tels que l'agressivité et la violence ? J'ai eu envie de me faire une opinion plus précise sur l'état des portes des services et en particulier sur leur ouverture.

A partir de cette volonté, d'autres questions sont apparues. Qu'est-ce qui fait actuellement que les portes d'une unité sont ouvertes ou fermées : la loi ? La clinique des patients et leur psychopathologie ? Est-ce possible de faire autrement ? Afin d'étudier au mieux les portes des services de psychiatrie générale adulte et l'ouverture de celles-ci, après un bref historique sur les lieux de prise en charge des "fous" jusqu'à récemment et de leur état d'ouverture ou de fermeture, je me propose de passer en revue la littérature actuelle sur le sujet afin d'en déterminer les enjeux cliniques ainsi que les aspects médico-légaux qui légifèrent ou non sur l'état ouvert ou fermé d'une unité.

II. Historique

Avant d'aborder le sujet de l'ouverture des portes des services de psychiatrie générale actuellement et des enjeux cliniques et médico-légaux, il me semble important de faire un point sur l'histoire des hôpitaux psychiatriques qui étaient auparavant les asiles. Les services accueillant les "fous" ont-ils toujours été fermés ? Le but de cette partie-là n'est pas de faire une revue exhaustive de la naissance des asiles et autres lieux d'enfermement des fous mais de comprendre ce qui actuellement a contribué à faire de l'hôpital psychiatrique ce qu'il est aujourd'hui. Pour cela, nous nous baserons sur le livre de l'historien Claude Quételet (Quételet 2017) .

A) Avant la construction des hôpitaux

- Le Moyen Âge

Durant le Moyen Âge, la réflexion théorique sur la folie va connaître non pas un arrêt total comme peuvent le dire certains historiens mais une pause certaine (Quételet 2017) . Il est probable que les "fous" de l'époque ne sont pas les mêmes que de nos jours, il est alors peu question de souffrance. Quelques théologiens vont s'exprimer sur la question, notamment Saint Thomas d'Aquin dans son étude sur les passions, mais rien à voir avec l'effervescence de l'Antiquité et l'extraordinaire fécondité de la pensée grecque ou latine. Loin des ouvrages médicaux et de la pensée philosophique, quelle place avaient réellement la folie et les fous dans la société médiévale ? Là encore, la religion chrétienne va jouer un rôle avec notamment la charité et l'assistance et la naissance de l'Hôpital qui étymologiquement signifie "maison où l'on reçoit des hôtes".

Des ordres hospitaliers se créent et se développent dans toutes les grandes villes à partir des XII^e et XIII^e siècles accueillant des indigents : mendiants, errants et forcément des fous. Durant le XIV^e siècle des locaux des grands établissements vont se spécialiser dans l'accueil des "fous", notamment en Allemagne et en Angleterre, ainsi se créent les premiers hôpitaux psychiatriques. A l'époque, le médecin ne fait que peu partie de ces institutions et des remèdes médicamenteux existent déjà mais sont chers et peu de patients peuvent se les permettre : décoctions, infusions, sirops, pilules et autres saignées. A l'époque, l'idée que la parole et l'écoute du patient puisse lui être bénéfique n'existe pas encore. Les pèlerinages thérapeutiques sont aussi pratiqués, le plus célèbre étant celui de Geel, actuelle Belgique qui consacre Sainte Dymphne, princesse irlandaise du VII^e siècle venue se réfugier pour échapper aux assiduités de son propre père. Celui-ci la retrouve et la

fait décapiter. Des anges replacent sa tête avant sa mise au tombeau et elle devient ainsi la sainte patronne de "ceux qui ont perdu la tête".

- La place du fou

Le fou nécessite alors une surveillance par sa famille, celle-ci va jusqu'à les enfermer lorsqu'ils sont agités ou qu'ils craignent un passage à l'acte hétéro ou auto-agressif. Les plus riches sont placés dans une communauté religieuse, les plus pauvres, errants et "sans aveu"(c'est-à-dire inconnus) sont chassés par les collectivités qui ne veulent pas payer pour eux. La communauté peut décider par précaution d'enfermer dans une prison un patient atteint de folie furieuse mais le placement reste exceptionnel jusqu'aux derniers siècles du Moyen Âge, leur irresponsabilité étant reconnue. Les fous ne peuvent d'ailleurs ni contracter mariage ni donner un consentement valide à une union d'après le droit canonique. Ils sont quand même célébrés lors de la "fête des fous", rites d'inversion qui existent dès les premiers siècles du Moyen – Âge hérités de l'époque romaine pendant laquelle les esclaves prenaient la place de leurs maîtres lors de fêtes. Les fous du Roi apparaissent et cela devient même une place enviée, on peut évidemment douter de la "folie" de ceux-ci au sens où on l'entend actuellement.

B) Les murs se construisent et les portes se ferment

- L'Hôpital Général

L'Hôpital Général naît officiellement à Paris en 1656 avec l'Edit du Roy et a pour but l'enfermement de tous les mendiants, valides ou non quasiment sans exception. Cela fait déjà plusieurs décennies que des mesures et arrêtés sont pris à l'encontre des pauvres et parmi eux les fous, même si ce ne sont pas des mesures qui les visent directement – preuve en est que nombre d'hôpitaux généraux de province refusent les insensés pour la simple raison que les édits d'enfermement ne les mentionnent pas. Du fait d'une symptomatologie qui ne passe pas inaperçue, il est vite décidé de créer un quartier spécialement pour les fous dans quasiment tous les établissements. Il n'y a alors que peu de place pour le soin, l'Hôpital Général est une structure juridique et c'est à Hôtel – Dieu que l'on hospitalise les insensés ayant un espoir de guérison.

- Les maisons de force

Par manque de financement, il n'est bientôt plus question de créer de nouveaux hôpitaux mais les demandes d'enfermement continuent à augmenter, des relais sont alors créés : les maisons de force pour le secteur privé et, plus tard, les dépôts de mendicité dans le prolongement de l'hôpital général pour le secteur public. Celles-ci sont également nommées "maisons de correction" et existent depuis le XVIII^e siècle. La lettre de cachet est l'instrument légal du placement, d'abord uniquement selon la volonté du souverain puis progressivement par le lieutenant général de Paris et enfin les intendants de province. Les principaux demandeurs de ces lettres restent les familles mais la justice peut également faire placer quelqu'un directement. C'est donc dans ces maisons de force que la majorité des insensés placés vont se retrouver, en tout cas ceux d'entre eux qui font parler d'eux, troublent l'ordre public ou sont considérés comme dangereux. Il n'y a pas d'amalgame entre eux et les autres candidats à la correction, ils sont bien considérés comme malades même si ce n'est pas le diagnostic qui intéresse mais plutôt les troubles du comportement qui sont alors décrits. Là encore, la demande s'avère croissante et le pouvoir royal va fortement inciter des communautés religieuses à devenir des maisons de force.

- Les dépôts de mendicité

Le 21 octobre 1767, l'arrêt du Conseil d'Etat du roi crée des dépôts de mendicité, entretenus *"aux frais de Sa Majesté"*. *"Dans la plupart des provinces, les hôpitaux ne sont pas suffisamment rentés et ils n'ont pas de lieux de force assez sûrs"*, les dépôts ainsi créés vont avoir pour rôle de combler ces lacunes avec la création de *"maisons suffisamment fermées pour y retenir les vagabonds et gens sans aveu condamnés à être renfermés"*. Des maisons de force civiles et moins chères voient le jour qui servent également à faire le tri entre les mendiants valides et infirmes. Les insensés seront mentionnés pour la première fois officiellement dans une lettre d'explication aux évêques du royaume et dans laquelle ils sont destinés à être internés à l'Hôpital. Après seulement quelques années, les dépôts sont surpeuplés : les mendiants valides sont sortis rapidement tandis que les invalides deviennent quant à eux des pensionnaires permanents. La question de l'accueil et de l'assistance aux insensés commence à être formulée avec l'idée déjà qui commence à mûrir d'hospices qui leur seraient spécialement réservés.

C) Au seuil de l'aliénisme

- L'ouverture du débat

Un vent de réforme souffle avec notamment l'arrivée du courant philanthropique caractérisée par "une répugnance innée à voir souffrir son semblable" (Rousseau 1755) . L'assistance et la bienfaisance sont deux notions importantes pour ce courant et la société se doit de réparer le mal dont elle est la cause. Le débat est relancé sur les hôpitaux généraux, les dépôts de mendicité et les maisons de force et leur situation catastrophique, mais surtout sur l'utilisation des cachots et des chaînes pour les insensés coupables d'aucun crime. L'idée surgit de développer des secours à domicile, construire de petits établissements et surtout de spécialiser ceux-ci.

- Les débuts de l'aliénisme

En 1781, Dr Colombier accompagné de deux autres médecins, Doublet et Thouret, organisent une inspection générale et permanente des hôpitaux civils et maisons de force dans toute la France et ainsi paraît en 1785, sur ordre du gouvernement, *L'Instruction sur la manière de gouverner les Insensés, et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés*. Il y est préconisé une protection et des soins par la Société pour les êtres les plus fragiles, puis aboutira à une prise en charge spécifique par les pouvoirs publics des fous et cela en fonction de la nature de la folie qui les atteint. Jacques – René Tenon, membre notamment de l'académie de Médecine mais aussi de la commission chargée de donner son avis sur la réforme des hôpitaux parlera dès 1785 d'hôpital pour les fous dont la fonction – même serait de les soigner.

Dans le même esprit, les maisons de force sont contrôlées et en particulier les lettres de cachet qui se sont multipliées au cours du XVIII^e siècle. En 1784, le baron de Breteuil, alors ministre de la maison du Roi, adresse aux intendants du royaume et au lieutenant général de police la "circulaire concernant les prisonniers par lettres de cachet". Le but est alors de mettre un terme aux détentions des aliénés qui n'ont pas été décidées par jugement sauf en cas de dangerosité avérée.

- La Révolution Française

Survient alors la Révolution Française, qui va engendrer l'abolition des lettres de cachet et la suppression dans le principe des maisons de force qui sont religieuses soit la quasi-totalité. Toute personne détenue va être remise en liberté, condamnée ou enfermée dans un hôpital prévu à cet

effet. La procédure pour faire interner quelqu'un par la police générale devient très complexe avec un arrêté du corps municipal et un procès-verbal d'enquête constatant l'état de folie signé par deux officiers de santé. Pour les fous, la situation change peu : ils restent souvent internés mais clandestinement. D'autres vont être transférés dans de nouveaux établissements, oeuvres de charité gérées par des citoyens, hospices spécialisés pour les fous. Le diagnostic de folie est posé par le juge, le médecin n'a pas encore sa place dans le domaine.

- Pinel et la "libération des aliénés de leurs chaînes"

Philippe Pinel se fait nommer à Bicêtre en 1793 où il restera jusqu'en 1795 au "septième emploi", c'est-à-dire aux loges des "insensés agités". C'est là qu'il rencontrera Jean – Baptiste Pussin, surveillant–chef à l'origine de la "libération des aliénés de leurs chaînes par Pinel". Lors de sa mutation à la Salpêtrière, il demandera à ce que Pussin le rejoigne, convaincu par sa manière d'encadrer les insensés de Bicêtre. Celui-ci interdit aux hommes sous ses ordres de frapper les fous et préconise le "remède moral" et une surveillance active qui rendrait inutile les chaînes. Les chaînes sont alors remplacées par des camisoles de force qui n'empêchent pas ceux qui en sont dotés de se promener. Il écrit le *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou La manie* dont la théorie servira de fondement à la psychiatrie. Il donne ainsi un statut, une dignité au fou. Il sera également un des premiers médecins à promouvoir le traitement moral basé sur la compréhension, la douceur, l'écoute et la bienveillance, prenant en compte l'importance du psychisme et la nécessité de dialoguer avec les patients.

- Esquirol et la naissance de l'Asile

Jean – Etienne Dominique Esquirol sera un des collaborateurs de Pinel à la Salpêtrière avant d'être nommé à la Maison – Royale de Charenton. Il est l'un des premiers à envisager la création d'asiles où serait pratiqué le traitement moral mais où l'enfermement et donc l'isolement auraient des vertus thérapeutiques. Il écrira d'ailleurs : "*une maison d'aliénés est un instrument de guérison ; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales*" (Esquirol 1838) . En 1818, il écrit un rapport *Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens de les améliorer* qu'il présente au ministre de l'Intérieur. Il vient d'effectuer un tour de France des établissements accueillant des aliénés et le constat est très négatif sur les conditions d'accueil dans des établissements parfois quasiment laissés à l'abandon et sur le peu de moyens financiers alloués.

Progressivement, le problème va surgir : comment empêcher les aliénés de nuire aux autres ou à eux-mêmes tout en leur procurant un moyen de guérison ?

- La construction des Asiles d'aliénés

La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés voit le jour. Elle est adoptée à l'unanimité par la chambre des Pairs et prévoit que chaque département ait un asile d'aliénés ou traite avec un établissement public ou privé. Il existe désormais deux modes de placement : placement dit volontaire avec une demande d'admission de l'entourage et un certificat médical d'un médecin étranger à la structure puis deux certificats par un médecin de l'établissement, et placement dit d'office par l'autorité publique. Un statut juridique provisoire pour les aliénés est instauré avec ces placements qui impliquent une restriction de leur liberté de circulation ainsi que de celle relative à la gestion de leurs affaires mises sous une administration provisoire assurée par l'établissement. L'hospitalisation se fait sans le consentement de l'intéressé, l'hospitalisation à la demande du patient ne rentre pas dans le cadre légal.

Le but est d'éviter à l'avenir l'internement abusif et arbitraire des siècles précédents et pour se faire, un registre contenant les informations de chaque malade est soumis au contrôle. Si la personne à l'origine de la demande de placement en fait la demande, le patient peut sortir même s'il n'est pas guéri. De plus, toute personne considérée comme folle peut y obtenir des soins et non plus seulement les personnes à l'origine de troubles à l'ordre public ou susceptible d'être dangereuse. De nouveaux asiles sont construits malgré les difficultés financières et administratives. Cela fait déjà plusieurs années que la réflexion sur ces asiles a débuté, notamment sur leur architecture, thème cher à Esquirol. En effet, l'asile et sa disposition doivent participer à guérir les aliénés, celle-ci doit donc être réfléchie et les malades entre eux triés dans les prémices de la nosographie pour être internés dans des endroits qui leur sont appropriés selon les codes de l'époque.

D) Les portes s'entrouvent

L'asile ainsi pensé devient rapidement la cible de critiques avec partout le même constat : si Pinel a brisé les chaînes des aliénés, ils ne bénéficient pas pour autant de plus de liberté, celles-ci ont été remplacées par des murs de pierre. On lui reproche l'isolement des patients et le peu d'efficacité thérapeutique. A la fin du XIX^e siècle, les restrictions budgétaires empêchent la construction de nouveaux asiles agencés différemment, ceux-ci sont alors pensés autrement. Les

portes à l'intérieur de certains asiles s'ouvrent et des aliénés sont libres de circuler à l'intérieur de l'établissement si leur état clinique le permet.

- La vie dans les asiles

Que deviennent alors ces internés ? Claude Quétel avec l'aide du professeur Chaunu et du professeur Morel analysent les registres d'internement de l'asile du Bon – Sauveur de Caen entre 1838 et 1925 (Quétel 2017). Environ la moitié des internés finissent par décéder dans l'asile (53,1% des entrants), l'autre moitié sort "guéri", "amélioré" ou "non guéri" à la demande des familles. Plus la durée de l'internement est longue plus les chances de sortie s'amointrissent. Cependant, la plupart des aliénés ne sont pas internés et restent à domicile. Selon la statistique nationale des "aliénés traités à domicile", en 1861, 31054 aliénés sont internés tandis que 53160 aliénés sont à domicile.

La thèse de Paumelle sur le quartier des agités rend bien compte des conditions de vie des asiles à l'époque (Paumelle, Koechlin, and Tomkiewicz 1999) . Les patients sont répartis dans les différents pavillons en fonction de leur comportement et de leur sexe : pavillon des agités ou pavillons des gâteaux par exemple. A cette période se multiplient notamment ces quartiers d'agités dans lesquels sont enfermés les malades les plus difficiles, où camisoles et autres bains thérapeutiques – malades plongés de force dans une baignoire recouverte d'un couvercle à des températures plus ou moins chaudes et de durée pouvant aller de quelques heures à quelques jours sans répit ni pour les repas ni pour les selles – sont légion. Les camisoles de force ont remplacé les chaînes, certains malades pouvant être alités jour et nuit, nourris à la cuillère. Tous portent l'uniforme de l'asile, aucun n'a accès à ses effets personnels. Les femmes sont appelées par leur nom de jeune fille et non leur nom d'épouse. Des gardiens ou plus tard des infirmiers s'occupent de malades, parfois pendant toute leur carrière en ayant aucune formation en psychiatrie. Les pavillons sont fermés, il existe des cours de plus ou moins grande taille en fonction des pavillons, et donc de la catégorie de patients, mais qui ne sont pas aménagées pour pouvoir réellement les accueillir. Paumelle parle du pavillon d'agités de l'hôpital de Maison Blanche dit "pavillon 3-6" dans lequel la cour dont *"l'absence de toilettes extérieures et la difficulté de sa surveillance amènent à penser qu'elle n'a jamais été prévue à l'usage des malades"*.

- Marandon de Montyel

En 1896, le docteur Marandon de Montyel exerce comme médecin-chef de l'asile de Ville-Evrard dont il critique l'inefficacité et l'encombrement et vante le système de l'"open door" pratiqué

en Ecosse – pas de pratique de la porte ouverte telle qu'on pourrait le traduire mais possibilité d'être en admission libre pour les plus riches. L'organisation intérieure et l'architecture des asiles sont modifiées : les portes s'ouvrent à l'intérieur des asiles, les patients pratiquent des activités, disposent de distractions, prennent leur repas ensemble et peuvent même se promener. Le "non-restraint" de l'aliéniste John Conolly, qui a supprimé tous les moyens de contention : camisoles, fauteuils de force, ... s'oppose au "restraint system" français. Marandon de Montyel préconise que l'"hygiène de l'isolement" mise en place par Pinel soit remplacée par une "hygiène de liberté" avec l'importance pour lui de trouver "*partout un milieu qui rappelle la vie ordinaire*" (Marandon de Montyel 1896).

Il dénonce l'isolement forcé et quasiment complet de l'aliéné et les méthodes coercitives dites thérapeutiques : camisole, douches forcées. "*Si nous supprimons les murs pour les aliénés quels qu'ils soient, et les serrures pour les tranquilles, nous ne supprimons pas la surveillance, tout au contraire; nous la voulons plus assurée et plus efficace pour remplacer ces murs et ces serrures et réaliser cet idéal de procurer au malade la plus grande somme de liberté possible, mais de liberté surveillée et contrôlée sans qu'il s'en doute. [...] Nous affirmons dès maintenant qu'on ne doit garder personne dans une chambre, derrière des barreaux et malgré sa volonté, quand son genre de maladie ne nécessite aucune contrainte ; qu'on ne doit pas empêcher un individu, simplement par ce qu'il est fou, de sortir et de rentrer suivant son bon plaisir lorsque cela n'implique aucun danger ni pour lui, ni pour son entourage.*" Il plaide pour une souplesse des règles de l'asile : maintien des visites et des correspondances, des sorties provisoires, ...

- Edouard Toulouse

En 1922, Edouard Toulouse ouvre un service dit "ouvert" dans ce qui deviendra l'hôpital Henri Rousselle à Paris. Il n'y est pas encore question de portes ouvertes mais d'hospitalisation sans contrainte, donc de ce qui est dit désormais du "service libre". En 1901 il a écrit qu'il n'y avait pas "*en réfléchissant, de suffisants motifs si l'aliéné n'a pas commis ou tenté de commettre un délit, à le priver de sa liberté de ce fait seul qu'il est aliéné*", pensée qu'il remettra en question plus tard (Toulouse 1937) : "*Il y aurait pu y avoir des inconvénients à laisser s'établir un va-et-vient échappant à mon contrôle et susceptible de faciliter l'introduction dans les salles de stupéfiants, d'alcool, etc. Même, en dehors de ces conditions topographiques, j'admets que la porte ouverte ne soit pas appliquée partout. Et on ne l'applique pas dans les services ouverts de mentaux que j'ai visités à l'étranger, en Belgique. Car il y a une responsabilité spéciale du psychiatre à qui l'on confie des malades troublés, et qu'il faut surveiller au moins autant que les délirants des hôpitaux (typhiques, pneumoniques) qu'on doit parfois tenir enfermés*" et de conclure : "*Ce n'est d'ailleurs*

pas la porte ouverte qui fait le service ouvert. ". Il s'inquiétera également de l'"après", de la sortie de ces patients de ces asiles où ils sont souvent internés à long terme et pour qui le retour dans la société n'a pas été prévu.

On imagine à quel point ces pratiques font parler d'elles et créent un vrai clivage entre "psychiatres" modernes en pleine ouverture et "aliénistes" fermant la porte à toute idée de réformes et de remise en question des pratiques.

- La circulaire Rucart

Un décret ministériel paraît le 8 avril 1937 qui officialise le changement de dénomination des anciens asiles d'aliénés en hôpitaux psychiatriques. La même année, un dispensaire d'hygiène mentale est créé dans chaque département par le ministre de la santé publique Marc Rucart par circulaire le 13 octobre 1937, lieux de consultation mais également de prévention. "*Les pavillons libres d'observation et de traitement*" voient également le jour, services ouverts non soumis au régime légal prévu par la loi de 1838. Le but était alors de développer la présence de psychiatres dans "*les lieux où il risquait de se produire des décompensations*" (Bonnafé 2000) c'est-à-dire des dispensaires. Leur développement est prévu par Hazemann, alors conseiller technique du premier ministre de la Santé du Front populaire mais celui-ci est empêché par la survenue de la guerre mais aussi et surtout par le manque d'intérêt des psychiatres français selon Bonnafé. Cette circulaire est aujourd'hui considérée comme un des premiers fondements de la psychiatrie de secteur.

- L'abandon des fous à eux-mêmes

Puis survient la Deuxième Guerre Mondiale. Durant celle-ci, les malades mentaux sont "abandonnés" à leur sort : par leur famille, par les pouvoirs publics. La surmortalité par famine est présente partout en France avec un rationnement de la nourriture et les fous ne font pas exception. Le sort des fous intéressera peu l'opinion publique avant la fin de la Seconde Guerre Mondiale.

E) Les portes s'ouvrent

Cette époque voient surgir plusieurs révolutions : psychothérapiques avec l'avènement de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle qui en découle, neurobiologiques avec l'arrivée des premiers traitements neuroleptiques mais également le développement de l'antipsychiatrie.

- La psychothérapie institutionnelle

C'est en pleine seconde guerre mondiale que va naître ce courant. Les restrictions, la malnutrition voire la dénutrition, la peur de l'occupation allemande vont pousser certains médecins à ouvrir les portes des hôpitaux psychiatriques pour donner une chance de survie à leurs pensionnaires. C'est plus précisément dans l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban en Lozère en 1942, là où se trouvent la "Société du Gévaudan" constituée par Tosquelles, Balvet, Chaurand et Bonnafé ainsi que des Résistants célèbres ou certains intellectuels juifs comme Paul Eluard ou Canguilhem. Le mouvement ne sera nommé psychothérapie institutionnelle qu'en 1952 par Daumezon et Koechlin. Tosquelles se base sur les travaux de Freud, de Lacan et d'Hermann Simon, psychiatre allemand auteur du livre *Pour une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique* dans lequel il précise qu'il faut d'abord soigner l'hôpital et les préjugés sur l'inactivité et l'irresponsabilité des "fous" pour soigner les malades. Une meilleure connaissance de la psychose et de ses enjeux intrapsychiques, des interactions avec le "*milieu de vie*" et des effets iatrogènes induits par l'enfermement et des pratiques des hôpitaux psychiatriques d'alors, constituent les principes de la psychothérapie institutionnelle. C'est dans l'atmosphère de la Libération avec le souhait de construction d'une société nouvelle que le mouvement de la psychothérapie institutionnelle s'est largement étendu aux hôpitaux psychiatriques de toute la France.

- La psychanalyse

Il faudra plusieurs années pour que la psychiatrie s'intéresse à la psychanalyse. Freud écrira dans son *Introduction à la psychanalyse* (Freud 1917) que celle-ci "*veut donner à la psychiatrie la base psychologique qui lui manque; elle espère découvrir le terrain commun qui rendra intelligible la rencontre d'un trouble somatique et d'un trouble psychique.*" La psychanalyse remet le patient au centre des préoccupations de la psychiatrie.

- Les psychotropes

Les psychotropes arrivent alors sur le marché ce qui va révolutionner les prises en charge des malades mentaux. Les délires s'amendent, la thymie se régule, les agitations s'apaisent. Le nombre de patients hospitalisés va de ce fait fortement diminuer. De cinq-cents mille individus en 1955 avant l'utilisation massive de la chlorpromazine, le nombre de patients hospitalisés passe à deux-cent mille environ en 1975 (Pierre PéronMagnan, « L'ère Moderne Des Thérapeutiques Biologiques », in Jacques Postel et Claude Quétel (Dir.), *Nouvelle Histoire de La Psychiatrie*, Paris,

Dunod, 1994 n.d.).

- L'antipsychiatrie

L'antipsychiatrie s'est fortement développée dans les années soixante et regroupe l'ensemble des courants dans lesquels la psychiatrie serait synonyme d'asile, d'isolement et d'enfermement. La psychiatrie y est considérée comme un outil de la répression sociale de la folie.

F) La construction de la politique de secteur

- L'ouverture du monde psychiatrique

En 1952, l'Organisation Mondiale de la Santé formule les nouveaux principes régissant le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques par le biais d'un comité d'experts de la santé mentale (Baker, Davies, and Sivadon 1961). L'hospitalisation devient un dernier recours pour les malades qui ne peuvent être soignés à domicile ou dans leur famille du fait de la gravité de leur état ou de raisons familiales. Celle-ci est transitoire et son objectif est la réintégration et la réinsertion sociale. Dans la mesure du possible, les soins psychiatriques sont pensés pour favoriser les liens entre le malade, le monde extérieur et la collectivité, que celui-ci reste libre et autonome, s'appuyant alors sur des structures extra-hospitalières présentes dans les villes et sur les lieux de vie des patients. L'hospitalisation longue durée y est dénoncée avec son coût financier et ses effets pathogènes tels que le rejet de la société et la mise à l'écart du monde. L'"hospitalocentrisme" prend fin officiellement en France par le biais de la circulaire du 15 mars 1960 qui met en place la politique du "Secteur" et la continuité des soins par le développement des structures extra-hospitalières dans une démarche de "désinstitutionnalisation". Ainsi, dans le service public, alors que l'organisation des établissements de psychiatrie est longtemps restée stable et plutôt uniforme, la sectorisation psychiatrique a restructuré profondément les hôpitaux publics à partir des années 70 tant en intra qu'en extra-hospitalier. Les hôpitaux psychiatriques s'ouvrent, les malades regagnent la société.

Les services hospitaliers ne sont plus différenciés en fonction du type de patients qu'ils reçoivent mais du secteur géographique dont dépendent les patients. Le règlement des pavillons change avec l'affectation de ceux-ci, des services s'ouvrent et le nombre de lits dans ces unités non fermées augmente : il passe de cent quatre-vingt-cinq lits à la fin des années 1940 (moins de dix pour cent des deux mille lits existant) à trois cent-trois lits réservés aux patients en soins libres en

1966, puis sept cent-sept en 1970 à l'hôpital du Vinatier (Eyraud and Moreau 2013) . Si à l'origine les secteurs géographiques étaient composés d'environ soixante-dix mille habitants des redécoupages actuels sont plus près des cent mille habitants. Les centres hospitalo-universitaires ont pour beaucoup développé des services spécialisés dans le traitement ou le diagnostic d'une pathologie ou d'une population particulière et sont dits inter-sectoriels.

- La politique de secteur selon L. Bonnafé

Mais le secteur psychiatrique ne se résume pas à un simple découpage géographique. Dans un entretien donné en 2000 pour la revue Santé Mentale, Bonnafé parle de la psychiatrie de secteur et tente de la définir (Bonnafé 2000). Selon lui, le secteur est né en 1958 lors du colloque de Sèvres qu'avaient organisé les Ceméa, centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active, et s'intègre dans la lignée de la politique de santé du Front populaire *"en ce sens que c'est une application de santé vraiment populaire, réellement décentralisée et démocratique"*. Celle-ci s'oppose à la psychiatrie traditionnelle qu'il appelle une *"psychiatrie d'écrémage"*, où les psychiatres voulaient s'occuper de malades dits *"intéressants"* tandis qu'ils renvoyaient les autres, le *"rebut"*, les *"petits mentaux"* à l'asile. *"Dans la société dans laquelle nous vivons, qui dit folie dit enfermement"* ce qui est pour lui *"profondément inhumain"*, et fait de la psychiatrie traditionnelle *"une machine à exclure"*. *"L'idée des fondateurs du secteur, c'était au contraire de dire que, lorsque quelqu'un est menacé de perdre la tête, il a le droit d'avoir à proximité de quoi faire face à son problème. [...] Ceci en privilégiant le travail hors les murs et en ne se servant de l'hospitalisation que s'il y a une indication [...] La psychiatrie de secteur se définit par opposition à la position traditionnelle de la psychiatrie, qui est d'être un lieu de rejet."*

G) Qu'en est-il actuellement en France ?

Il n'existe encore que très peu de données sur l'état d'ouverture ou de fermeture des unités de psychiatrie en France, alors que le sujet intéresse de plus en plus au niveau international. Il semblerait qu'entre les années 1970 et 1990 les services de psychiatrie aient bénéficié d'un climat plutôt favorable aux ouvertures des unités, même si peu de témoignages sont retrouvés.

- Renforcement du cadre juridique

Avec la loi du 30 juin 1990, le cadre juridique autorisant l'enfermement et la restriction de libertés se voit renforcé. Des unités caractérisées par un niveau de fermeture très élevé telles que les Unités pour Malades Difficiles, les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques ou les Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées sont créées et se multiplient en France. Plusieurs auteurs prennent la date du discours de Nicolas Sarkozy à Antony en décembre 2008 comme point de départ d'une accentuation des mesures sécuritaires à savoir les mesures de contrainte, de contentions, d'enfermement et de surveillance dans les établissements psychiatriques (Bantman 2010) (Eyraud and Moreau 2013) . La politique de la porte ouverte est depuis de plus en plus remise en cause.

- L'organisation des soins psychiatriques en France

On retrouve en France trois composantes dans le dispositif de soins psychiatriques :

- une composante exclusivement ambulatoire, faite de psychiatres libéraux exerçant en cabinet
- une composante non sectorisée, faite d'établissements publics ayant une activité spécialisée ainsi que des établissements privés à buts lucratifs
- une composante sectorisée faite d'établissements publics, services de psychiatrie dans des centres hospitalo-universitaires, des hôpitaux généraux ou encore des hôpitaux spécialisés ainsi que des établissements privés d'intérêt collectif, composante la plus importante et qui va nous intéresser pour le sujet traité.

L'extra – hospitalier regroupe Centre Médico – Psychologique, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel et Hôpital de Jour. Les dispositifs de soins en dehors de l'hospitalisation temps plein se sont multipliés avec foyers de postcure, appartements thérapeutiques, accueils familiaux thérapeutiques, centre d'accueil et de crise, ...

- Une organisation différente selon les services de psychiatrie

Au sein-même des secteurs, les structures ne sont pas réparties de la même manière entre intra et extra – hospitalier. Par exemple, dans le secteur 59G21 à Armentières, environ quatre-vingts pour cent des effectifs soignants interviennent en extra – hospitalier avec deux "services médico – psychologiques de proximité" où les soignants sont très mobiles. Les activités thérapeutiques sont réalisées dans la cité et non pas dans un endroit banalisé comme dans un hôpital de jour (Lopez and Turan Pelletier 2017) .

En intra – hospitalier, les secteurs disposent en général de deux unités dans lesquelles les

pathologies, et donc les patients, sont mélangés. L'organisation est différente selon les hôpitaux. Certains sont dotés d'une unité d'hospitalisation de courte durée qui est alors intersectorielle pour les patients en crise dont le séjour ne durera pas plus de trois à six jours en général. Si le séjour excède cette durée ou si l'hôpital n'a pas ce genre d'unité, les patients sont alors hospitalisés dans des unités dites d'admission – schématiquement des unités pour "cas aigus " ou les "entrants". Un autre type d'unité existe également pour les patients dont la durée d'hospitalisation est plus longue, et dont le travail notamment de réhabilitation ou d'autonomisation demande plus de temps, et donc plutôt pour les "cas chroniques". Certaines unités sont conçues de telle manière qu'il est possible au niveau architectural de fermer une partie du service, quelques chambres dont au moins une chambre d'isolement ainsi qu'en général un espace extérieur et des pièces d'usage collectif ce qui permettrait de maintenir ouvert le reste du service. A Toulouse, dans le centre hospitalo-universitaire et le centre hospitalier spécialisé en psychiatrie il est même possible d'ajuster en fonction de la situation des patients accueillis le nombre des chambres de la partie du service fermée, chaque chambre ayant une deuxième porte s'ouvrant sur un couloir de la partie ouverte qu'il est possible de verrouiller. Le médecin qui prescrit l'hospitalisation du patient oriente celui-ci en fonction de ce qui lui semble le plus adapté entre ces différentes unités ou encore vers une unité spécialisée intersectorielle.

- A l'avenir ?

Il est possible qu'à l'avenir, avec la mise en oeuvre des Groupements Hospitaliers de Territoire, de Communautés Psychiatriques de Territoire et autres Projets Territoriaux de Santé Mentale sur lesquels nous ne nous attarderons pas, l'organisation se modifie avec l'accroissement des contraintes budgétaires et l'évolution des pratiques médicales de plus en plus spécialisées.

- Etat des lieux des pratiques d'ouverture ou de fermeture des unités en France

Une seule étude réalisée en France en 2003 par l'Association nationale des psychiatres présidents et vices-présidents de commissions médicales d'établissements a fait cet "état des lieux" sur les pratiques des hôpitaux psychiatriques en terme d'ouverture ou non des unités (Alezzah and Bobillo 2003) . Sur les 835 services psychiatriques implantés en France, moins d'un quart ont répondu. Cent vingt-et-un services ont des unités fermées dont trente-six qui n'ont que des unités fermées et cent cinquante-trois services qui ont des unités ouvertes dont soixante-huit qui n'ont que des unités ouvertes. Environ deux tiers des unités ouvertes sont parfois fermées de manière ponctuelle dans la journée en fonction de l'état clinique ou du mode de placement de certains

patients ou par des éléments conjecturels tels que les moments des repas ou lorsque le personnel est en nombre insuffisant. Seul un tiers des unités ouvertes le sont en permanence.

H) Synthèse

Il est inévitable de constater que la folie a longtemps été associée à une forme d'enfermement. Une fois l'Hôpital Général créé, les murs n'ont pas fini de se construire autour des fous par différents biais : maisons de force, dépôts de mendicité et enfin les asiles.

L'objectif était thérapeutique lors de la création des asiles et de l'écriture de la Loi de 1838, l'enfermement et l'isolement devaient permettre la guérison des aliénés. Les chaînes étaient abolies, la camisole de force elle aussi fortement contraignante permettait les allers et venues et le traitement moral était de rigueur. Malheureusement, après plusieurs années le bilan était mauvais : l'asile ne guérissait pas ou peu, la moitié des fous y étaient emmurés jusqu'à leur mort. Plusieurs psychiatres comme Marandon de Montyel ou Edouard Toulouse ont tenté de prodiguer des soins différemment dans des unités universitaires ou asilaires en faisant le pari de "service ouvert" ou d'un assouplissement des règles. Il a fallu attendre la fin de la Seconde Guerre Mondiale et la "Société du Gévaudan" pour voir apparaître un vrai changement de paradigme et un vent de réforme dans les soins avec les débuts de la psychothérapie institutionnelle, prémices de la politique de secteur. Les hôpitaux psychiatriques s'ouvrent sur la cité et proposent des soins "hors les murs" favorisant la réintégration et la réinsertion. Les unités s'ouvrent jusqu'aux années 1990. Le cadre juridique se renforce alors sur l'enfermement et la restriction des libertés.

Actuellement, l'organisation des soins psychiatriques diffère en fonction des unités et donc des médecins et des directions qui les gèrent. Certains services misent beaucoup sur l'"extra-hospitalier" tandis que d'autres n'ont en "intra-hospitalier" que des unités fermées. Il n'existe que peu de données sur l'état actuel des unités fermées ou ouvertes en France et sur le fonctionnement des pavillons en psychiatrie mais il semblerait que depuis plusieurs années des mesures sécuritaires soient de plus en plus présentes. Certains citent le discours de Nicolas Sarkozy en 2008 à Antony comme le point de départ d'un renforcement de ces mesures. La politique de la porte ouverte est de plus en plus remise en cause dans ce qui pourrait ressembler à un retour aux vieux asiles. Mais quelles en sont les raisons ? La sécurisation des unités a-t-elle un impact bénéfique pour les patients et les soignants ? Que dit la loi en matière d'ouverture ?

III. Revue de la littérature

Actuellement, les raisons données justifiant cette politique d'unité fermée sont tout d'abord la prévention des fugues avec le risque que cela engendre que le patient attende à ses jours ou agresse d'autres personnes (Haglund et al. 2007) . C'est la raison la plus citée et en premier lieu par les cadres de santé. Viennent ensuite la législation avec le fait d'accueillir des patients hospitalisés sous contrainte et donc sans leur consentement, la question de la sécurité des patients et de leur protection, la lutte contre l'importation dans les unités de toxiques ou l'entrée de personnes non-désirées, le besoin des équipes de contrôler les patients, de savoir où ils se trouvent et leur entrée ou sortie, de pouvoir observer et surveiller les patients qui en ont besoin. Ainsi, le nombre de personnel requis est pensé plus faible, l'environnement de travail est décrit comme plus sûr. Les traditions sont également citées ainsi que les décisions locales des professionnels, l'architecture des hôpitaux qui peut compliquer la tâche de surveillance des patients au sein des unités mais également en-dehors, le manque de compétence des professionnels, le fait que la fermeture des portes se fait de manière automatique. Enfin, la dernière raison citée est celle du souhait personnel de certains patients de fermer les unités, cela aurait sur eux un effet anxiolytique notamment. Il s'agit là des résultats d'une étude menée en Suède sur des cadres de santé travaillant en psychiatrie. Mais dans la réalité, quel impact la fermeture ou l'ouverture des portes a-t-elle réellement ? S'agit-il de fantasmes de la part des professionnels de santé et du public plus large ou de faits basés sur la réalité ? Il me semble important pour répondre à ces questions de réaliser une revue de la littérature.

Toutes les études réalisées sur la problématique de langue française ou anglaise ont été incluses. Pour cela, des recherches ont été faites jusqu'en mars 2019 sur le site "PubMed" avec les mots-clés en français et en anglais : "open" "ward" "closed" "psychiatry" dans un premier temps. Dans un second temps, des recherches sur des thèmes plus précis ont été menées avec les termes "absconding", "violence", "suicide", "seclusion" ou "substance use".

A) Fugues

Lorsque l'on évoque l'ouverture des services, l'une des premières réactions observées est la crainte d'un passage à l'acte notamment d'une fugue ou d'une sortie sans autorisation, termes pouvant être employés indifféremment par certains professionnels.

- Impact sur le taux de fugues

Plusieurs équipes se sont intéressées aux relations entre "fugues" selon les critères propres à chaque étude et l'état ouvert ou fermé des pavillons. Les résultats concernant la diminution du taux de fugues grâce à la fermeture des portes des services sont contradictoires et ne permettent de conclure sur l'efficacité ou non du verrouillage des portes (Van Der Merwe et al. 2009) .

Un état des lieux a été fait en 2011 sur les fugues au centre hospitalo-universitaire de Nantes (Desrues 2012). Le taux de fugues a été significativement supérieur en unité ouverte (13,6% contre 10% en unité fermée) avec une surreprésentation en unité fermée de patients fugueurs sous contrainte et avec un contrat de soins dit "restrictif", c'est-à-dire absence ou limitation des droits de téléphone et/ou de visites et/ou de sorties en-dehors de l'unité. Le délai entre l'entrée et la fugue semble significativement plus long que celui retrouvé en unité ouverte.

Dans une revue de la littérature parue en 2011, Stewart et Bowers relèvent une augmentation du taux de fugues dans les services ouverts comparativement aux services fermés (Stewart and Bowers 2011) . Cependant, un biais important est relevé sur le fait que ce qui est inclus dans les fugues diffèrent selon les études du fait de l'absence de mesures standardisées. Par exemple, plusieurs hôpitaux considéraient un patient comme fugueur quand l'équipe était suffisamment inquiète pour ce patient. A l'inverse, d'autres études ne considéraient une fugue qu'après un certain temps d'absence qui allait de une à soixante-douze heures. De plus, si le résultat final va vers une diminution du nombre de fugues avec la fermeture des portes, les différentes études utilisées ont des résultats plus contradictoires : six vont vers une efficacité des portes fermées, deux autres sont plutôt en faveur d'une efficacité de l'ouverture des portes et encore deux autres sur une absence de différence entre les deux politiques. Un taux plus faible de fugues dans les unités fermées comparativement aux unités ouvertes a été retrouvée dans des études plus poussées analysant également le temps d'ouverture ou de fermeture des portes (toujours ouverte, porte fermée durant moins d'une heure, porte fermée entre une et trois heures, porte fermée plus de trois heures et porte toujours fermée). L'étude menée par l'équipe de Beaglehole en 2016 retrouve une augmentation de 58% des sorties sans autorisation dans les dix-huit mois qui ont suivi l'ouverture des portes des quatre unités de psychiatrie (Beaglehole et al. 2017) tandis que celles-ci ont doublé dans le service de Smith, passant de 4 par mois à 8 (Smith and McCauley 2018) . Mais ces études concluent néanmoins à un résultat similaire : si le fait de fermer les portes des unités semble être partiellement efficace pour prévenir les fugues, il ne les empêche pas complètement avec un taux de fugues qui reste non-négligeable (Nijman et al. 2011), (Bowers, Allan, Haglund, Mir - Cochrane, et al. 2008) (Stewart and Bowers 2011) et à contre-balancer par les conséquences négatives potentielles de plus en plus reconnues (Stewart and Bowers 2011) .

A l'inverse, plusieurs études retrouvent une diminution significative du nombre de fugueurs dans les services ouverts (Lang et al. 2010), (Huber et al. 2016), (Bowers, Allan, Haglund, Mir - Cochrane, et al. 2008). De plus, les fugueurs retournent plus dans les unités d'hospitalisation quand celles-ci sont ouvertes que fermées (1,5% contre 1,2%) (Huber et al. 2016), tandis qu'au contraire les fugues sans retour du patient sont plus fréquentes dans les hôpitaux ayant des unités fermées (0,7% contre 0,6%).

Un troisième cas de figure a également été retrouvé, avec un taux similaire de fugues dans les unités ouvertes et dans les unités fermées (Muir-Cochrane et al. 2011). Le nombre de fugues est plus élevé dans les unités fermées pour un nombre de patients plus faibles hospitalisés dans les mêmes unités, mais la différence retrouvée est non significative. Là encore, la conclusion ne change pas sur l'absence d'efficacité du verrouillage des portes sur la prévention des fugues.

La seule étude réalisée en France sur le sujet a été menée par deux infirmiers, Anne Marie Leyreloup et Emmanuel Digonnet à l'hôpital Esquirol entre décembre 2000 et mai 2001 (Leyreloup and Digonnet 2003) . Ils ont comptabilisé le nombre de "sortie sans autorisation" uniquement pour les patients hospitalisés sous contrainte dans des unités fermées ou ouvertes tandis que le service des admissions relevaient toutes sorties non autorisées même chez les patients en hospitalisation libre. Dans les deux services ouverts, il est retrouvé 25 et 6 sorties sans autorisation (contre respectivement 33 et 44 selon le service des admissions) contre 11 dans l'un des services fermés (48 selon le service des admissions) dont un seul retour le jour-même. Dans le service où 25 sorties sans autorisation ont été relevées, 12 patients sont rentrés le jour-même et 3 le lendemain soit 60% des fugueurs alors que dans l'unité fermée, un seul retour a eu lieu soit 9%. Il est donc impossible de conclure sur cette étude à une efficacité de la fermeture des portes voire il est important de prendre le compte le nombre de patients revenus dès le jour-même ou le lendemain.

- Impact sur la prévention des fugues

L'équipe de Lang (Lang et al. 2010) suggère que le fait de respecter les libertés individuelles associé à une politique de portes ouvertes prévient la fugue des patients qui ne ressentent pas le besoin de quitter l'hôpital. A l'inverse, la restriction des libertés et l'enfermement des patients peuvent pousser ceux-ci à fuguer alors même que c'est le contraire qui est recherché par ces pratiques. De plus, Nijman et son équipe concluent sur le fait que si la politique de fermeture des unités ne semble être que peu efficace sur la prévention des fugues des patients, il existe des alternatives intéressantes à cette politique et qui seraient plus efficaces.

Ainsi, l'équipe de Bowers s'est également intéressée à l'impact d'un programme anti-fugues

sur les patients dans des unités de crise de psychiatrie fermées de manière partielle (Bowers, Alexander, and Gaskell 2003) (Bowers, Simpson, and Alexander 2005). Le programme comprend par exemple l'identification des patients à haut risque de fugue, des soins infirmiers ciblés quotidiens pour ces patients et une préservation des contacts sociaux par appels téléphoniques ou des visites. Le taux de fugues a diminué de manière significative avec une baisse de 25% durant la période d'intervention comparé à la période précédente. Dans les unités dans lesquelles l'intervention a été efficace, la fréquence des incidents violents n'a pas changé et la fréquence de fermeture des portes a diminué de manière significative. La raison de cette baisse n'est donc pas due aux portes qui auraient été fermées de manière plus fréquente puisqu'au contraire les portes ont été bien plus ouvertes durant l'intervention. Dans les unités dans lesquelles le taux de fugues n'a pas changé, il semblerait que celui-ci avant intervention était déjà bas, et il est possible selon les auteurs qu'il y ait un taux minimum de fugues sur lequel on n'ait que peu d'action malgré les stratégies mises en place.

L'Inspection Générale des Affaires Sociales cite également dans son rapport datant de 2011 sur les accidents en psychiatrie un des pôles ouverts du Centre Hospitalier Henri Laborit, accueillant également des malades hospitalisés sans leur consentement en dehors des patients hospitalisés d'office (Lalande and Lepine 2011). Il y est pratiqué en plus d'une surveillance rapprochée des patients les plus susceptibles de fuguer de nombreuses activités dans le but de "rendre le séjour agréable" aux patients et de faciliter le consentement aux soins. Ainsi, le taux de fugues enregistré dans ce pôle serait plus faible que celui retrouvé dans les unités fermées. Cependant, aucun chiffre n'est cité venant appuyer ces résultats.

Il semblerait donc qu'une prise en charge adaptée des patients potentiellement fugeurs soit un moyen efficace de prévenir les fugues sans nécessité de maintenir les portes des services fermées.

- Raisons des fugues

Enfin, il est nécessaire de s'intéresser aux raisons données par les fugeurs pour expliquer celles-ci et cela a fait l'objet d'une étude (Bowers et al. 1999). Le fait de se voir refuser une permission demandée pour un but précis, la restriction de liberté, l'isolement par rapport aux proches et à la famille sont des raisons fréquemment citées. Le sentiment d'enfermement est cité comme raisons de fuguer dans plus de la moitié des cas (58%), et l'isolement dans 20% (Desrues 2012) on y reviendra plus tard. Ainsi, il est possible que les portes fermées afin d'empêcher les fugues, soient elles-mêmes génératrices d'une envie de fugue du fait de ces sentiments d'enfermement ou d'isolement.

- **Dangerosité des fugues**

Pour clore ce chapitre sur les fugues, une dernière question que l'on se pose concerne l'impact du verrouillage des portes sur la dangerosité des fugues pour le fugueur. En effet, il est fort probable que dans les cas de fugue ayant lieu dans des unités ouvertes, le fugueur choisisse de passer par les portes mais qu'en est-il lorsque les portes sont fermées ? Aucune étude n'a noté de choses particulières sur le sujet mais l'on peut penser que certains patients se mettent alors en danger en passant par des fenêtres ou les toits voire mettent en danger les soignants et les patients en les bousculant ou les agressant lors de l'ouverture des portes.

B) Passages à l'acte hétéro-agressifs et recours à l'isolement

Une autre des interrogations soulevées par l'ouverture des portes des services de psychiatrie est celle des passages à l'acte hétéroagressifs. Les unités fermées sont considérées comme "plus sûres" et comme prodiguant une "meilleure protection" pour les patients et les soignants. Quel est leur impact en terme d'agressivité et de violence sur les patients ? Permettent-elles d'apaiser la symptomatologie agressive ou au contraire en génèrent-elles ?

- **Impact sur l'agressivité et la violence**

Une augmentation de l'agressivité et de la violence dans les services lorsque les portes sont fermées a été retrouvée dans plusieurs études (Lang et al. 2010) (Schneeberger et al. 2017) avec des analyses plus poussées qui vont vraiment dans le sens d'une réduction de l'agressivité par le fait-même d'avoir des portes ouvertes . Par exemple, l'équipe de Smith constate une diminution de 27,4% des événements violents (de 31,7 à 23 incidents violents par mois) dans les six mois qui ont suivi l'ouverture des portes du service (Smith and McCauley 2018) . D'autres études réalisées concernant les agressions au sein des services de psychiatrie ont identifié le fait de fermer les portes des unités, que ce soit de manière partielle ou totale comme un facteur étant associé à une montée de la violence, qu'elle soit verbale ou physique, contre des objets ou d'autres personnes (Bowers et al. 2009). Seule l'étude réalisée par l'équipe de Beaglehole retrouve une hausse du nombre d'agressions de tout type d'environ 8% après ouverture des portes, cependant l'augmentation constatée n'est pas significative (Beaglehole et al. 2017) .

- Impact sur le recours aux chambres d'isolement et aux moyens de contention

Un des moyens d'étudier le lien entre les portes ouvertes d'un service de psychiatrie et les passages à l'acte hétéroagressifs est d'étudier le recours à la chambre d'isolement et à la contention dans les conditions définies. En effet, le recours à l'isolement est dans la plupart des cas dû à un épisode de violence verbale ou physique, des menaces de passage à l'acte agressif ou une agitation psychomotrice (Kaltiala-Heino et al. 2003). A court terme le recours à la chambre d'isolement a tendance à baisser de manière significative lors de la mise en place d'une politique d'ouverture des portes (Lisa Hochstrasser et al. 2018) (28,2% des patients à 13,9%). Cette diminution du recours à l'isolement est également obtenue à moyen terme (2 ans) (Jungfer et al. 2014) avec un pourcentage de patients nécessitant une chambre de soins intensifs entre 13,1 et 16,3% en unité fermée et entre 0 et 2,1% en unité ouverte. Cette même baisse est également observée à plus long terme dans différentes études, sur six et quinze ans (Schneeberger et al. 2017).

L'équipe de Hochstrasser a ensuite poursuivi l'étude durant six ans entre 2010 et 2015 avec une ouverture permanente des portes des services dans six des quinze unités (L. Hochstrasser et al. 2018). Dans ces services ouverts, le recours à l'isolement a diminué de manière significative avec le temps, l'odds ratio est de 0,88 et la probabilité d'avoir recours à l'isolement pour un patient hospitalisé a été diminuée de 12% par année. Le taux de patients isolés est ainsi passé de 8,2% à 3,5% avec un nombre de passages en chambre de soins intensifs de 5,1 à 2,9 par patients isolés. La durée du séjour en chambre de soins intensifs a elle-aussi été diminuée (27,1h à 18,2h). Cette diminution du recours à l'isolement a également été constatée par l'équipe de Beaglehole avec notamment une baisse de 53% de la durée moyenne d'utilisation des chambres de soins intensifs par mois (Beaglehole et al. 2017). Là encore, une seule étude observe une augmentation du recours à l'isolement après ouverture des portes des services avec une augmentation de 213,4% du nombre total d'heures d'utilisation de la chambre de soins intensifs (Smith and McCauley 2018) .

- Lieu d'agression

De plus, dans une unité fermée de psychiatrie générale, une bonne partie des agressions ont lieu juste devant les portes donnant accès à l'extérieur (14,6% des agressions) (Nijman, H. L. I., Allertz, W. F. F., Merckelbach, H. L. G. J., à Campo, J. M. L. G., & Ravelli, D. P 1997) et ce sont les portes qui sont directement attaquées (75%) par les patients dans ces circonstances.

- Théorie comportementale du comportement agressif

Nijman et son équipe ont essayé de représenter un modèle explicatif du comportement agressif du patient qui intègre les variables liées aux patients, à l'équipe soignante et aux caractéristiques des unités, qui interagissent entre eux et qui selon les auteurs sont responsables ou majorent les comportements agressifs (Nijman et al. 1999). Du fait de la psychopathologie et des symptômes du patient l'ayant conduit à être hospitalisé, celui-ci est sujet à des distorsions cognitives qui peuvent le mener à interpréter et sur-interpréter tout l'environnement qui l'entoure. Nombre de patients persécutés pensent qu'au sein-même de l'hôpital l'équipe soignante leur veut du mal et que tout est fait pour leur nuire et les menace, par exemple les médicaments que l'on donne sont en fait du poison. Les comportements agressifs résultent notamment de cet état d'angoisse et de tension. Hors, un cercle vicieux s'installe souvent : lorsqu'un patient est tendu et très angoissé, sont alors mises en place très fréquemment des réponses censées garantir la sécurité de tous. Souvent, la liberté des patients est alors restreinte, ils n'ont plus le droit de quitter l'unité et sont donc réellement enfermés ce qui va renforcer les croyances erronées et les rendre encore plus persécutés par l'équipe et donc plus à risque d'être violents. Dans le modèle présenté, le fait d'être dans un pavillon de psychiatrie fermé à clef est identifié comme un facteur de stress et donc à risque de majorer les comportements agressifs des patients.

- Impact de l'environnement physique et de l'architecture

L'environnement physique, l'architecture des unités de psychiatrie dans lesquelles sont hospitalisés les patients ont un impact sur le recours à l'isolement de ceux-ci (van der Schaaf et al. 2013) . L'aménagement des pavillons qui permettent aux patients un certain degré d'intimité et d'autonomie voit une réduction du recours à la chambre d'isolement alors qu'au contraire la présence de mesures spéciales de sécurité telles que l'utilisation de caméras augmente le risque de recours à l'isolement.

Les résultats concordent ici sur une diminution de la violence et de l'agressivité lorsque les portes des services sont ouvertes et donc lorsque les prises en charge des patients reposent sur des techniques moins répressives. Toutes les études s'accordent sur le fait que des alternatives existent et sont plus efficaces que le verrouillage des unités et moins centrées sur une approche sécuritaire du soin. La formation des professionnels, et notamment des équipes soignantes à des techniques de désamorçage en situation de crise, ont retrouvé de très bons résultats auprès des patients mais également des soignants parce que considérées comme plus éthiques (Bowers et al. 2015).

C) Passages à l'acte auto-agressifs

- Impact sur le taux de suicides

Une étude menée en Allemagne s'est intéressée principalement aux suicides et leurs taux respectifs dans des unités ouvertes ou fermées. Tout hôpital psychiatrique engagé dans l'étude avait l'obligation de recevoir tout patient et non de ne pas admettre un patient au prétexte que le risque suicidaire serait estimé trop élevé afin d'éviter tout biais (Huber et al. 2016). Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux types d'unité dans la fréquence des suicides, tentatives de suicide et auto-mutilations. Ainsi, l'étude conclue sur le fait que le type d'hôpital, avec ou sans unités ouvertes dans lequel est hospitalisé un patient, n'est pas prédictif d'un suicide réussi ou d'une tentative de suicide.

En 2000, l'équipe de Deisenhammer publie une étude sur les suicides de patients hospitalisés en psychiatrie (Deisenhammer et al. 2000) . Ils retrouvent un taux de suicides qui survient à 80% chez des patients hospitalisés dans des unités ouvertes et à 16% en unité fermée. En présumant que l'intensité de la crise suicidaire est plus forte chez les patients hospitalisés en unité fermée, ils concluent donc à l'efficacité dans la prévention des suicides des patients lors de crises suicidaires jugées intenses au verrouillage des portes, du fait de l'impossibilité de sortir et de ne pas être tout seul durant la phase où les idées suicidaires sont très envahissantes. Les auteurs pensent qu'il est nécessaire, pour améliorer la prévention des suicides, de revoir les règles de sortie des unités jugées trop permissives voire de favoriser le transfert en unité fermée pour les patients dont le risque suicidaire est élevé. Cependant, il est important de noter que la proportion de patients hospitalisés en unité ouverte ou fermée n'est pas donnée, ce qui limite fortement l'interprétation des chiffres donnés.

- Impact sur le taux d'automutilations

De plus, la fermeture des portes des unités de psychiatrie est associée à un taux plus grand d'automutilations (Bowers 2007). Lorsque les portes sont verrouillées moins de trois heures, on ne retrouve pas d'association significative. En revanche, pour toute augmentation du temps de fermeture des portes, le risque d'automutilation augmente significativement (odd ratio à 1,553).

D) Toxiques

Plusieurs études se sont spécifiquement intéressées à l'influence de l'ouverture des portes des services sur les consommations de toxiques, l'hypothèse étant que les portes ouvertes facilitent le commerce des toxiques et leur import dans les services. Cette hypothèse a été démentie à deux reprises, dans une étude ayant lieu dans un service d'addictologie notamment (Steinauer et al. 2017). Aucune preuve allant dans le sens d'une augmentation de la consommation des toxiques n'a été retrouvée après ouverture des services. Les auteurs recherchaient, selon le postulat de départ de l'étude, une diminution des consommations dues à une diminution du stress et donc moins de craving pour les toxiques, ce qui n'a pas non plus été retrouvé.

Dans des services de psychiatrie générale, le constat est le même : l'ouverture ou la fermeture des portes des services influencent peu ou pas sur la consommation de toxiques dans les unités (Bowers, Allan, Haglund, Mir - Cochrane, et al. 2008), que ce soit pour l'alcool (taux de consommation d'alcool de 0,310 quand les portes sont toujours fermées, 0,390 pour des portes fermées de manière partielle ou 0,329 quand les portes sont toujours ouvertes) ou pour les autres toxiques (0,329 en service fermé, 0,340 en service partiellement fermé et 0,286 en service ouvert). Il semblerait donc que l'ouverture des portes n'ait pas d'incidence sur la consommation de toxiques dans les services de psychiatrie.

E) Points de vue des patients

Les patients sont les premiers concernés par cette fermeture ou non des portes des services. En 2005, l'équipe de Haglund a étudié spécifiquement le ressenti sur les avantages et les inconvénients d'une unité avec des portes fermées chez des patients hospitalisés à leur demande en soins libres (Haglund and von Essen 2005). D'autres études s'y sont intéressées, comme celles de David Reyboz, Muir Cochrane ou l'équipe de Norvoll dans son étude sur le ressenti des patients par rapport à la contrainte. En effet, les portes fermées ont un retentissement sur le soin et le ressenti du patient que l'on ne peut négliger dans une discipline comme la psychiatrie.

- Ressenti positif des patients sur les unités fermées

Certains patients voient dans la fermeture de la porte une fonction thérapeutique avec une

meilleure surveillance (Reyboz 2012) . Dans les avantages les plus cités, plusieurs relèvent d'une protection contre l'extérieur : contre les visiteurs non désirés, les toxiques et leur import dans les unités, contre les vols, pour un meilleur contrôle des patients. Les soins sont considérés comme plus efficaces et sécurisés, assurant une meilleure sécurité et qui rassurent les proches. Ils pensent également que la fermeture des portes laisse plus de temps aux soignants pour s'occuper des patients (Haglund and von Essen 2005) .

- Ressenti négatif des patients sur les unités fermées

Les désavantages, eux, sont tout d'abord un sentiment d'enfermement qui engendre notamment une baisse de confiance en soi, un sentiment de dépendance à l'égard de l'équipe soignante, des émotions négatives générées par la fermeture : se sentir déprimé, nerveux, angoissé voire paniqué. De plus, cela génère plus de travail pour l'équipe soignante qui doit aller ouvrir, ce qui peut donner le sentiment aux patients de ne pas être dans une structure de soin, générer des difficultés à quitter l'unité et éviter toute activité ayant cours en-dehors. Un certain pouvoir est attribué à l'équipe et peut donner chez les visiteurs un sentiment de peur, de ne pas être le bienvenu mais également la peur pour les patients de ce que vont penser ceux-ci. Enfin cela génère de la frustration et le fait d'être obligé de s'adapter aux besoins d'autres patients (Haglund and von Essen 2005) . Pour beaucoup d'entre eux, le fait d'être dans une unité fermée à clef et ce malgré le fait qu'une partie d'entre eux soit en hospitalisation libre, ou même qu'ils aient le droit de sortir de l'unité, est identifié comme une des mesures de coercition auxquelles les services de psychiatrie ont fréquemment recours de par le fonctionnement – même de l'institution (Norvoll and Pedersen 2016) . De plus, nombre d'entre eux s'inquiètent du regard des autres sur leur hospitalisation en unité fermée notamment de leur famille et de leurs amis quand ils viennent leur rendre visite.

Plusieurs patients notent que le fait de ne pas pouvoir sortir librement les rend plus agressifs (Bowers et al. 2010) et plus tendus (Reyboz 2012) . Ils sont plus de la moitié (8 patients sur 15) à faire un lien entre les portes fermées et le manque de coopération dans les soins proposés (Muir-Cochrane et al. 2012) . De ce fait, cette restriction de liberté a directement un impact négatif sur leur comportement, sur leur alliance thérapeutique avec l'équipe soignante et les médecins et sur la compliance aux soins notamment sur la prise des traitements médicamenteux. En revanche, l'inverse est noté lorsque les portes des services sont ouvertes : les patients se disent plus sympathiques et patients, moins angoissés, plus compliants. Certains patients pensent même que le fait d'être dans une unité ouverte leur permet d'être plus actifs dans leurs soins qui sont donc plus

efficaces avec une qualité des soins proposés en unité ouverte qui serait meilleure (Reyboz 2012) .

De plus, en cas de fermeture de la porte, les patients se sentent stigmatisés et honteux, ils font le lien entre l'enfermement et la folie. Il est important de noter que le sentiment d'enfermement a été l'inconvénient le plus cité, il est ressenti par plus de la moitié des patients (12 patients sur les 20 inclus) (Haglund and von Essen 2005) . Des sentiments de dépression sont notés avec un sentiment d'incurabilité, de ne jamais pouvoir sortir de l'hôpital psychiatrique où ils sont enfermés ou encore d'être punis injustement pour un crime qu'ils n'ont pas commis, d'être un prisonnier. Ces patients reprochent aussi aux membres du personnel d'être tout-puissants, d'avoir l'ascendant sur eux. Plus de la moitié des patients (9 patients sur 15) font référence à des sentiments de dépression, pessimisme, tristesse (Muir-Cochrane et al. 2012) . Ils ont le sentiment qu'on ne leur fait pas confiance, que les équipes se méfient d'eux. Si certains réagissent par de l'agressivité, d'autres au contraire se rendent serviles voire obséquieux pour ne pas compromettre leur chance de sortir. L'ouverture des portes est quant à elle associée à un retour plus rapide à la normalité, se réancrer plus vite dans le réel du fait d'y être plus confronté. La fermeture des portes symbolise pour beaucoup de patients une exclusion du monde extérieur et de sa "normalité". Moins de la moitié seulement des patients (49%) pense que fermer à clef les unités de psychiatrie est acceptable et seuls 40% que cela respecte la dignité des patients (Bowers, Allan, Haglund, Mir - Cochrane, et al. 2008).

- La fermeture des unités comme principale motivation aux sorties contre avis médical

En 1975, l'équipe de Kecmanovic a étudié les différentes caractéristiques ainsi que les facteurs motivant les sorties contre avis médical d'une institution psychiatrique dont les portes étaient fermées à clef (Kecmanovic 1975) . Les auteurs retrouvent que la principale raison motivant la sortie contre avis médical est la fermeture des portes en elle-même. Les patients se plaignent et protestent contre "*l'atmosphère carcérale*" retrouvée dans les unités fermées et des conditions de vie et de soins considérées comme "*dégradantes*" pour les patients. Le verrouillage des portes est ici reconnu comme directement en lien selon les patients avec leur demande de sortie contre avis médical, il est alors lié avec l'absence d'alliance thérapeutique et le manque de motivation pour les soins. Pire encore, il est "*avilissant*", "*indigne*" selon eux.

- Impact sur la satisfaction

L'équipe de Müller s'est, elle, intéressée en 2002 au taux de satisfaction des patients à

l'admission puis à la sortie sur les soins reçus en psychiatrie selon différents critères en fonction de leur hospitalisation en unité ouverte ou fermée (Müller et al. 2002) . Tous les critères étudiés retrouvent une meilleure satisfaction des patients dans les unités ouvertes comparées aux unités fermées, en dehors de la nourriture et du contenu et de la fréquence des psychothérapies proposées évaluées au moment de l'admission. Tous les autres critères évalués retrouvent un taux global de satisfaction plus élevé dans les unités ouvertes : satisfaction générale, traitements médicamenteux, équipe soignante et leur travail, équipe médicale, programme social, équipement de l'unité, possibilités de visites et règlement concernant les sorties du pavillon. On note même de manière significative une meilleure satisfaction dans les unités ouvertes pour les critères suivants : satisfaction générale lors de la sortie, traitements médicamenteux à la sortie, équipement de l'unité, possibilité de visites à la sortie et règlement concernant les sorties de l'unité. De plus, la satisfaction s'améliore entre le moment de l'entrée en hospitalisation et de sortie définitive pour la médication, la fréquence des psychothérapies proposées, leur contenu et la régulation des sorties. Tandis qu'en unité fermée, seule la satisfaction concernant la régulation des sorties augmente significativement à la sortie.

Evidemment, plusieurs biais peuvent être notés : le diagnostic et les raisons de l'hospitalisation ne sont pas pris en compte dans l'étude. On peut imaginer qu'en unité fermée, il y a plus de patients hospitalisés sous contrainte pour des pathologies plus graves et dont les traitements médicamenteux sont donc plus lourds. Or, il a été retrouvé une corrélation positive chez les patients psychotiques entre la compliance aux soins et l'attitude vis-à-vis du traitement (Kemp and David 1996) . Cela signifie que si le patient est globalement satisfait des soins et en particulier des traitements médicamenteux reçus, la compliance sera meilleure que si la satisfaction est mauvaise, et ce même si l'insight est bon. Là encore cela permet de formuler des hypothèses : l'ouverture des portes des services permettrait-elle à long terme une meilleure observance des traitements et des soins par le biais d'une meilleure satisfaction ? Favoriserait-elle une diminution des rechutes du trouble psychiatrique et donc des réhospitalisations ?

F) Points de vue des soignants

- Ressenti des soignants

Beaucoup de soignants trouvent des avantages et des raisons à la fermeture des portes des unités (98% des soignants) (Haglund, von Knorring, and von Essen 2006). Ils sont globalement

bien plus positifs envers cette politique de portes fermées que les patients (Bowers et al. 2010) . Pour eux, le verrouillage des portes permet en premier lieu d'éviter tout risque pour les patients et pour l'équipe, par peur du litige et d'être "*tenu pour responsable*". Il permettrait également de prévenir les fugues, il s'agit d'ailleurs pour beaucoup de soignants de la méthode la plus efficace pour éviter le risque de fugues de par son effet "*contenant*" et une partie d'entre eux pensent que tous les pavillons de psychiatrie devraient être fermés devant le manque d'alternatives proposées et ce malgré les conséquences négatives qu'ils connaissent (Grotto et al. 2015) . Cependant, une bonne partie d'entre eux (9 soignants sur 14) reconnaît également que cette méthode est loin d'être totalement efficace (Muir-Cochrane et al. 2012) .

Il permettrait également en cas de crise de gagner du temps en attendant de trouver une solution adéquate à la situation, d'avoir moins recours à la surveillance rapprochée, de subir moins de pression en particulier de l'extérieur, de gérer l'agressivité et les violences sans nécessité de passer par la confrontation ni l'isolement du patient, d'éviter l'interruption des tâches et notamment des activités thérapeutiques dans les unités. De plus, il est cité comme ayant des effets bénéfiques pour un ou plusieurs patients, notamment ceux qui sont suicidaires ou ont des phobies d'impulsion, de contrôler l'accès, d'éviter d'avoir à utiliser le Mental Health Act (Loi qui régit le fait de pouvoir admettre et maintenir hospitalisé contre sa volonté un patient souffrant de trouble mental par des médecins mais également par des infirmiers qualifiés) et de pallier au manque de personnel soignant dans les pavillons (Ashmore 2008).

L'équipe de Haglund (Haglund, von Knorring, and von Essen 2006) rajoute également que cela permet de contrôler les patients, de savoir notamment où ils se trouvent, de procurer des soins de manière sécurisée et efficace, de se protéger, notamment contre l'extérieur. Les soignants pensent que cela crée plus de sécurité, que le nombre de soignants requis est plus faible, cela soulage les proches de savoir les patients à l'abri, cela crée plus de contacts entre soignants et patients ainsi qu'avec les gens qui leur rendent visite et cela diminue les discussions à propos de la fermeture des portes. Un certain nombre d'entre eux pense également que les portes fermées permettent de lutter contre l'importation à l'intérieur des services de toxiques (Bowers et al. 2010) . Environ la moitié des soignants pense qu'avoir les portes du service ouvertes mèneraient à plus de confrontations verbales voire physiques et de contraintes au niveau de la sortie (Muir-Cochrane et al. 2012) . Dans le même temps et de manière paradoxale, un lien entre manque de coopération et portes fermées est fait par 10 soignants sur 14 qui mène directement à des troubles du comportement, un refus des traitements médicamenteux, de la colère voire de l'agressivité et des agressions.

Les unités fermées créent un sentiment de confinement pour les patients ainsi qu'un sentiment de dépendance considéré comme négatif pour eux. Les patients sont contraints de

s'adapter aux besoins d'une minorité d'entre eux alors que cela génère chez eux des sentiments négatifs bien perçus par les professionnels : anxiété, tension, dépression ainsi que frustration à l'origine d'une mauvaise alliance thérapeutique, de refus des soins, des traitements médicamenteux ou alors d'une passivité dans les soins (Haglund, von Knorring, and von Essen 2006).

Le fait d'ouvrir les unités génère chez eux de l'anxiété, notamment par rapport aux patients considérés à risque de fugue (Bowers et al. 2010) . Ils sont dans un état qualifié de "*vigilance anxieuse*" et doivent donner de l'attention au patient avec qui ils sont en interaction, celui qui est à risque et se placer à un endroit duquel les portes sont bien en vue pour pouvoir les surveiller (Muir-Cochrane et al. 2012). Le fait de surveiller l'entrée est d'ailleurs critiqué et comparé à du travail de vigiles ou d'une équipe de sécurité et non à du travail d'infirmier. De plus, cela génère plus de travail et demanderait une augmentation du nombre de professionnels. D'autres en revanche pensent que même si les portes étaient fermées, les patients "à risque" restent à surveiller et cela leur prendrait le même temps. Devoir ouvrir les portes aux patients qui souhaitent rentrer ou sortir des unités ainsi qu'aux personnes qui leur rendent visite leur prend également beaucoup de temps.

- Au niveau éthique

Dans une étude de 2004, une équipe finlandaise s'est penchée sur la question des problèmes éthiques ressentis par les équipes soignantes dans leur pratique quotidienne et en particulier les méthodes coercitives utilisées (Lind et al. 2004). Seuls 6% d'entre eux considéraient le fait que les portes des unités psychiatriques soient fermées à clef comme problématique au niveau éthique. L'interdiction de sortir des unités posait problème à 6% des soignants également tandis que 83% d'entre eux pensaient qu'il n'y avait aucun problème éthique à leur interdire de sortir et 61% à ce que les pavillons soient fermés.

Un peu plus de 60% des soignants (entre 61% (Lind et al. 2004) et 63% (Bowers, Allan, Haglund, Mir - Cochrane, et al. 2008)) considèrent que le fait de fermer la porte des unités à clef n'est pas un problème éthique et que c'est quelque chose d'acceptable. En revanche, seuls 43% d'entre eux pensent que la fermeture des portes respecte la dignité des patients.

- En dehors du champ thérapeutique ?

Il est retrouvé que pour beaucoup de soignants travailler dans une unité fermée relève d'une approche non-thérapeutique et frustrante du soin. Il s'agit également d'une restriction de liberté pour les patients qui eux ont le droit de sortir ainsi qu'un surplus pour l'équipe soignante de travail qui

doit ouvrir la porte à chaque fois ainsi qu'aux gens qui leur rendent visite (Bowers et al. 2010). Ceux-ci peuvent d'ailleurs ne pas se sentir les bienvenus dans les pavillons avec un sentiment d'inconfort, de peur.

Les équipes sont elles-aussi victimes de ce sentiment d'enfermement générant de l'insécurité et qui les pousse à avoir une "*double casquette*" : soignant mais également vigile, surveillant. Le fait de détenir les clés des services signe pour eux un certain pouvoir, une puissance sur les patients et les oblige à détenir des vêtements spéciaux pour ne pas les perdre. L'hygiène est également citée comme problème, peu de gens nettoient les clés ce qui peut créer des sites d'infection. Les portes sont aussi un obstacle en cas d'urgence (Haglund, von Knorring, and von Essen 2006).

De plus, cela retarde plus que cela n'empêche les fugues et a pour effet indirect de pousser les patients qui veulent fuguer à le faire d'une manière plus extrême et complexe, voire dangereuse (Grotto et al. 2015). L'environnement est également plus instable et cela renforce l'opinion négative du grand public sur les troubles mentaux (Ashmore 2008).

Les soignants perçoivent bien que ce qui frustre le plus les patients dans les unités fermées, c'est le fait de ne pas pouvoir sortir et de se voir priver de liberté. Ils font un lien entre ces restrictions et la colère des patients, l'absence de coopération (Bowers et al. 2010) . A l'inverse, lorsque les portes des unités sont ouvertes, il y a moins de confrontations entre patients et soignants, les relations sont plus apaisées.

G) Impact de la politique d'ouverture des portes sur la symptomatologie

En 1994, Jin et son équipe se sont intéressés à l'impact d'une politique d'ouverture des portes du service sur la symptomatologie de patientes hospitalisées au long cours dans un pavillon fermé et atteintes d'une schizophrénie (Jin 1994) . Le but était de déterminer à quel point les symptômes résiduels sont une part inaliénable de la maladie schizophrénique mais également le résultat de facteurs environnementaux par le biais notamment d'une privation de liberté et d'un accès restreint au monde extérieur et social d'une unité fermée. Dans une même unité, cinquante patientes ont été divisées en deux groupes : groupe expérimental et groupe contrôle. Pour le groupe expérimental, l'objectif était de favoriser l'autonomie et la liberté ainsi que de promouvoir le respect mutuel et les encourager à interagir librement avec le monde extérieur. Elles avaient la possibilité de sortir du pavillon à tout moment, pouvaient porter leurs propres vêtements (contrairement aux autres patients de l'hôpital) et étaient encouragées à participer aux activités collectives le matin tels que la cuisine, le jardinage et l'après-midi aux médiations thérapeutiques comme des groupes d'éducation

thérapeutique ou de musicothérapie. A l'inverse, les patientes du groupe contrôle n'avaient pas le droit de sortir et ne pratiquaient aucune de ses activités.

La symptomatologie était évaluée au début de l'étude puis à trois et six mois avec les échelles Brief Psychiatric Rating Scale et l'équivalent chinois du Scale for Assessment of Negative Symptoms. A l'initiation de l'étude les scores sont équivalents entre les deux groupes. Après six mois, on observe une amélioration significative pour tous les types de symptômes à l'exception de ceux de dépression anxiété ainsi que de distorsions de la pensée. Il est également retrouvé une baisse significative de la posologie des médicaments donnés aux patientes du groupe expérimental contrairement au groupe contrôle dont la posologie reste équivalente à celle du début. Evidemment, cela pourrait constituer un des biais de l'étude, les résultats sur la symptomatologie pouvant s'expliquer au moins partiellement par une diminution du traitement anti-psychotique délivré.

Le fait de changer la politique du service, d'ouvrir les portes et ainsi de favoriser le contact avec le monde extérieur, l'autonomie du patient, la liberté, la responsabilité et la prise d'initiatives ont permis de lutter notamment contre le repli autistique au long terme ce qui est un enjeu dans la prise en charge de cette pathologie. L'ouverture des portes seule n'aurait sûrement pas eu d'aussi bons résultats mais elle y contribue néanmoins, comme une porte ouverte vers une meilleure prise en soins. A l'inverse, l'enfermement, la restriction de liberté et la perte d'autonomie semblent entretenir voire peut-être favoriser les symptômes négatifs au long terme avec des patients qui semblent s'enfermer et se renfermer en eux-mêmes.

H) Autres conséquences de l'ouverture des portes

Si l'impact de l'ouverture des portes des services sur le risque de fugues, de suicides, d'agression mais également sur la relation thérapeutique et la compliance aux soins intéressent de plus en plus et font l'objet de nombreuses études, peu d'entre elles font part d'autres conséquences que l'on peut observer. Lorsque la politique du service est celle d'une ouverture des portes sans tenir compte de la problématique des patients, quelles sont les autres techniques qui peuvent être mises en place pour éviter les passages à l'acte ou les sorties non autorisées ? Quand un patient est considéré à haut risque de fugue, d'autres moyens peuvent être mis en place pour l'éviter : le port du pyjama obligatoire, l'utilisation de traitement sédatif voire le recours à la chambre d'isolement. En effet, dans son étude retrouvant une diminution de la fréquence au recours à l'isolement depuis l'ouverture des portes du service, Hochstrasser constate également que les équipes soignantes ont

moins recours à la médication forcée, ainsi qu'une diminution globale des traitements sédatifs prescrits et de posologie moins élevée (L. Hochstrasser et al. 2018) . En revanche, Huber et son équipe retrouvent eux un nombre plus élevé de patients recevant des thérapeutiques psychopharmacologiques ainsi qu'un nombre plus grand de traitements prescrits dans les unités ouvertes comparativement aux patients des unités fermées (Huber et al. 2016) .

Quel est l'impact de l'ouverture d'une unité sur les autres techniques pouvant être utilisées ? Si l'isolement a été étudié, les autres techniques et leur recours n'ont pas encore fait l'objet d'études. Il serait pourtant intéressant d'avoir des données sur le sujet.

I) Les clés de la mise en oeuvre d'une politique de portes ouvertes

Dans une étude qualitative basée sur les interviews de psychiatres, soignants et patients, l'équipe de Kalagi s'est intéressée à l'ensemble des mesures jugées "*nécessaires*" à mettre en place pour rendre possible l'ouverture des portes des services de psychiatrie en particulier pour l'accueil des patients admis sous contrainte ou à risque de fugue (Kalagi et al. 2018) .

- **Meilleures observation et surveillance des portes**

Tout d'abord, tous sont d'accord qu'en l'absence d'un verrouillage des portes, il leur semble nécessaire de mettre en pratique une meilleure observation des patients particulièrement à risque et une surveillance de la porte. Ces deux mesures semblent bien plus acceptables au niveau éthique pour tous les intervenants mais elles requièrent du personnel et sont chronophages. De plus, l'observation des patients peut accroître la tension de certains qui se sentent trop surveillés. Les soignants soulignent également que c'est une méthode fatigante. Concernant la surveillance de la porte, elle est également exigeante psychologiquement, peut être la cause de stress car les soignants doivent être continuellement vigilants et en alerte dans un endroit riche en événements, ils ont aussi peur d'être agressés et blessés si un patient veut fuguer et met tout en oeuvre dans le but de sortir, peur de se sentir ou d'être désignés responsables en cas de fugue. Cela leur donne un rôle de gardien de la porte qui empiète sur leur statut de soignant : ils ne peuvent quitter leur place près de la porte au détriment de certaines activités ou entretiens auprès de patients qui en ont besoin. En dépit de ces difficultés mises en avant par les soignants, cela reste pour eux une des mesures phares dans la réussite du projet d'ouverture. Pour les psychiatres interrogés, c'est notamment en raison de l'effet dissuasif que peut avoir sur les patients qui envisageraient de fuguer le fait de savoir la présence

continue d'un soignant à proximité de la sortie. Il est donc jugé utile que la porte soit en vue directement du poste de soins. De plus, le fait d'établir une relation thérapeutique, de mieux communiquer avec le patient en particulier sur la nécessité d'accepter les soins intra-hospitaliers est un des enjeux majeurs de l'ouverture des portes.

- **Présence d'une chambre d'isolement**

De manière paradoxale, les trois groupes d'intervenants veulent avoir à disposition une chambre d'isolement ou chambre d'apaisement, considérées comme moins traumatiques que les contentions physiques. La chambre de soins intensifs a également l'avantage de concerner moins de patients donc de n'être coercitif que pour le patient en cause sur un temps qui peut être court le temps de désamorcer la crise.

- **Augmentation du nombre de soignants**

Pour mettre en place ces mesures, l'ensemble des professionnels reconnaît qu'il faut augmenter le nombre de soignants pour pouvoir continuer à bien s'occuper des patients par le biais des activités et des entretiens tout en surveillant la porte et les patients. Ils soulignent également l'importance de les former avec des temps réguliers de supervision et d'évaluation des pratiques professionnelles. Les psychiatres considèrent également la possibilité de fermer la porte du pavillon pour une courte période en cas de crise le temps que la situation se désamorce ainsi que de rajouter une unité au sein-même du pavillon pour les patients les plus mal qui puissent être fermée en cas de besoin et isoler ces patients-là.

- **Aménagements architecturaux**

Au niveau architectural ou spatial, il est accordé de l'importance au fait d'avoir accès à un patio relativement grand dans lequel les patients puissent avoir une certaine liberté de mouvements et d'organiser des activités à l'extérieur de l'unité. De plus, il leur semble important que la porte ne soit pas trop en vue des patients afin de limiter les tentations et diminuer la frustration.

J) Autre alternative

En 1998, Adams et son équipe ont décidé de changer la politique alors considérée comme

trop rigide, d'ouverture permanente des portes à un système plus souple rendant possible la fermeture des portes (Adams 2000) . En effet, le service avait dû faire face à un suicide de patient hospitalisé, plusieurs agressions sévères et un nombre toujours croissant de patients considérés à risque et nécessitant une surveillance rapprochée qui ont mis à mal leur politique d'ouverture. Il a alors été mis en place la possibilité de fermer le pavillon en dernier recours lors de situations de crise pour une durée maximum de deux heures dans les quatre unités du service. La durée maximale de deux heures n'a pas été respectée, le pavillon ayant été fermé durant deux semaines consécutives. La surveillance rapprochée a diminué significativement passant de huit heures quotidiennes en moyenne à trois heures. Un retour à une fermeture quasi-permanente des portes était redouté or il apparaît que la fermeture des portes n'a été mise en place que de manière occasionnelle et en dernier recours, même si les données n'ont pas été communiquées dans cet article. Les auteurs concluent d'ailleurs sur le fait que la fermeture des portes, si elle ne doit pas redevenir une norme fait partie pour eux de l'arsenal thérapeutique qui peut être proposé aux patients en cas de nécessité.

K) Synthèse

A la lueur de cette revue de la littérature, il est noté plusieurs avantages en faveur des unités ouvertes : diminution de l'agressivité et de la violence, baisse du recours aux chambres de soins intensifs, diminution du taux d'automutilations, meilleure compliance aux soins, meilleure satisfaction des soins. S'il n'est pas possible de conclure sur l'efficacité de la fermeture des portes dans la prévention des fugues, il est en revanche noté une meilleure efficacité de prises en charge adaptées dans les unités ouvertes que le fait de fermer les portes. Si les patients ont un ressenti plutôt négatif à l'encontre des unités fermées, les soignants eux sont plus partagés. Ils reconnaissent des avantages aux unités ouvertes mais le fait de prendre des risques et d'être donc exposé aux conséquences de ceux-ci est bien pointé et justifie pour eux le fait de fermer les portes.

Aucun des points étudiés comme les fugues ou l'agressivité en dehors des suicides lors des crises suicidaires intenses ne relèvent une efficacité supérieure des unités fermées par rapport aux unités ouvertes. Au contraire, les unités fermées semblent générer un sentiment d'enfermement à l'origine de plus de la moitié des fugues, de l'agressivité et de la violence. Ainsi, le fait de fermer les unités ne relève pas d'une efficacité clinique voire semble même être délétère pour les patients et les soins.

IV. Enjeux médico-légaux

Nous venons juste de voir d'après la revue de la littérature sur le sujet que la fermeture des unités n'avait pas d'intérêt en terme de clinique. Qu'est-ce qui justifie alors l'existence des unités fermées ? Pour certains professionnels, le fait de recevoir dans les unités de psychiatrie des patients sous contrainte expliquerait le fait que les unités puissent être fermées. Quel cadre légal encadre les soins sous contrainte et que dit la loi à propos des unités fermées ? Nous allons voir qu'en réalité, aucune loi ni grande instance n'impose la fermeture des unités. Au contraire, la défense des droits des patients limite toute restriction de liberté à certains cas et il semblerait de ce fait que les unités fermées puissent être hors-la-loi. Se pose alors la question de la responsabilité administrative des établissements et pénale des psychiatres, peut-elle être engagée dans le cas d'accident impliquant un patient par le fait-même d'avoir des portes ouvertes ?

A) Soins sous contrainte en France

La psychiatrie est la seule discipline médicale qui dispose de mesures de contrainte qui permettent de pallier au déni des troubles des patients et de leur prodiguer des soins nécessaires contre leur gré. La mesure de contrainte est à la fois une mesure de protection, une mesure de soins et une méthode de répression selon les conceptions de la maladie mentale. Elle permet de tenir compte des spécificités de la psychiatrie, à savoir le déni des troubles ou l'absence de demande de soins en particulier et devient ainsi libératrice pour tous ces patients victimes de leurs troubles.

- **Réforme de la loi de 1838**

La loi du 27 juin 1990, modifiée par les lois n° 2011-803 du 5 juillet 2011 puis n°2013-869 du 27 septembre 2013 concernant les droits et la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation cherche à mieux garantir les libertés des patients traités sans leur consentement. Il aura donc fallu plus de cent cinquante ans pour réformer la loi de 1838 et s'intéresser légalement aux droits des patients et à leur protection.

Le placement volontaire devient l'hospitalisation à la demande d'un tiers, demandée par un membre de la famille ou un tiers susceptible d'agir dans l'intérêt du patient. Le placement d'office devient lui l'hospitalisation d'office, concerne des patients dont "les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sureté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre

public" et est prononcée par un arrêté du préfet et ne demande qu'un certificat médical. Grande nouveauté, il est prévu pour ces deux modes d'hospitalisation des "sorties d'essai" ou "d'autorisations de sortie de courtes durées" afin de permettre au patient de bénéficier de permissions à l'extérieur de l'hôpital afin de préparer sa sortie définitive. Des dispositions particulières sont prises concernant les détenus, les personnes déclarées pénalement irresponsables, les majeurs protégés et les mineurs. Avec la réforme de la loi en 2011, les soins sans consentements deviennent les Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers avec l'article L 3212-1 et Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat pour l'article L 3213-1. Un troisième mode d'hospitalisation est créé pour les patients isolés, désocialisés pour qui on ne trouve pas de tiers mais qui relèvent de soins psychiatriques et qui ne sont pas aptes à consentir aux soins, les Soins psychiatriques en cas de Péril Imminent. Le préfet peut également décider d'une hospitalisation pour les personnes jugées pénalement irresponsables ou des personnes détenues (article D398 du Code de Santé Publique) et le juge pour des mineurs peut faire une ordonnance de placements provisoires. Le programme de soins permet d'aménager les soins sous contrainte en ambulatoire : la contrainte ne s'exerce plus uniquement à l'hôpital mais s'ouvre également à l'extérieur jusque dans l'intimité des patients.

- **Judiciarisation de la procédure**

Jusqu'ici, chaque patient qui était "interné" ne l'était que sur décision médicale. Désormais, chaque hospitalisation sans consentement est contrôlée de manière systématique depuis 2011 par le Juge des Libertés et de la Détention et il est possible pour chaque patient de le saisir. Le bien fondé de la mesure de contrainte ainsi que la justification médicale de celle-ci sont également réévalués à plusieurs reprises et par différents médecins par le biais des différents certificats médicaux et des collèges médicaux. De plus, chaque patient hospitalisé sans son consentement et contestant la mesure peut saisir le juge ainsi que prendre conseil auprès d'un avocat, consulter le règlement intérieur de l'établissement, communiquer avec le procureur de la République, le préfet, le maire ou encore le président du tribunal de grande instance.

- **Les Soins Libres**

Cette loi crée un autre mode d'hospitalisation en psychiatrie avec le consentement du patient, ce dernier existant de fait depuis longtemps mais n'ayant aucun cadre légal jusqu'en 1990. Le régime habituel d'hospitalisation devient celui de l'hospitalisation libre identique à tous les patients

qu'ils soient hospitalisés en psychiatrie ou en médecine chirurgie obstétrique avec les mêmes droits.

- L'organisation des services de soins

A aucun moment, il n'est fait mention dans le code de santé publique de l'organisation des services de soins ou sur les modalités de l'accueil des patients. En aucun cas le code de santé publique ne fait part d'unités fermées ou ouvertes devant accueillir des patients avec ou sans leur consentement . Afin de poursuivre nos recherches dans le domaine, il va donc falloir s'orienter vers la liberté d'aller et venir et ses restrictions en psychiatrie.

B) Liberté d'aller et venir

La liberté d'aller et venir est un principe à valeur constitutionnelle depuis la décision du Conseil Constitutionnel du 12 juillet 1979. Il s'agit donc d'une liberté fondamentale, valeur universelle susceptible d'être limitée uniquement lors de sanction pénale ou de trouble à l'ordre public mais également lorsqu'il y a un intérêt sanitaire et clinique par le biais de dispositions juridiques. Dans le droit français, la liberté d'aller et venir se rattache à l'article quatre de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 et est également garantie par l'article soixante-six de la constitution de 1958.

Jusqu'au vingtième siècle, personne ne s'est vraiment intéressé aux droits fondamentaux des personnes atteintes de maladies mentales, les médecins étaient seuls juges pour décider ou non de l'internement d'un malade et de son enfermement. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme écrite en 1948 fournit une base pour le développement des droits fondamentaux de chacun notamment des garanties apportées à la limitation d'aller et venir mais aucune disposition spécifique n'est prise en raison de l'état de santé d'une personne. Celle-ci est complétée en 1966 (Pacte International Relatif Aux Droits Civils et Politiques Adopté et Ouvert à La Signature, à La Ratification et à l'adhésion Par l'Assemblée Générale Dans Sa Résolution 2200 A (XXI) 1966) avec en particulier l'article neuf qui protège le droit "*à la liberté et à la sécurité de la personne*" qui constituera la base de la Déclaration des Droits des Personnes Handicapées Mentales de 1971 et la Déclaration des Droits des Personnes Handicapées en 1975 qui évoquent les garanties juridiques contre l'enfermement abusif. En parallèle se constituent l'Organisation Mondiale de la Santé et les droits spécifiques aux personnes souffrant de troubles psychiques dès 1946. Si celles-ci ont droit à un "*meilleur état de santé*", aucune recommandation n'est formulée initialement concernant les

limitations de liberté en 1950.

C) Restriction de liberté et droits des patients

Toute restriction de liberté est encadrée par des lois. Ainsi, le recours à l'isolement et à la contention dans les établissements de soins psychiatriques est encadré juridiquement depuis la loi du 26 janvier 2016 et l'article soixante-douze. Le fait de fermer les portes d'un service de psychiatrie revient à limiter la liberté d'aller et venir des patients. Qu'en disent la loi et les grandes instances ? En même temps que la loi a été réformée pour étendre la contrainte en-dehors de l'hôpital ont été mises en places plusieurs commissions et autres contrôleurs généraux afin de défendre les droits des patients.

- Restriction de liberté dans le domaine des soins psychiatriques

Avec la loi de 1838, le législateur s'est peu embarrassé de la question des libertés des aliénés, et en particulier de leur restriction. L'absence de possibilité d'hospitalisation en soins libres est d'ailleurs plutôt évocateur. C'est la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme qui va définir la privation de liberté et mentionner la possibilité de "*détenir de manière régulière un aliéné*". Le Conseil de l'Europe va particulièrement s'intéresser à cette question et conduire à des décisions de la Cour Européenne des Droits de l'Homme ainsi qu'à des recommandations aux gouvernements. La recommandation huit-cent dix-huit de l'assemblée plénière sur la situation des malades mentaux va conduire à la recommandation n°R (83) 2 du comité des ministres aux Etats membres et porte sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux internés contre leur gré. L'internement n'est autorisé que selon des critères bien définis de danger ou d'état de santé. Un rapport de la commission de la protection des minorités dénonce les violations aux droits humains exercées à l'encontre des personnes souffrant de troubles psychiques est rendu public en 1983. La détention et l'enfermement sont particulièrement pointés et entraînent la réflexion concernant l'adoption et la mise en place de standards de soin et de protection des patients. Le 17 décembre 1991, l'assemblée générale de l'ONU adopte des principes relatifs à cette protection dont les principes onze et seize portent spécifiquement sur la liberté d'aller et venir, la contention et la mise en isolement des patients des établissements de santé mentale. La notion de "*least restrictive alternative*" est introduite, "*solution la moins contraignante*" ainsi que la nécessité d'un organe de

révision judiciaire ou "*indépendant et impartial*" et qui agirait en accord avec la législation nationale. La restriction de la liberté d'aller et venir est autorisée pour des raisons de santé mentale mais limitée par l'importance du respect des droits des patients.

Le 13 décembre 2006 est adoptée la Convention des Nations – Unies sur les droits des personnes handicapées, centrée sur le principe de non-discrimination et de traitement égal. Dans l'article quatorze, il est précisé "*qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté*", ce qui va être interprété parfois comme amenant à la suppression des dispositions législatives des soins sans consentement. Progressivement, la juridicisation de la limitation d'aller et venir s'est faite autour de trois éléments : "*la place d'une instance de contrôle, le principe d'une intervention la moins restrictive possible, et finalement le refus de dispositions qui discrimineraient les personnes pour des raisons de santé ou handicap, et la mise en place par les politiques publiques de mesures d'accompagnement appropriées.*" (Eyraud and Velpry 2015)

Les conventions internationales influencent les dispositifs législatifs des Etats et inversement. La jurisprudence dans le domaine de la santé mentale se développe à partir des années 1970 à la suite de saisine par des associations de défense des personnes hospitalisées et la multiplication des contentieux. La réforme constitutionnelle de 2008 introduit la Question Prioritaire de Constitutionnalité qui va donner lieu à deux décisions du Conseil Constitutionnel. Les modalités d'hospitalisation sans consentement, les articles L. 3213-1 et L. 3213-4 du Code de la Santé Publique sont déclarés contraires à la Constitution en ce qu'elles ne faisaient pas intervenir l'autorité judiciaire au-delà de quinze jours et ne prévoyaient pas un contrôle judiciaire suffisant des hospitalisations d'office. Ainsi, la loi du 5 juillet 2011 introduit le contrôle systématique par le juge judiciaire des mesures de soin sans consentement a posteriori.

- Le Code de Santé Publique

La loi de 1990 aborde la question de la restriction de liberté d'aller et venir dans l'article 326-3 : "*Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles qui sont nécessitées par son état de santé et la mise en oeuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.*" Il est dit dans l'article L.326-2 du Code de Santé Publique que chaque personne hospitalisée librement "*dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause*".

Avec la réforme de 2011, la loi prétend également à trouver un équilibre entre des soins nécessaires, la sécurité des personnes et la préservation des libertés individuelles. Ainsi, le Code de Santé Publique inscrit dans l'article L.3211-3 que *"les restrictions à l'exercice des libertés individuelles des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental de la personne et à la mise en œuvre du traitement requis."* De plus, un comité départemental de l'hospitalisation psychiatrique renommée avec la loi du 5 juillet 2011 commission départementale des soins psychiatriques est créé dans chaque département afin de s'assurer du respect des libertés et de la dignité des patients et des représentants des associations d'usagers en sont membres.

- La circulaire Veil

La circulaire dite Simone Veil du 19 juillet 1993 fait une distinction entre patients hospitalisés en soins libres ou sous contrainte et précise que *"les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans les services fermés à clef, ni a fortiori dans des chambres verrouillées"* et que *"l'atteinte à la liberté d'aller et venir librement"* ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité des malades et sur indications médicales. [...] S'agissant des patients en hospitalisation sous contrainte, l'article L.326-3 du Code de Santé Publique encadre les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles en les limitant à *"celles nécessitées par leur état de santé et la mise en oeuvre de leur traitement"*. Le législateur rappelle en outre : *"en toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. [...] Si le placement d'un patient au sein d'une unité fermée peut se révéler indispensable dans certaines circonstances, ces circonstances doivent être exactement appréciées et la durée du placement limitée à ce qui est médicalement justifié. Ainsi l'hébergement d'un malade dans une unité fermée doit-il répondre à une indication posée par un médecin et non pas relever d'une simple commodité du service; il doit pouvoir être remis en cause à tout moment en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient."* (veil 1993) .

- Loi Kouchner

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et des usagers, également appelée loi Kouchner réaffirme le droit d'aller et venir des patients et l'obligation de respect des libertés individuelles.

- Mission dite de Cléry-Melin

La mission dite de Cléry-Melin concernant l'élaboration d'un plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale insiste sur la différence entre unité ouverte et unité fermée. *"Il paraît inadmissible que pour des raisons d'inadéquation architecturale, un patient en hospitalisation libre se retrouve derrière une porte fermée, même s'il est convenu que cette porte puisse être ouverte à sa demande. La possibilité d'aller et venir sans contrainte dans le cadre du protocole thérapeutique librement consenti est un élément fondamental de la déstigmatisation de l'hospitalisation"* (Cléry-Melin, Kovess, and Pascal 2003) .

- La Haute Autorité de Santé

La conférence de consensus concernant la liberté d'aller et venir dans les établissements de santé datent de 2004 (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé 2004) . Si cette liberté est un *"droit inaliénable"*, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé préconise que celle-ci puisse *"être exceptionnellement limitée dans des conditions strictement définies pour des raisons médicales"*. Elle rappelle également que *"les conditions d'application de ces raisons doivent reposer sur un principe de bénéfice/risque : toute restriction d'aller et venir n'est envisageable que si son bénéfice l'emporte sur les risques éventuels induits par le maintien de cette liberté."* Depuis 2004 et la modification de l'agence vers la Haute Autorité de Santé, aucune recommandation de bonne pratique n'a été sortie sur le sujet. Seul le manuel de certification des établissements de santé évoque le sujet concernant le respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté, critère 10.e sans qu'il ne soit fait mention d'autre recommandation que celle reprenant la circulaire dite "Simone Veil".

- Le comité des ministres du Conseil de l'Europe

Le comité des ministres du Conseil de l'Europe a édicté le principe de la "restriction minimale" dans l'article 8 de la recommandation rec(2004)10 adoptée le 22 septembre 2004 : *"Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement disponible le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui"*.

- Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

Avec la loi du 30 octobre 2007, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté a pour mission de veiller au respect de la dignité des personnes privées de liberté et à ce qu'elles soient traitées avec humanité. La "liberté d'aller et venir" dans les établissements de santé mentale est le sujet de nombreux chapitres dans les rapports annuels et de nombreuses réflexions, en particulier pour les patients en soins libres. *"Au-delà des pratiques restrictives pour la liberté que constituent l'isolement et la contention, le contrôleur général examine au cours de chacune de ses missions les mesures prises pour que les patients bénéficient, au cours de leur hospitalisation, d'une liberté d'aller et venir aussi complète que l'autorise leur état de santé. En effet, seule la considération des soins à prodiguer aux patients ou des mesures de sécurité qu'impose le comportement individuel de chacun peuvent justifier des restrictions à cette liberté. Ces dernières ne sauraient donc résulter ni de mesures d'organisation, ni de contraintes pratiques, ni de mesures de sécurité générales, systématiques et impersonnelles. En d'autres termes, si l'état clinique d'un patient peut justifier qu'il soit privé de liberté, il ne peut pas servir de prétexte à ce que l'ensemble des patients qui l'entourent le soient aussi."* (France et al. 2017) .

Depuis la loi de 1990, les différentes missions et autres instances chargées de la défense des droits des patients n'ont de cesse d'interroger et d'alerter sur la fermeture des unités, pratique qui se généralise de plus en plus en dépit de l'absence de modalités précisées par le code de santé publique.

D) Responsabilité administrative de l'établissement

Ainsi, comme nous venons de le voir, s'il est possible de restreindre la liberté d'aller-et-venir des patients dans certains cas, il n'y a pas de loi qui détermine qu'une unité de psychiatrie soit ouverte ou fermée. Quand un patient est hospitalisé avec ou sans son consentement, il est reconnu comme particulièrement vulnérable voire en non capacité de prendre les décisions nécessaires à la protection de sa santé. Ceci est corroboré par l'établissement de santé qui accueille le patient et qui aura confirmé la nécessité de l'hospitalisation, un corollaire va alors apparaître : celui de l'obligation de surveillance par le chef de l'établissement de santé. En effet, les établissements psychiatriques ont l'obligation de les protéger contre eux-mêmes ou contre les tiers en plus de leur apporter des soins de qualité. Ils ont ainsi une obligation de soins et de sécurité. De cette obligation de

surveillance découle la responsabilité de l'établissement et des conséquences juridiques en cas d'accidents causés par ou sur un patient hospitalisé qui peuvent être importantes et qui dépendent du statut des patients et des méthodes thérapeutiques utilisées. Il s'agit ici de la responsabilité administrative de l'établissement qui est engagé devant des litiges entre des personnes et pouvant conduire à verser des dommages et intérêts.

- En cas d'hospitalisation en soins libres

Un article récent écrit par Péchillon résume cela (Péchillon 2019) : *"Lorsque la personne est prise en charge en soins libres et qu'elle est majeure, c'est le droit commun de la responsabilité fondée sur une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service qui s'applique. Ce régime permet non seulement de placer le patient face à ses responsabilités mais aussi de discuter de la pertinence des moyens mis en oeuvre au quotidien. Pour retenir l'éventuelle faute du service, le juge va se fonder sur les circonstances de faits et déterminer si les moyens mis en oeuvre étaient adaptés. La faute se définit à la fois en fonction des missions et moyens confiés au service. Sauf éléments cliniques justifiant de transformer les modalités de prise en charge, l'établissement n'est a priori pas responsable d'un patient sorti à l'insu du service."*

G. Devers le précise également : *"Une mesure de limitation de la liberté ne peut être justifiée que si ce risque a un contenu réel. Le régime d'hospitalisation libre fait obstacle à l'adoption de méthodes coercitives de surveillance, et ne laisse que des pouvoirs limités sur le patient, un établissement devant apporter une réponse graduée, médicamenteuse, humaine, matérielle, adaptée."* (Devers 2018).

- En cas d'hospitalisation sous contrainte

Lorsque le patient est hospitalisé sans son consentement, l'établissement a une obligation de surveillance qui engage sa responsabilité. *"Depuis 1967, en application de la théorie du risque, les dommages causés en dehors de l'établissement lors d'une sortie autorisée justifient le recours à la responsabilité sans faute. [...] En la matière, la victime devra uniquement démontrer la réalité du lien de causalité entre la sortie et le dommage, et chiffrer les différents préjudices subis."* (Péchillon 2019).

En revanche, lors d'une sortie sans autorisation ou fugue le régime de responsabilité sans faute ne s'applique pas mais le droit commun. Ainsi, la victime d'un préjudice causé par un patient

peut rechercher la responsabilité de l'établissement de santé s'il parvient à démontrer qu'une faute du service explique la sortie du patient. Un lien de causalité direct entre le préjudice et le défaut de surveillance ou la faute dans l'organisation du service susceptible d'être reproché au Centre Hospitalier va être recherché. Ce que précise G Devers : "*En matière d'hospitalisation sous contrainte, la base du raisonnement est différente: le fait que le patient passe le seuil de l'enceinte de l'établissement révèle la faute de surveillance*" en citant le cas de l'hôpital reconnu responsable malgré les signes d'amélioration du comportement du patient et "*quelles que soient les méthodes thérapeutiques appliquées*" tant que la mesure de contrainte avait cours.

- Devoir de surveillance et droits du patient

Ainsi, entre le respect du droit du patient, de sa liberté, devoir de surveillance de celui-ci dans un moment où il est fragilisé et contraintes d'organisation, il existe un "*conflit de droits*" pour lequel aucune règle générale ne s'impose (Devers 2018) . Il n'y a pas de pratique systématisée ou de protocole, chaque cas doit être examiné de manière individualisée, adaptée, proportionnée et évaluée. "*Il en est ainsi d'une fugue, ou d'un geste suicidaire en cours d'hospitalisation. [...] À partir du moment où le patient est privé de sa liberté, la surveillance doit être d'autant plus vigilante, mais on ne bascule pas dans l'obligation de résultat. [...] En revanche, la mesure d'hospitalisation sous contrainte n'inclut aucune obligation de placer le patient en chambre d'isolement ou service fermé. Il revient à l'équipe du service dans le cadre de la prise en charge thérapeutique, et compte tenu de l'impératif de ne pas quitter l'enceinte de l'établissement, de prendre les mesures adaptées et proportionnées.*"

- Jurisprudence

Comme nous venons de le voir, aucune règle n'impose de fermer ou non les unités d'hospitalisation de psychiatrie, seule l'obligation de surveillance contraint les chefs d'établissement à protéger les patients. Mais dans les faits, cela a-t-il une influence lors de procès ? La responsabilité des hôpitaux psychiatriques est-elle non reconnue lors de passages à l'acte tels que des fugues, des agressions ou des suicides quand les unités sont fermées à clef ?

Nous avons donc étudié la jurisprudence disponible concernant les centres hospitaliers et les patients dans des affaires concernant la psychiatrie. Pour cela, notre recherche a porté sur les données issues de la base de données du Conseil d'Etat et de la Juridiction Administrative " ArianeWeb " avec pour mot clé "hôpital psychiatrique " mots clés associés ou non entre eux lors

d'une recherche menée en mai 2019. En lien avec la problématique de l'ouverture ou non des portes des services de psychiatrie, les cas que nous avons analysé concernent les cas de fugue . Un tableau plus détaillé des jugements trouvés se trouve en annexe (annexe 1).

Dans tous les cas, une faute engageant la responsabilité de l'hôpital est recherchée concernant un défaut de surveillance ou une faute dans l'organisation ou le fonctionnement de l'hôpital. Il est à noter qu'à aucun moment le fait que le service soit ouvert ou fermé n'ait été tenu comme engageant la responsabilité de l'établissement. Au contraire, ce qui ressort de cette analyse de la jurisprudence c'est que dans les cas où le patient a des antécédents significatifs notamment de passages à l'acte hétéroagressifs ou auto-agressifs et qu'il parvient à fuguer, la responsabilité est engagée "quelle qu'ait été la voie utilisée" et ce même si les moyens mis en place sont détaillés.

E) Responsabilité pénale d'un psychiatre

La responsabilité pénale est l'obligation faite à une personne reconnue coupable devant la société de répondre d'une infraction . Elle génère des inquiétudes bien plus importantes que la responsabilité civile ou administrative du fait de la gravité des faits reprochés et du caractère personnel de l'accusation. Contrairement à la responsabilité administrative, il faut pour établir une responsabilité pénale prouver un lien de causalité de façon claire et absolument certaine entre l'intervention d'un soignant et l'accident médical. Les sanctions peuvent aller d'une interdiction d'exercer jusqu'à une peine d'emprisonnement ferme même si cela paraît "*improbable*" selon G Devers, avocat spécialisé (Devers 2007) . Un soignant peut-il être condamné pour avoir ouvert les portes d'une unité en cas d'accident survenant à cause d'un patient ? Deux cas relativement récents ont fait parlé d'eux, incriminant des psychiatres dans le cas d'homicides causés par un de leurs patients, l'affaire Canarelli et l'affaire Gujadhur.

- L'affaire Canarelli

Le 9 mars 2004, Mr Joël G., patient du Dr Canarelli assassine à coups de hache le compagnon de sa grand-mère. Il est reconnu irresponsable pénalement de son crime car atteint d'une pathologie schizophrénique. En 2009, la Cour administrative d'appel de Marseille a retenu la responsabilité pour faute de l'hôpital et a indemnisé la famille. La médecin avait également été condamnée pénalement en s'appuyant sur une expertise. En effet, le Dr Canarelli avait décidé de le réintégrer en hospitalisation complète lors d'une consultation alors qu'il était en sortie d'essai

d'hospitalisation d'office mais celui-ci avait fugué et n'avait été retrouvé qu'après plusieurs semaines malgré le signalement à la police de la fugue et de l'alerte à deux reprises auprès des forces de l'ordre par la grand-mère et son compagnon pour des menaces, il avait alors déjà tué la victime. L'expertise en question, unique, exprimait le fait que le patient n'avait pas bénéficié de soins adaptés à son état et estimait que le médecin *"était entré en résonance avec le patient qui était en total déni par rapport à sa pathologie"*. Sur cette base, les juges de première instance ont reproché au médecin de ne pas être revenue sur ses convictions et de ne pas avoir modifié sa pratique, créant ou contribuant ainsi à la situation qui a permis la réalisation du dommage. *"Le reproche principal fait au Dr Canarelli et qui sous-tend tous les autres est d'avoir constamment sous-estimé la dangerosité de son patient"* explique Pénochet dans son article (Pénochet 2014). Les *"multiples errements"* reprochés au Dr Canarelli étaient constitutifs de fautes caractérisées. Pour la première fois, un médecin était condamné au pénal pour homicide involontaire en raison d'une responsabilité indirecte.

"Lorsque l'action fautive effectuée en connaissance du danger est indirecte, les juristes ont rappelé que la mise en évidence de la faute caractérisée ne suffit pas à entraîner la responsabilité. Il reste qu'entre la faute et le dommage, comme la jurisprudence constante l'affirme notamment en matière médicale, le lien de causalité doit être certain. Et si le législateur a entendu placer la personne qui a indirectement causé le dommage dans une situation plus favorable que l'auteur direct du dommage en exigeant la caractérisation d'une faute de degré de gravité supérieur, dans le même esprit, la certitude du lien de causalité ne saurait être affaiblie. Or, c'est bien sur ce point que le jugement initial paraît éminemment critiquable : le lien de causalité est affirmé dans les dernières lignes du jugement sans que son existence ne soit discutée, comme si elle allait de soi, ni surtout qu'en soit démontré le caractère de certitude."

Finalement, lors du procès en appel, Dr Canarelli a été relaxée. L'avocat général a réfuté *"point par point les motivations du premier jugement. Sur la forme, elle a probablement rejeté l'interruption de prescription par des faits de procédure retenue en première instance. Sur le fond, elle a pris en compte le mode d'exercice du psychiatre hospitalier, rappelé la prééminence des missions de soins, souligné la pluralité des intervenants. Pour la magistrate, ni la faute caractérisée, ni le lien de causalité entre le fait allégué et le dommage ne sont établis"*.

- L'affaire Gujadhur

Le 12 novembre 2008, Jean – Pierre G., patient atteint d'une schizophrénie profite d'une

sortie autorisée au sein de l'hôpital de Saint – Egrève où il est hospitalisé, sort de l'établissement et se rend dans le centre de Grenoble, achète un couteau et tue un homme qu'il croise, Luc M., jeune étudiant de 26 ans. Il est reconnu irresponsable pénalement du fait de sa pathologie psychiatrique et c'est son médecin psychiatre le Dr Gujadhur qui fait face à la justice. Celui-ci est condamné à dix-huit mois de prison avec sursis pour manque de surveillance et grave défaut d'appréciation de la dangerosité d'un patient. Le fait divers est très vite récupéré au niveau politique, Nicolas Sarkozy alors président de la République prononce le discours d'Antony trois semaines après en faveur d'un renforcement des mesures sécuritaires des hôpitaux psychiatriques. Suite au témoignage d'un homme agressé dans les mêmes circonstances en 1995 par le même patient, la famille de l'étudiant décide de porter plainte contre l'établissement et trois médecins psychiatres pour homicide involontaire, plainte qui sera d'abord classée trois fois sans suite par le Parquet. En 2014, la justice renvoie en correctionnelle un seul médecin, Dr Gujadhur, responsable du pavillon et l'hôpital, les deux autres médecins mis en examen, un médecin superviseur et un remplaçant du Dr Gujadhur, sont relaxés. Ce qui est pointé par la justice est "*un défaut d'appréciation de la dangerosité*" du patient, auteur par le passé de plusieurs agressions notamment au couteau et qui a connu quelques mois auparavant un "*épisode délirant*" durant lequel une résurgence d'hallucinations acoustico-verbales lui disaient de "*trancher la gorge d'un autre patient*". Sur le fond, la justice lui reproche le suivi de ce patient en n'ayant pas pris connaissance de son dossier durant les deux années où il était hospitalisé dans le pavillon dont il avait la responsabilité de fait. La cour a alors estimé que ses médecins auraient dû "*mieux encadrer ses permissions de sortie*". Le dossier est encore entre les mains de la justice, le médecin s'est pourvu en cassation.

F) Synthèse

Lorsque le cadre juridique a été réformé pour les soins sans consentement, rien n'avait été écrit pour encadrer l'ouverture ou la fermeture des unités. La restriction de la liberté d'aller-et-venir doit être "*adaptée, nécessaire et proportionnée*" ce qui ne semble pas être le cas de tous les patients hospitalisés sous contrainte et encore moins pour ceux en soins libres hospitalisés dans des unités fermées. Ce qui détermine réellement l'état d'ouverture ou de fermeture des portes, c'est le fonctionnement choisi par les médecins des unités. Selon plusieurs spécialistes, lorsqu'un accident survient impliquant un patient en fugue, la responsabilité administrative de l'établissement est remise en cause, peu importe que les portes du service soient ouvertes ou fermées. En revanche, et

ce qui est plus inquiétant pour l'avenir, c'est la responsabilité pénale du médecin qui a été mise en cause pour homicide involontaire à deux reprises. L'un a été relaxé, l'autre est encore en cours de jugement. Il est nécessaire de rappeler le fait que ces cas restent rares mêmes si non anecdotiques du fait de la gravité des faits. Là encore, le fait que les unités soient ouvertes ou fermées n'a que peu d'importance : un des deux patients ayant commis un meurtre était en fugue alors même que la psychiatre tentait de le réintégrer en hospitalisation complète et l'autre était en fugue lors d'une sortie autorisée dans le parc.

V. Cas cliniques

A) Vie quotidienne d'une unité de psychiatrie

Des situations vécues quotidiennement sont intéressantes à explorer dans une unité dont les portes peuvent être ouvertes ou fermées. Nombreux sont les patients qui lorsque les portes sont fermées passent en escaladant le toit du patio, moins nombreux sont ceux qui cassent le verre des fenêtres à l'aide d'une chaise et traversent ce qu'il en reste, se blessent et laissent une chambre maculée de sang. Les chaises disposées à l'entrée du service sont souvent occupées par ces patients, déprimés ou psychotiques pour la plupart qui lorsque les portes sont fermées sont trop pragmatiques ou renfermés sur eux-mêmes pour oser demander à ce qu'on leur ouvre le service pour leur permettre de sortir. A l'inverse, d'autres sonnent continuellement pour entrer ou sortir et manifestent leur présence aux soignants et aux patients par ces sonneries incessantes.

Quand le pavillon est ouvert, l'ambiance est différente, semble moins pesante, moins tendue. Les gens rentrent plus facilement, parfois trop : des personnes viennent en visite et rentrent directement sans prendre la peine de se présenter ou de dire qui ils viennent voir et l'on entend qu'"on y rentre comme dans un moulin". Les patients qui ont des conduites à risque et sont en recherche de protection attendent que les portes soient fermées le soir pour essayer de fuguer, s'agiter et passer à l'acte alors que la tentation était beaucoup moins forte quand les portes étaient encore ouvertes.

Deux cas cliniques ont été choisis pour illustrer la problématique des portes ouvertes ou fermées dans une unité de psychiatrie.

B) Mia

- Motif d'hospitalisation

Mia est une patiente mineure de dix-sept ans hospitalisée à sa demande via les urgences médico-psychologiques devant un risque de passage à l'acte suicidaire. Elle a été emmenée aux urgences par sa mère après qu'elle lui ait écrit une lettre sur laquelle elle faisait part de ses idées suicidaires par pendaison présentes depuis plusieurs semaines.

- Antécédents

Elle n'a aucun antécédent psychiatrique en-dehors de scarifications qu'elle a pu s'auto-infliger par le passé et qui n'ont pas été explorées durant l'hospitalisation ainsi que d'un suivi psychologique dans le cadre d'une enquête pour corruption de mineurs qu'elle a peu investi.

Il est à noter que la mère a elle-aussi été hospitalisée en psychiatrie il y a quelques années pour des troubles similaires avec un syndrome dépressif dans un contexte de séparation conjugale. Elle présentait des troubles des conduites alimentaires.

Il n'y a pas d'antécédent connu chez le père.

- Mode de vie et environnement familial

Mia est la deuxième d'une fratrie de trois enfants. Elle a une soeur aînée de vingt ans dont elle pense qu'elle va mal et un petit frère de douze ans. Mia décrit une ligue entre sa grande soeur, son petit frère et son père contre elle. La fratrie de Mia n'est jamais venue lui rendre visite ni en entretien familial durant toute l'hospitalisation.

Elle est scolarisée en baccalauréat professionnel dans une formation d'aide à la personne. Elle dit être en difficulté et ne rien comprendre aux cours – un diagnostic de dyslexie dysorthographe a été posé en année de cinquième, avec une reconnaissance par la Maison Départementale des Personnes Handicapées et un appareillage.

Elle pratique à bon niveau l'équitation, activité qu'elle investit beaucoup.

- Histoire de la maladie

Elle décrit un mal-être présent depuis de nombreuses années. Des idées suicidaires sont apparues il y a plusieurs semaines, de plus en plus présentes avec apparition d'un scénario de pendaison qui était clairement projeté. La mère pense que ce qui a pu déclencher l'épisode est la corruption de mineur l'an dernier à l'encontre de Mia du beau-père d'une amie qui lui aurait envoyé des messages à caractère sexuel qu'elle a montrés à cette amie qui aurait alerté. Mia n'en avait parlé à personne.

Il y a également eu une rupture sentimentale un mois et demi avant l'hospitalisation avec un homme de vingt-deux ans qui a un casier judiciaire, ainsi qu'une dispute assez violente avec la soeur il y a dix jours.

- A son arrivée :

Lors du premier entretien, la patiente est de bon contact initialement, assez accessible mais va peu à peu se fermer durant l'entretien, devenant fuyante voire même évitante

Elle présente un tableau d'état dépressif caractérisé comprenant : une tristesse de l'humeur, un profond désespoir ainsi que des troubles des fonctions instinctuelles. Le sommeil est mauvais avec des difficultés d'endormissement et des réveils précoces et multiples ainsi que l'appétit.

Elle accepte l'hospitalisation – l'autorisation parentale est signée par la mère et il est prévu que le père passe dans l'après-midi pour signer lui aussi.

On retrouve sur l'évaluation psychiatrique des urgences une notion d'attouchement sexuel lorsqu'elle avait douze ans dont Mia a fait part au psychiatre des urgences mais dont la famille n'est pas au courant.

Il est prescrit un traitement anxiolytique par Tercian ainsi qu'une surveillance du risque suicidaire considéré comme majeur. Une demande pour une prise en charge dans une unité spécialisée dans la prise en charge d'adolescents en crise est faite dès le lendemain de son arrivée.

Mia est hospitalisée dans un service initialement ouvert mais "fermable", c'est-à-dire que les portes peuvent être fermées à clef en cas de besoin.

- Durant l'hospitalisation

Rapidement, Mia devient quasi-mutique, les rares plaintes verbalisées sont centrées sur les troubles du sommeil. Les échanges sont compliqués, elle a une présentation fermée, yeux baissés, bras croisés avec une attitude de défiance voire de colère. Elle semble être en opposition avec l'hospitalisation mais ne le dit pas. Elle concède avoir envie de mourir et ne pas être rassurée par l'hospitalisation.

Les premiers jours, elle se montre discrète, s'isole, refuse de manger avec les autres patients (mais a de la nourriture dans sa chambre), refuse les visites et appels de ses parents et les entretiens médicaux pendant lesquels elle a la même présentation clinique. Elle signale à un moment la présence d'une ceinture parmi les affaires ramenées par sa mère et évoque de manière détendue la nécessité de laisser les personnes choisir de mourir ce qui est vécu comme une provocation par les soignants. Elle se montre dans une opposition passive voire hostile tout en réclamant beaucoup de temps aux soignants. Mia va jusqu'à écrire un mot qu'elle dépose au sol dans sa chambre à destination de l'équipe précisant de ne plus venir la chercher pour les repas ni les entretiens médicaux.

Lors de l'hospitalisation, la mère est décrite par l'équipe soignante comme initialement

bienveillante et vigilante, très inquiète pour sa fille. Elle cherche à savoir les raisons du mal-être de sa fille et comprend la nécessité de mise à distance. A plusieurs reprises, il est noté une relation fusionnelle entre elle et sa fille ainsi qu'une mauvaise différenciation entre les deux : il est arrivé plusieurs fois que la mère présente la même coiffure ou le même style vestimentaire que sa fille adolescente. De plus, elles se ressemblent beaucoup et il y a un certain mimétisme dans leurs postures, mimiques et autres expressions. Il est également noté que la mère de Mia a été hospitalisée dans le même centre hospitalier spécialisé pour un tableau similaire lors du divorce d'avec le père de Mia.

Le père est moins présent que la mère mais appelle néanmoins régulièrement et rend des visites à sa fille. Il semble en apparence plus différencié, plus solide et étayant. Il décrit des relations conflictuelles avec Mia depuis deux ans, avec une intolérance à la frustration de la part de celle-ci. Mia passerait son temps sur son portable mais il ne la sanctionnerait pas car il aurait peur qu'elle ne veuille plus venir chez lui. La relation est également tendue avec la belle-mère du fait du comportement non aidant au domicile. Il évoque également de possibles angoisses vis-à-vis des "problèmes psychiatriques" de la mère, Mia ayant pu voir celle-ci très mal.

Les parents s'inquiètent de savoir que Mia refuse le lien avec les soignants, ne comprennent pas son attitude même si monsieur dit qu'elle est la même que lorsqu'elle est chez lui, malgré un cadre qu'il dit "ferme".

Au dixième jour d'hospitalisation, elle devient plus loquace, exprime sa colère "rien ne va". Elle a un sentiment d'incurabilité, ne se projette pas dans l'avenir tout en étant plutôt démonstrative, pessimiste et projective. Elle dit pour la première fois vouloir sortir de l'hôpital et menace de fuguer tout en souhaitant ne rentrer ni chez son père ni chez sa mère. Son comportement est fluctuant : la nuit, l'insomnie est quasi totale. Elle a pu se présenter très peu accessible en première partie de nuit puis de meilleur contact, riant et souriant avec le soignant et redevenant hermétique peu de temps après. Plusieurs traitements neuroleptiques sont introduits devant l'hypothèse d'un trouble psychotique, tous inefficaces.

Le lendemain, elle réitère son souhait de partir et rôde devant la porte – ouverte – sans tenter de fuguer. Elle va alors aborder la relation avec son père. Elle est très en colère contre celui-ci depuis la séparation parentale quand elle avait huit ans et le rend responsable des tentatives de suicide de sa mère. Selon elle, il la traitait de "mauvaise mère" devant Mia qui dit le détester et qu'il la déteste également. Il l'obligerait à venir chez lui une semaine sur deux, semaine durant laquelle elle reste dans sa chambre et dort. Il lui dirait que même après sa majorité elle sera obligée de venir. Elle ne s'entend pas non plus avec la nouvelle compagne de son père ainsi que les enfants de celle-ci. Mia évoque également sa relation avec sa grande sœur, elle pense que celle-ci ne l'aime pas non

plus.

Mia s'auto-dévalorise "je suis nulle" avec un fort sentiment de solitude. Elle sous-entend avoir des idées suicidaires toujours présentes et connaître l'élément déclencheur mais refuse d'en parler. L'attitude est défensive mais Mia semble avoir envie d'en parler. Elle tente pour la première fois de fuguer pendant les transmissions soignantes, elle est rattrapée à l'entrée de l'hôpital et ne présente pas d'opposition lorsqu'elle est raccompagnée dans l'unité.

Les portes de l'unité se ferment alors.

A son retour, elle se montre fermée, refusant tout entretien médical mais finissant par évoquer avec un infirmier de nuit les agressions sexuelles subies lorsqu'elle avait douze ans par un de ses cousins âgés alors de quinze ans, à l'époque où sa mère était hospitalisée.

Dès le lendemain, Mia fera sa deuxième tentative de fugue. Elle parle avec un infirmier de sa situation familiale, du conflit avec sa grande soeur et son père. Elle dit faire du mal à sa mère en ce moment sans en dire plus. Elle évoque également la relation avec son ex-compagnon qui aurait essayé de la violenter.

Puis il y aura une troisième tentative de fugue le surlendemain. Faute de place, Mia ne sera mise en chambre de soins intensifs que le lendemain pour protection. Elle est en opposition totale, inaccessible à la discussion. Elle hurle pendant de nombreuses minutes. Elle recevra également une injection de traitement, les refusant per os. La mère est prévenue, elle reste présente et disponible et souhaiterait un entretien familial avec le père de Mia pour parler de son mal-être ensemble et avancer. Le père est alors invité à discuter en présence d'un médiateur. Il n'aura de cesse de banaliser et minimiser la souffrance de Mia. Il semble penser qu'elle est seulement en crise d'adolescence. Il n'arrive pas à se remettre en question ni à percevoir le mal-être de sa fille et s'en défend. Il est cependant d'accord pour un entretien familial et passe avec sa compagne déposer une lettre et des affaires.

Mia reste en chambre de soins intensifs sans aucun temps de sortie pendant quatre jours. Lors d'un entretien médical, elle se montre de meilleur contact et se confie longuement, notamment sur des symptômes de stress post-traumatique. Elle évoque les disputes régulières avec son père dont une qui précède l'hospitalisation. Il se plaindrait de son "égoïsme" car Mia passerait l'essentiel de son temps dans son lit, volets fermés depuis deux ans sans questionner la raison d'un tel comportement – date d'un harcèlement sexuel subi par messages par le beau-père d'une amie. Mia n'a pas porté plainte mais sa mère l'a fait. Mia évoque également l'abus sexuel par un membre de sa famille à plusieurs reprises et le fait que personne ne soit au courant, avec un fort sentiment de culpabilité "je veux pas faire exploser la famille" – date approximative du diagnostic de dyslexie dysorthographe et du harcèlement scolaire. Elle parle également de la rupture sentimentale récente.

Le contrat s'élargit, Mia s'engage à se nourrir, s'hydrater, prendre son traitement et ne pas fuguer. Elle s'ouvrira progressivement aux soignants et au psychiatre, donnant des éléments sur son agression en refusant encore que le sujet soit abordé avec ses parents lors d'entretiens familiaux. Les affects sont exprimés plus facilement, Mia s'effondre en pleurs, est plus authentique. Elle reproche à son père de ne pas l'avoir protégée après la première agression alors qu'elle était en vacances avec lui. Mia présente alors des malaises dont l'étiologie n'est pas retrouvée. Elle se dit inquiète de sentir son "corps qui lâche" alors que dans sa tête "les idées sont très présentes". Elle reste ambivalente : elle met en avant des idées suicidaires tout en demandant à pouvoir faire de l'équitation ou avoir son téléphone pour garder des liens avec une amie.

Mia part en permission et parlera de l'agression sexuelle à son père. Il y a d'autres tentatives de fugue. Elle cherche le contact soignant et teste constamment la protection tout en restant dans l'opposition. Le lien avec les soignants ne peut être que dans la confrontation, elle cherche à être protégée par eux tout en mettant à mal le lien et en leur projetant de l'agressivité. Elle fait part de son envie d'aller en chambre de soins intensifs et se dit angoissée par la possibilité de sortir de l'unité. Elle pourra dire se sentir enfermée, notamment dans la relation à sa mère.

Mia est transférée après plusieurs semaines d'hospitalisation dans l'unité spécialisée pour adolescents et jeunes adultes en crise. A peine arrivée, elle met en échec le projet en demandant à être réhospitalisée dans la même unité ou à "être euthanasiée". Elle est donc retransférée dans l'unité.

Lors d'une nouvelle fugue, elle envoie un message à une amie qui informe le service ainsi qu'à sa mère "j'ai fait une bêtise". Le lendemain, elle fugue à nouveau et se rend au lycée pour voir une amie. La mère se positionne sur un maintien de l'hospitalisation. Mia fuera encore.

Lors d'un entretien familial réalisé en présence de la mère, celle-ci évoquera les abus qu'elle a elle-même subis par son propre père lorsqu'elle avait huit ans, âge auquel elle aurait été abandonnée par sa mère et ses soeurs. Aucune plainte n'aurait alors été déposée.

La sortie définitive est prévue peu de temps après. Mia se présente détendue et souriante, elle dit spontanément aller mieux et avoir moins d'idées noires. Elle a réussi à parler de ce qui n'allait pas "j'ai trop perdu de temps à ne pas parler".

- Synthèse clinique

Mia est une jeune patiente qui présente une clinique adolescente avec une immaturité certaine. Elle questionne le lien, est projective, rejette beaucoup d'agressivité sur les membres de l'équipe. Elle cherche et teste constamment la protection des soignants en les provoquant et en les

informant sur ses envies de passage à l'acte . Elle demande régulièrement à ce qu'on lui ouvre la porte, parle de ses envies de fuguer, pointe la brèche, la faille et en profite pour mettre à l'oeuvre son projet de fugue. Elle met à mal le lien et sa solidité. Elle a mobilisé beaucoup de temps soignant et de disponibilité psychique. Son cas était évoqué et discuté à chaque réunion clinique, temps de transmission et autres staff, créant du clivage sur la prise en charge. Finalement, lorsqu'elle a eu la possibilité de fuguer en dehors de l'hôpital, elle ne s'est pas mise en danger, se rendant au lycée, et prévenant indirectement l'unité du lieu où elle se trouvait en passant par une amie à elle ou par sa mère.

Mia semble jouer à l'hôpital ce qui ne pouvait pas se jouer à la maison avec ses parents. En effet, les parents de premier abord semblaient étayants. Il s'est révélé au fur et à mesure une mauvaise différenciation. La mère était dans une relation fusionnelle, mimétique avec sa fille et une répétition en miroir : hospitalisation en psychiatrie pour des symptomatologies similaires, victimes toutes les deux d'inceste dans des moments d'abandon par l'un des membres de la famille : l'un supposé réel par la mère, l'autre fantasmé durant l'hospitalisation de la mère et une absence de protection de la part de l'autre parent avec ce père qui n'a rien vu et a laissé faire, laissant même Mia dormir dans la même chambre que son agresseur. Le père, lui discréditait les propos de Mia, annulant la souffrance de celle-ci, refusant de porter plainte contre l'agresseur. Mia vérifie la contenance du cadre thérapeutique, la solidité de celui-ci. Ses passages à l'acte reflètent ses conflits psychiques non résolus et non verbalisés. D'un côté elle souhaite être libre et jouir de cette liberté, de l'autre elle ne demande qu'à être protégée par l'équipe soignante. Une fois la solidité du cadre soignant testée, il lui a été possible d'évoquer ses traumatismes avec ses parents sans crainte de "briser la famille" comme elle avait pu le dire lors d'un entretien.

Le contre-transfert de l'équipe soignante a été très fort à l'encontre de Mia. C'est une patiente qui a été très investie, de par son âge et sa pathologie. Sans cesse les soignants se plaignaient de son imprévisibilité, du risque qu'elle se suicide tout en étant extrêmement en colère et agacés par ses passages à l'acte. Elle les a poussés à faire ce qu'ils n'avaient pas envie de faire. La mise en chambre de soins intensifs a été extrêmement mal vécue, comme une mise en acte des agressions sexuelles subies et de sa propre culpabilité. Les soignants ont été forcés de la contenir physiquement à plusieurs, à la déshabiller et à lui faire une injection de manière violente. Ils sont tous sortis avec un fort sentiment de malaise, se sentant coupables d'être mis dans la peau de l'agresseur.

A l'image de son psychisme, Mia nous claque les portes au nez. A chaque tentative d'ouverture, elle nous a imposé de lui fixer des limites très strictes par le biais de la chambre de soins intensifs et des injections médicamenteuses dans une certaine escalade des symptômes et des passages à l'acte dont elle était la première victime mais également la première actrice. En effet,

Mia semble s'être "accrochée" à ses symptômes, a investi ces passages à l'acte et ce mode de fonctionnement, déterminée à mettre en échec les soins proposés en luttant contre le sommeil malgré les traitements sédatifs, en opposant son mutisme à notre volonté de mettre des mots sur sa souffrance. On observe une certaine forme de chantage dans ses fugues nombreuses et régulières. Par le biais de ses passages à l'acte, elle luttait contre l'effondrement thymique, gardant ainsi la maîtrise et le contrôle. Soudainement, brutalement même sa langue s'est déliée, elle s'est ouverte aux soins et les portes avec elle. L'ajustement dans la relation restait difficile, tantôt allant chercher les soignants pour évoquer ses souffrances avec eux, tantôt les fuyant. Il semble que la relation aux portes de l'unité soit également en miroir de la relation avec ses parents. Il n'a été possible pour Mia d'aborder le sujet de ses agressions sexuelles subies qu'une fois que le cadre thérapeutique a été reconnu solide.

Les portes étaient fermées du fait que la patiente soit mineure mais que se serait-il passé si les portes étaient restées solidement ouvertes ? Qu'aurait dû mettre en place Mia pour échapper aux soins dans une unité où la liberté d'aller et venir est respectée ? N'était-ce pas renforcer Mia dans ses conduites où l'escalade était de mise, l'a-t-on confrontée à un mur contre lequel elle n'a eu de cesse que de se jeter ? On voit bien que le "cadre ferme" imposé par le père n'avait eu aucun effet, n'aurait-il pas fallu essayer un cadre plus souple et ouvert ?

C) Morgane

- **Motif d'hospitalisation :**

Morgane est une patiente atteinte d'une schizophrénie paranoïde qui a été hospitalisée à de nombreuses reprises en psychiatrie pour des décompensations psychotiques.

- **Mode de vie et environnement familial**

Morgane est une femme de trente-cinq ans célibataire. Elle a un garçon de quatre ans qui vit chez les grands-parents maternels. Ses parents ont été très présents pour Morgane jusqu'à récemment. Elle a obtenu son baccalauréat littéraire ainsi qu'un diplôme en informatique et communication internationale. Elle a créé son entreprise de communication à la fin de ses études, en cessation d'activité depuis 2011. Elle a beaucoup voyagé pendant et après ses études. Elle a vécu en Ecosse pour sa licence puis est allée vivre à la Réunion pendant un an et demi, y travaillant dans le

commerce où elle a rencontré son compagnon de l'époque. Elle est ensuite allée en Italie pendant quelques mois puis est allée vivre chez une amie en Belgique mais n'y connaissait personne d'autre et n'a pas trouvé de travail, elle est revenue en France l'année d'après.

Son père travaillait à la poste, sa mère était puéricultrice. Morgane est la deuxième d'une fratrie de trois enfants. Elle a un grand-frère qui vit dans le sud de la France, il a deux enfants, et une petite soeur plus jeune d'une dizaine d'années avec qui elle n'a plus aucun contact. Elle peut dire avoir le sentiment d'être mise à l'écart depuis sa naissance.

- Histoire de la maladie

Elle a longtemps présenté des troubles du comportement alimentaire, de seize à vingt-sept ans environ, à type de boulimie avec vomissements - conduites disparues depuis la deuxième hospitalisation. Elle a été hospitalisée à de nombreuses reprises :

- Première hospitalisation en 2010 en région parisienne dont on ne sait rien

- Deuxième hospitalisation à la demande d'un tiers (la mère est le tiers) pour délire paranoïde avec hallucinations acoustico-verbales, catatonie dans un contexte d'importante consommation de cannabis. L'hospitalisation est ponctuée de nombreuses fugues qu'elle justifiera quelques mois plus tard par le fait de ne pas avoir supporté l'enfermement.

Morgane prend contact avec le centre médico-psychologique quelques mois après cette hospitalisation et bénéficie d'un suivi intensif avec des consultations quasi hebdomadaires pendant plusieurs mois du fait de l'état clinique inquiétant de la patiente. La famille est très présente mais refuse l'hospitalisation du fait du vécu difficile des précédentes hospitalisations et en particulier des nombreuses fugues. Au bout de plusieurs mois, elle décroche un contrat de travail de dix mois pendant lequel elle tombe enceinte avec fausse couche précoce, Morgane en est très déçue. Finalement elle arrête après plusieurs mois son traitement anti-psychotique du fait de son désir de grossesse.

- Elle est réhospitalisée en soins à la demande du représentant de l'état pendant un mois en 2014, elle a fait un voyage pathologique en Tunisie où elle a été retrouvée nue sur la voie publique.

- Elle est à nouveau hospitalisée peu de temps après sous contrainte après un accès de violence envers son compagnon. La grossesse est découverte pendant cette hospitalisation et Morgane refuse tout traitement de ce fait. Le traitement ne lui est pas imposé du fait d'une amélioration clinique rapide et notable. Une information préoccupante est alors réalisée par son psychiatre traitant.

- Elle est réhospitalisée à la fin de la grossesse, elle était alors à quarante semaines

d'aménorrhée plus cinq jours. Elle avait rompu tout contact avec sa famille depuis plusieurs semaines. Elle est accueillie en chambre de soins intensifs du fait de l'agitation psychomotrice qu'elle présente. Le travail commence après quelques heures d'hospitalisation, elle est alors transférée dans un service de gynécologie obstétrique où elle accouche et est retransférée en chambre de soins intensifs après seulement quelques heures. Morgane rendra visite à sa fille tous les jours en néo-natalité accompagnée d'un soignant. Trois semaines après l'accouchement, sa fille est confiée au père au domicile de la grand-mère paternelle et des visites médiatisées sont organisées dans une unité spécialisée d'hospitalisation mère enfant.

Quelques mois après la naissance, il est à noter que Morgane sera victime d'une hépatite fulminante qui engage le pronostic vital, attribuée au traitement antipsychotique. Elle avouera plusieurs semaines après avoir fait une intoxication médicamenteuse volontaire massive au Paracétamol.

- Elle est réhospitalisée après quelques mois, transférée d'un hôpital d'une autre région où elle avait été retrouvée en errance. Un changement de référence médicale est effectué, Morgane étant très persécutée par son premier psychiatre référent qu'elle rend responsable de la première fausse couche et du retrait de la garde de sa fille car du fait l'information préoccupante. Elle souhaite également porter plainte contre son père pour viol.

- Elle est réhospitalisée après plusieurs mois en soins à la demande d'un tiers après une rupture de soins et de traitement depuis de nombreux mois. Elle a réalisé un voyage pathologique à Rome et en région parisienne puis est allée sur la côte d'azur, est restée plusieurs semaines à Marseille et enfin à Toulon où elle a été hospitalisée avant de fuguer. En errance dans la région, elle se fait hospitaliser sous un faux nom et se retrouve dans un autre hôpital psychiatrique puis est retransférée dans le secteur dont elle dépend. Elle est alors avec un nouveau compagnon qui apparaît à ce moment-là comme "plus aidant".

En 2016, Morgane semble mieux sur le plan psychique. Elle prend d'un traitement retard qui est efficace avec une bonne tolérance. Elle accepte de bénéficier de l'allocation pour adulte handicapé, travaille dans une entreprise de reprographie impression avec son conjoint, travail qui la valorise et est en lien avec ses études. Les visites sont encore médiatisées avec sa fille puis non médiatisées passant de plusieurs heures par semaine à domicile à cinq jours par semaine. Elle se sépare la même année de son compagnon et gagne un concours de Slam qui lui permet de réaliser un clip de musique.

Durant l'année 2017, Morgane demande à baisser son traitement par injection de neuroleptique retard et finalement l'arrête. Elle est alors réhospitalisée peu de temps après. Sa famille s'est inquiétée et ils sont venus chercher leur fille à son domicile. A l'arrivée des secours, elle

tente de se défenestrer et est rattrapée in extremis. Elle est également catatonique.

- Elle est réhospitalisée quinze jours après la sortie dans un état similaire : prostrée, mutique, catatonique.

- Elle est à nouveau hospitalisée suite à une agression sur son père : elle a essayé de le castrer avec une clé, elle agresse également violemment un autre patient. Elle souhaite être accompagnée pour déposer plainte contre son père. Sa famille alors très présente malgré les nombreux faits de violence à leur rencontre s'éloigne.

- Deux semaines après, elle demande pour la première fois à être hospitalisée en se présentant d'elle-même à l'hôpital. Le soir-même, elle essaie de stranguler une autre patiente puis un soignant lors de la mise en chambre de soins intensifs. Dès sa sortie, il y a une rupture de traitement mais Morgane poursuit le suivi et se rend aux consultations avec son psychiatre.

- Elle est réhospitalisée après plusieurs mois.

- Quinze jours après, elle se représente d'elle-même dans l'unité et demande sa sortie dès le lendemain.

- Trois jours après, réhospitalisée sous contrainte avec plusieurs passages en chambre de soins intensifs devant l'agitation psychomotrice et le risque de passage à l'acte hétéro et auto-agressif, elle a de nouveau frappé une patiente au visage. Elle s'arrache les cheveux. Elle fait également un passage en réanimation pour encéphalopathie hépatique sur intoxication médicamenteuse volontaire au Paracétamol.

- Elle est réhospitalisée après un mois, retrouvée errante près d'un pont connu pour sa dangerosité.

- Synthèse clinique

Comme nous venons de le voir, le parcours de Morgane est complexe, brutal. Elle a testé toutes les configurations possibles de l'hospitalisation : unité ouverte, unité fermée, chambre de soins intensifs, soins libres ou sous contrainte. Quel que soit le cadre proposé, elle le déborde. Mais l'alliance est là, elle revient avec une demande de soins, envoie un message à son psychiatre quand elle loupe ses consultations.

On voit que Morgane très tôt durant la phase pré-psychotique fait preuve d'une grande instabilité. Elle a un besoin constant de bouger qui se manifeste lors des hospitalisations émaillées de très nombreuses fugues ou tentatives, que le pavillon soit fermé ou ouvert. Morgane profite du passage d'un soignant ou d'un patient ou tout simplement d'une sortie autorisée dans le parc. La symptomatologie est imprégnée d'une grande impulsivité et de multiples passages à l'acte, hétéro

mais également auto-agressifs qui ne sont que difficilement abordables par la patiente. Aux questions qu'on lui pose, elle répond ne se souvenir de rien. Lorsqu'elle est "enfermée", cela lui est insupportable, elle tente de fuir par tous les moyens parfois même avec violence (donne des coups de pieds à une agent de soins hospitaliers qui lui barre le passage, bouscule les patients et les soignants). Lorsqu'elle est plus libre, elle profite des portes ouvertes ou d'un temps de sortie autorisé dans le parc de l'hôpital pour ne pas revenir et se met en danger.

A plusieurs reprises, l'admission s'est faite à sa demande. Elle revient sur le site de l'hôpital, rôde dans le parc et se présente aux portes du pavillon. Elle ne sonne pas, son ambivalence semble l'en empêcher et lorsque les portes sont fermées, elle fait demi-tour et repart. Elle revient plus tard et le manège recommence. En revanche, lorsque les portes sont ouvertes, elle rentre et formule une demande d'hospitalisation à sa manière, parfois même elle demande à aller en chambre de soins intensifs. Lorsqu'elle vient en soins libres, elle nous contraint à la contraindre, à refermer les portes et utiliser la chambre de soins intensifs et les injections de neuroleptiques. Elle se perd entre des demandes incessantes de soins qu'elle nous impose et lorsqu'on initie les soins, elle les refuse finalement et retire son consentement. C'est symptomatique de la discordance du schizophrène, de l'ambivalence psychotique mais on peut également se poser la question du cadre contenant qu'elle vient attaquer en miroir de son père, lui qu'elle a accusé d'inceste, qu'elle agresse pour le castrer avec une clé – ça ne s'invente pas. Là encore il faut que le cadre soit solide pour lui permettre de verbaliser sans se morceler.

Il est surprenant de voir que Morgane a fait des études dans la communication et qu'elle a travaillé dans ce domaine, elle qui actuellement est quasiment hermétique avec un repli autistique massif et une grande dissociation idéo-comportementale. Elle ne formule pas de demandes, elle impose ses souhaits et son opinion et se morcelle lors l'interaction avec l'autre.

VI. Les portes : un banal objet ?

"Entrez sans frapper ! - La technicisation a rendu précis et frustes les gestes que nous faisons, et du même coup aussi les hommes. Elle retire aux gestes toute hésitation, toute circonspection et tout raffinement. Elle les plie aux exigences intransigeantes, et pour ainsi dire privées d'histoire, qui sont celles des choses. C'est ainsi qu'on a désappris à fermer une porte doucement sans bruit, tout en la fermant bien. Celles des voitures et des frigidaires il faut les claquer; d'autres ont tendance à se refermer toutes seules, automatiquement, invitant ainsi celui qui vient d'entrer au sans-gêne, le dispensant de regarder derrière lui et de respecter l'intérieur qui l'accueille. On ne rend pas justice à l'homme moderne si l'on n'est pas conscient de tout ce que ne cessent de lui infliger, jusque dans ses innervations les plus profondes, les choses qui l'entourent. Qu'est-ce que cela signifie pour le sujet, le fait qu'il n'y ait plus de fenêtres à double battant à ouvrir, mais de grossiers panneaux vitrés qu'il suffit de faire glisser ? Plus de délicates clenches de portes, mais de simples poignées qu'on tourne ? Plus de vestibules, plus de perrons entre la maison et la rue, plus de murs autour des jardins ? Et qui n'a pas eu au volant de sa voiture, en sentant la puissance de son moteur, la tentation d'écraser des bestioles sur la route, des passantes, des enfants ou des cyclistes ? Dans les mouvements que les machines exigent de ceux qui les font marcher, il y a déjà la brusquerie, l'insistance saccadée et la violence qui caractérisent les brutalités fascistes. S'il y a dépérissement de l'expérience acquise, la faute en revient pour une très large part au fait que les choses étant soumises à des impératifs purement utilitaires, leur forme exclut qu'on en fasse autre chose que de s'en servir; il n'y est plus toléré le moindre superflu, ni dans la liberté des comportements ni dans l'autonomie des choses, or c'est ce superflu qui peut survivre comme un noyau d'expérience car il ne s'épuise pas dans l'instant de l'action"

(Adorno 2003)

L'ouverture des portes des services de psychiatrie adulte générale est un sujet d'actualité qui suscite le débat. Depuis plusieurs années, la psychiatrie est régulièrement sur le devant de la scène sociétale. A chaque fait divers "hors normes" le profil psychologique et psychiatrique du présumé coupable est analysé par des experts et des profanes. Chacun y va de son commentaire et beaucoup arrivent à la même conclusion "il faudrait tous les enfermer !". En revanche, lorsque l'enfermement est considéré comme "injustifié" par les médias, on crie à l'injustice subie par tous ces patients ne méritant pas d'être "internés", le mouvement anti-psychiatrie voit de nouveaux adeptes et la Liberté est mise en avant pour justifier l'abolition de toute contrainte en psychiatrie. Tantôt les portes devraient être verrouillées à double tour avec cadenas, barrières électrifiées et surveillants de prison devant chaque unité, tantôt les portes sont appelées à disparaître.

De tous temps et de toute culture les portes, les verrous, les clés et autres passages et seuils ont été l'objet de croyances, de rites et autres cultes (Dibie 2012) . Hermès le messager des dieux a également contribué au bornage des champs, des chemins et peut-être des sanctuaires, il était le dieu du seuil et a été nommé Propylaios, "situé devant la porte", autrement dit le portier. Eros, dieu de la passion, dort à même le seuil des portes et joue un rôle dans le contrôle des entrées et des portes. Le labyrinthe dont on ne sort que difficilement nous a été laissé par le personnage de Dédale et on connaît l'histoire de Troie dont les portes réputées inviolables ont été franchies à l'aide du fameux cheval. Le seul lieu en Grèce dont les portes se referment de manière définitive et fatale sont celles d'Hadès, accompagné de son fidèle chien Cerbère. A l'époque, lors de la construction des maisons grecques, la pose de la porte et de la cheminée était un moment plein de danger. Chaque fermeture peut également laisser rentrer de mauvais esprits et la présence d'un prêtre était alors indispensable. Zénon enseignait à l'ombre d'un portique à Athènes et cela a donné le nom à l'école du Portique qui enseigne le stoïcisme.

Les arcs de Triomphe, les portes introuvables du Paradis, les pont-levis, la porte d'Isthar sont autant de portes célèbres. L'octroi à payer lorsque l'on franchit les portes d'une cité, le passeport, la banlieue – mise au ban, les rituels dans les cérémonies de passage : naissance, mariage, décès et autre système porte hépatique sont tout autant empreints de symbolique.

Avant d'aborder la discussion sur le sujet, il m'a semblé souhaitable et important de faire un point sur l'objet "porte" et tout ce que cela symbolise.

- Qu'est-ce qu'une porte ?

Le Larousse définit le mot "porte" comme un nom féminin qui vient du mot latin "porta" et qui signifie :

- *"baie, munie d'un dispositif de fermeture, donnant passage à l'intérieur comme à l'extérieur d'un lieu fermé ou enclos*
- *autrefois, ouverture aménagée dans l'enceinte d'une ville pour permettre le passage*
- *nom donné à certains lieux situés à la périphérie d'une ville*
- *ouvrage mobile plein, grillé ou vitré, à un ou plusieurs vantaux ou panneaux, placé dans un bâti ou une huisserie et constituant le dispositif de fermeture d'un passage, d'une baie, d'un meuble, d'un véhicule, etc*
- *accès principal à un édifice, à un établissement, à un lieu quelconque*
- *ce qui est considéré comme le début de quelque chose, l'accès à quelque chose"*

On retrouve plusieurs notions dans ces définitions : la notion de limite, de mouvement par le fait d'entrer et de sortir mais également d'ouvrir ou de fermer et la notion d'intégration, de passage.

- La vie sociale de la porte en psychiatrie

Comment la psychiatrie s'est-elle appropriée l'objet porte ? Dans un article de 2011, Majerus écrit sur "*la vie sociale des objets de la psychiatrie*" (Majerus 2011) . Celle qui est d'abord qualifiée d'"*artefact immobile passant le plus souvent inaperçu*" dont la fonction d'enfermement reste "*centrale*", cloisonne vers l'extérieur mais également à l'intérieur de l'hôpital sans gêner la circulation du personnel et tout en rendant possible une ouverture. Tout un processus se met en place : la porte est d'abord imaginée, pensée puis transformée, mise en place et enfin elle devient un "*objet agi*", "*incorporé*" qui va participer à la pratique et à l'expérience psychiatriques. Après les années 1950, de nouvelles portes sont installées dans les salles accueillant les patients les plus agités de l'institut psychiatrique de l'hôpital Brugmann à Bruxelles. Les portes sont plus solides tout en rendant possible la surveillance par le biais d'ouvertures vitrées. Toutes les portes ou presque de l'établissement s'ouvrent avec la même clé pour faciliter le passage du personnel. Nombre de dossiers de patients font écho de leurs rapports avec les portes : attaques répétées contre celles-ci, objet de recherche pour patient qui "*ne veut pas rester ici*", angoisse générée à chaque ouverture de porte pour telle patiente qui se sent en sécurité dans la salle ou telle autre qui les associe à l'annonce éventuelle d'un transfert dans un endroit éloigné pour les "*incurables*". La porte, loin de n'être reconnue que dans sa fonction de clôture est également associée à une mission de protection, de rencontre et d'interaction.

Dans Introduction à la psychanalyse, Freud écrit que la porte symbolise l'accès à l'orifice sexuel tandis que la clé est un symbole masculin (Freud 1917) . Le fait de détenir la clé est effectivement quelque chose qui relève de la toute-puissance, du pouvoir. Cela signifie avoir le droit de sortir de l'hôpital sans dépendre de personne ce qui n'est pas le cas des patients. En effet, dans l'institution, elles sont sources de mal-être professionnel voire de maltraitance pour les usagers. On ne fait que peu attention à elles finalement et c'est pourtant le premier objet auquel on est confronté lorsque l'on rentre dans un service de psychiatrie. Il y a un dedans et un dehors, elles sont la source physique de ce clivage et psychique de tout un imaginaire. Qui n'a jamais entendu un psychiatre déclarer que "*la porte du centre médico-psychologique reste ouverte au patient*" ou encore "*ce patient sort par la porte mais revient par la fenêtre*" ? Elles ont même donné leur nom au phénomène de réhospitalisation des patients en état de rechute qui par le passé étaient hospitalisés à vie – le syndrome de la porte tournante et à certains services dits "porte". On peut également reconnaître un

psychiatre parmi les autres médecins lors d'une réunion pluridisciplinaire, c'est probablement le seul qui pose son trousseau de clés devant lui. Je pense également à ces psychiatres rencontrés lors de ma courte carrière et à leurs habitudes : celui qui joue avec ses clés lorsqu'il y a un patient tendu et agité dans le service qui va finir en chambre de soins intensifs ou encore à ce chef de service qui a fait poser une poignée de portes dans le poste de soins infirmiers de cette unité fermée pour que les patients puissent ouvrir la porte et faire leurs demandes sans se sentir rejeté à leur condition de patients soumis au bon vouloir des équipes soignantes.

- Les portes en institution : une question de limites

Dans un article, Sabrina Blot-Leroy, psychologue clinicienne, pose la question de la nécessité de la fermeture de certaines portes tandis que d'autres sont ouvertes "*si facilement*" dans les institutions – ici en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mais le raisonnement me semble extrapolable aux hôpitaux psychiatriques (Blot-Leroy 2017) . En effet, les portes des unités sont fermées, verrouillées tandis que les chambres des patients sont ouvertes. Comme vu précédemment, le mot "porte" renvoie à la notion de séparation, de limite entre le dehors et le dedans et on retrouve des analogies avec la peau. En effet, "*en tant qu'enveloppe qui sépare le dedans du corps du dehors, la peau symbolise, en psychologie, la barrière entre soi et l'autre (en référence au travail de différenciation du corps du nourrisson à celui de sa mère). C'est par la résolution plus ou moins (imparfaite et efficiente) de ce travail de séparation que l'on va aboutir à la construction de limites, de barrières psychiques (plus ou moins perméables, poreuses). Ces limites psychiques, qui se construisent donc au fil du développement de l'enfant, lui permettent notamment : de se différencier de l'autre (et de sa mère en premier lieu) ; de se créer une unité psychique (travail de construction identitaire) ; d'acquérir un sentiment de sécurité interne. Ce dernier sentiment va notamment permettre au sujet de pouvoir être seul, sans pour autant se sentir isolé, abandonné. Tout comme cela va lui permettre d'être en groupe, sans pour autant se sentir « envahi ».* On peut reprendre cette même dynamique pour aborder la question de l'ouverture et de la fermeture des portes. Nous avons tous ressenti le besoin de fermer notre porte de bureau pour passer un appel ou se concentrer sur un sujet, tout comme, à d'autres moments, nous avons besoin de garder notre porte ouverte, maintenant ainsi un lien plus direct avec l'extérieur. Aussi, une institution dans laquelle toutes les portes sont grandes ouvertes peut vite renvoyer un sentiment de manque d'intimité et de sécurité (dans certains services gériatriques d'hôpitaux, par exemple). À l'inverse, une institution dans laquelle toutes les portes seraient fermées pourrait vite renvoyer une impression d'absence de lien, d'absence de possibilité de penser (à) la personne qui se trouve

derrière la porte. Que vient-il se jouer au travers de ces portes fermées, ouvertes, mais difficilement dans l'entre-deux, entrouvertes ?"

La théorie du Moi-peau développée par D. Anzieu et les différentes fonctions de la peau est ici également intéressante (Anzieu 1995) : *"La première est celle d'un sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de paroles, y ont accumulés. La peau, deuxième fonction, est aussi la surface de séparation (interface) qui marque la limite par rapport au dehors et le maintient à l'extérieur : c'est la barrière qui protège contre la pénétration des avidités et des agressions d'autrui, êtres ou objets. Enfin, la peau, troisième fonction, est – en même temps que la bouche ou, du moins autant qu'elle – un lieu et un moyen majeur de communication avec les autres, permettant d'établir des relations significatives ; de plus, c'est une surface d'inscription des traces laissées par celles-ci "*

Ainsi, il est possible de comparer ces fonctions avec celles de l'institution avec ce que S. Blot-Leroy appelle le "moi-peau institutionnel". La première fonction est de contenir à l'intérieur comme un sac pour le bien du malade, la deuxième fonction est la protection, la sécurité des personnes à l'intérieur notamment contre l'extérieur et la troisième fonction regroupe à la fois la communication et le lien avec l'extérieur.

On ne peut réduire le rôle des portes à celui de limites dans une unité de psychiatrie. Elles servent également d'interface et de communication entre l'intérieur et l'extérieur. Comme nous venons de le voir, les portes ont un vrai rôle social et toute une symbolique que l'on doit prendre en compte. De même, comme nous le verrons dans la discussion qui suit, l'ouverture des portes ne peut se cantonner au fait de ne pas fermer à clef les unités de psychiatrie. Elle s'inscrit dans une politique plus globale de conception et de réflexion sur les soins psychiatriques.

VII. Discussion

A) Revue de la littérature

- Fugues

Selon le Larousse, une fugue est "*le fait pour quelqu'un, en particulier pour un mineur, de s'enfuir de son domicile*". En psychiatrie, il est difficile de définir précisément ce qu'est une fugue, chaque établissement voire service ayant sa propre conception. Ainsi, certains considèrent de manière différente les non-retours de permissions, les absences d'une durée inférieure ou supérieure à un temps défini, les patients hospitalisés ou non sous contrainte ou encore le fait que les patients dits "fugueurs" reviennent spontanément dans le service avant un certain délai. Mais les études concluent néanmoins à un résultat similaire : le fait de fermer les portes des unités est un moyen qui n'est que partiellement efficace pour prévenir les fugues, il est loin de les empêcher complètement avec un taux de fugues qui reste non-négligeable (Nijman et al. 2011; Bowers, Allan, Haglund, Mir-Cochrane, et al. 2008; Stewart and Bowers 2011), et à contre-balancer par les conséquences négatives potentielles qui sont de plus en plus reconnues (Stewart and Bowers 2011) . De plus, et cela a déjà été pointé dans la revue de la littérature, le sentiment d'enfermement est cité par plus de la moitié des patients fugueurs comme une des raisons ayant motivé la fugue (Haglund and von Essen 2005) ce qui semble totalement contre-productif. Ne fait-on pas une double injonction aux patients ? Non seulement la fermeture des portes n'empêche pas les fugues comme on l'a vu précédemment mais au contraire peut les augmenter voire même les susciter.

Il me semble important à ce stade de la réflexion de se réapproprier le sujet et de rappeler qu'une fugue reste avant tout riche en clinique. La patiente qui fugue avec l'aide de son mari alors même que c'est lui qui avait demandé à la faire admettre en hospitalisation, cette autre patiente qui fugue deux mois après son entrée en hospitalisation le jour-même de la levée de la mesure de contrainte lors d'une sortie dans le parc autorisée depuis plusieurs semaines ou encore ce jeune homme qui se met à courir au moment où il y a le plus de soignants à proximité pour le rattraper et le protéger "au cas où" il se mettrait réellement en danger alors que les portes sont ouvertes en permanence. Nombreux sont les patients reprochant aux psychiatres de les "enfermer", déniaient toute pathologie. Ils n'ont qu'une idée en tête, sortir de l'hôpital à tout prix quitte à se mettre en danger. Certains y arrivent, ils se confrontent à la réalité extérieure. Cela peut être une étape nécessaire : se rendre compte de ce qui les attend dehors, à la sortie . Parfois rien ne les y attend : la famille s'est

éloignée devant la pathologie, les amis également. Ils ont été virés de leur logement et n'arrivent pas à obtenir de travail ... Finalement il n'y a plus que l'hôpital psychiatrique pour les accueillir.

La psychiatrie s'est très tôt intéressée à ces symptômes qui relèvent de pathologies de l'agir, questionnant la valeur et le sens de ces conduites pour les patients. Actuellement, il semblerait que les fugues ne soient plus vues que d'un point de vue sécuritaire, largement médiatisées et judiciairisées lorsqu'un drame survient. Elles ne sont plus traitées que d'un point de vue "administratif", remplissant des statistiques annuelles par établissement faisant craindre aux équipes soignantes, médicales et aux directions des retombées pénales et financières. A-t-on oublié aujourd'hui la valeur clinique de celles-ci ?

Il est nécessaire de se réapproprier le sujet : doit-on poursuivre nos efforts pour toujours plus contraindre les patients ou doit-on essayer de leur donner envie de rester ? Dans sa thèse sur les fugues, T. Desrues note une association entre mauvaise alliance thérapeutique, contrat de soin restrictif, refus de permission et fugues (Desrues 2012) . Comme on l'a vu, des alternatives ont été étudiées et retrouvent de bons résultats avec une diminution du taux de fugues sans passer par la force mais au contraire sur une meilleure relation thérapeutique et une meilleure communication notamment. Il me semble écrire une lapalissade en plaidant pour une meilleure relation thérapeutique avec le patient, on sait à quel point cela peut être compliqué avec certains patients mais cela aurait dû rester la base de notre métier en psychiatrie de toujours considérer celui-ci comme un être humain capable de réflexion, d'affects qui souffre d'un trouble psychiatrique mais dont l'identité ne se limite pas à celui-ci.

Il existe des alternatives intéressantes avec des "programmes anti-fugues" qui sont des mesures prises et relativement simples donc facilement applicables dans les hôpitaux, telles que faire remplir par le patient une demande de permission avec l'objectif de celle-ci, l'heure de retour, les engagements pris, leur donner des informations sur le cadre des permissions ou remplir un registre indiquant l'heure de départ et l'heure de retour des permissions, et qui retrouvent de très bons résultats sans nécessité de fermer les portes (Bowers, Simpson, and Alexander 2005; Bailey et al. 2016) . Il semble cependant illusoire de vouloir lutter à tout prix contre les fugues. Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales l'affirme : la fugue est un "*événement de routine journalière*" qui est "*loin d'être un accident exceptionnel*". Il y a "*en moyenne entre vingt et quarante fugues par jour en France*" (Lalande and Lepine 2011) . De plus, l'équipe de Bowers évoquait déjà en 2003 l'hypothèse selon laquelle il existe un taux minimum de fugues sur lequel on n'ait que peu d'actions et ce peu importe la stratégie mise en place (Bowers, Alexander, and Gaskell 2003) . L'une des pistes à explorer à l'avenir serait non pas d'empêcher les patients de partir par la force mais de leur donner envie de rester.

De plus, le "*non-respect des droits des malades suscite des frustrations inutiles et dangereuses*" (Lalande and Lepine 2011) . De quel moyen dispose le patient hospitalisé sous contrainte pour nous montrer son désaccord avec les soins et les moyens utilisés ? La fugue ne pourrait-elle pas être parfois une "*forme de protestation légitime*" (Najman, Delion, and Joxe 2015) ?

Enfin, avoir besoin de fermer à clef nie la portée symbolique de notre travail en psychiatrie. Hospitaliser sous contrainte un patient parce qu'il n'est pas apte à consentir et qu'il y a un risque pour lui ou pour les autres ne relève pas que de faits, d'actes mais également d'un symbole. La famille qui signe le tiers montre ainsi qu'elle s'inquiète pour le proche et qu'elle s'engage en faveur de soins. Le fait d'être hospitalisé en hôpital psychiatrique symbolise dans beaucoup de cas la présence d'un trouble mental dont souffre le patient à ce moment-là. Pour nombre d'entre eux, la contrainte est symbolique et n'a pas à s'accompagner nécessairement d'une contrainte physique. Les programmes de soins et autres obligations de soins le montrent bien, chez ces patients compliants aux soins, satisfaits de ceux-ci pouvant même aller jusqu'à reconnaître qu'ils leur sont nécessaires au vu de leurs troubles mais qui rompent tout suivi et tout traitement lorsque la contrainte est levée. Pour la plupart des patients, la contrainte psychique suffit.

- Violence et agressivité

Il est retrouvé une corrélation positive entre l'agressivité des patients et l'état de fermeture des portes des unités. La diminution de l'agressivité dans les unités ouvertes pourrait s'expliquer par le tri effectué à l'admission des patients entre unités ouvertes et fermées mais les études retrouvent que c'est l'ouverture des unités en elle-même qui permet d'obtenir cette baisse. D'autres études récentes montrent que l'agressivité et la violence dans les unités de psychiatrie baissent lorsque l'environnement physique et l'architecture des unités sont modifiées dans le but de réduire le stress des patients (Ulrich et al. 2018). Il semblerait que l'organisation et l'esthétique des locaux aient une influence sur le comportement des patients. On ne peut donc se contenter d'accueillir les patients dans un hôpital psychiatrique, il est nécessaire de penser et adapter les locaux. Ainsi, l'existence de portes fermées ou ouvertes aura une influence sur le comportement du patient du simple fait architectural.

De plus, la violence ne se mesure pas qu'en terme de passages à l'acte hétéroagressifs des patients à l'encontre d'autres patients ou de soignants. Si ceux-ci sont souvent relevés, des feuilles d'événements indésirables sont rédigées ainsi que des "fiches violence", des rapports par la Haute Autorité de Santé et autres grandes instances, des "commissions violence" organisées on peut se

poser la question de la violence institutionnelle subie par les patients. Si je ne renie absolument pas la nécessité de la contrainte en psychiatrie ainsi que l'utilisation des chambres d'isolement ou de contentions et autres thérapeutiques médicamenteuses administrées parfois par la force, souvent par la contrainte, je me pose la question de l'escalade dans la violence qui peut être générée par les professionnels eux-mêmes. L'hospitalisation a des effets iatrogènes connus pouvant majorer le sentiment de persécution, d'abandon mais également de dépression des patients menant à une lutte frontale contre laquelle nombre d'entre nous avons du mal à nous détacher voire même générons parfois. Certaines de nos pratiques font partie du paysage dans certaines unités et ne questionnent plus les soignants qui restreignent les libertés sous couvert de "c'est la règle dans l'unité". Des mesures sécuritaires et des méthodes de surveillance mises en place afin de prévenir la violence et la violence ont été étudiées (Due, Connellan, and Riggs 2012). Certaines méthodes exacerberaient plutôt que préviendraient des passages à l'acte. Là encore je plaide pour une politique d'ouverture : s'il m'est inconcevable d'imaginer une unité dans laquelle un patient a tous les droits et aucun devoir, il m'est tout aussi inimaginable qu'une unité banalise des restrictions de liberté sans que celles-ci ne soient adaptées au cas par cas et à la clinique du patient. La politique d'ouverture des portes – puisqu'il s'agit d'une politique et non d'un simple geste, permet d'apaiser les patients.

- Auto-agressivité

L'étude de Deisenhammer dans laquelle il affirme que les unités fermées sont plus efficaces dans la prévention des suicides lors de crises suicidaires intenses relève un point important (Deisenhammer et al. 2000). Il me semble qu'il s'agit là d'une des indications pour lesquelles une unité ouverte pourrait se refermer. En effet, un patient dont on sait qu'il est à risque suicidaire élevé voire très élevé et dont le risque de fugue est lui aussi élevé nécessite des soins qui peuvent passer par la fermeture d'une unité. Or, il est bien noté que plus de la moitié des suicides surviennent chez des patients hospitalisés depuis plusieurs semaines voire plusieurs mois et dont le risque suicidaire n'est pas considéré comme fort voire même une amélioration clinique notable était remarquée. L'indication d'hospitalisation en unité fermée ou ouverte se complique avec ces données. Le maintien en unité fermée avec restriction des temps de sortie à l'extérieur se justifierait-il à la lumière de ces résultats et ce malgré un risque suicidaire considéré comme faible afin d'éviter tout éventuel passage à l'acte à plus long terme ? De plus, il n'est pas indiqué la proportion de patients hospitalisés en unité ouverte ou fermée ce qui limite l'interprétation des chiffres donnés. Sur les sept patients qui se sont suicidés alors qu'ils étaient en unité fermée, quatre se sont pendus au sein-même

de l'unité, un était en permission durant le week-end comme convenu avec la famille et s'est pendu, deux autres se sont jetés du haut d'un immeuble ou sous un train alors qu'ils étaient en sortie accompagnée. La fermeture des portes n'est pas totalement efficace sur la prévention des suicides, des suicides arrivent également durant l'hospitalisation en unité fermée et ce malgré les moyens mis en oeuvre.

- Point de vue des patients

Le point de vue des patients laisse peu de doute sur leur préférence. Si, pour certains, les unités fermées leur semblent plus sécurisées, plus à même d'apaiser leurs angoisses, d'autres se plaignent de l'"atmosphère carcérale" et de la restriction de liberté générant plus d'anxiété, de dépression et de frustration. Beaucoup se soumettent à des soins plus qu'ils n'en sont acteurs. La satisfaction générale des soins est bien meilleure dans les unités ouvertes. Si celle-ci est subjective et ne porte pas sur les mêmes critères que les professionnels, il n'empêche qu'elle est importante pour la compliance aux soins et notamment pour les patients atteints d'un trouble psychotique dont les ruptures de traitement et de suivi sont relativement fréquentes. Un patient satisfait du traitement en général a plus de chance de poursuivre le traitement médicamenteux à long terme.

- Point de vue des soignants

En revanche, l'opinion des soignants est plus étonnante. Beaucoup d'entre eux pensent que l'enfermement des patients est éthique et acceptable. Néanmoins, la première raison évoquée justifiant celle-ci est celle de la prise de risque et de la responsabilité en cas d'accident ou de fugue. Il est important d'insister sur la notion de responsabilité et de mettre en lumière le fait que l'unité soit ouverte ou fermée importe finalement peu. La prise de risque est inhérente au métier et le plus gros risque serait de ne plus en prendre et de protocoliser tout soin. Ainsi, Alezrah et son équipe évoquait le retour aux "*portes fermées*" après un large mouvement d'ouverture des services d'environ trente ans au nom du "*principe de précaution*" (Alezrah and Bobillo 2003).

"Les résultats de cette enquête nous semblent être une bonne illustration des injonctions paradoxales auxquelles sont confrontés les personnels soignants. D'une part les notions de précaution et de sécurité pèsent de plus en plus dans l'organisation du système sanitaire, d'autre part, on ne cesse de réaffirmer, comme un principe intangible, parfois en méconnaissant totalement la dimension hautement spécifique du fait psychopathologique, que les patients sont et doivent demeurer libres. Au-delà d'un vécu culpabilisant projeté sur les soignants qui attenteraient à cette

liberté, le risque nous semble exister d'un repli défensif vers une multiplication puis une stricte observance de procédures visant à protéger l'institution davantage que les patients en reléguant au second plan la prise en charge individuelle et sa dimension relationnelle. [...] C'est justement en soignant les patients, parfois malgré eux, que nous leur restituons cette liberté. Ce soin ne peut aller sans prise de risques, risques que les protocoles sécuritaires rendent de plus en plus difficiles à prendre. Jusqu'où le principe de précaution si fréquemment avancé peut-il s'appliquer à la psychiatrie ?"

G. Devers met également en garde contre une *"vision hypertrophiée du risque qui deviendrait paralysante"* (Devers 2018) . Le juriste va même plus loin en posant la question du choix entre code de la santé publique ou droits des patients dans lesquels interviennent forcément les droits des autres patients et rappelle qu'il n'existe pas de soins sans risque : *"La réflexion sur le droit appelle à la cohérence : le respect de la liberté conduit à accepter la part de risque, et la réalisation d'un risque ne veut pas dire qu'une faute a été commise, loin de là."*

De plus, il est bien perçu à quel point cela génère des *"sentiments négatifs"* et compromet l'alliance aux soins. Un des points importants à relever est le fait que les soignants pensent que la fermeture pallie au manque de personnel. Il me semble que cela relève d'une perversion du système : si le personnel soignant voit son nombre diminuer chaque jour, cela remet en cause la qualité des soins fournis ce qui joue sur la relation avec les patients et génère frustration, pessimisme et sentiment d'abandon entre autres pour les équipes soignantes et les patients à l'origine de passages à l'acte hétéro et auto-agressifs. Pour pallier à cela, on ferme les portes et c'est un cercle vicieux qui se met en place. Les autorités cherchent le coupable tout désigné lorsque cela dégénère sur un fait divers : l'hôpital psychiatrique a mal joué son rôle de "gardien de la folie" et on rend coupables directement les professionnels, nous mettant la pression pour toujours plus sécuriser les établissements à moindre coût sans remettre en cause le manque de moyens humain et financier. Cela reste évidemment une hypothèse basée sur ma propre interprétation et mon expérience.

En 1930, les infirmiers remplacent les gardiens dans les asiles. Le diplôme d'infirmier spécialisé en secteur psychiatriques est créé par les circulaires de 1960 et 1972. Le but était alors de leur délivrer une formation riche et entièrement tournée vers les soins psychiatriques et de les détourner de leur rôle de "gardiennage". Leurs relations avec les patients changent et s'occupent des malades différemment. Le panel de soins qu'ils peuvent proposer se développe alors fortement : médiations thérapeutiques collectives ou individuelles, entretiens infirmiers formels ou informels, sorties accompagnées ... Le diplôme disparaît en 1992. Il est regrettable qu'à l'ouverture des portes des services, les infirmiers pensent avoir à "surveiller" les patients et les portes. S'il est

indispensable d'avoir un œil sur ce qui se passe dans le pavillon, il est primordial de garder en tête que leur rôle ne se cantonne pas à cela. De plus, il me semble que c'est par le biais d'équipes soignantes formées et en nombre que l'on change les pratiques. Or, actuellement, les infirmiers qui travaillent en psychiatrie ont un diplôme général et s'ils veulent se former plus spécifiquement doivent demander des formations auprès de leur employeur.

B) Enjeux médico-légaux

- Liberté d'aller-et-venir et restriction de liberté

Cela fait déjà plusieurs années que la restriction de liberté alerte en psychiatrie. En 2004, la Haute Autorité de Santé – alors Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé avait travaillé sur le sujet et rappelait qu'il fallait "*réussir à concilier deux principes apparemment opposés, la liberté et la sécurité [...] au cas par cas*", rappelant au passage que "*le confinement [...] est l'une des principales causes de maltraitance dans les établissements*" (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé 2004). Un changement de paradigme est opéré : on passe de la restriction systématique de la liberté d'aller et venir à une restriction ponctuelle et de durée limitée, décidée par le médecin, évolutive et réévaluée.

"Une intervention humaine et un aménagement architectural sont préférables plutôt qu'un dispositif de surveillance électronique ou une fermeture automatique des locaux [...]. Dans l'état actuel, aucune donnée ne permet d'entrevoir un bénéfice à tenir les lieux de vie et les services fermés. [...] La réponse à la déambulation et au risque de sortie inopinée doit être de préférence humaine (maintien du contact à tout prix avec la personne, accompagner son déplacement, trouver un sens à son déplacement), organisationnelle (présence humaine à la porte de l'établissement susceptible de réagir rapidement et de manière adaptée) et architecturale (recherche de la meilleure réponse en matière de qualité des espaces, de qualité de travail et d'accueil [...] limitation des accès à une zone contrôlée), ce qui suppose un encadrement et une formation suffisante des professionnels au contact des personnes vulnérables. Les dispositifs et les contrôles d'accès électroniques doivent être considérés comme un pisaller. Le jury recommande que la Haute Autorité de Santé élabore des recommandations de bonne pratique sur les alternatives à la fermeture des services et des lieux de vie."

Malheureusement, aucune recommandation n'est sortie depuis sur le sujet. Il est de plus utile

de préciser qu'il s'agit de recommandations médicales opposables.

- Responsabilités pénales et administratives

Cano et Boyer écrivent dans un article à propos des questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement que "*la judiciarisation de la relation peut amener le médecin à se protéger du patient plus qu'à protéger ce dernier de sa souffrance*" (Cano and Boyer 2011). Il est tout d'abord important de noter que les cas de procès engageant la responsabilité administrative sont rares voire très rares pour la responsabilité pénale au regard des "vingt à quarante fugues" quotidiennes. Il semble que le fait que les unités soient ouvertes ou fermées importe peu et que la responsabilité administrative des établissements est engagée dès qu'un patient hospitalisé sans son consentement fugue, peu importe les modalités de celle-ci "*qu'elle qu'ait été la voie utilisée*". En revanche, il y a eu plusieurs procès dus à des accidents lors de fugues de patients, avec des blessures directement en lien avec le moyen utilisé. En effet, lorsque les portes sont fermées, les patients sortent par d'autres moyens qui les mettent en danger, par exemple par le toit ou par les fenêtres en les cassant. Ainsi, les portes fermées semblent être directement en lien avec des condamnations d'établissement ce qui est à prendre en compte.

La condamnation pénale du Dr Gujadhur marque clairement un tournant dans la judiciarisation du métier de psychiatre en le reconnaissant comme responsable indirect d'un homicide causé par un patient. Cependant, il est important de noter que le meurtre de Luc M. avait été récupéré au niveau politique, le discours de Nicolas Sarkozy à Antony ayant été prononcé plusieurs semaines après et cela a probablement joué en faveur d'une condamnation. De plus, à aucun moment le fait que l'unité de psychiatrie accueillant le patient soit ouverte ou fermée n'a été noté. Ce qui est reproché au médecin est le fait de ne pas avoir su "*apprécier la dangerosité*". Cela pose plus la question de la prise en charge de ces patients psychotiques, chroniques, dont on connaît le potentiel de violence du fait des antécédents de passages à l'acte hétéroagressifs graves mais dont l'état est stabilisé. Ils ne relèvent plus d'hospitalisation en psychiatrie du fait de l'absence de décompensation psychiatrique ni d'une Unité pour Malades Difficiles mais ne sont pas sortant du fait de l'absence de structure suffisamment contenantant pouvant les accueillir à long terme. Sont-ils condamnés à être enfermés à vie ? Là encore le manque de moyens limite fortement les possibilités.

- **Enfermement**

Il a plusieurs fois été rappelé l'illégalité du maintien d'un patient en hospitalisation libre dans une unité fermée. Or, cela est pratiqué quotidiennement en France. A ce jour, il n'a pas été retrouvé de cas de patient ayant porté plainte à l'encontre de l'hôpital psychiatrique pour avoir été maintenu dans une unité fermée malgré l'absence de contrainte dans les soins mais il ne paraît pas exclu que cela arrive un jour avec une condamnation de l'établissement.

C) La psychiatrie en France

- **Etat des lieux en France**

L'une des principales remarques que j'ai à faire sur le sujet est le manque de données sur l'état d'ouverture ou de fermeture des unités de psychiatrie adulte générale en France. Il semblerait selon le contrôleur général des privations de liberté que les unités fermées soient prédominantes (France et al. 2017) mais il est impossible à l'heure actuelle de savoir le pourcentage des unités dont les portes sont ouvertes ou fermées. Serait-ce par désintérêt total pour le sujet ? D'après différentes données rapportées par le contrôleur général des lieux de privation de liberté ou l'inspection générale des affaires sociales, les pratiques sont complètement différentes en fonction des services et donc des médecins qui y travaillent. Il n'existe pas de normes en la matière ni de réflexion collective de la part de la profession. Qu'est-ce qui explique une telle hétérogénéité ? A la lumière des résultats il est probable que l'aspect de la sécurité et notamment la crainte des fugues devance celui des soins aux yeux de certaines équipes médicales mais pas seulement. Ainsi, le contrôleur général des lieux de privation de liberté rapporte en 2011 avoir des témoignages de psychiatres qui se plaignent de l'interdiction faite aux patients de sortir seul dans le parc de l'hôpital. La direction n'accepterait qu'ils sortent qu'accompagnés de deux infirmiers après de longues formalités après injonction des représentants de l'Etat de se prémunir de toute fugue de patients "potentiellement dangereux à leurs yeux" (France and Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2012) .

- **La psychiatrie sous contrainte**

Les professionnels travaillant dans le monde de la psychiatrie ne sont pas les seuls aux commandes. Depuis toujours, on l'a bien vu dans la partie historique, la société s'est toujours

octroyée un droit de regard sur la manière de gérer la "folie", et non pas de la soigner. Ainsi, les psychiatres sont toujours plus sollicités pour faire face aux problèmes actuels : terrorisme, violence, homicides par le biais d'expertises et autres hospitalisations sous contrainte, parfois à la demande du préfet qui refuse de lever la contrainte d'un patient malgré les demandes qui émanent du psychiatre et attestant de l'absence de trouble psychiatrique patent. Pour illustrer mon propos, je me permets d'utiliser l'anecdote de Eyraud et Moreau qui dans leur article évoquent la venue du pape à Lyon en 1986 (Eyraud and Moreau 2013) . A cette occasion, le préfet de police a spécifiquement demandé à ce que les malades des hôpitaux psychiatriques voient leur nombre de sorties autorisées réduit au maximum et ce sans distinction. Le directeur de l'établissement lyonnais avait alors fait passer l'information comme quoi aucune sortie ne serait autorisée pour les malades internés *"conformément à son pouvoir"*. C'est également ce qu'ont noté Cano et Boyer : *"Dans le contexte d'une montée de l'insécurité dans la cité, on assiste ainsi à l'usage extensif de la psychiatrie à l'endroit de la déviance sociale; l'usage de la science serait garant d'une efficacité sociale."* (Cano and Boyer 2011) .

La société infiltre même l'organisation des soins en psychiatrie. Ainsi, le développement des unités spécialisées dans l'enfermement (Unités pour Malades Difficiles, Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées, ...) se sont fortement développées depuis 2008. Il semble que depuis, les unités de psychiatrie adulte générale ont vu leurs portes se fermer même s'il n'existe pas de chiffres sur le sujet. Il s'agit là de mesures sécuritaires prises non dans l'intérêt du soin du patient mais pour protéger la société et limiter l'engagement de la responsabilité des professionnels.

Ainsi, l'inspection générale des affaires sociales a réalisé des missions d'audit en psychiatrie à la suite d'accidents survenus en psychiatrie en 2011 mais également en 2017 sur l'organisation et le fonctionnement des soins en psychiatrie. Dans son rapport "Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter", elle relève que *"les hôpitaux sont confrontés à des violences qu'ils savent mal prévenir ou gérer"* (Lalande and Lepine 2011) . Selon le rapport, il existe trois facteurs au moins qui augmentent le risque de fugue ou de violence au cours d'une hospitalisation et qui relèvent de mauvais usages hospitaliers et ne respectent pas les droits des malades : le confinement dans des espaces étroits de patients de tous âges et de pathologies différentes, la négation de la vie privée par le biais par exemple de chambres communes ou de repas pris en commun et *"l'utilisation abusive des chambres d'isolement [...] éloignée parfois de toute bonne pratique"*. Elle s'étonne de la facilité d'accès aux hôpitaux psychiatriques et donc la facilité avec laquelle les patients peuvent sortir ou fuguer et regrette la conception des unités qui pose parfois problème.

"Fermées, elles peuvent retenir illégalement des malades en soins libres [...] ouvertes, elles

réclament une attention accrue du personnel, sans laquelle les fugues sont particulièrement faciles". La mission fait alors différentes propositions à visée sécuritaire : création de sas d'entrée afin de filtrer les entrées et surtout les sorties, hébergement de longue durée pour accueillir des personnes qualifiées de "très dangereuses" ne relevant pas du système pénal et réorganiser les unités hospitalières en sécurisant plus les unités fermées. Il faut "organiser des unités fermées pour les malades hospitalisés sous contrainte en crise qui soient véritablement fermées et des unités ouvertes pour les autres malades qui soient réellement ouvertes"... Pour cela, elle note bien la nécessité de changer l'état d'esprit : "Jusqu'ici en effet, l'apparente rareté des conséquences graves a tenu lieu d'excuse face aux dysfonctionnements qui s'accumulaient et les propositions d'amélioration ont été critiquées comme abusivement sécuritaire. Or cette opinion repose sur des données inexactes : d'une part, certains dysfonctionnements sont quotidiens. [...] Lorsqu'un fugue ou un meurtre a lieu, l'antienne est que l'hôpital est un lieu de soins et non une prison. Bien sûr. Est-ce une raison pour que le dispositif de soins surveille les malades avec désinvolture, alors qu'ils ont été placés là pour les protéger et les empêcher de nuire ou de se nuire ? Il faut changer d'état d'esprit : non seulement la sécurité et la qualité des soins ne sont pas des notions opposées mais la sécurité fait partie de la qualité des soins."

Là encore, l'ambivalence est bien présente : les chambres d'isolement sont utilisées de manière "abusive", l'illégalité des services fermés pour des patients en soins libres est notée tout en pointant le caractère non-exceptionnel des fugues mais seules des mesures sécuritaires sont proposées. Qu'est-ce qu'une unité fermée "véritablement fermée" ? Loin de remettre en question le principe-même de la fermeture des unités qui semble être à l'origine de violence et dont elle pointe pourtant les brèches qui se mesurent au nombre de fugues quotidiennes, elle propose de les verrouiller encore plus. Plus tard, l'inspection générale des affaires sociales identifiera dans un second rapport la fermeture des unités comme une des conditions d'hospitalisation jugée "trop souvent insatisfaisante" relevant d'une "architecture inadaptée" (Lopez and Turan Pelletier 2017).

A l'inverse, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté s'inquiète chaque année de la "liberté d'aller et venir" dans les établissements de santé mentale. Ainsi, dans son rapport annuel datant de 2011, il s'interroge (France and Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2012) : "Le contexte de la psychiatrie est aussi le renforcement, poursuivi depuis plusieurs années, des mesures de sécurité dans les établissements. Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales, publié en 2011, qui s'est intéressé au difficile problème des accidents et infractions de malades a conclu à l'accentuation de telles mesures. Tel n'est pas l'avis du contrôle général qui a relevé, dans une étude qu'il a faite sur plusieurs centaines de fugues (et non les « évasions »,

comme on l'écrit souvent significativement) des établissements hospitaliers, qu'un nombre exactement équivalent d'entre elles se produisait depuis les unités « fermées » et dans les unités ouvertes. Si l'on entend faire obstacle à ces départs intempestifs (souvent de faible durée), il est préférable de mettre l'accent sur la manière humaine avec laquelle ces patients sont traités (cf. ci-dessous les considérations sur le nombre de psychiatres) et de renforcer leurs activités, que d'ajouter des serrures et des cartes d'accès. " .

En 2015, il déplore l'infiltration des préoccupations de sécurité au détriment de l'attention et des marges de libertés dont devraient bénéficier les patients (France and Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2016) . En 2016 : "*Au-delà des pratiques restrictives pour la liberté que constituent l'isolement et la contention, le contrôleur général des lieux de privation de liberté examine au cours de chacune de ses missions les mesures prises pour que les patients bénéficient, au cours de leur hospitalisation, d'une liberté d'aller et venir aussi complète que l'autorise leur état de santé. En effet, seule la considération des soins à prodiguer aux patients ou des mesures de sécurité qu'impose le comportement individuel de chacun peuvent justifier des restrictions à cette liberté. Ces dernières ne sauraient donc résulter ni de mesures d'organisation, ni de contraintes pratiques, ni de mesures de sécurité générales, systématiques et impersonnelles. En d'autres termes, si l'état clinique d'un patient peut justifier qu'il soit privé de liberté, il ne peut pas servir de prétexte à ce que l'ensemble des patients qui l'entourent le soient aussi. [...] L'absence de réflexion collective des professionnels a empêché l'élaboration de normes, ce qui a laissé une large place à l'arbitraire médical dans un contexte sécuritaire. Il n'existe pas de conception partagée de la liberté des patients : leur droit à la liberté de circulation ne fait pas l'objet d'une réflexion d'ensemble de la profession psychiatrique, de sorte que toute démarche de contrôle ou de prévention des dérives se trouve dépourvue de fondement. "* (France et al. 2017). Enfin, en 2017, il constate que la souplesse de certaines unités ne leur rend pas plus difficiles les prises en charge (Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2018) tandis qu'en 2018 "*il est possible de soigner mieux en enfermant moins*" (Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2019) .

- Un double discours ?

Le sujet de l'ouverture ou de la fermeture des portes des unités de psychiatrie est un débat qui semble alors d'autant plus d'actualité. Il montre bien l'ampleur du conflit qui opposent ceux qui pensent que tous les "fous" devraient être "enfermés à vie" et ceux qui ne supportent pas qu'on puisse atteindre à la liberté de personnes au seul motif qu'il ait une pathologie psychiatrique –

chacun pouvant être membre des deux partis à la fois en fonction . "*L'ambivalence est bien connue. La peur de la maladie mentale conduit à vouloir mettre à l'écart de la société les patients inquiétants. Et le spectacle de toute atteinte à la liberté de l'autre, fût-il malade mental est insupportable*" (Lopez and Turan Pelletier 2017) .

De plus, la psychiatrie paie le prix de choix politiques. Selon l'Inspection Générale des Affaires Sociales, le nombre de lits en 1976 était plus du double du nombre de lits d'hospitalisation complète en 2016 (moins soixante pour cent entre 1976 et 2016) (Lopez and Turan Pelletier 2017) . D'un côté, on impose plus de contraintes et de missions à la psychiatrie de l'autre on lui ôte les moyens humains et financiers. La psychiatrie en France ne semble plus avoir les moyens de s'occuper correctement de ces patients dont le nombre augmente chaque jour.

- Expérience personnelle

J'ai eu la chance de passer dans un service dans lequel les deux unités venaient d'ouvrir. Le bilan est plutôt mitigé, le résultat étant qu'en ouvrant les deux unités elles ont toutes les deux fermé ... En effet, lorsqu'une des unités étaient fermées, il y avait un tri au moment de l'admission des patients et lorsqu'il y avait un risque de fugue ou de passage à l'acte hétéro ou auto-agressif pour le patient, celui-ci était admis ou transféré en unité fermée. Depuis que les deux unités sont ouvertes, il n'y a plus ce tri et les patients sont admis de manière indifférenciée là où il y a de la place. Il suffit alors d'un seul patient pour faire fermer tout le pavillon. Entre janvier et juillet, il n' y a pas eu un seul jour où une des unités a été ouverte. Même quand les patients sont plus calmes et l'ambiance plutôt détendue, on n'ose pas les rouvrir. On évoque des risques, parfois réels parfois fantasmés, personne ne veut être désigné responsable "au cas où". Le risque de fugue est omniprésent dans les pensées. L'un des services de l'hôpital est, lui, ouvert depuis plus d'un an. Il n'a été fermé que quelques jours depuis l'ouverture, devant une charge de travail massive pour les soignants et plusieurs patients qui relevaient de chambres d'isolement non disponibles. Les patients sont globalement similaires et il n'y a pas eu plus d'incidents relevés.

De plus, cela arrive régulièrement que les équipes soignantes soient réduites au strict minimum. En période de vacances, un seul arrêt maladie et il n'est plus possible de réaliser des visites à domicile, des sorties accompagnées et autres activités thérapeutiques, soit la base des soins en psychiatrie. Cela génère de la fatigue et du stress pour les équipes. Il n'est plus question que de permanence des soins et non de soins de qualité. L'ouverture des services passe alors au second plan. Comment prendre ce temps de réflexion, de pensée quand nous sommes pauvres en temps

soignants ? Or, il s'agit là de notre matériel principal, de notre outil de travail.

- Vers le néo-aliénisme ?

Thierry Najman nomme la période actuelle traversée par la psychiatrie celle du "néo-aliénisme" (Najman, Delion, and Joxe 2015) . Prise entre des logiques sécuritaire et capitaliste toujours plus contraignantes, la psychiatrie n'est pas épargnée. Il décrit cette ère nouvelle avec un brin de provocation : *"Le néoaliénisme, c'est l'aliénisme sans la philosophie des Lumières, qui elle au moins animait la pensée des fondateurs de la psychiatrie. Le néoaliénisme, c'est l'aliénisme sans le contexte révolutionnaire qui constitua le terreau du geste de Pinel. Le néoaliénisme, c'est la forme que prennent aujourd'hui la contrainte et l'enfermement, dans le même temps où diffusent au coeur de notre société les idées et les menaces de l'extrême droite. Le néoaliénisme, c'est la forme que prend la psychiatrie hospitalière, dans la confusion et la démission qui caractérisent notre société postmoderne.[...] Ce qui caractérise pour nous ce néoaliénisme est d'abord le côté plus diffus de la contrainte exercée, s'étendant jusqu'au domicile du patient, mais aussi démultipliant les modalités de celle-ci, incluant diverses innovations. Son idéal serait d'atteindre le coeur des subjectivités. Cette nouvelle contrainte feint une intégrité morale absolue, faisant régulièrement l'apologie de la protection des patients et même de la défense des libertés, donnant par là une coloration hypocrite au processus"*.

- Un frein à la construction d'une relation thérapeutique ?

Se pourrait-il que l'utilisation de mesures coercitives dans les soins psychiatriques conduise à avoir recours à des méthodes encore plus coercitives ? Ces données amènent à se questionner quant aux limites d'une psychiatrie toujours plus sécuritaire qui, de par la nature même de ses pratiques peut engendrer toujours plus de passages à l'acte et de violence comme on l'a vu. Les résultats rapportés ici concordent sur une diminution de la violence et de l'agressivité lorsque les portes des services sont ouvertes et donc lorsque les prises en charge des patients reposent sur des techniques moins répressives. Beaucoup d'études s'accordent sur le fait que des alternatives existent bien plus efficaces que le verrouillage des unités et moins centrées sur une approche sécuritaire du soin. La formation des professionnels et notamment des équipes soignantes à des techniques de désamorçage en situation de crise ont retrouvé de très bons résultats auprès des patients mais également des soignants parce que considérées comme plus éthiques (Bowers et al. 2015).

Dans un article datant de 2016, Burns se questionne sur la fermeture des unités au détriment de la relation thérapeutique dont la formulation ne laisse que peu de doute. Pour ce psychiatre, les deux ne semblent pas aller ensemble (Burns 2016) . Il s'alarme de cette "*psychiatrie occidentale*" qui a toujours plus recours "*au contrôle et à la contrainte*", où les "*habitudes et traditions locales*" prévalent sur "*les caractéristiques du patient et leurs besoins*". "*Cet accroissement du contrôle pourrait montrer une tendance plus inquiétante – une négligence dans l'attention à établir des relations de confiance avec les personnes atteintes de troubles mentaux sévères. Si nous perdons l'accent sur cette compétence de base de notre formation et de notre pratique, il pourrait être très difficile de se rétablir. L'engagement thérapeutique et la continuité des soins doivent faire écho aux priorités de notre profession*".

L'équipe de Kaltiala repère pour sa part qu'il existe des solutions de rechange à la contrainte et que les mesures et traitements coercitifs ne sont pas une "*nécessité*" (Kaltiala-Heino et al. 2000) . Pour eux, il est nécessaire de "*déployer davantage d'efforts pour comprendre les motivations du patient*" lorsque celui-ci refuse notamment les traitements médicamenteux "*afin d'éviter les traitements coercitifs*".

D) Pathoplastie

- Qu'est-ce que la pathoplastie ?

La pathoplastie ainsi nommée par Jean Oury est "*l'ensemble de réactions dues au milieu*", la collectivité étant à l'origine d'une "*production d'artefacts*" (Oury 2007) . Les effets secondaires néfastes de l'hospitalisation sur les patients en font partie. Paumelle évoque dans sa thèse Essais de traitement collectif du quartier d'agités le fait que l'"*agitation permanente*" retrouvée chez beaucoup de patientes hospitalisées dans ce quartier d'agités qu'"*elle n'avait jamais existé que chez les malades constamment enchaînés ou séquestrés*" (Paumelle, Koechlin, and Tomkiewicz 1999) . Autrement dit, le fait de contentionner sans cesse des patients agités aura comme effet de les agiter encore plus. Les étapes de la "*progression du 3-6*" (nom du quartier d'agités) consiste en "*l'ouverture du monde clos*", par le biais de réunions entre soignants mais également soignants et soignés et la lutte contre le clivage, le "*progrès de la vie sociale*" : repas collectifs, activités, travail et en dernier lieu les thérapeutiques médicamenteuses. Celles-ci n'ont été introduites qu'après six mois de traitement institutionnel pour deux raisons : les traitements proposés à l'époque étaient alors

pour beaucoup des "chocs" tels que les électrochocs, vécus comme des punitions par les patients et les soignants et surtout, il semblait "illusoire" à Paumelle de commencer tout traitement symptomatique de l'agitation. Si aucune modification n'avait été apportée auparavant dans le milieu de soins "le client n'aurait pas tardé à replonger dans le même état". Paumelle ne fournit pas de données exactes sur le nombre de patientes traitées biologiquement mais il semble qu'il ne s'agisse que d'une minorité (huit malades ont été traitées à la première séance dans un pavillon comprenant plus de soixante patientes). Les résultats sont impressionnants : avant le 1er avril 1951 il y a en moyenne onze patientes contentionnées quotidiennement contre une seule en moyenne en novembre 1952. Cela signifie qu'avant tout "traitement collectif", l'environnement de soin était directement responsable de la contention de dix patientes par jour.

Il me semble que de nos jours on ne s'intéresse plus assez à la pathoplastie de l'hôpital voire on la nie. Or, déjà en 1973 Abroms alertait (Abroms 1973): "*Une politique de porte ouverte est habituellement considérée comme un aspect vital de la communauté thérapeutique . (...) Une politique de porte fermée, à l'inverse, est typiquement considérée comme anti-thérapeutique, faisant la promotion de la régression et nourrissant la méfiance des patients. (...) L'ouverture n'est pas un équivalent de laxisme, au lieu de signifier un relâchement du contrôle et un assouplissement de l'autorité, les portes ouvertes doivent plaider en faveur d'une redéfinition plus raffinée, personnalisée et efficace des limites pour les patients.*" Pour cet auteur, l'ouverture sous-tend que le patient prenne plus de responsabilités et d'initiatives, que le traitement soit adapté à chaque individu et que les règles et le contrôle soient adaptés en fonction des rencontres personnelles. Ce sont pour lui les valeurs thérapeutiques les plus chères contrairement à une méthode impersonnelle, indifférenciée, brute que représentent les portes fermées. Or, les soins peuvent être mis à mal par la fermeture des portes : passivité, création de symptômes dépressifs et anxieux voire sentiment d'être puni pour les autres patients et d'être en prison où les soignants ont tout pouvoir. Ce que confirment Cano et Boyer (Cano and Boyer 2011) : "*Cette pratique prime sur le processus thérapeutique – visant à obtenir l'adhésion et la responsabilisation du patient – qui peut se dérouler dans une unité ouverte : les leviers en sont la confiance, l'engagement, la contrainte relationnelle médiatisée par une référence à la loi. Si la contrainte est absurde et violente, l'institution n'est plus légitime et risque de renforcer les angoisses persécutoires des patients, voire engendrer elle-même des réactions agressives des malades qui paraissent rétroactivement légitimer le système coercitif. Elle peut aussi générer une perte d'estime de soi qui accroît l'autostigmatisation. Ainsi, l'enfermement systématique des patients contrevient au principe d'autonomie et de non-malfaisance*".

- Cadre thérapeutique et contenance psychique

L'un des arguments évoqués par certains professionnels lorsqu'on parle de l'ouverture des portes des unités de psychiatrie est celui de la contenance thérapeutique d'une unité fermée. Afin de contenir certains patients, certains professionnels pensent qu'une contenance physique et architecturale est nécessaire. Pour Cano et Boyer, une unité fermée témoigne d'un "*défaut de contenance relationnelle*" (Cano and Boyer 2011) . Racamier rappelle d'ailleurs que "*le cadre institutionnel n'est pas seulement fait d'espaces : il est avant tout constitué par des personnes*" (Racamier 2003) .

- Le Syndrome de la cheminée

Dans son mémoire de philosophie, F. Prouteau évoque le "*syndrome de la cheminée*" que le Dr Garret définit ainsi : "*c'est simple, il en est de la cheminée comme pour l'environnement du soin en psychiatrie, plus c'est ouvert, moins il y a de risques*" (Prouteau 2010) . Il se demande comment font les patients pour "*habiter l'espace soignant*", "se réinvestir en lui pour habiter un nouvel espace qu'est l'unité de soins pour enfin mieux habiter en lui-même". Pour cela, le soignant a une "*fonction d'accueil*" et se doit de "*ne pas rajouter de l'angoisse à l'angoisse*".

La psychothérapie institutionnelle s'est longtemps penchée sur les effets secondaires iatrogènes de l'institution sur les patients . *Primum non nocere*. Comment s'occuper d'un patient en lui étant le moins nuisible possible ? Tout autant que les résultats retrouvés dans les études qui témoignent de l'intérêt d'une ouverture des unités, la réflexion me semble importante, le sens que l'on donne à ce que l'on fait avec les patients. L'époque actuelle est riche de découvertes notamment en pharmacologie, en aurait-on oublié de réfléchir à nos pratiques ?

VIII. Conclusion

De tous temps, la folie a entretenu des relations compliquées avec la liberté. Henry Ey avait d'ailleurs dit que *"la maladie mentale est une pathologie de la liberté"*. C'est aux psychiatres en premier lieu d'essayer de rendre leur liberté aux malades mentaux. Cela fait déjà plusieurs dizaines d'années que les acteurs de la psychothérapie institutionnelle plaide pour une ouverture : liberté d'expression, liberté de mouvement, liberté de circulation et de rencontres. Jean Oury rappelle d'ailleurs que *"notre travail, c'est de "greffer de l'ouvert" (Oury 2007)* . C'est lui aussi qui affirme qu'on *"reconnaît une société à la manière dont on traite les fous"*.

Il semble que ce qui est à l'origine de la fermeture des portes des unités soit en grande part la peur de la responsabilité en cas de fugue ou de passage à l'acte. Mais qui protège-t-on ? Est-ce dans l'intérêt du patient ou dans son propre intérêt ? Si l'objectif était thérapeutique lors de la création des asiles et l'adoption de la loi de 1838, on sait maintenant que l'enfermement n'a pas les vertus qu'on lui prêtait alors. Il y a finalement peu d'argument en faveur des unités fermées. En dehors des crises suicidaires intenses, le fait de fermer les portes des unités de psychiatrie est inefficace voire majore les troubles, notamment en terme d'agressivité. Ainsi, la fermeture des portes génère même des effets secondaires qui peuvent être anti-thérapeutiques, ce que l'on peut intégrer dans la "pathoplastie" de Jean Oury . De plus, la loi n'impose aucunement la fermeture des unités. Au contraire, celle-ci condamne tout enfermement de patient hospitalisé librement et limite l'enfermement des patients sous contrainte que s'il est "nécessaire et proportionné" .

Certains services ne sont composés que d'unités fermées tandis que d'autres n'ont que des unités ouvertes. Chaque hôpital et chaque service exerce comme bon lui semble, sans réflexion collective. Mais qu'est-ce qui explique que les pratiques diffèrent autant ? Il ressort que chaque chef de service décide de l'ouverture ou non du service en accord avec le directeur de l'établissement. Il s'agit donc du choix d'une équipe médicale d'exercer en service fermé ou ouvert. De par mon expérience personnelle dans un service en pleine transition, je sais à quel point il peut être difficile de changer les pratiques et il y a des réticences de tous côtés : médical mais également des soignants, des patients et de leur famille. Si mon travail n'a pas pour objet le changement radical et brutal des pratiques, il est surtout de questionner celles-ci, de relancer la réflexion sur leur sens et leur intérêt. Il me semble que la qualité du soin passant par la relation avec le patient devrait revenir au premier plan à l'hôpital psychiatrique.

IX. Annexe

- Annexe 1

Cas de jurisprudence de fugues de patients hospitalisés

Date	Motif	Résumé des faits	Décision
18/06/18	Tentative de suicide lors d'une fugue	patiente mineure hospitalisée en psy adulte antécédents de fugues et tentative de suicide fugue malgré précautions : plus grande vigilance, pyjama, traitement sédatif Tentative de suicide par précipitation – devenue paraplégique	Affaire renvoyée devant la cour administrative d'appel
12/03/12	Tentative de suicide lors d'une fugue	Hospitalisation en soins libres tentative de suicide par précipitation paraplégie complète	Pas de faute
29/01/99	Suicide lors d'une fugue	Fugue en bousculant le personnel qui tentait de s'interposer malgré traitement sédatif injecté Suicide au domicile le lendemain	Pas de faute
29/04/92	Agression lors d'une fugue	Hospitalisation en soins libres pour désintoxication antécédents d'ivresse pathologique, agressivité et comportement dangereux fugue, incendie la maison de ses parents lors d'une alcoolisation	Faute dans l'organisation et le fonctionnement pour n'avoir pas prévenu l'entourage
21/01/92	Suicide lors d'une fugue	Hospitalisation en soins libres, calme et peu dangereux antécédents suicidaires	Fonctionnement défectueux du service compte tenu des antécédents suicidaires connus
17/12/86	Suicide lors d'une fugue	Interné depuis plus de 19 ans pas d'antécédent de tentative de suicide même lors de deux précédentes fugues	Pas de faute
27/02/85	Disparition lors d'une fugue	Hospitalisation en soins libres présence d'antécédents (non précisés)	Défaut de surveillance compte tenu des antécédents
12/10/83	Homicide lors d'une fugue	Hospitalisation d'office pour comportement anormal	Faute pour s'être procuré un

		s'est procuré un couteau avec lequel il a menacé et blessé 2 infirmiers appelés en renfort, a brisé une fenêtre et franchi le grillage de clôture	instrument dangereux au sein de l'établissement défaut d'organisation et de surveillance
24/02/82	Suicide lors d'une fugue	Hospitalisation en soins libres pour état dépressif avait l'autorisation de se rendre les samedis et dimanches dans son foyer sans être accompagné, pas d'inquiétude de la famille ni des médecins s'est jeté sous un train	Pas de faute
23/12/81	Accident lors d'une fugue	Hospitalisation en soins libres n'était pas suspect de tendances suicidaires mais déjà victime d'un accident lors d'une de ses précédentes sorties avait fait part de son projet de quitter l'établissement décès par noyade	Faute dans le fonctionnement du service du fait de l'antécédent et de la volonté exprimée
15/05/81	Dommages matériels lors d'une fugue	Hospitalisation d'office demande d'unité pour malades difficiles en cours a brisé le carreau de plastique obstruant la fenêtre de la chambre où il était enfermé et franchi le mur d'enceinte a mis le feu à un collègue le lendemain	Faute car absence de barreaux à la fenêtre de sa chambre, défaut de surveillance, pièce insuffisamment aménagée
01/02/80	Accident lors d'une fugue	État mental jugé satisfaisant avant transfert dans hôpital hospice accident de voiture lors de la sortie	Pas de faute
19/01/79	Décès lors d'une fugue	Pas d'antécédent de fugue ou de tentative de suicide état stabilisé depuis plusieurs années causes du décès non précisé	Pas de faute
26/03/91	Suicide lors d'une fugue	Hospitalisation en soins libres pour tentative de suicide antécédent de multiples tentatives de suicides	Faute pour n'avoir pas déclaré la fugue
10/12/82	Dommages matériels lors d'une fugue	Placé à sa sortie de maison d'arrêt fugue le jour-même puis le lendemain de son retour a provoqué un incendie sur 2 bateaux	Faute car n'a pas prévenu la police et la famille
12/05/72	Accident mortel lors d'une fugue	Hospitalisation d'office pour comportement hypomaniaque sur fond d'ivresse permanente a quitté clandestinement l'hôpital et a été	Faute pour n'avoir pas prévenu la police et la famille

		écrasé par une ou plusieurs voitures une première fugue quelques jours auparavant	
29/01/89	Décès lors d'une fugue	Hospitalisation en soins libres pour état dépressif pas de tendance suicidaire retrouvé noyé le lendemain de fugue	Pas de faute
03/07/74	Tentative de suicide lors d'une fugue	Hospitalisé suite à tentative de suicide s'est jeté sous un train lors d'une fugue	Défaut de surveillance eu égard à la précédente tentative de suicide
09/11/18	Accident lors d'une fugue	Hospitalisation à la demande d'un tiers heurté par un véhicule automobile lors d'une fugue faute commise par conducteur du véhicule	Défaut de surveillance
20/01/89	Incendie lors d'une fugue	Hospitalisation d'office tendances pyromaniaques connues	Faute dans l'organisation et le fonctionnement
25/07/86	Accident lors d'une fugue	Troubles épileptiques et arriération mentale aide d'un tiers qui a pratiqué une brèche dans le grillage entourant le parc de l'hôpital dans lequel était autorisé à circuler accident de circulation aussitôt après qu'elle ait franchi l'enceinte de l'hôpital disparition découverte moins de 40 min après par le personnel qui a prévenu la police	Pas de faute
12/12/79	Accident mortel lors d'une fugue	Transféré dans un pavillon où les malades ne disposaient pas de liberté de circulation à l'extérieur et pouvaient seulement à partir d'une baie vitrée de la salle de séjour accéder à un jardin entouré d'une clôture grillagée de 2m de hauteur posée sur des poteaux de ciment dont certains étaient munis de jambes de force inclinées	Défaut d'organisation du service et défaut de surveillance

X. Bibliographie

Abroms, G. M.

1973 The Open-Door Policy: A Rational Use of Controls. *Hospital & Community Psychiatry* 24(2): 81–84.

Adams, Bob

2000 Locked Doors or Sentinel Nurses? *Psychiatric Bulletin* 24(09): 327–328.

Adorno, Theodor W

2003 *Minima Moralia: réflexions sur la vie mutilée*. Paris: Payot.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

2004 Conférence de Consensus : Liberté d'aller et Venir Dans Les Établissements Sanitaires et Médico-Sociaux, et Obligation de Soins et de Sécurité.

Alezrah, Charles, and Jean-Marie Bobillo

2003 Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ? *L'Information psychiatrique* 80(7): 571–578.

Anzieu, Didier

1995 *Le moi-peau*. Psychismes. Paris: Dunod.

Ashmore, R.

2008 Nurses' Accounts of Locked Ward Doors: Ghosts of the Asylum or Acute Care in the 21st Century? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15(3): 175–185.

Bailey, Jill, Bethan Page, Nokuthula Ndimande, Julie Connell, and Charles Vincent

2016 Absconding: Reducing Failure to Return in Adult Mental Health Wards. *BMJ Quality Improvement Reports* 5(1): u209837.w5117.

Baker, A, R L Davies, and P Sivadon

1961 Services Psychiatriques et Architecture. *Revue Internationale de La Croix-Rouge* 43(505): 53.

Bantman, Patrick

2010 La Liberté d'aller et Venir En Psychiatrie. Entre l'exigence de La Loi, l'éthique et La Réalité Des Pratiques. Cinq Ans Après La Conférence de Consensus, Ou En Sommes-Nous ? *L'Information Psychiatrique* 86(4): 293–297.

Beaglehole, Ben, John Beveridge, Warren Campbell-Trotter, and Chris Frampton

2017 Unlocking an Acute Psychiatric Ward: The Impact on Unauthorised Absences, Assaults and Seclusions. *BJPsych Bulletin* 41(2): 92–96.

Blot-Leroy, Sabrina

2017 Les portes en institution : une histoire de limite. *Le Journal des psychologues* 348(6): 50.

Bonnafé, Lucien

2000 L'Esprit Du Secteur. *Santé Mentale*(51): 16–20.

- Bowers, L., J. Alexander, and C. Gaskell
2003 A Trial of an Anti-Absconding Intervention in Acute Psychiatric Wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10(4): 410–416.
- Bowers, L., K. Haglund, E. Muir-Cochrane, et al.
2010 Locked Doors: A Survey of Patients, Staff and Visitors: Locked Doors Survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17(10): 873–880.
- Bowers, L., A. Simpson, and J. Alexander
2005 Real World Application of an Intervention to Reduce Absconding. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12(5): 598–602.
- Bowers, Len
2007 The City-128 Study of Observation and Outcomes. *BMC Psychiatry* 7(S1).
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-7-S1-S122>, accessed February 15, 2019.
- Bowers, Len, Teresa Allan, Kristina Haglund, Eimear Mir - Cochrane, et al.
2008 The City 128 Extension : Locked Doors in Acute Psychiatry, Outcome and Acceptability. NCCSDO, May.
- Bowers, Len, Teresa Allan, Kristina Haglund, Eimear Mir-Cochrane, et al.
2008 The City 128 Extension: Locked Doors in Acute Psychiatry, Outcome and Acceptability. NCCSDO. <http://www.kcl.ac.uk/iop/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/LockedDoors.aspx>.
- Bowers, Len, Teresa Allan, Alan Simpson, et al.
2009 Identifying Key Factors Associated with Aggression on Acute Inpatient Psychiatric Wards. *Issues in Mental Health Nursing* 30(4): 260–271.
- Bowers, Len, Karen James, Alan Quirk, et al.
2015 Reducing Conflict and Containment Rates on Acute Psychiatric Wards: The Safewards Cluster Randomised Controlled Trial. *International Journal of Nursing Studies* 52(9): 1412–1422.
- Bowers, Len, M. Jarrett, N. Clark, F. Kiyimba, and L. McFarlane
1999 1. Absconding: Why Patients Leave. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6(3): 199–205.
- Burns, Tom
2016 Locked Doors or Therapeutic Relationships? *The Lancet Psychiatry* 3(9): 795–796.
- Cano, Nicole, and Laurent Boyer
2011 Évolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement. *L'information psychiatrique* 87(7): 589.
- Clery-Melin, Philippe, Vivianne Kovess, and Jean-Charles Pascal
2003 Plan d'actions Pour Le Développement de La Psychiatrie et La Promotion de La Santé Mentale. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.
- Contrôleur général des lieux de privation de liberté
2018 Le contrôleur général des lieux de privation de liberté: rapport d'activité 2017.

2019 Le Contrôleur Général Des Lieux de Privation de Liberté: Rapport d'activité 2018 - Dossier de Presse.

Deisenhammer, E. A., C. DeCol, M. Honeder, H. Hinterhuber, and W. W. Fleischhacker
2000 In-Patient Suicide in Psychiatric Hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102(4): 290–294.

Desrués, Thibault
2012 Les Fugues En Psychiatrie: État Des Lieux Au CHU de Nantes En 2011.

Devers, Gilles
2007 Droit, Responsabilité et Pratique Du Soins. Editions Lamarre.
2018 Liberté Du Patient et Devoir de Surveillance: Quelle Conciliation ? Objectif Soins et Management(263).

Dibie, Pascal
2012 Ethnologie de La Porte: Des Passages et Des Seuils. Paris: Éditions Métailié.

Due, Clemence, Kathleen Connellan, and Damien W Riggs
2012 Surveillance, Security and Violence in a Mental Health Ward: An Ethnographic Case-Study of a Purpose-Built Unit in Australia. *Surveillance & Society* 10(3/4): 292–302.

Esquirol
1838 Des Maladies Mentales.

Eyraud, Benoît, and Delphine Moreau
2013 Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique: de la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier 1. *Cultures & conflits*(90): 117–134.

Eyraud, Benoît, and Livia Velpy
2015 La Liberté d'aller et Venir Comme Révélateur Du Tournant Juridique Des Régulations Du Soins En Santé Mentale : Une Mise En Perspective "Internationale." *Revue de Droit Sanitaire et Social*(6): p 951-962.

France, and Contrôleur général des lieux de privation de liberté
2012 Le contrôleur général des lieux de privation de liberté: Rapport d'activité 2011. Paris: Editions Dalloz.
2016 Le contrôleur général des lieux de privation de liberté: rapport d'activité 2015. Paris: Dalloz.

France, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Adeline Hazan, and France
2017 Le contrôleur général des lieux de privation de liberté: rapport d'activité 2016.

Freud, Sigmund
1917 Introduction à la psychanalyse. Paris: Payot & Rivages.

Grotto, Jessica, Adam Gerace, Deb O'Kane, et al.
2015 Risk Assessment and Absconding: Perceptions, Understandings and Responses of Mental Health Nurses. *Journal of Clinical Nursing* 24(5–6): 855–865.

Haglund, K., and L. von Essen
2005 Locked Entrance Doors at Psychiatric Wards – Advantages and Disadvantages According to

Voluntarily Admitted Patients. *Nordic Journal of Psychiatry* 59(6): 511–515.

Haglund, K, L von Knorring, and L von Essen

2006 Psychiatric Wards with Locked Doors - Advantages and Disadvantages According to Nurses and Mental Health Nurse Assistants. *Journal of Clinical Nursing* 15(4): 387–394.

Haglund, K., E. van der MEIDEN, L. von KNORRING, and L. von ESSEN

2007 Psychiatric Care behind Locked Doors. A Study Regarding the Frequency of and the Reasons for Locked Psychiatric Wards in Sweden. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14(1). <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2850.2007.01042.x>, accessed February 16, 2019.

Hochstrasser, L., D. Fröhlich, A.R. Schneeberger, et al.

2018 Long-Term Reduction of Seclusion and Forced Medication on a Hospital-Wide Level: Implementation of an Open-Door Policy over 6 Years. *European Psychiatry* 48: 51–57.

Hochstrasser, Lisa, Alexander Voulgaris, Julian Möller, et al.

2018 Reduced Frequency of Cases with Seclusion Is Associated with “Opening the Doors” of a Psychiatric Intensive Care Unit. *Frontiers in Psychiatry* 9. <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2018.00057/full>, accessed January 22, 2019.

Huber, Christian G, Andres R Schneeberger, Eva Kowalinski, et al.

2016 Suicide Risk and Absconding in Psychiatric Hospitals with and without Open Door Policies: A 15 Year, Observational Study. *The Lancet Psychiatry* 3(9): 842–849.

Jin, Z.

1994 Effect of an Open-Door Policy Combined with a Structured Activity Programme on the Residual Symptoms of Schizophrenic in-Patients. A Six-Month Randomised Controlled Trial in Yanbian, Jilin. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*(24): 52–57.

Jungfer, Hermann-Alexander, Andres R. Schneeberger, Stefan Borgwardt, et al.

2014 Reduction of Seclusion on a Hospital-Wide Level: Successful Implementation of a Less Restrictive Policy. *Journal of Psychiatric Research* 54: 94–99.

Kalagi, J., I. Otte, J. Vollmann, G. Juckel, and J. Gather

2018 Requirements for the Implementation of Open Door Policies in Acute Psychiatry from a Mental Health Professionals’ and Patients’ View: A Qualitative Interview Study. *BMC Psychiatry* 18(1). <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1866-9>, accessed March 7, 2019.

Kaltiala-Heino, R., J. Korkeila, C. Tuohimäki, T. Tuori, and V. Lehtinen

2000 Coercion and Restrictions in Psychiatric Inpatient Treatment. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* 15(3): 213–219.

Kaltiala-Heino, R, C Tuohimäki, J Korkeila, and V Lehtinen

2003 Reasons for Using Seclusion and Restraint in Psychiatric Inpatient Care. *International Journal of Law and Psychiatry* 26(2): 139–149.

Kecmanovic, Dusan

1975 Patients Discharged Against Medical Advice From a Lock-and-Key Psychiatric Institution.

International Journal of Social Psychiatry 21(4): 274–281.

Kemp, Róisín, and Anthony David

1996 Psychological Predictors of Insight and Compliance in Psychotic Patients. *British Journal of Psychiatry* 169(04): 444–450.

Lalande, Françoise, and Carole Lepine

2011 Analyse d'accidents En Psychiatrie et Propositions Pour Les Éviter - Inspection Générale Des Affaires Sociales. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000287.pdf>.

Lang, Undine E., Susanne Hartmann, Sandra Schulz-Hartmann, et al.

2010 Do Locked Doors in Psychiatric Hospitals Prevent Patients from Absconding? *The European Journal of Psychiatry* 24(4). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632010000400001&lng=en&nrm=iso&tlng=en, accessed January 26, 2019.

Leyreloup, and Digonnet

2003 La Liberté de Circulation : Portes Ouvertes, Portes Fermées ? http://www.serpsy.org/piste_recherche/hopital/porte_ouverte_amlled.html, accessed August 31, 2011.

Lind, M., R. Kaltiala-Heino, T. Suominen, H. Leino-Kilpi, and M. Valimaki

2004 Nurses' Ethical Perceptions about Coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11(4): 379–385.

Lopez, Alain, and Gaelle Turan Pelletier

2017 Organisation et Fonctionnement Du Dispositif de Soins Psychiatriques, 60 Ans Après La Circulaire Du 15 Mars 1960 - IGAS - Inspection Générale Des Affaires Sociales. <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article651>, accessed March 18, 2019.

Majerus, Benoît

2011 La baignoire, le lit et la porte. *La vie sociale des objets de la psychiatrie. Genèses* 82(1): 95.

Marandon de Montyel

1896 La Nouvelle Hospitalisation Des Aliénés Par La Méthode de Liberté, et Son Application à Ville-Evrard.

Muir-Cochrane, Eimear, Marie van der Merwe, Henk Nijman, et al.

2012 Investigation into the Acceptability of Door Locking to Staff, Patients, and Visitors on Acute Psychiatric Wards: ACCEPTABILITY OF LOCKED DOORS. *International Journal of Mental Health Nursing* 21(1): 41–49.

Muir-Cochrane, Eimear, Krista Mosel, Adam Gerace, Adrian Esterman, and Len Bowers

2011 The Profile of Absconding Psychiatric Inpatients in Australia: The Profile of Absconding Psychiatric Inpatients in Australia. *Journal of Clinical Nursing* 20(5–6): 706–713.

Müller, Matthias J., Ralf Schlösser, Gisela Kapp-Steen, Benno Schanz, and Otto Benkert

2002 Patients' Satisfaction with Psychiatric Treatment: Comparison between an Open and a Closed Ward. *The Psychiatric Quarterly* 73(2): 93–107.

- Najman, Thierry, Pierre Delion, and Pierre Joxe
2015 *Lieu d'asile: manifeste pour une autre psychiatrie*. Paris: O. Jacob.
- Nijman, H., L. Bowers, K. Haglund, et al.
2011 Door Locking and Exit Security Measures on Acute Psychiatric Admission Wards: Door Locking on Admission Wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18(7): 614–621.
- Nijman, H. L. I., Allertz, W. F. F., Merckelbach, H. L. G. J., à Campo, J. M. L. G., & Ravelli, D. P
1997 Aggressive Behaviour on an Acute Psychiatric Admissions Ward. *The European Journal of Psychiatry*: 106–114.
- Nijman, Henk L. I., Joost M. L. G. á Campo, Dick P. Ravelli, and Harald L. G. J. Merckelbach
1999 A Tentative Model of Aggression on Inpatient Psychiatric Wards. *Psychiatric Services* 50(6): 832–834.
- Norvoll, Reidun, and Reidar Pedersen
2016 Exploring the Views of People with Mental Health Problems' on the Concept of Coercion: Towards a Broader Socio-Ethical Perspective. *Social Science & Medicine* 156: 204–211.
- Oury, Jean
2007 *Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles*. VST - Vie sociale et traitements 95(3): 110.
- Pacte International Relatif Aux Droits Civils et Politiques Adopté et Ouvert à La Signature, à La Ratification et à l'adhésion Par l'Assemblée Générale Dans Sa Résolution 2200 A (XXI)
1966
- Paumelle, Philippe, Philippe Koechlin, and Stanislaw Tomkiewicz
1999 *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*. Rennes: Editions ENSP.
- Péchillon, E
2019 Patient Fugueur : Quelles Responsabilités de l'établissement ? *Santé Mentale*(235): 9.
- Pénochet, Jean-Claude
2014 La psychiatrie, la justice et l'assassin : un jugement sous la loupe. *L'information psychiatrique* 90(4): 239.
- Pierre PéronMagnan, « L'ère Moderne Des Thérapeutiques Biologiques », in Jacques Postel et Claude Quétel (Dir.), *Nouvelle Histoire de La Psychiatrie*, Paris, Dunod, 1994
N.d. *In* .
- Prouteau, Francis
2010 *PSYCHIATRIE OUVERTE OU FERMÉE ? « LE SYNDROME DE LA CHEMINÉE »*.
- Quétel, Claude
2017 *Histoire de la folie: de l'Antiquité à nos jours*. Paris: Tallandier.
- Racamier, Paul-Claude
2003 *L'esprit des soins: le cadre*. Paris: Ed. du Collège.

Keyboz, David

2012 Point de Vue de Patients Sur l'ouverture et La Fermeture à Clé Des Portes Des Services d'hospitalisation Psychiatriques. Faculté de Médecine de Nantes.

Rousseau, Jean-Jacques

1755 Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes. Paris, Garnier-Flammarion.

van der Schaaf, P. S., E. Dusseldorp, F. M. Keuning, W. A. Janssen, and E. O. Noorthoorn

2013 Impact of the Physical Environment of Psychiatric Wards on the Use of Seclusion. *British Journal of Psychiatry* 202(02): 142–149.

Schneeberger, Andres R., Eva Kowalinski, Daniela Fröhlich, et al.

2017 Aggression and Violence in Psychiatric Hospitals with and without Open Door Policies: A 15-Year Naturalistic Observational Study. *Journal of Psychiatric Research* 95: 189–195.

Smith, Damian, and MacDara McCauley

2018 Unlocking an Acute Psychiatric Ward: Open Doors, Absent Patients? *BJPsych Bulletin* 42(03): 132–133.

Steinauer, Regine, Christian G. Huber, Sylvie Petitjean, et al.

2017 Effect of Door-Locking Policy on Inpatient Treatment of Substance Use and Dual Disorders. *European Addiction Research* 23(2): 87–96.

Stewart, D., and L. Bowers

2011 Absconding and Locking Ward Doors: Evidence from the Literature: Absconding and Locking Ward Doors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18(1): 89–93.

Toulouse

1937 L'hôpital Psychiatrique Henri Rousselle. La Prophylaxie Mentale. *Bulletin Trimestriel ["puis" Organe] de La Ligue d'hygiène Mentale*(43): 1–69.

Ulrich, Roger S., Lennart Bogren, Stuart K. Gardiner, and Stefan Lundin

2018 Psychiatric Ward Design Can Reduce Aggressive Behavior. *Journal of Environmental Psychology* 57: 53–66.

Van Der Merwe, M., L. Bowers, J. Jones, A. Simpson, and K. Haglund

2009 Locked Doors in Acute Inpatient Psychiatry: A Literature Review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16(3): 293–299.

veil, Simone

1993 Circulaire N°48 DGS/SP3 Du 19 Juillet 1993. <http://www.ch-charcot56.fr/textes/c190793.htm>, accessed November 18, 2011.

Vu, le Président du Jury,



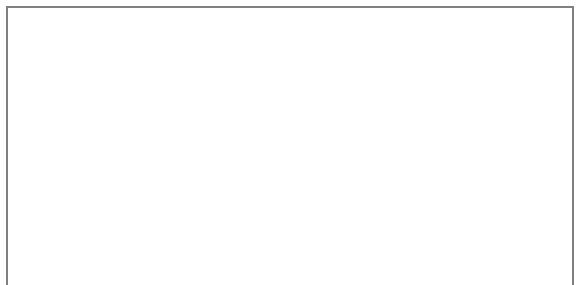
Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Vu, le Directeur de Thèse,



Docteur David REYBOZ

Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET

NOM : CHARLET

PRENOM : Alexia

Titre de Thèse : LES PORTES DES SERVICES DE PSYCHIATRIE : ENJEUX CLINIQUES ET MEDICO-LEGAUX D'UNE POSSIBLE OUVERTURE

RESUME

En faisant un bref historique des asiles et autres lieux de traitement des fous, il est inévitable de constater que la "folie" a longtemps été associée à une forme d'enfermement. Actuellement, les unités dites "fermées" restent largement répandues. Nous nous proposons d'examiner les enjeux cliniques sur les patients des unités fermées ou ouvertes par le biais d'une revue de la littérature. Nous aborderons également les aspects médico-légaux afin de déterminer ce qui légifère l'état d'ouverture ou de fermeture des unités. Il semble que ce qui est à l'origine de la fermeture des portes des unités soit la peur de la responsabilité en cas de fugue ou de passage à l'acte hétéro ou auto agressif au détriment du soin. Il n'existe pas malheureusement de réflexion collective de la profession concernant ces pratiques .

MOTS-CLES

HOPITAL PSYCHIATRIQUE, UNITE OUVERTE, UNITE FERMEE, ASILES, RESPONSABILITE LEGALE, OUVERTURE, PATHOPLASTIE, FUGUES, VIOLENCE, POLITIQUE D'OUVERTURE, ENFERMEMENT, PRATIQUES PROFESSIONNELLES