

Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes

**Un espace d'ouverture
dans une Unité pour Malade Difficile**

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

**François SALVI
Juin 2002**

**Malheur à celui sur lequel se referme la porte
d'une prison et qui n'a point de vie intérieure, qui
ne saura s'en créer!**

Jean ZAY,
Souvenirs et solitude

Introduction	1
1. Présentation d'une Unité pour Malades Difficiles	3
1.1 Généralités	3
1.2 Structure matérielle	4
1.2.1 Description de l'environnement sécuritaire	5
1.2.2 Les espaces modulables	6
1.3 Structure fonctionnelle	6
1.3.1 Généralités	6
1.3.2 L'approche soignante en U.M.D.	8
2. Notions liées à l'enfermement	12
2.1 Définitions	12
2.2 la pathologie favorise l'enfermement	12
2.3 Conséquences de l'enfermement	14
2.3.1 Le vécu de l'enfermement en dehors ou dans des institutions	14
2.3.2 L'apport de limites	15
3. L'espace ergothérapique en Unité pour Malades Difficiles	18
3.1 Ergothérapie : aspect théorique	18
3.1.1 Travail et punition	18
3.1.2 Modèle théorique	18
3.2 Un espace démedicalisé	19
3.2.1 Une sécurité moins apparente	19
3.2.2 Un espace d'activité	20
3.3 Un espace de rencontre	21
3.3.1 Rencontre de l'autre	21
3.3.2 Rencontre de la matière	22
3.3.3 Découverte d'un potentiel	22
3.4 Une confrontation à la problématique des patients	22
Conclusion	24
BIBLIOGRAPHIE	25
ANNEXES	26

Introduction

Pendant mes études d'ergothérapie, j'ai effectué un stage de psychiatrie dans une Unité pour Malades Difficiles. Ce stage m'a incité à réfléchir sur la perception de l'espace et les distances interindividuelles entre soignants et soignés. En Unité pour Malade Difficile, l'espace fermé doit permettre aux patients de découvrir leurs limites dans la relation aux autres. L'ergothérapie représente un espace plus ouvert où le malade retrouve sa dimension humaine par la rencontre et l'activité. Il se confronte alors à ses propres limites.

Le corps social jugule les agressions de diverses manières selon les époques. D'abord, supprimées ou exclues, les personnes qui sont passées à l'acte violemment, sont maintenant contenues dans des institutions. M.FOUCAULT ¹montre que le système pénal utilise aujourd'hui le corps non plus en le châtiant (disparition des supplices) mais en l'enfermant ou en le faisant travailler pour priver l'individu d'une liberté considérée à la fois comme un droit et un bien.

E.GOFFMAN ²a décrit deux types d'établissements chargés de contenir le potentiel dangereux :

- Ceux, dont la fonction est de prendre en charge des personnes jugées, à la fois, incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté sans que cette nocivité soit volontaire : hôpitaux psychiatriques, centre pour malade contagieux.
- Ceux, destinés à protéger la communauté contre des menaces qualifiées d'intentionnelles : prison.

D'une manière générale, la psychiatrie est à la croisée de ces deux types d'établissements. Les « fous » ont progressivement acquis le statut de « malades » ce qui leur donne le droit ou/et le devoir d'être soignés. Les malades dangereux qualifiés de « perturbateurs » ou « difficiles » sont accueillis en dernier recours dans des services spécialisés : les Unités pour Malades Difficiles (UMD).

Les UMD accueillent en Hospitalisation d'Office (HO) des patients qui présentent un « état dangereux majeur ou imminent » tels « qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières » (arrêté du 14/10/86)

¹ M.FOUCAULT *surveiller et punir*

² E.GOFFMAN *institutions totalitaires*

Après une présentation de l'UMD et un descriptif de l'agencement spatial et des différentes distances interpersonnelles, nous développerons la notion d'enfermement. L'ergothérapie est un lieu d'ouverture dans ce monde fermé.

1. Présentation d'une Unité pour Malades Difficiles

« *Le premier médicament ici, ce sont les mûrs* »
parole d'un infirmier

1.1 Généralités

Le décret n°86-602 du 14 mars 1986 (Annexe) est le premier texte réglementaire qui fasse référence aux Unités pour Malades Difficiles. L'article 12 stipule que les UMD « assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mis en œuvre que dans une unité spécifique. »

Le concept de prise en charge des malades mentaux difficiles est une notion qui n'a été formalisée que relativement récemment puisque les premiers textes qui y font explicitement référence datent de la circulaire du 5 juin 1950 (annexe). Il existe 4 UMD en France, qui étaient dénommées différemment avant la réglementation de 1986 :

- A Villejuif, en 1910, Henry Collin ouvre un Service de Sûreté,
- A Montfavet, en 1947 est ouvert le Service Spécial de Malades Difficiles (SSMD),
- A Sarreguemines en 1957 est ouvert le Service Spécial de Malades Difficiles,
- A Cadillac en 1963 est ouvert le Service Spécial de Malades Difficiles de Boissonnet.

Actuellement, la capacité d'accueil de Boissonnet est de 86 lits répartis en 5 pavillons.

- Le placement sous contrainte

L'hospitalisation d'office (H.O) est avec l'hospitalisation à la demande d'un tiers une hospitalisation sous contrainte. L'H.O. résulte d'une décision préfectorale accompagnée de 2 certificats médicaux qui attestent que la personne présente des troubles mentaux qui compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Avant l'entrée en vigueur de la loi du 27 juin 1990 (annexe), il n'existait aucun texte précisant que les personnes hospitalisées sous contrainte disposaient de droits. Au cours de l'hospitalisation d'une personne sous contrainte, « *les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toute circonstance, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée* ».

Les patients de l'UMD

Les patients ont 2 origines administratives :

- La psychiatrie de secteur

Il s'agit des patients qui ne peuvent être contenus en CHS (Centre Hospitalier de Secteur). Il s'agit de patients qui ne peuvent être maintenus en chambre du fait de leurs comportements perturbateurs entamant toute démarche de soins.

- La psychiatrie en milieu pénitencier

Ces patients sont accueillis au titre de l'article D-398 (annexe) du code de procédure pénale. Ces patients sont des détenus ou prévenus « aliénés ». Certains ont été jugés responsables au moment des faits ou attendent leur jugement mais décompensent en prison.

D'autres bénéficient d'une ordonnance de non-lieu au titre de l'article 122 (annexe) du code pénal (« causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité ») (ex article 64). Leur discernement ayant été aboli au moment des faits « *ils étaient sous l'emprise d'une force à laquelle ils ne pouvaient résister* ».

1.2 Structure matérielle

L'hôpital psychiatrique est l'héritier de l'asile d'aliénés. Il était implanté sur un vaste terrain, hors des villes, avec des pavillons de grandes capacités disposés symétriquement par rapport à un bâtiment administratif lui-même prolongé par des locaux techniques. Le tout était entouré de hauts murs et de sauts-de-loup. L'UMD est constituée de 5 pavillons disposés de part et d'autre d'un bâtiment administratif. L'unité d'électro-convulsivo-thérapie se situe dans le bâtiment administratif. Le pôle d'ergothérapie se situe lui derrière les pavillons.

Les unités ont une capacité d'accueil de 19 lits. L'une d'elle est destinée à assurer un relais aux prises en charge psychiatriques du milieu pénitencier. Une autre de 10 places est une unité pour malades en rupture de soins, et accueille des personnes aux pathologies lourdes de type psychose infantile déficitaire vieillie.

L'unité psycho-socio-éducative-ergothérapique et sportive comprend principalement un bâtiment d'ergothérapie mais aussi plusieurs annexes pour le sport et la cafétéria, la musique, la psychomotricité, le jardin. L'unité d'électro-convulsivo-thérapie se trouve dans le bâtiment central. La sismothérapie s'adresse aux patients sévèrement déprimés, mélancoliques et à certaines formes de schizophrénie chimiorésistante.

Cette structure matérielle est organisée de manière à assurer une surveillance, et permet de limiter et contrôler les passages à l'acte (agression, suicide, évasion)

1.2.1 Description de l'environnement sécuritaire

Le cadre architectural est imposant tant l'aspect sécuritaire est développé. L'UMD est entourée de grands murs avec des sauts-de-loup qui ont été comblés pour humaniser le lieu. L'entrée se fait en franchissant un double sas contrôlé par un concierge. A l'intérieur, des voies goudronnées relient les pavillons. Chaque pavillon dispose d'une cour grillagée, les fenêtres comportent des barreaux et sont verrouillées. L'entrée en pavillon se fait par une porte dont les serrures sont fiables. Toutes les portes ont la même serrure, ainsi chaque soignant dispose de sa clé pour accéder aux différents lieux. Les portes utilisées par les patients n'ont pas de poignée (les WC ne se ferment pas et sont le plus souvent vitrés). Chaque pavillon est sensiblement bâti sur le même modèle. Le rez-de-chaussée comprend le lieu de vie des patients pendant la journée ainsi que l'infirmierie et des locaux de fonctionnement. L'étage comprend les dortoirs et les sanitaires pour la nuit.

L'espace de vie des patients est parfois appelé «*aquarium* » par des infirmiers. Cela témoigne d'un espace fermé et animal limité par des murs, des vitres et des barreaux. Le bureau des infirmiers est séparé d'une vitre de l'espace de vie des patients, il n'est pas rare que les patients soient agglutinés devant pour demander quelque chose ou observer les infirmiers. L'intérieur est composé d'un couloir qui longe différentes pièces séparées par des cloisons vitrées: une salle à manger, une pièce pour jouer au ping-pong, un espace repos et un coin télévision. Les patients disposent d'un casier individuel fermé à clé (par eux-mêmes, ils peuvent déposer les clés à l'infirmierie). Chaque pavillon dispose de 2 chambres d'isolement pouvant aussi servir comme lieu de repos. Elle est utilisée pour l'observation d'un nouveau patient admis. Le lit de la chambre d'isolement est scellé au sol et comprend des contentions en cuir. La porte est vitrée ; la chambre dispose de WC sans porte. Là encore la porte vitrée permet une surveillance extérieure.

A l'étage, se trouvent les sanitaires et les dortoirs. Les sanitaires comprennent des WC et des douches. Les douches sont équipées de portes battantes pour préserver l'intimité tout en permettant une surveillance. Les dortoirs sont collectifs. Il existe des chambres individuelles réservées à certains patients (séropositifs ou dangereux) ou aux privilégiés (ancienneté de l'hospitalisation). Les dortoirs comprennent 4 lits scellés au sol et un cabinet de toilette dont la porte est vitrée ; il n'y a pas d'autre mobilier. Dans ces dortoirs comme dans la majorité des lieux, il existe deux portes pour intervenir en cas de problème.

Le bâtiment de l'ergothérapie est un peu à l'écart des autres pavillons, mais l'architecture sécuritaire est aussi présente. Les ateliers artisanaux ont lieu au rez-de-chaussée. Le bureau des « moniteurs » est central par rapport aux ateliers et comporte de larges vitres. Du bureau, il est possible de visualiser une grande partie des ateliers. Les outils sont comptés et rangés à leur place dans des placards fermés à clé après chaque séance. A l'inverse, des pavillons où les infirmiers peuvent porter un interrupteur d'alerte sur eux ; en ergothérapie les interrupteurs sont fixés au mur.

1.2.2 Les espaces modulables

Il s'agit des espaces qu'un individu peut facilement transformer (déplacer des chaises, des tables). Ces espaces sont très rares en UMD car le besoin de contrôler l'activité des patients nécessite une structure fixe.

Dans la salle à manger du pavillon, les tables sont rondes avec quatre chaises mais sont le plus souvent « en ordre », la salle de repos comprend des fauteuils que des patients déplacent parfois pour pouvoir étendre leurs jambes.

Par contre dans les ateliers d'ergothérapie, où l'activité nécessite des installations et l'utilisation de différents outils et matériaux, l'organisation matérielle est plus modulable.

L'espace matériel n'est qu'un moyen de gérer et conditionner les activités humaines.

1.3 Structure fonctionnelle

1.3.1 Généralités

Le fonctionnement de l'UMD dépend de la structure matérielle et sociale. L'organisation de la journée donne des repères. Les patients ont la possibilité de s'ouvrir sur la vie extérieure grâce aux visites, mais aussi grâce aux activités thérapeutiques.

Le protocole d'entrée veut que le nouveau patient passe 24 heures en chambre d'isolement.

La sortie se fait sur décision de la Commission du Suivi Médical, composée de 5 psychiatres qui votent après l'entretien du patient et du praticien hospitalier sur le maintien ou le transfert du patient dans sa structure d'origine. Les patients sont examinés systématiquement tous les 6 mois, les experts donnent leurs avis avant qu'une décision collégiale décide du transfert.

L'organisation de la journée des patients

Tous les patients sont réveillés le matin à 7 Heures et ont un certain temps pour la toilette et l'habillage, puis les patients descendent ensemble au rez-de-chaussée où ils prennent les médicaments (devant un infirmier) avant de déjeuner. Les malades s'installent pour la majorité à la même place. Ensuite, chaque patient a son emploi du temps : ceux qui ont des visites ou participent à des thérapies actives doivent attendre que le thérapeute concerné vienne les chercher, certains patients non-inscrits restent en pavillon à s'occuper comme ils veulent. Le soir, les patients remontent au premier étage pour la toilette avant de se coucher (21 heures).

Pendant la journée, des infirmiers passent du temps en pavillon en étant disponibles pour les patients. La cour extérieure est ouverte lorsque le temps le permet et que les infirmiers sont au moins deux en pavillon.

Les règles horaires sont très respectées et la vie est ritualisée.

L'équipe de soin

Elle permet d'accompagner le malade durant toute sa journée et lors d'activités différentes. Elle permet au patient d'avoir des liens thérapeutiques plus ou moins forts. Une réunion d'équipe est organisée pour chaque pavillon une fois par semaine. Le cas de chaque patient est discuté entre les différents intervenants (médecin, infirmier, ergothérapeute, psychologue, aide soignant, assistante sociale).

Que ce soit en pavillon ou en activité, la règle fixe à 6 le nombre maximum de patients par thérapeute. Dans certaines conditions, les femmes ne peuvent effectuer de prise en charge si elles sont seules.

Les possibilités d'ouverture

Ces possibilités permettent un échange d'information en dehors de l'institution :

- Les visites des proches sont réglementées. La présence d'un infirmier est obligatoire.
- Un diacre est disponible pour les patients qui le souhaite.
- Certains patients effectuent une sortie thérapeutique hors de l'institution une fois par mois. Le patient est accompagné de deux infirmiers. Il s'agit d'un véritable projet (visite de la famille, manger au restaurant, balade, achat d'objet...) qui demande une organisation de l'équipe.

Les thérapies actives

Cette dénomination regroupe l'ensemble des méthodes d'animation qui proposent aux patients des activités et des lieux d'échanges. Partie intégrante de la prise en charge, les malades participent aux activités sur prescription médicale. Les activités spécifiques

proposées sont : le cannage, la menuiserie, le cuir, la terre, le tissage, le jardinage, le sport, la cafétéria, la reliure. Aussi, en pavillon, les infirmiers effectuent un travail de sociothérapie en proposant certaines de ces activités ludiques. Il existe également des séances de psychomotricité.

1.3.2 L'approche soignante en U.M.D.

Cette approche oscille entre deux priorités : le soin et la sécurité.

1.3.2.1 Principes de soin

Les patients sont hospitalisés sans leur consentement, La demande de soin n'est pas pour eux une priorité. Le travail du thérapeute est de faire en sorte qu'une obligation devienne une demande du patient. La personne devient alors actrice de son traitement, il s'ensuit un processus de changement qui pourra permettre le retour dans le service d'origine, puis une réinsertion sociale. Nous dégagerons quelques principes de soins en les intégrant à la pratique en UMD.

Le soin n'est pas l'application d'une technique acquise en formation mais présuppose une envie d'aider la personne. Carl ROGERS³ définit la relation d'aide comme une relation dans laquelle l'un au moins des protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité à affronter la vie. L'autre pouvant être un individu ou un groupe.

L'aide s'opère lorsque le thérapeute tend à :

- Paraître digne de confiance c'est à dire que la personne puisse compter sur lui comme un être réel. Pour être en confiance et ne pas se sentir menacé, le malade doit sentir que le thérapeute ne le juge pas. Cette condition à la relation d'aide est d'autant plus difficile en UMD, que les patients ont parfois commis un acte condamnable par la société.
- Etre dans une sécurité interne suffisamment forte et séparée de l'autre de manière à ne pas se perdre soi et laisser au malade le pouvoir de développer sa personnalité sans toutefois l'amener au conformisme. La sécurité interne du soignant est fréquemment menacée en UMD du fait de possibles agressions physiques ou psychologiques. Ainsi certains patients obtiennent des bénéfices au niveau de leur condition d'hospitalisation lorsque la sécurité interne des membres d'une équipe est menacée. M.A., décrit comme psychopathe et fort physiquement, obtient quelques fois

qu'un infirmier lui enregistre un film sans que cela soit autorisé par le règlement.

C.ROGERS décrit 3 qualités que doit remplir le thérapeute et qui favorise le processus de croissance, de changement :

- La congruence correspond à l'état où le thérapeute est ce qu'il est tel que ses sentiments sont disponibles et qu'il est capable de les communiquer au moment opportun.
- La considération positive inconditionnelle, c'est une attitude positive et réceptive envers ce qu'est le patient. Ce sentiment s'extériorise sans réserve de jugement.
- La compréhension empathique. L'empathie est une attitude psychologique particulière vis-à-vis d'autrui qui consiste à centrer son attention sur ce qu'il ressent - le vécu- et à tenter de comprendre ce qu'il exprime.

En trouvant une écoute, le malade s'écoute lui-même avec le même respect et la même attitude positive. Il prend alors conscience et accepte les sentiments qui le dérangent le plus. Il arrive que les malades qui prennent conscience de leur situation et des faits qu'ils ont commis ne le supportent pas. La prise de conscience de ses actes entraîne un important risque suicidaire. Des membres de l'équipe signalaient que si M.M. réalisait qu'il avait tué des membres de sa famille, le risque de suicide serait important.

Le fait de soigner des personnes potentiellement dangereuses oblige à respecter la singularité du malade ; il est nécessaire de connaître son histoire, ses difficultés existentielles pour des raisons thérapeutiques mais aussi de sécurité.

1.3.2.2. La distance interrelationnelle et la sécurité

Pour préserver la sécurité de la société, des patients, des malades ; l'institution réglemente la configuration des lieux et l'occupation de l'espace. A l'exception d'un patient (longtemps hospitalisé) qui a le bénéfice de pouvoir se promener dans l'enceinte de l'hôpital, la position de chaque patient peut être connue à tout moment de la journée (pavillon, cafétéria, ergothérapie, consultation ...). Mais ce contrôle s'exerce aussi entre les individus. Chaque

³ Carl R.ROGERS *le développement de la personne*

personne qu'elle soit thérapeute ou malade doit pouvoir préserver son espace de sécurité et avoir une distance appropriée dans sa relation aux autres.

E.T.HALL⁴ considère que « *l'homme est prolongé par une série de champ à extension constamment variable et qui lui fournissent des informations de toutes sortes* ». Il définit la proxémie comme « *l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique* ». Il décrit la structure du système d'appréciation des distances. Ce système comprend quatre zones : publique, sociale, personnelle et intime. Son observation des distances est comportementale et les zones témoignent généralement des affects et de la qualité de la relation.

- Distance sociale :

Cette zone marque la “ limite du pouvoir sur autrui ”. “ Personne ne touche ou n'est supposé toucher autrui, sauf à accomplir un effort particulier ”. Il s'agit de la distance à laquelle, les patients et les infirmiers circulent dans les pavillons sans qu'il n'y ait de relation impliquante. Néanmoins, M.A., , parcourt le plus souvent le couloir du pavillon à un rythme soutenu comme c'est souvent le cas pour les détenus. Se trouver sur sa trajectoire même à plusieurs mètres oblige le plus souvent à s'écarter pour le laisser passer. Cette distance sociale est en fait une distance personnelle voire intime. M.A. s'est approprié l'espace du couloir.

- Distance personnelle :

Les deux personnes sont à une distance comprise entre un contact facile et un contact possible si les deux individus étendent simultanément les bras. C'est la distance limite de l'emprise physique. Lorsque l'ergothérapeute rencontre une première fois le patient pour lui proposer une visite de l'atelier d'ergothérapie, il se tient à une distance personnelle.

- Distance intime :

A cette distance, la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante. Les sens sont excités. La lutte et l'acte sexuel ont lieu dans cette zone. M.J. présentait ses signes prédictifs d'un passage à l'acte. Par mesure de précaution, il lui a été proposé de se reposer en chambre. Les infirmiers l'ont alors accompagné de manière très proche en le tenant par les épaules. La dimension sexuelle est aussi à prendre en compte ; quelques patients ont peur d'être touchés par une femme. Aussi, une ergothérapeute ne peut effectuer de traitement seule avec des patients sans la présence dans la salle d'un soignant homme.

E.T.HALL indique aussi que la perception de l'espace est dynamique et liée à l'action, ainsi lors d'interactions, il y a un enchaînement de différentes distances. La distance est importante pour assurer la sécurité mais il faut aussi tenir compte de l'orientation. Pour se

rendre à l'activité musicale, il faut emprunter un escalier étroit. Le thérapeute signale qu'il vaut mieux laisser passer M.B en premier pour ne pas qu'il soit dans le dos ; M.B. étant replié sur lui, et même persécuté.

Certaines personnes schizophrènes semblent éprouver des réactions très semblables à la réaction de fuite. « *Quand on approche trop près d'eux, ils sont pris de panique ... ils décrivent tout ce qui advient à l'intérieur des limites de leur distance de fuite comme ayant lieu littéralement à l'intérieur d'eux-mêmes. Pour eux, les frontières du Moi s'étendent au-delà du corps* » (HALL). Aussi, ce code des distances est bouleversé chez les schizophrènes, leur manque de structuration psychique retentit sur le corps et les distances interpersonnelles. Il est frappant de constater que certains patients s'introduisent dans des conversations intimes entre différentes personnes sans éprouver de gêne.

⁴ Edward T.HALL *la dimension cachée*

2. Notions liées à l'enfermement

L'enfermement touche différentes sphères de la personne : physique, mentale, sociale. Il convient de le définir et d'observer les différents facteurs qui favorisent ce sentiment d'enfermement chez les patients.

2.1 Définitions

D'après le dictionnaire⁵, l'enfermement désigne *le fait d'enfermer (qqn ou qqch.) ou d'être enfermé*. Le verbe enfermer signifie *mettre dans un lieu d'où il est impossible de sortir*. Cette définition limite un espace dans lequel l'objet ou la personne est retenu.

L'espace vient du latin *spatium*, d'abord «champ de course, arène», avant d'être plus généralement *un lieu plus ou moins délimité, où peut se situer quelque chose*. La différence avec l'enfermement est la possibilité d'envisager différents espaces ; dans l'enfermement, les limites sont fixes.

Les patients de l'UMD n'ont pas la possibilité de sortir de leur pavillon sauf lors des activités prévues par l'institution. Les patients se sentent enfermés lorsqu'ils cherchent à changer d'espace et que leur condition de malade hospitalisé les en empêche.

2.2 la pathologie favorise l'enfermement

L'enfermement n'est pas uniquement vécu dans l'espace physique. A un niveau psychologique, la maladie constitue un véritable enfermement qui débouche sur le handicap. En UMD, les patients sont décrits comme schizophrène, paranoïaque, pervers, psychopathe.

- La schizophrénie :

Il existe de nombreuses formes de schizophrénie mais toutes ont en commun le syndrome dissociatif qui correspond à la dislocation de l'unité psychique de l'individu. Il touche tous les domaines constitutifs de la personnalité : comportement, pensée, affect. Cette dissociation s'accompagne d'un syndrome délirant paranoïde et/ou d'un syndrome autistique. Le syndrome délirant dont les mécanismes et les thèmes sont multiples mais souvent hallucinatoires enferme la personne. Elle peut avoir des hallucinations psycho-sensorielles ou

⁵ Le petit robert, Edition 1992

intrapyschiques. Les hallucinations psycho-sensorielles sont perçues par l'intermédiaire des sens et sont spatialisées. L'objet halluciné est vécu comme extérieur et distant du sujet, alors que la production du délire reste interne au sujet. Lors d'un thème persécutif, l'individu est enfermé dans son corps, il subit des visions, des sons, des paroles, des sensations l'importunant. Lors d'hallucinations intrapyschiques qui sont des images mentales imposées à la conscience, le sujet a le sentiment d'être dépossédé de sa vie intérieure et d'être agi de l'extérieur. Les hallucinations intrapyschiques font plus qu'enfermer le patient elles le dépossèdent de lui même. La notion d'enfermement se retrouve également dans le syndrome autistique où le sujet a reconstruit un monde à lui qui est indépendant de la logique de la réalité et de l'existence des autres. Ce syndrome se caractérise par un repli sur soi.

- paranoïa :

Elle se caractérise par un syndrome délirant ayant pour mécanisme principal l'interprétation, les thèmes sont constants à partir de la réalité quotidienne (jalousie, persécution surtout). L'enfermement dû à ce syndrome délirant est en décalage avec la réalité extérieure avec un grand degré d'adhésion et de systématisation (= logique) à tel point que la communication avec le sujet est systématiquement rattachée au système délirant. Ainsi le sujet est enfermé dans son mécanisme de pensée, en décalage avec la réalité.

- personnalités anti-sociales et perverses :

Il s'agit de type de personnalité, c'est à dire que ces personnes ont des comportements considérés comme pathologiques sans avoir de symptômes psychiques proprement dits. Dans tous les cas, leurs comportements engendrent des souffrances chez ceux qui subissent leurs pulsions. On peut considérer qu'ils sont enfermés dans un schéma pathologique de satisfaction de leur pulsion, néanmoins ils sont souvent capables de s'adapter aux règles sociales et au fonctionnement institutionnel dans une certaine mesure. A l'UMD, Ces personnes ont commis des actes médico-légaux. Cette fois, c'est la société qui les enferme car ils ne respectent pas les lois.

La personnalité psychopathe se caractérise par un refus et un mépris des contraintes sociales conduisant le sujet à une inadaptation sociale et professionnelle. Les premières conduites psychopathiques apparaissent à l'adolescence. A l'âge adulte, le psychopathe vit souvent une existence parasitaire et s'installe dans des conduites de délinquance. Le psychopathe est impulsif, passe à l'acte auto- et/ou hétéro agressifs fréquemment (M.P. décrit comme psychopathe avait de la satisfaction à tuer des chats lorsqu'il était adolescent). Le psychopathe a généralement un vécu persécutif, (M.P. a tenté de tuer son ancien instituteur qui l'avait fait souffrir), une tendance à la mythomanie.

Beaucoup de patients malades ont aussi une déficience intellectuelle qui diminue leur faculté d'adaptation.

2.3 Conséquences de l'enfermement

2.3.1 Le vécu de l'enfermement en dehors ou dans des institutions

Bien souvent, l'histoire des patients est marquée par une instabilité géographique entraînant un isolement social. L'UMD accueille des patients venant de structure d'origine différente (CHS, maison d'arrêt, centre de détention) de toute la France métropolitaine et des DOM-TOM,. Dans leur institution d'origine ils ont connu les chambres d'isolement, les cellules ... des portes qui se ferment. M.T. raconte sa souffrance de ne rien avoir et surtout d'être privé de cigarettes lorsqu'il était au « mitard ». Les origines géographiques des soignants et des soignés permettent de créer des liens relationnels : « d'où venez vous? Vous connaissez ... ». Certains patients ont des origines étrangères notamment maghrébine, asiatique. Ces personnes d'origine étrangère racontent avoir subi la pression sociale d'appartenir à une minorité qui connaît des frustrations et rejets (pauvreté, langage, concentration et isolement). Pour la majorité des patients, l'appartenance à une ethnie, une région, une ville, un quartier leur confèrent une identité. Leur vie est marquée par le désavantage. Le handicap est lié à l'enfermement qui résulte de leur pathologie, certains patients ont passé de nombreuses années en institution psychiatrique. Leur confrontation au monde du travail a toujours été difficile. Certains ont vécu grâce aux économies parallèles. Le désavantage se trouve aussi dans la difficulté à vivre « normalement », pour certains patients. Souvent les familles les ont rejetés, d'autres ont vécu sans domicile fixe. Ils subissent la représentation sociale des maladies mentales accentuée par le fait que ce sont « des fous vraiment dangereux ».

La vie de patient en UMD est donc vécue comme un enfermement supplémentaire. Cependant, certains patients se sentent plus autonomes en UMD que dans un espace plus ouvert car la structure les contient. Pour preuve, certains patients font échouer les tentatives de réinsertion pour retourner en UMD.

2.3.2 L'apport de limites

La structure de l'UMD donne au patient des limites qui structurent leur psychisme.

Nous nous appuyerons sur le concept de moi-peau et de ses fonctions pour l'illustrer. Anzieu⁶ définit son concept : « *Par moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* »

Ce concept envisage les analogies entre les fonctions du Moi et de la peau. Deux fonctions semblent fondamentales pour restaurer des limites en UMD : la contenance et le pare-excitation.

- Le Moi-peau a une fonction contenante qui se construit grâce au handling (« manipulation ») maternel. De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique, prétention qui s'avère par la suite abusive. Le Moi-peau est alors comme l'écorce, le ça pulsionnel comme le noyau. Le moi-peau n'est contenant que s'il a des pulsions à contenir. Les angoisses dues à la carence de cette fonction sont : l'excitation pulsionnelle diffuse (noyau sans écorce et recherche d'une écorce substitutive dans la douleur physique ou la douleur psychique) ou bien encore l'enveloppe existe mais est trouée ce qui laisse une angoisse d'avoir un intérieur qui se vide, et de manquer de l'agressivité nécessaire à l'affirmation de soi.
- Le moi-peau a pour fonction le pare-excitation. La peau est constituée d'un double feuillet. La partie superficielle protège la partie profonde de l'excès de stimulation. Au début, c'est un objet extérieur qui sert de pare-excitation (mère, grand mère) jusqu'à ce que le Moi en croissance trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction. L'angoisse résultant d'une insuffisance de pare-excitation et de contenant a pour conséquence l'intrusion psychique sous forme d'angoisse paranoïde (vol de pensée et imposition de pensées). Lorsque le pare-excitation est auxiliaire et que le Moi n'a pas un auto-étayage suffisant, l'angoisse qui résulte de la perte de ce pare-excitation auxiliaire est maximisée. La toxicomanie peut apparaître comme une compensation de pare-excitation en protégeant le Moi des stimulations externes par une barrière de fumée ou de brouillard.
- Limites apportées par l'espace et l'environnement

⁶ Didier ANZIEU *le moi-peau*

Les patients sont contenus dans des espaces architecturaux fixes. La possibilité de déborder le cadre géographique est pratiquement impossible. L'emploi du temps est réglé et il rythme les lieux de vie. La mise en chambre d'isolement supplée à la fonction de contenance défaillante. Dans l'UMD, l'absence d'objets susceptibles de servir à un usage dangereux supplée à la fonction de pare-excitation. D'une manière générale, les objets à disposition des patients sont contrôlés, ainsi les couverts sont comptés après chaque repas.

Contrevenir au respect des règles est rapidement remarqué. Une ergothérapeute qui accompagnait un patient au pavillon, s'est vu reprochée d'être passée par un itinéraire différent des chemins habituels pour rendre le parcours plus agréable. Ainsi, les limites apportées par le cadre environnemental sont rappelées par le cadre humain.

Les boîtiers d'alerte portés par certains infirmiers rappellent au patient la présence du cadre. Ils peuvent servir de pare-excitation. Néanmoins lorsque le patient est calme, ils peuvent jouer le rôle inverse : l'excitation.

- Limites apportées par les relations

Les relations humaines remplissent aussi le rôle de contenance et de pare-excitation. Lorsqu'un patient effectue une sortie hors de l'UMD, il est accompagné de deux infirmiers et cela en permanence. La contenance humaine supplée à la contenance de l'espace institutionnel. Ces sorties permettent aussi d'observer les réactions du patient hors de l'institution. Les infirmiers ont noté que M.G, pervers, qui a été en consultation à l'hôpital général a toujours son regard attiré par les enfants.

Les sens également servent de contenance : le regard, le toucher, les paroles des autres apportent des limites aux patients. La poignée de main est un geste à valeur sociale et symbolique qui témoigne du respect, de l'entrée ou la fin de la relation. C'est aussi par la rencontre des mains un échange d'informations qui influent sur la relation. Lors de ce toucher corporel, beaucoup d'informations circulent comme la chaleur, l'humidité, la force, le temps de serrage, la distance des corps, le regard, quelques paroles ... Presque à chaque rencontre les patients et soignants se serrent la main, de même les patients se saluent quasi systématiquement. M.L., déficient intellectuel, écrase toujours les doigts lorsqu'il serre la main, il justifie cela de façon à montrer sa force, sa présence sans pour autant changer de comportement lorsqu'on lui signale. M. J. serre la main en fixant dans les yeux pendant plusieurs secondes. Il ne la lâche que quand il a reçu une réponse à ses questions. Le fait de se

tenir la main empêche la personne de fuir les questions et permet à M. J. de retenir et garder l'attention.

Le groupe remplit aussi certaines fonctions. Il arrive que les patients s'auto-régulent entre eux. Ils le font par des gestes de compréhensions, des partages d'expérience.

3. L'espace ergothérapique en Unité pour Malades Difficiles

3.1 Ergothérapie : aspect théorique

3.1.1 Travail et punition

On décrit souvent l'ergothérapie comme un soin par le travail ou l'activité. Il convient d'examiner rapidement le lien entre travail et punition. L'étymologie du mot français « travail » renvoie au latin *tripalium* qui était un instrument de maintien des bœufs ou des chevaux pour les ferrer avant d'être un instrument de torture. Le travailleur ne signifie pas d'abord ouvrier ou artisan mais bourreau. Le travail exprime à l'origine la servitude de l'homme à une nature hostile. Sa survie, il la doit à un effort douloureux d'adaptation. Avec la disparition des châtiments et supplices touchant le corps (coups, amputation, stigmatisation), les peines sont devenues moins immédiatement physiques notamment en obligeant le condamné à travailler pour payer sa dette.

Par le travail, l'homme va aussi « rendre familier ce qui était étranger, donner forme humaine à ce qui était informe » (J.Lacroix⁷). Finalement, le travail permet à l'homme de se structurer intérieurement en éprouvant la réalité.

En Unité pour Malade Difficile, le travail a laissé la place à l'ergon : l'activité libre. La production d'objets destinés à la vente devient de plus en plus rare, elle persiste dans les ateliers mais a disparu dans les activités d'ergothérapie.

3.1.2 Modèle théorique

L'ergothérapie se propose d'aider la personne par et dans l'activité. La relation thérapeute-malade se fait autour de ce médiateur qui a l'avantage de placer le patient dans un rôle actif. La relation est triangulaire et comprend l'ergothérapeute, le patient, l'activité dans une aire de jeu. Le travail de la matière rend compte de la réalité à laquelle il faut s'adapter.

Le concept d'aire de jeu ou d'espace transitionnel est issu des travaux de D.W.WINNICOTT⁸. Les phénomènes transitionnels permettent au bébé de supporter la frustration d'un environnement qui ne satisfait pas ses besoins. Le bébé crée l'illusion de cette satisfaction en investissant un objet. La mère ou l'environnement maternant participe à la création de cet espace potentiel en donnant la possibilité à l'enfant de « jouer » avec un objet, de s'approprier son objet.

⁷ J.LACROIX, *Les sentiments et la vie morale*

⁸ D.W.WINNICOTT *jeu et réalité*

L'aire transitionnelle d'expérience est un lieu psychique, située entre la réalité intérieure et la vie extérieure, entre le Moi et le non-Moi. C'est dans cette aire que se déroulent les phénomènes transitionnels qui s'appuient d'abord sur la réalité matérielle d'un objet. La personne va créer à partir de ce que l'environnement lui présente des objets transitionnels qui ne font pas partie de son corps, mais qui sont incorporés dans sa réalité psychique. C'est le substrat de ce qui deviendra la symbolisation. La personne fait l'expérience des limites de son corps et, peu à peu, opère une séparation-individuation avec l'environnement maternel. Cette voie le mènera à l'autonomie.

Pour les patients très dépendants, l'ergothérapeute réalise dans les premiers temps, une relation de holding. Le holding est la manière dont l'enfant est porté physiquement, mais aussi psychiquement c'est l'ensemble des attitudes adoptées inconsciemment par « la mère suffisamment bonne ». Par le holding, la mère offre à son nourrisson une sorte de nidation extra-corporelle après la vie utérine. C'est un moyen de le préserver contre l'angoisse, la rupture, la perte. Le holding exercé par le thérapeute permet d'établir la confiance et donne un sentiment de sécurité au malade. *« C'est dans la mesure où il a édifié en lui un sentiment de sécurité au moment de sa dépendance maximale que l'individu sera en mesure d'utiliser la séparation et l'indépendance, et d'y prendre plaisir »*⁹

Concrètement, M.C. inscrit à l'atelier menuiserie veut réaliser une boîte pour mettre son courrier mais dit qu'il ne sait rien faire de manuel. Le thérapeute l'aide en réalisant certaines tâches avec lui, et en travaillant avec lui pour dégager les étapes de la fabrication. M.C. appréhendait l'usage de la ponceuse et le fait de planter des clous. Un travail a été effectué à deux où le thérapeute assurait la stabilité en tenant les planches ou pointes et en contrôlant verbalement le bon déroulement de son activité.

L'espace transitionnel permettant l'expérience et l'acquisition de l'autonomie grâce à des relations suffisamment bonnes, trouve son support matériel dans le cadre d'atelier.

3.2 Un espace démedicalisé

3.2.1 Une sécurité moins apparente

L'unité d'ergothérapie se situe en dehors des pavillons ; les signes d'une institution sécuritaire y sont moins apparents. Les thérapeutes ne portent pas de blouse à l'inverse de ceux en pavillons, ils n'ont pas de boîtier d'alerte sur eux. Les ateliers sont perçus comme une récompense permettant de s'échapper du pavillon l'espace d'un moment. Ce sentiment

⁹ D.W. WINNICOTT *Jeu et réalité* p142

explique aussi la rareté des passages à l'acte. Il faut signaler que les patients adressés en ergothérapie sont souvent stabilisés

Les outils à la disposition des patients (cutter en activité cuir, fil de nylon pour couper l'argile, tournevis ...) pourraient être utilisés comme des armes. Le thérapeute doit se situer entre la vigilance et la confiance vis à vis du patient. Trop de précautions risqueraient de rappeler que le patient avec ces objets peut être dangereux. L'humour d'une situation permet néanmoins de soulager cette tension. Le thérapeute prend le marteau et dit à M.T. assis confortablement à la fin d'une séance : « *c'est l'heure de ton traitement* ». Le moniteur tapote avec le marteau sur la tête de M.T. qui rit aux éclats comme l'ensemble des patients présents. M.T. et le moniteur se connaissent bien, mais dans tous les cas, l'explosion de rire traduit que la majorité des patients est consciente du potentiel dangereux de certains outils.

L'aspect sécuritaire est toujours présent (*cf* description de l'environnement sécuritaire) et l'occupation de l'espace est régulée. M.L. inscrit en activité menuiserie souhaite rejoindre l'activité terre (pour voir une stagiaire qui porte le même nom que lui, il demande l'autorisation aux moniteurs qui lui accorde pour un certain temps). Toujours dans le cadre de la sécurité : l'observation des distances est essentielle du fait des nombreux mouvements en ergothérapie. Les soignants vont chercher les patients au pavillon et les accompagnent jusqu'aux ateliers. Ce moment de transition est important pour sentir l'état psychologique du patient.

3.2.2 Un espace d'activité

Par la présence d'objets réalisés, d'outils, de matériaux, l'espace incite à l'activité à l'inverse des pavillons. Le patient inscrit en ergothérapie commence par visiter l'atelier. Son attention est attirée par les différents objets et techniques, différentes possibilités (terre, moulage, émaux, tour de potier, pliage, sculpture ...). Le lieu rappelle le milieu extérieur ce qui donne un sentiment de liberté. Les sens sont éveillés par les couleurs, les odeurs, des bruits qui évoquent un atelier, un lieu de vie... Les patients qui ont une œuvre commencée souhaitent généralement la terminer avant la fin de la séance. Les propositions sont ouvertes tant dans le choix de la technique que dans la finalité de l'objet. Néanmoins l'ergothérapeute oriente le choix après une analyse d'activité pour le patient. L'ergothérapeute propose un cadre en fonction des possibilités du patient et de l'institution.

M.B., exprime par une phrase inscrite sur son cahier de création l'avis de nombreux patients : « une porte ouverte dans un monde fermé ». L'activité qui symbolise cette ouverture

est l'atelier jardin qui permet de communiquer avec la nature ; à l'intérieur de l'enceinte se trouve un jardin-potager qui suscite l'intérêt de quelques patients.

L'espace des ateliers n'est pas aussi fixe que l'espace pavillonnaire du fait des mouvements engendrés par des activités qui se renouvellent (il est rare qu'un patient fasse toujours la même tâche). L'espace est beaucoup plus modulable, le patient choisit le lieu où il sera le mieux installé pour l'activité (lumière, stabilité, relation ...).

3.3 Un espace de rencontre

3.3.1 Rencontre de l'autre

L'inscription en ergothérapie permet la rencontre de l'autre, ce qui nous permet de nous construire à travers son regard. Par sa considération inconditionnelle, le thérapeute renvoie une image positive aux patients. Les patients se rencontrent aussi entre eux. Inscrits à la même activité, les patients de différents pavillons se serrent la main en reconnaissance et signe d'appartenance sociale. Même si, lors d'une séance, certains ne peuvent ou ne veulent pas travailler, ils peuvent s'asseoir, échanger sur leur présence en buvant un café. C'est un espace récréatif.

En activité, il arrive que les patients s'intéressent aux objets créés par d'autres personnes. Ils sont à l'écoute des techniques que leur apporte l'ergothérapeute. Le travail relie la personne à l'humanité. Nous avons échangé avec M.T., lorsqu'il cherchait des idées pour réaliser un objet en terre, au sujet de l'histoire de la poterie qui a permis aux hommes de conserver les aliments. Il était passionné par cette discussion qui nous renvoyait à nos ancêtres. De même après « son travail » en ergothérapie, M.T. est content de rentrer « à la maison » (pavillon) ; il se sent alors rattaché au monde du travail. M.R. lorsqu'il étale de la terre avec un rouleau, fait l'analogie avec son métier de cuisinier, ce qui permet alors d'échanger sur les différentes traditions culinaires et son expérience du travail. Aussi, M.P. réalise un pot en terre pour l'offrir à sa famille, l'objet sert de médiateur dans la rencontre de l'autre.

Le vendredi matin, s'est créé « la tradition » du thé à la menthe, suite à une discussion entre l'ergothérapeute et un patient d'origine maghrébine, les patients réalisent un thé à la menthe qu'ils offrent après la séance à toutes les personnes présentes dans l'unité d'ergothérapie. Des thérapeutes venant des pavillons participent à cet échange apprécié. C'est un lieu de convivialité.

3.3.2 Rencontre de la matière

La matière représente le lien entre l'ergothérapeute et le malade. Les matériaux sont divers : cuir, argile, peinture, bois, papier, métaux ...Les caractéristiques sont aussi différentes : fluides, dures, molles, fragiles ; la chaleur, l'humidité sont influentes. Ces matériaux se transforment sous l'action de forces qui sont destructrices lorsqu'on bat la terre ou scie une planche ou constructrice lors d'un l'assemblage. Ces actions permettent d'expulser des tensions.

Un sens fondamental est particulièrement sollicité en opposition avec la vie pavillonnaire : le toucher qui permet d'éprouver l'environnement, de le palper. Il permet lorsque l'on touche la matière de construire ses propres limites, tout cela en minimisant les relations sociales souvent traumatisantes chez certains patients.

Le patient agit sur la matière comme sujet. Néanmoins, l'objet crée peut être ressenti comme miroir de soi. Pour certains, le fait de toucher l'objet qu'ils viennent de créer équivaut à toucher leur personne. Dans la création, ils ont projeté une part de leur réalité intérieure qui se matérialise alors. Le patient se sent dans une dimension de soin quand le thérapeute répare l'objet qu'il crée.

3.3.3 Découverte d'un potentiel

Grâce à la confiance et à la sécurité qui permettent l'expérience, le patient devient créateur et élargit son espace. Il ose alors exprimer ce qui est nouveau en lui dans une situation habituelle ou bien est capable de s'adapter à une situation nouvelle. Il s'agit alors d'une découverte de soi, de ses possibilités. Les malades sont généralement traités en institution pour « ce qui ne va pas ». En transformant la matière et en créant, l'individu utilise aussi « ce qui va bien », il s'unifie et renforce ce qui est sain. De plus l'objet est une trace dans le temps qui témoigne de cette action.

3.4 Une confrontation à la problématique des patients

L'agressivité présente chez tout être humain s'est exprimée chez ces patients par des passages à l'acte violent. L'ergothérapie propose d'agir sur la matière et permet ainsi de canaliser l'agressivité. Certains actes sont destructeurs comme découper, scier, battre la terre ..., mais cette destruction a un sens constructif et est admise socialement. Le patient apprend à contrôler son agressivité pour parvenir à réaliser sa tâche. Consciemment ou inconsciemment, certains patients détruisent leur œuvre ou cherchent à ne pas l'achever du

mieux possible. Il est alors essentiel de parvenir à ce que la personne prenne conscience de ses motivations pour pouvoir s'améliorer.

L'activité favorise l'apprentissage de la gestion de la frustration. Par exemple, pour faire les pions d'un jeu d'échec, il faut couler le plâtre dans des moules en latex. Après cette tâche, le démoulage est difficile au niveau des zones fines et fragiles. Les patients doivent parfois s'y prendre à plusieurs reprises pour avoir un jeu complet de pions car ils sont nerveux. Ces échecs génèrent de la frustration qui peut être dépassée grâce à la persévérance du malade et à l'accompagnement de l'ergothérapeute.

Le fait de pouvoir réaliser quelque chose de socialement admis revalorise les patients. Ils reprennent alors plaisir à faire. M.V. a été très ému après avoir réussi à réparer une lampe de poche qui ne marchait pas. Il a été félicité par toute l'équipe d'ergothérapeute.

L'espace ergothérapeutique participe à la réinsertion sociale grâce à la communication et la rencontre autour de l'activité. L'ergothérapie est un lieu situé dans l'institution, qui tient compte des difficultés du malade tout en étant en dehors des pavillons. L'équipe d'ergothérapeutes fait partie de l'équipe de soin mais a une autre fonction pour les patients que l'équipe d'infirmier. Ainsi, M.B., décrit comme grand pervers, a un mode de relation qui entraîne des problèmes avec l'équipe en pavillon. Il exprime alors ses difficultés aux ergothérapeutes qui sont plus neutres car ils ne partagent pas sa vie au pavillon. De ce fait, il accepte davantage les mêmes remarques quand elles viennent des ergothérapeutes. Il prend alors conscience de son mode de relation pathologique.

A travers les objets et les comportements s'expriment les difficultés du patient. Il est vrai qu'en UMD, les difficultés sont rarement verbalisées, elles s'expriment alors dans l'action. L'activité est un langage, avec ses articulations, ses tâches à accomplir. M.B. qui passait dans le bureau des moniteurs d'ateliers, a pris discrètement la feuille de pécule qui est un objet propre au soignant. Une course poursuite s'est déroulée dans l'atelier, M.B. a été ceinturé dans de grands éclats de rire. Il s'agit en fait d'un jeu qui se reproduit plusieurs fois. M.B. a une personnalité perverse et dans son histoire personnelle il s'est déjà « illustré » dans le vol d'un camion de pompiers et d'un véhicule de gendarmerie.

Les patients de l'UMD sont pour la plupart démunis, leur situation économique est si basse que beaucoup sont habillés avec des survêtements de l'hôpital ou des vêtements donnés. Dans ce contexte, l'appropriation d'un objet, d'un espace, d'un savoir-faire est un enrichissement.

Conclusion

Une unité pour malade difficile est une institution fermée et sécuritaire, dans laquelle les patients sont admis en raison de leur comportement dangereux. Les patients sont enfermés dans cette institution afin de connaître des limites. Dans ce lieu, les patients doivent se reconstruire un espace suffisamment satisfaisant pour qu'il puisse vivre d'une manière créative, pour qu'il puisse appréhender la réalité du dehors et s'adapter aux règles sociales. L'ergothérapie leur permet de réaliser quelque chose qui trouve sens dans la réalité. Par la création d'objet elle laisse une trace matérielle, et permet surtout au patient de communiquer avec la matière et de se découvrir soi. Le patient rencontre d'autres humains : l'ergothérapeute qui l'accueille tel qu'il est, les autres patients, les hommes du passé à travers des objets, des techniques Il découvre aussi un potentiel d'agir constructif qu'il ne soupçonnait pas toujours.

Actuellement la proportion de malades psychotiques augmente par rapport aux personnalités psychopathiques. Les capacités de réalisation sont beaucoup plus réduites et des activités très structurées comme la reliure deviennent difficiles pour des personnes dissociées.

La rareté des passages à l'acte violents en ergothérapie peut être due à l'activité qui favorise un passage à l'acte constructif. Il semble aussi que l'espace d'ouverture qu'est l'atelier d'ergothérapie est efficace dans la mesure où il fait relais à la contenance et l'aspect très sécuritaire de la vie en pavillon. Un espace offrant plus d'activité en pavillon est-il possible sans risque ? Les institutions d'origine, prison et surtout secteur traditionnel, ont-elles la possibilité de prévenir certains comportements dangereux ?

BIBLIOGRAPHIE

- Didier ANZIEU *le moi-peau* – Editions DUNOD, Bordas, 1985 pour la 1^{ère} édition.
- M.FOUCAULT *surveiller et punir* – Editions Gallimard
- E.GOFFMAN *institutions totalitaires* in la psychothérapie institutionnelle – Pierre F.Chanoit – PUF coll. que sais je – août 95.
- Edward T.HALL *la dimension cachée* – Edition du seuil – 1971.
- Carl R.ROGERS *le développement de la personne* – Editions DUNOD – Bordas, Paris, 1968 pour la 1^{ère} édition.
- Isabelle PIBAROT *dynamique de l'ergothérapie essai conceptuel* – journal d'ergothérapie n°26 – Paris 1978
- D.W.WINNICOTT *jeu et réalité* – Editions Gallimard, 1975.

ANNEXES

Code pénal

ancien art. 64

Code de procédure pénal

Article 122

Circulaire du 5 juin 1950

art. D-398

Arrêté du 14/10/86

première définition des services pour malades difficiles

Décret du 14 mars 1986

règlement intérieur des unités pour malades difficiles

Loi du 27 juin 1990

Mode de placement

Résumé

Une Unité pour Malades Difficiles est une institution psychiatrique qui accueille des patients en raison de leur potentiel dangereux. Les patients vivent dans des espaces restreints et contrôlés, cela dans le but de prévenir les passages à l'acte. Cet enfermement doit permettre au patient de retrouver des limites dans leur psychisme et dans leur comportement.

Les ateliers d'ergothérapie sont une ouverture sur la vie sociale. Ils permettent à la personne d'agir sur la matière, de se confronter à ses difficultés dans un milieu contenant.

Mots clés

- Enfermement
- dangerosité
 - Espace
 - Relation
 - Activité