

Zeitschrift: Tsantsa : Zeitschrift der Schweizerischen Ethnologischen Gesellschaft
= revue de la Société suisse d'ethnologie = rivista della Società svizzera
d'etnologia

Herausgeber: Schweizerische Ethnologische Gesellschaft

Band: 16 (2011)

Artikel: Surveiller et guérir : pratiques de collaboration entre soignants et
policiers dans l'hospitalisation psychiatrique

Autor: Meyer, Michaël / Skuza, Krzysztof / Utz, Adrien

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1007260>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 05.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

SURVEILLER ET GUÉRIR

PRATIQUES DE COLLABORATION ENTRE SOIGNANTS ET POLICIERS DANS L'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE

Abstract: Discipline and healing: collaboration between law enforcement officers and mental health workers in the context of joint interventions in the psychiatric ward

This article outlines the collaboration between the law enforcement and mental health systems in the context of joint interventions in institutional setting. The authors sketch a phenomenological ethnographic account of three compelling cases retained from a six month participant observational study in a psychiatric ward. Fieldwork data provide an illustration of the way several major issues arise in relation with professional identities and the implicit rationales underlying the joint intervention.

Mots-clés: Police · Psychiatrie · Ethnographie · Hospitalisation · Partenariat

Michaël Meyer, Krzysztof Skuza, Adrien Utz

«Vous n'avez rien compris. Ce ne sont pas les patients qui les intéressent, c'est nous qu'ils étudient» s'amusait à relever l'un des médecins de la Commission de recherche réunie pour évaluer la faisabilité de notre enquête au sein de la Fondation de Nant, institution psychiatrique vaudoise. Si «entrer et sortir» de l'hôpital psychiatrique constitue un thème de recherche, il s'agit aussi d'une préoccupation directe pour les enquêteurs confrontés à la question de l'accès aux lieux et aux temps des soins psychiatriques¹. Le présent article propose spécifiquement une ethnographie et une analyse des *collaborations intersectorielles entre police et psychiatrie*. Après avoir situé ces collaborations dans les évolutions de chacune des institutions, nous proposerons le compte-rendu de trois cas d'hospitalisation au sein de la Fondation de Nant.

Pour inaugurer un tel chantier scientifique, il aura fallu la rencontre d'un sociologue de la police, d'un psychosociologue spécialiste des savoirs sociaux de la maladie psychiatrique et d'un infirmier expérimenté. Ce triptyque nous apparaît comme un format de travail adéquat pour entrevoir les

enjeux du rapprochement entre des champs habituellement enquêtés isolément: la police et l'hôpital psychiatrique. Les phénomènes d'intervention conjointe étudiés ne sauraient en effet être saisis dans leur complexité sans un croisement équivalent des savoirs au sein de l'équipe de recherche.

Pour l'un des auteurs, la démarche ethnographique s'est posée en des termes particuliers, dans la mesure où il est infirmier à Nant. Sa contribution analytique relève alors de la réflexivité d'un clinicien. Pour l'un des chercheurs par contre, il s'agissait d'obtenir l'autorisation d'entrer à l'hôpital et d'effectuer un stage clinique de six mois dans l'institution psychiatrique concernée (2009-2010). Les situations décrites ici sont issues des observations participantes accomplies durant cette période. Le statut du sociologue était celui de stagiaire au sein d'une équipe médico-infirmière, dont une particularité réside dans l'absence de tout signe distinctif habituel (badge, blouse blanche). Ayant participé au quotidien hospitalier, le chercheur n'a ainsi pas été identifiable en tant qu'observateur extérieur, ni par les policiers, ni par les patients².

¹ Parmi les défis méthodologiques posés par l'ethnographie d'un hôpital psychiatrique, mentionnons l'accès aux données médico-infirmières. Le droit du patient quant à l'accès de tiers à son dossier médical demeure intact, même lorsque le patient est destitué de ses capacités légales par une mesure tutélaire. La sollicitation des malades constitue donc une épreuve majeure, à laquelle s'associe un enjeu éthique face à des patients dont la vulnérabilité psychique peut souffrir d'une telle démarche. Pour une synthèse des dispositions légales, se référer à la brochure Sanimedia (2008) qui constitue un outil d'information endogène à disposition des protagonistes étudiés ici.

² Pour autant, son statut de chercheur en sciences sociales était ouvertement et systématiquement précisé dans le cas d'une demande formulée par les patients, les membres de leur famille ou les intervenants extérieurs à l'hôpital.

La contribution du second sociologue se situe, quant à elle, dans la mise en perspective des cas retenus avec les pratiques observées lors d'un séjour équivalent au sein des services de Police-secours à Lausanne (2007-2009).

Au-delà du compartimentage des champs de recherche, les difficultés d'accès aux terrains peuvent expliquer pourquoi les relations police-psychiatrie ont jusqu'alors été peu explorées en Suisse et en Europe³. Pourtant, poussés par les nécessités pragmatiques de l'agir face à une population psychiatrique désinstitutionnalisée⁴, les institutions psychiatriques et policières de notre pays ont entamé des rapprochements. Le canton de Vaud constitue un laboratoire intéressant de ce point de vue. La police de la capitale, Lausanne, a développé dès 1999 un vaste projet d'échange entre police et services hospitaliers cantonaux, dont le département de psychiatrie du CHUV⁵. Quant à la Fondation de Nant au centre du présent article, elle profite d'une situation institutionnelle privilégiée qui lui offre une autonomie importante, notamment dans le développement de relations avec des partenaires institutionnels de son secteur (l'Est vaudois)⁶. Elle a ouvert ses portes à une présence ethnographique des chercheurs et a autorisé notre *entrée* dans l'institution, ainsi que notre *sortie*, emportant avec nous des observations, des notes de terrain et même un collaborateur. La démarche adoptée est inductive et privilégie une approche clinico-empirique, tout en limitant de manière délibérée l'élaboration théorique. Ce choix est partiellement dicté par le caractère interdisciplinaire de la présente publication, puisant d'un côté dans la clinique psychiatrique psychodynamique et de l'autre dans la sociologie qualitative d'inspiration ethnographique. Le terrain/la clinique constitue le point de rencontre et la base du dialogue entre les auteurs.

POLICE ET SANTÉ MENTALE: UNE CONVERGENCE EN TENSION

Poser la question des collaborations entre soignants et policiers implique au préalable de situer ce type de pratiques dans le cadre des réflexions actuelles au sein de la psychiatrie et de la police. On remarque que l'évidence d'un rapprochement n'a pas toujours été présente. Dans un texte fondateur pour la théorie moderne de la police, le sociologue Egon Bittner propose une représentation imagée du travail des policiers sous les traits de «Florence Nightingale à la poursuite de Willie Sutton»⁷. A travers l'incongru rapprochement de ces deux personnages, Bittner (2001: 304) met en évidence

«l'illusion du policier qui s' imagine que son existence se justifie par le fait de courir éternellement après tous les Willie Sutton – activité pour laquelle il manque à la fois d'occasions et de moyens – et qui, du coup, se sent obligé de dévaloriser ce qu'il fait chaque fois qu'il semble emboîter le pas à Florence Nightingale. Par crainte d'avoir à jouer le rôle de l'infirmière ou, pire encore, celui du travailleur social, le policier ajoute à la nécessité de faire ce qu'il fait le ressentiment de le faire, jour après jour».

De même, la division entre répression et soin a longtemps constitué une modalité suffisante de distinction et de distribution des missions entre professionnels de la santé mentale et de la police. Chacun organisant sa culture professionnelle autour de la valorisation des missions qui lui semblaient *a priori* toutes désignées. Pourtant, la seconde partie du XX^e siècle se caractérise par des réformes importantes pour les deux champs. Ces réformes

³ On trouvera au contraire une abondante littérature américaine et canadienne sur la question: voir par exemple Green (1997); Patch et Arrigo (1999); Cardinal et Laberge (1999). D'autre part, la thématique justice-psychiatrie tend à s'imposer en Europe – notamment autour des enjeux de l'expertise psychiatrique et de la responsabilité (Jean et Majster 2001), ou du risque de violence (Gravier 2009) – faisant fréquemment l'ellipse du niveau policier pour considérer prioritairement les temps du jugement et de l'incarcération.

⁴ Par «désinstitutionnalisation», il faut entendre un large processus initié dès les années 1960 qui consiste en l'abandon progressif de la prise en charge hospitalière, au profit de solutions thérapeutiques basées sur la prise en charge ambulatoire et l'inscription dans la communauté. Le rôle des hôpitaux est alors redéfini autour de la phase aiguë, avec un but général de minimisation de la durée du séjour. Le secteur psychiatrique de l'Est vaudois, disposant de peu de lits en psychiatrie adulte, mais possédant une large gamme de services ambulatoires décentralisés, est un exemple de cette évolution de la psychiatrie contemporaine.

⁵ L'ouverture de la police de Lausanne à ces thématiques nous a donné l'opportunité de conduire une première recherche en 2009 sur les formes d'agir entre policiers, soignants et proches de malades dans le cas de situations de crise psychiatrique (Meyer, Skuza et Burba 2009).

⁶ Le canton de Vaud organise la prise en charge psychiatrique selon un modèle régionalisé quadripartite. Ainsi les quatre secteurs couvrent le Centre, l'Est, l'Ouest et le Nord vaudois. La volonté politique a confirmé en 2010 le maintien et la pertinence de cette division. Nant, fondation de droit privé, remplit le mandat public d'organisation des soins psychiatriques dans les districts d'Aigle, Lavaux et Riviera – Pays d'Enhaut qui composent le secteur Est. Pour des détails historiques et organisationnels sur Nant, voir Panchaud (2010).

⁷ Florence Nightingale est considérée comme la pionnière des soins infirmiers modernes. Quant à Willie Sutton, il fut un célèbre braqueur de banque aux États-Unis.

ont peu à peu, au-delà de leurs réussites ou ratés au niveau local, dessiné une convergence vers des politiques d'ouverture communautaire (*community-oriented politics*) aussi bien en psychiatrie (Grob 1991) qu'en sécurité publique (Brodeur 2003: 199-221). Dans une vision moderne de la santé mentale, la crise psychiatrique constitue certes une question médicale, mais aussi sociale et politique, qui appelle la collaboration de multiples institutions ne relevant pas exclusivement du domaine de la santé. Plus uniquement confinée derrière les murs des institutions psychiatriques, la gestion de la Folie a quitté l'asile pour s'inscrire dans l'espace social urbain. Parallèlement, la Cité et ses institutions ont à leur tour pénétré l'espace jadis reclus de l'asile. Dans ce double mouvement, connu sous le terme de «désinstitutionnalisation», l'occasion (ou selon le point de vue, la nécessité) s'est présentée pour la psychiatrie de partager avec d'autres ses fonctions de réclusion et de contrôle social sur le Fou.

Dans un mouvement analogue, l'institution policière a vécu une large diffusion des modèles de la «police de proximité» (Dieu 2002), inspirée des développements nord-américains dans le domaine des partenariats sécuritaires. À son tour, la sécurité n'est plus perçue comme une affaire exclusive à la police, mais comme un enjeu de co-production intersectorielle et de contact direct avec la population.

Si ces évolutions ont produit les conditions d'un rapprochement, elles ont aussi engendré des tensions entre les aspirations affichées par chaque champ institutionnel. La plus manifeste s'observe dans la volonté policière de se départir d'une image exclusivement coercitive, alors que de son côté la psychiatrie, abandonnant largement la contrainte et la détention, crée une demande forte à destination de la force publique. La police est donc sollicitée dans un rôle qu'elle cherche à modérer et à concilier avec des missions de prévention, de dialogue et d'abandon du tout-répressif. De telles tensions, imposées par les changements structurels et les évolutions de culture professionnelle, se retrouvent sous la forme d'injonctions contradictoires dans les interactions entre soignants et policiers, souvent dénoncées par ceux-ci comme «instrumentalisation» ou «perversion» des rapports⁸. L'exploration de ces interactions est aujourd'hui prônée par la recherche en sciences sociales sous le label de «Police et santé mentale» (Lamb et al. 2002). Notre étude de cas à Nant constitue

une première approche empirique en Suisse de l'espace des rencontres, informelles comme officiellement instaurées, entre policiers et soignants du domaine psychiatrique.

DE LA COLLABORATION *DE FACTO* AU PARTENARIAT FORMALISÉ

Au départ de l'initiative de cette publication réside le constat que les policiers ont *de facto* une fonction de triage, de relais et d'appui pour l'entrée, le maintien et la sortie des patients en milieu psychiatrique (Meyer, Skuza et Burba 2009). Nos observations de terrain montrent que la présence policière à l'hôpital est au moins hebdomadaire, parfois quotidienne. Sur la durée totale de l'enquête ethnographique effectuée à Nant, la présence policière a varié sensiblement en fonction de facteurs difficilement prévisibles, dont le profil psychopathologique dominant de la population hospitalière à un moment donné. Ainsi, nous pouvons relever que la collaboration entre les soignants et les policiers est souvent actualisée de manière irrégulière et impromptue.

D'une collaboration intuitive laissée aux bons soins des seuls intervenants de terrain, le passage s'est effectué en quelques décennies vers une connaissance informée, c'est-à-dire ancrée dans le tissu social urbain (les communautés, les groupes, etc.) et coordonnée en amont avec les intérêts des partenaires publics (intérêt sécuritaire chez les policiers, intérêt thérapeutique chez le personnel soignant, réinsertion chez les travailleurs sociaux) et parapublics (soutien alternatif par les associations citoyennes). Le développement de «partenariats» entre milieux policiers et soignants semble la réponse institutionnelle préférée par les responsables de ces secteurs⁹.

Démarche neuve en Suisse, notre recherche s'intéresse aux situations de contact et aux pratiques d'interventions simultanées entre policiers et personnel soignant dans le cas de trois modes d'entrée en institution. Ces modes donneront lieu à la mise en perspective de trajectoires (entrée, maintien et sortie) sous l'angle des collaborations interinstitutionnelles. L'analyse se fera en trois mouvements consécutifs: une *dimension pratique* (qu'est-ce que le mode d'entrée implique du point de vue soignant pour le maintien et la sortie de l'hôpital?); une *dimension thérapeutique* (quelle

⁸ La forme la plus commune des interactions problématiques est formulée sous le terme de «passage de la patate chaude». Il s'agit d'une métaphore des renvois entre système judiciaire (par l'intermédiaire de la police) et système médical dans la prise en charge d'individus multi-problématiques (comportements délictueux ou criminels, troubles mentaux ou suspicion de troubles mentaux, dépendances).

⁹ Voir Deane et al. (1999). Pour un exemple suisse de partenariat formalisé, voir le projet de stages croisés à Lausanne (Gorka 2008).

configuration de séjour sous-tend chaque trajectoire?); et une *dimension collaborative* (quelles situations de contact intersectoriel sont produites par chaque trajectoire?).

TROIS MODES D'HOSPITALISATION

La différenciation entre trois modes d'entrée en hôpital psychiatrique est en permanence à l'esprit des soignants, enseignée aux nouveaux collaborateurs, ainsi qu'annoncée et discutée avec les patients. Pierre angulaire de l'hospitalisation, la définition initiale (ou la modification) du statut est un enjeu relationnel majeur entre partenaires de soins. Elle détermine qui détient l'autorité pour entrer ou sortir de l'institution, mais aussi pour accorder (parfois imposer) des balades accompagnées ou des congés¹⁰.

Le premier mode d'hospitalisation est l'*entrée volontaire*, c'est-à-dire décidée et acceptée par le patient. Celui-ci vient à l'hôpital par ses propres moyens ou est conduit par des ambulanciers. La situation apparaît alors aux soignants sous le jour d'une responsabilité partagée. Le patient est un partenaire du processus de soin. Il s'agit d'un paradigme qui, dans la tradition de la pensée psychopathologique de Bion (1974), notamment la différenciation de la part psychotique et de la part non psychotique de la personnalité, confirmera sa pertinence dans des proportions variables pour les deux autres modes d'admission. Une relation volontaire est souvent connotée chez les soignants par des dimensions de calme et de travail productif pour chacune des parties. Statistiquement, les hospitalisations volontaires atteignent la moitié des entrées annuelles (307 admissions volontaires sur 605 entrées en 2009 à l'hôpital de Nant). Dans ce mode, le patient est en mesure à tout moment de mettre fin à son séjour hospitalier.

Le deuxième mode est l'hospitalisation dans le cadre d'une *privation de liberté à des fins d'assistance* (PLAFA)¹¹. A l'opposé de l'image véhiculée par l'hospitalisation volontaire auprès des soignants, la personne soumise à une PLAFA

est souvent représentée comme dépendante, avec peu de marge d'évolution et ayant probablement épuisé toutes les possibilités offertes. La PLAFA est vue comme la dernière chance que la société, par l'intermédiaire du Juge de Paix, impose / propose au patient. Une incompréhension complète surgit parfois entre les soignants et des malades qui ne saisissent pas la nature ultime de l'aide, soit qu'ils n'ont plus les capacités intellectuelles, soit que leur anosognosie psychiatrique les en empêche¹². Quoi qu'il en soit, la PLAFA est souvent vécue du côté du patient comme une agression et une privation injuste de liberté, dont les soignants sont les agents. Or, ceux-ci endossent avec difficulté ce rôle d'exécutant de l'hospitalisation forcée¹³. Cette difficulté trouve alors une expression dans une déviation de langage qui travestit le terme de «privation» de liberté en «placement» à fin d'assistance. L'énoncé même de la privation de liberté, tout comme l'*«aide contrainte»*, s'oppose de manière brutale à l'envie de guérir qui anime les soignants. Alors même que pratiquement la PLAFA se traduit souvent par un placement en foyer, le glissement sémantique représente probablement une échappatoire temporaire aux tensions entre le care et le contrôle social. Dans ces circonstances, l'intervention des agents de police peut contribuer positivement au rétablissement des identités professionnelles valorisées.

En parallèle à la PLAFA, l'*hospitalisation d'office* est, elle, demandée, non par un juge, mais par un médecin parfois contre le gré de son patient. La plasticité des trajectoires est cependant bien plus grande que pour les personnes sous PLAFA. Au fil de l'hospitalisation, la crise évoluant positivement, le patient peut en effet demander un passage au statut volontaire. La grammaire thérapeutique est alors symboliquement bouleversée: de spectateur le malade (re) devient acteur de son séjour. En outre, les critères d'hospitalisation d'office sont parfaitement délimités. Une personne peut être internée contre son gré à condition que son comportement présente l'une des caractéristiques suivantes: être un danger grave pour sa sécurité, sa santé ou celles d'autres personnes¹⁴. Du point de vue des soignants, ce type d'entrée est corrélé avec l'espoir d'une évolution favorable.

¹⁰ La qualification des «congés» met à l'épreuve la collaboration entre soignants et sociologues. Si ces derniers, dans la tradition goffmanienne, sont enclins à y voir un «privilège» dans l'économie des jetons (*token economy*), les soignants tiennent à les catégoriser comme des mesures thérapeutiques.

¹¹ Le cadre juridique est fixé par l'article 397 du Code civil suisse.

¹² L'anosognosie signifie la méconnaissance par un patient, pouvant aller jusqu'à la négation, de sa maladie ou de la perte de ses capacités sensorielles ou motrices (Bloch et al. 1997).

¹³ La même crainte se retrouve chez les éducateurs de terrain pour qui la libre adhésion constitue un cadre de travail fortement identitaire. Voir le témoignage sur une PLAFA proposée par Fazan (2006).

¹⁴ PLAFA et hospitalisation d'office sont régies en premier lieu au niveau fédéral par le Code civil (art. 397a à f CC), puis par les lois cantonales sur la santé publique.

Par la détermination du mode, chaque hospitalisation, sur une échelle du plus symbolique au plus concret, est donc toujours encadrée d'un paramètre juridique. Par conséquent, la coopération entre mondes médical et judiciaire existe de manière prégnante, du début à la fin de l'hospitalisation. S'ouvre dès lors une triangulation, c'est-à-dire une possibilité circonstancielle d'alliance, entre les parties en présence. En effet, la densité émotionnelle et les limites de la relation duelle soignant-soigné (Searles 1981), créatrice de conflits, trouve parfois une solution dans la médiation d'un tiers. Dans notre cas, le tiers symbolique que constitue la loi, le cas échéant incarnée dans le tiers physique de la présence policière à l'hôpital, peut devenir une ressource à même d'améliorer une relation soignant-soigné en voie d'épuisement ou en état de blocage. En tant qu'entité publique de derniers recours, la police n'a plus le choix de la délégation. Elle ne peut qu'assumer l'autorité que les autres partenaires sociaux rechignent de plus en plus à exercer. Catalyseur de la relation, la présence policière autorise le soignant comme le soigné à profiter des opportunités de détente dans les rapports de soin. L'enjeu d'analyse se situe alors dans la prise en compte des capacités relationnelles des acteurs sociaux: comment ceux-ci déplacent leur position durant les interstices de prise en charge et changent leurs alliances au sein du triptyque policier-soignant-soigné pour parfois se jouer des modes d'hospitalisation?

L'OBSERVATION DES ÉPREUVES DE COLLABORATION

La méthode ethnographique est particulièrement apte à rendre compte des processus qui, en sus et par-delà le diagnostic médical, participent à la constitution du statut de «patient» dans la rencontre entre partenaires institutionnels. D'un point de vue sociologique, les patients psychiatriques constituent une population subversive, dans ce qu'elle ne respecte ni les découpages institutionnels, ni les logiques de l'intervention. Elle met donc avantageusement en évidence pour l'observateur les fonctionnements ordinaires perturbés, ainsi que la gestion en situation de la crise par les professionnels. Lorsque policiers et soignants sont appelés à intervenir simultanément, dans un même espace ou pour des administrés communs, un certain brouillage des identités professionnelles, des missions et des compétences apparaît (Menziès 1987; Teplin et Pruett 1992; Rosenbaum 2010). La pluralité et parfois l'opposition des nécessités institutionnelles constituent les principaux défis à l'observation *in situ* et à l'analyse sociologique d'une prise en charge multi-intervenants.

Du point de vue des idéologies locales du droit et de la santé mentale, les patients imposent donc aux praticiens une importante réflexivité professionnelle. La présence des policiers lors de l'hospitalisation ou lors de procédures médicales problématise le rôle soignant des policiers autant que le rôle policier des soignants. Nos observations de terrain portent sur des patients, sujets d'attention des professionnels des deux institutions, qui imposent des épreuves de collaboration dans l'accomplissement des modes officiels d'hospitalisation. La collaboration est le lieu où se produit et se diffuse une idée du patient et du partenaire institutionnel. Elle est institutive d'un devoir commun de «surveiller et guérir»¹⁵ comme arrière-plan aux rencontres intersectorielles.

Monsieur PN – le patient qui ne veut pas guérir sans surveillance ou punition

Monsieur PN se frappe violemment la tête contre les murs. Il est à nouveau en crise de colère, exprimée par des actes d'auto-agressivité. Les infirmiers sont obligés de le maîtriser et de le ramener dans sa chambre. Les membres du personnel présent lors de cette scène – qui se répétera à plusieurs reprises lors du séjour – remarquent avec stupéfaction le sourire du patient et la satisfaction qu'il semble éprouver face à cette manifestation de force de leur part. Les membres de l'équipe soignante relatent d'ailleurs leur sentiment d'être catégorisés par le patient d'une façon qui puise explicitement dans le dispositif de catégorisation du monde judiciaire et, de manière plus implicite, dans celui de la filiation. Ainsi le patient affirme, satisfait, que l'infirmier-chef d'unité de service (ICUS) a l'apparence d'un «gardien de prison». L'ICUS ressent dans le même temps une identification au «rôle paternel», dans lequel le patient semble vouloir l'enfermer. De même, un autre infirmier éprouve le sentiment d'être positionné par le patient comme frère aîné. D'une manière générale, les soignants ont l'impression d'être perçus comme des représentants d'une autorité de type familial ou institutionnel. Malgré plusieurs épisodes de violence, les équipes soignantes n'ont jamais fait le choix d'appeler à la police pour maîtriser ce patient. Lui, en revanche, harcèle à répétition la police de sûreté, se dénonçant pour des actes de violence et des vols qu'il aurait commis par le passé. L'équipe soignante est mise au courant de cette activité lorsqu'un officier de police prend contact avec l'hôpital pour signaler l'ouverture d'une enquête et demander que soit mis un terme aux appels téléphoniques du patient. Il s'avérera que ses auto-dénonciations sont inventées de toutes pièces. Leur inefficacité incite le patient à entreprendre une série de provocations. Par exemple des séances de crachats sur les usagers

¹⁵ En détournant un titre de Michel Foucault, nous rallions également l'idée d'une possible insurrection des «savoirs assujettis» (Blais 2006), ceux ici des patients et des professionnels qui doivent agir dans les interstices des champs d'expertise institutionnelle.

d'une gare. Il se présente également en personne au poste de police, profitant d'une de ses sorties du week-end, pour poursuivre ses mises en cause. Irrité par l'absence de réaction et de mesures policières, le patient se rend alors au restaurant MacDonald's le plus proche, où il provoque une bagarre. Obligant cette fois la police à intervenir, il est transféré dans un premier temps au poste avant d'être reconduit à l'hôpital.

L'hospitalisation décrite ci-dessus survient contre le gré du patient quelques semaines après une tentative de M. PN de se faire admettre selon un mode volontaire. La trajectoire de M. PN est de ce fait atypique. Le déroulement des modes d'admission débute en effet habituellement par une admission d'office laquelle se mue en volontaire. Ici, elle est inversée. Cependant la situation de ce patient illustre les difficultés paradoxales que pose parfois une admission volontaire à l'institution psychiatrique. Le lendemain de son arrivée, M. PN a changé d'avis et a quitté l'hôpital. Bien que l'admission volontaire constitue aux yeux des soignants le mode préférentiel d'entrée en institution, cette dernière est mise à mal par la marge de manœuvre qu'elle laisse au patient, pas toujours à même de gérer sa liberté et sa volition. N'étant assortie d'aucune contrainte légale, l'admission volontaire est toutefois sous-tendue par une condition tacite que doit satisfaire qui veut entrer en institution: la constance dans la volonté de respecter les règles de l'hôpital. L'hôpital psychiatrique communique cette exigence fondamentale lors de l'entretien d'admission, où médecin et infirmier deviennent des énonciateurs institutionnels chargés de s'assurer que le patient est apte à conclure un accord durable autour d'un «projet thérapeutique». De la sorte, l'institution tente de réserver ses ressources limitées pour des relations de soin qui ne seront pas aussitôt rompues unilatéralement par les patients¹⁶. En revanche, le fait d'entrer en institution sur le mode d'office, tel le contexte médico-légal de l'hospitalisation de M. PN décrite ci-dessus, est assorti d'une contrainte légale pour le moins problématique en psychiatrie: l'institution est censée retenir le patient contre son gré, ceci jusqu'à ce qu'il soit déclaré *guéri*. Contrairement à l'admission volontaire, la volonté du patient n'est pas prise en compte. Néanmoins les soignants poussent toujours vers une logique d'un projet thérapeutique commun avec le patient et compatible avec le discours psychanalytique de l'institution. M. PN n'a plus la possibilité de remettre en cause l'existence même du projet, mais conserve une petite marge de manœuvre concernant ses modalités.

Sous l'angle collaboratif, il est à relever que le patient prend lui-même la décision que les soignants ne prennent pas: appeler la police. Interprété par les soignants comme une «action parlante» (Racamier 1970) inversée, M. PN signifie de la sorte la gravité de son cas. Les soignants recourent habituellement à l'appel à la police en tant que mesure thérapeutique destinée à faire comprendre au patient ce qu'il ne saurait entendre sans l'intervention policière, notamment dans le cas d'une rupture de communication (visite policier-soignant à domicile). Dans notre cas, M. PN est l'initiateur de l'«action parlante» par laquelle il illustre à destination des soignants son désir d'être cadré par une autorité coercitive. Dans ce but, confirmant ainsi pour les soignants sa structure psychotique, il en vient à actualiser les délits pour lesquels ils se dénonçaient sans succès auparavant. On remarque, dans les situations de collaboration intersectorielle provoquées, une inversion des vocations: les soignants sont sollicités par les policiers pour les protéger du harcèlement téléphonique. De même, après avoir craché sur des passants, M. PN est raccompagné à l'hôpital à nouveau, mais cette fois il s'en prend avec véhémence aux agents de police. Un infirmier s'interpose, non plus symboliquement mais physiquement, dans une mission de modération entre le patient irrité et les policiers pris pour cible.

L'ICUS qui a l'apparence d'un gardien de prison le devient *de facto* lorsque la police reconduit le patient à l'institution psychiatrique suite à ses actes de violence. Ces éléments, considérés sous l'angle thérapeutique, nous renvoient à une demande impossible du patient: l'exigence d'un asile à l'ancienne dans lequel contrainte et punition constitueraient des ressources cathartiques, telles les procédures de mortification de soi décrites par Goffman (1968). La dissymétrie asilaire n'étant plus suffisante, M. PN va chercher déresponsabilisation et soin auprès de la police. Notre expérience à Nant, auprès du groupe hebdomadaire de parole pour les patients, montre une tendance vers la reconstruction symbolique, voire matérialisée, des murs de l'asile («On n'est pas protégé, tout le monde peut entrer ici»). Le désir manifeste de M. PN de subir une interpellation de police fait écho aux demandes explicites de fouilles au corps au retour de sorties formulées par ce groupe. Inversement, dans la clinique, on observe des situations plus périlleuses pour l'analyse dans la mesure où la critique manifeste des méthodes asilaires recouvre parfois des désirs contradictoires de bénéficier des mesures de contention¹⁷.

¹⁶ Sur l'approche psychanalytique de l'alliance de travail entre le thérapeute et le patient, on se référera, par exemple, à Greenson (1977).

¹⁷ Pour une analyse de la dichotomie entre discours manifeste et discours implicite chez le patient, ainsi que de l'intuition clinique du soignant, voir Pierroz et Utz (2010).

Monsieur AT – le patient qui trouve les «flics» pratiques quand il n’y a plus de bus pour rentrer

Bricoleur à ses heures, Monsieur AT décide un jour de fabriquer par ses propres moyens un chauffage d’appoint pour son appartement. Il crée une cheminée de fortune dans son salon. Le tuyau d’évacuation de la fumée est ingénieusement installé de sorte à permettre aux substances nocives de s’envoler par la fenêtre de toit entr’ouverte. Des pneus usagés servent de combustible. Ensuite les versions divergent entre celle de M. AT et celle des voisins, des pompiers et de la police. Nous faisons connaissance de M. AT au moment où il arrive suite à l’événement à la réception de l’hôpital en compagnie de plusieurs policiers. Prévenu par la police, un groupe de trois soignants l’attend pour son admission. Entièrement noir de suie, pieds nus, en plein hiver, M. AT semble avoir sympathisé avec les policiers qui l’escortent. Un fort accent «d’ici», une voix joviale et des échanges informels avec les agents de police pourraient presque faire oublier la situation de prise en charge: menotté, maintenu en semi-position de sécurité face au mur, entouré des agents. L’entretien d’admission se fera dans le sas d’accueil, une pièce moderne à côté de la réception, pourtant dépourvue de tout dispositif de sécurité. Le médecin de garde, une femme, serre la main noire du patient, libéré de ses menottes d’un commun accord avec les policiers. Les policiers quittent l’hôpital. Nous sommes à présent quatre, assis dans l’espace petit et mal ventilé du sas. La pièce se remplit d’une odeur écœurante de fumée. La communication avec le patient est difficile. Il ne veut pas écouter le médecin. Quant à l’infirmier et au chercheur, le patient nous fait comprendre que nous ne sommes pas des interlocuteurs valables. Ayant reçu une copie du document qui ordonne son hospitalisation d’office, le patient remarque que son nom comporte une faute d’orthographe. Argumentant sur l’invalidité de la procédure, il exige qu’on le laisse partir. Le ton monte lorsque le médecin l’informe qu’il restera à l’hôpital le temps nécessaire à l’évaluation de son état de santé et afin qu’un nouveau document soit transmis. Le patient hausse encore le ton et profère des menaces. Nous sommes tacitement d’accord de ne pas empêcher le patient de quitter le sas d’admission. Nous lui rappelons qu’il doit rester à l’hôpital et que la police sera prévenue. Il se lève, traverse la réception et part en courant, pieds nus dans le froid glacial. Le médecin prépare de suite le formulaire de recherche active qui est faxé à la police. Quelques heures plus tard, la police reconduit le patient à l’hôpital. Une mise en cure médicamenteuse¹⁸ en chambre fermée est ordonnée par la psychiatre et effectuée avec le concours des agents de police.

Malgré les tensions du début de son séjour, le patient réussit à nouer un lien de familiarité avec les infirmiers du service, devenant un «patient fétiche» auquel on prête une attention toute particulière. Il n’entend toutefois pas changer quoi que ce soit à sa vie, mais se montre clément envers les efforts de responsabilisation et de resocialisation conduits par les soignants. Ainsi, lorsqu’il décide de fuir de l’hôpital, il ne s’offusque pas du lancement de la recherche policière. En effet, bien qu’à ce moment-là le statut du patient soit passé de celui «d’office» à celui de «volontaire», son médecin estime qu’il est instable et «à risques». Lorsque deux policiers le ramènent à l’hôpital, il se présente à la réception en plaisantant. Les soignants viennent à sa rencontre. Après avoir pris congé des policiers, le patient lance avec un air de complicité amusée: «Ils sont pratiques ces flics, il n’y a plus de bus pour retourner à l’hôpital à cette heure-ci et moi j’ai eu à faire en ville!»

Selon la dimension pratique de sa trajectoire, M. AT a un parcours typique d’admission d’office qui se transforme en admission volontaire par le biais d’une demande qu’il effectue en cours d’hospitalisation. Cependant, son entrée accompagnée des policiers est moins fréquente que les admissions avec des ambulanciers¹⁹. La transformation du mode d’admission chez M. AT s’inscrit dans une modification majeure de son rapport aux soignants: de la méfiance, on passe à une attitude ouverte et une relation de confiance qui sera mutuellement et fortement investie. Ainsi, les fugues cèdent la place à des négociations pour prolonger son séjour. Dans un autre cas extrême observé, les forces de police ont dû être sollicitée pour procéder à la «sortie forcée» d’un patient. Dans le cas de M. AT, deux logiques d’admission se succèdent: l’urgence de l’admission d’office, puis la logique de crise de l’admission volontaire²⁰. Chaque configuration distribue les rôles et le pouvoir de décision, en définissant les devoirs dont le respect conduit à la «grâce» sous condition que chacun ait agi de manière grammaticale (Lemieux 2009). En d’autres termes, chaque mode d’admission contient sa propre définition de la «condition de félicité» (Goffman 1968). Dès lors, le déclenchement pour M. AT d’une recherche active doit s’analyser sous l’angle de la rupture de la logique de l’admission volontaire et sous l’angle du respect de la logique de l’admission d’office. Ainsi il apparaît que l’institution malgré les routines et les pesanteurs réglementaires des modes d’hospitalisation est en mesure d’agir de manière non grammaticale au gré des exigences produites par les situations. L’inquiétude soignante est sou-

¹⁸ Situation décrite dans la troisième vignette.

¹⁹ Dans quelques rares cas, le patient avec son certificat d’admission d’office se présente par ses propres moyens à l’hôpital.

²⁰ Pour une distinction entre urgence et crise, voir de Coulon (1999).

lagée par l'appel à la police à qui est ainsi déléguée une part de responsabilité ou de culpabilité ressentie. D'autre part, le patient s'accommode de cette collaboration qui lui offre un bénéfice pratique que les policiers dénoncent parfois comme une forme d'instrumentalisation: «Encore une mission taxi-maboul pour la police». L'accomplissement pratique de certains actes mettant en scène des acteurs de deux institutions conduisent à nuancer l'utilité pratique de l'orthodoxie professionnelle routinière («C'est pas mon boulot») dans des situations qui réclament au contraire des transgressions. La mise en œuvre relativement fréquente des injections forcées, pratiquées par 84% des structures psychiatriques suisses (Needham et al. 2002), nous offre une illustration de la flexibilité des intervenants multi-institutionnels dans le contexte de soin.

L'injection forcée:

la main qui soutient et la main qui fait mal

Lors de sa mise en cure médicamenteuse intramusculaire, M. AT est soumis à une mesure de «chambre fermée à clé». Bien qu'il n'y ait pas eu de passage à l'acte hétéro-agressif – grâce à la vigilance du personnel soignant qui anticipait ses actions – ses menaces verbales et son comportement agité en faisait le patient le plus redouté du service. Le moment de l'injection approchant, nous nous déplaçons avec le médecin pour demander à M. AT s'il est disposé à l'accepter volontairement. Cette solution, privilégiée par les soignants, écarte les risques inhérents (blessure, effet traumatisant) et responsabilise le patient. Très agressif, M. AT affirme qu'il va «tout péter» si nous tentons «quoi que ce soit». Dès lors, la psychiatre l'informe qu'elle est obligée de faire appel à la police locale pour aider à l'injection. Un infirmier téléphone au numéro prévu à cet effet qui figure sur la liste des contacts d'urgence sous le libellé «aide policière pour injection». Peu après, deux agents en uniforme se présentent à l'hôpital sans arme à feu. Devant la chambre fermée à clé de M. AT, le médecin lui annonce que nous allons pénétrer et le prie de reculer. Un infirmier entre, suivi du médecin et des policiers. La psychiatre informe une nouvelle fois le patient qu'il est préférable qu'il collabore à son injection, ce qu'il refuse catégoriquement. Fait marquant, en présence des policiers son langage contraste avec les propos injurieux dont il a copieusement arrosés le personnel lors du premier passage. Un intéressant phénomène communicationnel se met en place: toujours méfiant envers les soignants, le patient tente de rallier les policiers à sa cause et de nouer une alliance avec eux contre les «psys qui font n'importe quoi». «Je suis très content que vous soyez là, lance-t-il aux policiers, comme ça au moins ces salauds ne pourront plus faire ce qu'ils veulent. Vous en serez des témoins.» Compte tenu de la distribution des places (patient contre le mur, policiers au milieu de la chambre et soi-

gnants près de la porte), la scène est troublante. Pour M. AT, les policiers viennent figer la situation, comme si une altercation entre deux parties exigeait une médiation, afin de s'assurer que la situation ne dégénère pas. Dès lors, seule l'attitude des policiers peut permettre de rectifier le contexte et de faire comprendre au patient qu'il ne s'agit pas de mettre la police de son côté. Pour cela, les policiers endossent les propos du médecin et prient le patient de suivre les instructions du personnel soignant. L'initiative est prise par un policier quinquagénaire aux cheveux grisonnant (son jeune collègue reste prudemment en retrait de l'interaction). Sa présence asymétrique conférée par son statut d'agent de la force publique est modérée par une voix calme et apaisante, ainsi qu'un mode de dialogue presque amical. Au point que le policier en vient à proposer au patient de tenir sa main. Cette main tendue est la seule que le patient est prêt à accepter. La même proposition faite peu avant par un soignant avait été vécue comme une agression. Résigné, le patient change alors d'expression. La colère cède la place aux pleurs: «Ça fait terriblement mal cette saloperie, je n'en veux pas, vous n'imaginez pas comment ça fait mal!» hurle-t-il entre deux sanglots tout en s'allongeant sur le matelas installé à terre. Le policier s'approche et prend la main du patient en larmes pendant qu'un infirmier effectue l'injection. Avant de quitter la chambre, les policiers prennent congé du patient, tandis que les soignants lui proposent une tisane ou un verre de lait. Dans l'intervalle, un infirmier reste avec le patient le temps d'une cigarette. Tous semblent soulagés. Tout s'est bien passé.

La main tendue du policier contrevient aux attendus de distinction des missions répressives et de soin. En ce sens, il s'agit manifestement d'un acte allant à l'encontre des routines qui définissent les allant-de-soi de ce type d'interventions. Or, tant le patient que les soignants s'accordent tacitement quant à l'adéquation de ce geste décisif. Par leur disponibilité, les policiers apparaissent comme les agents indispensables du maintien en hôpital et de la continuation des soins. Sous l'angle collaboratif, on assiste néanmoins à une inversion des rôles: le policier manifeste une attitude de soins, tandis que les soignants réaffirment la nécessité de l'injection et s'apparentent ainsi à une figure inflexible d'agent de coercition au service de la Loi. En effet, la décision de mise en cure revêt dans le positionnement des acteurs une autonomie qui en fait un être symbolique. La situation produit l'allant-de-soi d'une décision que tous participent à exécuter, mais qu'aucun ne souhaite assumer face au patient. Si l'on observe la différenciation de statut par rapport à la décision, on comprend mieux cette prise de distance: tous ont la connaissance de la décision (*currency*), mais seulement le médecin en est le propriétaire (*constituency*). En paraphrasant l'analyse de Sharrock (1975) concernant les usages différenciés des stocks de

connaissance, on remarque ainsi que ceux qui n'ont que le droit d'usage, c'est-à-dire policiers et infirmiers, se contentent de confirmer explicitement le statut symbolique du médecin: «Faut écouter le docteur, c'est elle qui décide». La spécificité de la situation de rencontre tient dans le fait que le médecin choisit de s'aligner stratégiquement sur le statut du droit d'usage, en laissant penser au patient qu'il n'est pas en mesure d'intervenir sur la décision («De toute façon ça va se faire»). La présence de l'autorité policière, au service de la nécessité médicale, réaffirme de manière symbolique l'irrévocable décision. Dans l'action, la fermeté et l'imbrication des obligations professionnelles contribuent à signifier à M. AT qu'il ne peut pas négocier.

Bien qu'il n'y ait pas de négociation et d'explicitation à ce propos, les intervenants parviennent à se partager le travail et évitent une fois de plus la confrontation directe des gestes signifiants. Ainsi la main tendue du policier n'est pas en concurrence avec la main infirmière, mais le caractère exclusif du geste est respecté par les deux institutions. Tous les acteurs institutionnels contribuent ainsi à produire une situation univoque, qui semble souhaitable pour les patients décompensés. Nos observations *in situ* confirment qu'une disjonction entre partenaires institutionnels en présence du patient constitue toujours une composante délétère pour le déroulement de la prise en charge. Ces situations se soldent par l'aggravation de l'état du patient psychotique, pour qui la fragilité visibilisée de l'institution peut alors signifier la disparition du dernier refuge contre sa toute-puissance.

Une fois l'injection réalisée, les policiers se retirent. Leur départ de la scène implique la reprise instantanée du rôle soignant par les infirmiers. Par un verre de lait ou une cigarette investis comme médiation, ceux-ci rétablissent une proximité soignante et rouvrent la communication dominée auparavant par la contrainte. Il faut rappeler à ce stade que le sociologue impliqué dans la situation analysée a bénéficié d'un haut degré d'immersion, car intégré à l'équipe médico-infirmière. Il participait activement à la plupart des interventions, y compris les mesures de contraintes, à l'exception des actes médicaux invasifs, que seuls les infirmiers diplômés sont habilités à accomplir. Dès lors, et contrairement à bien des situations de terrain, on peut estimer que ni le cours de l'action ni les comportements des acteurs *externes* à l'hôpital n'ont été affectés par des ajustements induits par la présence de l'observateur. En revanche, les infirmiers et le médecin impliqués dans la situation de M. AT étaient au courant de l'identité du sociologue.

Dans ces circonstances, l'exemple ci-dessus vient confirmer que, contrairement à certaines représentations, la violence physique ne fait pas toujours partie de la contrainte et des risques du métier de soignant en psychiatrie²¹. Dès lors, et comme pour tout autre citoyen, le soignant peut faire appel à la police dans des situations où lui-même se sent en danger. Si l'appel à la force publique est parfois conceptualisé comme une «action parlante», remède contre la banalisation pathologique, l'intervention policière à l'hôpital est toutefois ressentie comme un échec pour l'équipe soignante. Cette dernière n'aurait pas su gérer la situation sans aide extérieure. Une telle idée est à nuancer dans la mesure où la collaboration ostensible entre les policiers et les soignants a le potentiel pour apaiser les situations de crise.

LE POLICIER DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

Nos exemples montrent que la collaboration intersectorielle est non seulement fréquente, mais inévitable dès lors que certaines trajectoires de patients induisent *de facto* des situations de rencontre. D'un point de vue sociologique, nous constatons une tendance au rapprochement, assortie d'une réflexivité professionnelle, en vue de la conceptualisation de la «collaboration». Dans ce mouvement, la promotion des partenariats police-psychiatrie ne se limite pas au seul enthousiasme des cadres des institutions partenaires. Elle investit l'espace des interactions concrètes entre infirmiers, policiers et patients. Au-delà des enjeux de dialogue intersectoriel, il existe ainsi une nécessité pour la police et la psychiatrie de connaissance empirique des pratiques en vigueur en leur sein, notamment lors de décalages entre les objectifs des partenaires. D'un côté, les policiers font état de leur volonté d'améliorer la sécurité des collaborateurs de police et des administrés dans les situations dangereuses, notamment lors des décompensations. De l'autre, les soignants énoncent le désir de limiter les formes thérapeutiquement inadéquates ou dommageables de répression et de «criminalisation» (Laberge et al. 2000) des patients psychiatriques. Derrière ces annonces se jouent les aspirations et valeurs professionnelles de chacun, pouvant toujours être menacées, remises en cause ou dénoncées dans l'interaction avec l'autre. De ce point de vue, les situations de collaboration sont des analyseurs des jeux de pouvoir qui existent entre le champ de la sécurité et la psychiatrie (Rogers 1989, 1993). Le policier n'a pas l'occasion d'instrumentaliser l'hôpital: il ne peut pas décider seul de l'hospitalisation et dès lors se voit astreint à un acte de déférence sociale,

²¹ Le dialogue entre soignants et sociologues atteint ici une limite dans la perception et le positionnement face à ce qui est considéré comme formes de violence. Les enjeux d'identification, de compréhension et de dénonciation de celles-ci sont indexés sur des préoccupations professionnelles divergentes.

interpersonnel et ritualisé selon Kaufmann (2006). À l'inverse, les soignants admettent en aparté utiliser parfois la présence policière à des fins thérapeutiques (action parlante) sans pour autant toujours l'annoncer de la sorte aux agents de la force publique. Dans quelle mesure la posture du policier comme auxiliaire d'hospitalisation ou comme agent du contrôle thérapeutique pourrait-elle être explicitée et convenue entre les intervenants? Sans attendre les résultats de cette réflexion, la présence policière dans le milieu des soins constitue d'ores et déjà une irruption de la réalité sociale extérieure dans l'univers institutionnel de l'hôpital. Ainsi, par exemple, la mise en exergue des dimensions civiques des patients contribue à les constituer en sujet justiciables. Le cas de M. PN illustre l'urgence d'une réflexion théorique pour la psychiatrie autour de la présence physique et symbolique du policier dans le cadre des soins. En effet, l'intervention thérapeutique et l'interven-

tion policière relèvent de deux logiques potentiellement contradictoires. Tandis que la première s'accomplit selon une logique individuelle et vise à protéger les intérêts de l'individu, la seconde poursuit une logique de protection des intérêts de la collectivité. En tant qu'instance d'autorité et incarnation des dimensions normatives contraignantes du contrat social, le policier s'introduit dans l'espace hospitalier, aussi bien que dans la «tour d'ivoire» du contrat thérapeutique. Qu'est-ce que le policier fait à la relation soignant-soigné? Dans le mouvement de la séparation de la psychanalyse du divan, la question invite à ouvrir le chantier théorique et clinique de la *perméabilité du cadre hospitalier au contexte social*; question particulièrement pertinente pour les institutions psychiatriques qui conceptualisent et cherchent à appliquer la notion de «fonctions du milieu» et la problématique du «lien».

BIBLIOGRAPHIE

BION Wilfred R.

1974. «Différenciation de la part psychotique et de la part non psychotique de la personnalité». *Nouvelle Revue de Psychanalyse* 10: 61-78.

BITTNER Egon

2001 (1974). «Florence Nightingale à la poursuite de Willie Sutton. Regard théorique sur la police». *Déviance et Société* 25(3): 285-305.

BLAIS Louise

2006. «Savoir expert, savoirs ordinaires: qui dit vrai? Vérité et pouvoir chez Foucault». *Sociologie et sociétés* 38(2): 151-163.

BLOCH Henriette et al.

1997. *Dictionnaire fondamental de la psychologie*. Paris: Larousse/Bordas.

BRODEUR Jean-Paul

2003. *Les visages de la police: pratiques et perceptions*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

CARDINAL Christiane, LABERGE Danielle

1999. «Le système policier et les services de santé mentale». *Santé mentale au Québec* 24(1): 199-220.

COULON Nicolas de

1999. *La Crise. Stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*. Montréal: Gaëtan Morin.

DEANE Martha Williams, STEADMAN Henry J., BORUM

Randy, VEYSEY Bonita M., MORRISSEY Joseph P.

1999. «Emerging eartnerships between mental health and law Enforcement». *Psychiatric Services* 50(1): 99-101.

DIEU François

2002. *Policer la proximité*. Paris: L'Harmattan.

FAZAN Cédric

2006. «Itinéraire d'une mesure de privation de liberté à des fins d'assistance». *Dépendances* 30: 4-7.

GOFFMAN Erving

1968. *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris: Minuit.

GORKA Alain

2008. *Partenariat avec les milieux hospitaliers: perte de temps ou gain en efficacité?* Travail de diplôme: Institut suisse de police.

GRAVIER Bruno (coord.)

2009. Dossier «Psychiatrie et violence : quel est le risque acceptable?» *Psychiatrie et violence* 9(1).

GREEN Thomas M.

1997. «Police as frontline mental health workers. The decision to arrest or refer to mental health agencies». *International Journal of Law and Psychiatry* 20(4): 469-486.

GREENSON Ralph R.

1977. *Technique et pratique de la psychanalyse*. Paris: Presses universitaires de France.

GROB Gerald

1991. *From Asylum to Community: Mental Health Policy in Modern America*. Princeton: Princeton University Press.

JEAN Thierry, MAJSTER Nathanaël (coord.)

2001. Dossier «Faut-il juger et punir les malades mentaux criminels?» *Journal français de psychiatrie* 13.

KAUFMANN Laurence

2006. «Les voies de la déférence. Sur la nature des concepts sociopolitiques». *Langage & société* 117: 89-116.

LABERGE Danielle, LANDREVILLE Pierre, MORIN Daphné

2000. «Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale: le modèle de l'Urgence psychosociale-justice». *Criminologie* 33(2): 81-107.

LAMB Richard H., WEINBERGER Linda E., DECUIR Walter J.

2002. «The police and mental Health». *Psychiatric Services* 53(10): 1266-1271.

LEMIEUX Cyril

2009. *Le devoir et la grâce*. Paris: Economica.

MENZIES Robert J.

1987. «Psychiatrists in blue: Police apprehension of mental disorder and dangerousness». *Criminology* 25(3): 429-454.

MEYER Michaël, SKUZA Krzysztof, BURBA Magdalena

2009. *Agir face à la crise psychiatrique. Policiers, Proches, Soignants*. Rapport de recherche, Laboratoire de Sociologie: Université de Lausanne.

NEEDHAM Ian, ADERHALDEN Christoph, DASSEN Theo,

HAUG Hans-Joachim, FISCHER Joachim E.

2002. «Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry». *Swiss Medical Weekly* 132(19-20): 253-258.

PANCHAUD Raymond

2010. *Clinique psychiatrique et gestion, quelle homologation?* Université de Lyon: Master 2 en management des organisations sanitaires et réseaux.

PATCH Peter C., ARRIGO Bruce A.

1999. «Police officer attitudes and use of discretion in situations involving the mentally ill. The need to narrow the focus». *International Journal of Law and Psychiatry* 22(1): 23-35.

PIERROZ Karine, UTZ Adrien

2010. «Prendre son temps n'est pas le perdre. Du bon usage des mesures de contraintes». *Soins infirmiers* 7: 50-53.

RACAMIER Paul-Claude

1970. *Le psychanalyste sans divan*. Paris: Payot.

ROGERS Anne

1989. *Psychiatric Referrals from the Police: An Examination of Police Officers' Action and Interaction with Psychiatrists*. Université de Nottingham, thèse de doctorat.

1993. «Police and psychiatrists: A case of professional dominance?». *Social Policy & Administration* 27(1): 33-44.

ROSENBAUM Nils

2010. «Street-level psychiatry – A psychiatrist's role with the Albuquerque Police Department's crisis outreach and support team». *Journal of Police Crisis Negotiations* 10(11): 175-181.

SANIMEDIA

2008. *L'essentiel sur les droits des patients*. Dans les cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud. Brochure d'information. Disponible en ligne: <http://www.vd.ch/fr/themes/sante-social/droits-des-patients/lessentiel-sur-les-droits-des-patients/> (page consultée le 20 avril 2011).

SEARLES Harold

1981 (1979). *Le contre-transfert*. Paris: Gallimard.

SHARROCK Wes W.

1975. «On owning knowledge», in: Roy TURNER (Ed.), *Ethnomethodology*, p. 45-53. Harmondsworth: Penguin.

TEPLIN Linda A., PRUETT Nancy S.

1992. «Police as street corner psychiatrist: Managing the mentally ill». *International Journal of Law and Psychiatry* 15(2): 139-156.

AUTEURS

Michaël Meyer est sociologue. Ses domaines actuels de recherche sont la police, les savoirs ordinaires du travail policier et les pratiques d'intervention en situations d'urgence. Sa démarche prend appui sur la sociologie visuelle et les méthodes qualitatives d'instrumentation des images en sciences sociales. Il a été coordinateur avec Krzysztof Skuza de la recherche «Agir face à la crise psychiatrique. Policiers, proches, soignants» (UNIL/DP-CHUV/Police de Lausanne, 2009-2010) sur les formes de collaboration intersectorielle entre secteur de la santé et secteur de la sécurité.

michael.meyer@unil.ch

Krzysztof Skuza est psychosociologue, assistant d'enseignement en sociologie des médias, de la communication et de la culture à l'Université de Lausanne. Ses domaines actuels de recherche sont la Folie, la psychiatrie et les savoirs sociaux de la schizophrénie. Sa démarche prend appui sur l'analyse énonciative et l'ethnographie. Il a été coordinateur avec Michaël Meyer de la recherche «Agir face à la crise psychiatrique. Policiers, proches, soignants» (UNIL, DP-CHUV et Police de Lausanne, 2009-2010) sur les formes de collaboration intersectorielle entre secteur de la santé et secteur de la sécurité.

krzysztof.skuza@unil.ch

Adrien Utz est infirmier en psychiatrie, et praticien-formateur, à l'hôpital de Nant (secteur psychiatrique de l'Est vaudois). Ses domaines actuels de recherche sont le consentement et la contention en soins psychiatriques.

utzadrien@gmail.com