RAPPORT DE RECHERCHE

LA CONTENANCE SOIGNANTE INDIVIDUELLE ET GROUPALE A L'UNITE POUR MALADES DIFFICILES DU CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER

Recherche en psychiatrie réalisée dans le cadre du Conseil Scientifique de la Recherche du Centre Hospitalier Le Vinatier – 2017/2018

Slimane ZERROUK (Infirmier Diplômé d'Etat), Emilie VERNET (Infirmière Diplômée d'Etat), Lucie DURR (psychomotricienne diplômée), Irène KATSAROS (ergothérapeute diplômée)

Remerciements

Nos remerciements s'adressent à tous ceux qui nous ont fait confiance et qui ont participé à cette aventure humaine :

- Aux membres du Conseil Scientifique de la Recherche (CSR) du CH Le Vinatier, qui ont validé et financé notre projet ;

- Au Service de la recherche du CH Le Vinatier, et particulièrement Mme Lydie SARTELET et Mme Véronique VIAL, pour leur accueil et leur disponibilité ;

- Aux membres du Comité de Protection des Personnes (CPP) Sud Méditerranée de Nice pour leurs suggestions et la validation de notre étude;

- A tous les professionnels de l'UMD qui ont participé et facilité notre travail de recherche ;

- A M .Bruno PAOLIERI et Mme Nadia AISSA infirmiers à l'U.M.D du CH de Montfavet pour leurs remarques et les échanges productifs ;

- Au Dr François RENAULT (responsable de l'UMD), Dr Frédérique PLET (psychiatre référent de l'Unité 2, du Pôle d'Activités Médiatisées de l'UMD) pour leurs encouragements ;

- A nos supérieurs hiérarchiques, Mme Corinne BOUCHET (cadre supérieure de santé du pôle USIP-UMD), M. Alexandre FANGUIN (ancien cadre de santé de l'UMD), M. Damien TARBOURIECH (cadre de santé de l'UMD), M. Serge JUVENTON (cadre de santé de l'UMD), pour leur soutien;

- A M. Nicolas CHAMBON (sociologue à ORSEPERE-SAMDARRA) pour son implication tout au long de l'enquête ;

- Aux secrétaires de l'UMD, Mme Esther CARAYON et Mme Muguette VANOVE pour leur aide dans la retranscription des entretiens ;

- A M. Jean-Paul LANQUETIN, infirmier de secteur psychiatrique, membre du Groupe de Recherche en Soins Infirmiers et CRMC, pour ses conseils pertinents ;

- A Mme Evelyne MESSIAEN (Cadre supérieure de santé), pour l'intérêt qu'elle accorde à notre travail ;

- A M. Laurent Beaumont (Responsable qualité et gestion), pour sa disponibilité et ses conseils ;
- A nos proches, qui ont fait preuve de compréhension et de patience, Najat, Kahina, Nesrine, Narjis et bien d'autres.

La contenance soignante en Unité pour Malades Difficiles

Sommaire

I. **Introduction** 4

II. **Cadre théorique** 6

1. Contenance individuelle 6
2. Contenance groupale 11

III. **Déroulement de l'enquête** 13

1. Les étapes de réflexion 13
2. Les outils 15

IV. **Analyses** 16

1. Analyse des entretiens 16
   1) Analyse analytique des entretiens 17
   2) Interprétations des récits 31
2. Analyse des questionnaires 38
   1) Points de vue sur l'isolement 39
   2) Contenance et isolement 40
   3) Enseignements et formations 44

V. **Conclusion** 45

VI. **Discussion** 47

VII. **Bibliographie** 48

VIII. **Annexes** 51

1. Notice d'information 51
2. Entretiens semi-dirigés 54
   1) Grille d'entretien 54
   2) Retranscriptions des entretiens 55
3. Questionnaires 78
   1) Grille de questionnaire 78
   2) Réponses graphiques 81

I. Introduction

Depuis de nombreuses années, la psychiatrie française connait une mutation sociétale et thérapeutique, entrainant des modifications profondes concernant le suivi des patients hospitalisés. Le contexte de santé publique amène ainsi à une ouverture du système psychiatrique français. A cette dimension de santé publique nationale, s'ajoute une notion humaine omniprésente dans le soin : l'alliance thérapeutique, défendue par les professionnels exerçant en psychiatrie comme étant la base même de nos métiers de santé.

C'est dans ce contexte qu'en 2016, la psychiatrie en France connait un tournant majeur en termes d'obligations médicales et de procédures d'isolement et de contention. Par la loi de modernisation du système de santé, parue le 26 janvier 2016 et plus particulièrement l'article L. 3222-5-1 du Code de la Santé Publique, le système psychiatrique français intègre un cadre plus strict face à ces mesures que sont l'isolement et la contention. Auparavant relativement flou, le cadre juridique autour de ces méthodes faisait référence à des « surveillances biquotidiennes », et des « préconisations » quant à la levée de la contention. La loi Santé nous apporte désormais une réglementation plus rigoureuse et une notion supplémentaire à ce sujet sensible.

Lors d'une des réunions nationales de professionnels exerçant en Unités pour Malades Difficiles (UMD), au début du mois de juin 2016, Mme HAZAN[1] a mené une conférence visant à expliciter ce nouveau texte de loi, et précisant ainsi le « dernier recours » que doivent représenter ces mesures coercitives. De cette intervention, s'en est suivie une réflexion professionnelle autour des méthodes habituelles et de leur légitimité. Cette nouvelle loi crée effectivement une scission claire entre le soin et les pratiques d'isolement et de contention : ces pratiques s'en détachent officiellement, et ne sont légalement pas considérées comme un soin mais une mesure de protection. Cependant, force est de constater que ces recours restent, dans les discours soignants et l'inconscient collectif, axés sur un objectif thérapeutique.

En février 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant l'isolement et la contention en psychiatrie. Parmi les recommandations considérées comme prioritaires, il est spécifié : « l'isolement et la contention mécanique sont des mesures de protection limitées dans le temps pour prévenir une violence imminente sous-tendue par des troubles mentaux. […] Elles ne doivent être utilisées qu'en dernier recours après échec des mesures alternatives de prise en charge. », et « aucune mesure d'isolement ou de contention ne peut être décidée par anticipation ou « si besoin ». Dans ce document, une note concerne directement les UMD : « par ailleurs, compte tenu des particularités cliniques et de fonctionnement des unités pour malades difficiles (UMD), la mise en œuvre de cette recommandation de bonne pratique doit s'accompagner d'une réflexion spécifique de l'équipe soignante.».

Sur le terrain, depuis l'ouverture de l'UMD du Centre Hospitalier Le Vinatier, nous avons observé des changements autour de nos pratiques. En effet, durant les deux premières années, nous avions tendance à isoler un patient évalué comme « agressif », « inquiétant » ou « agité »de façon systématique. Les situations de tension entre patients, ou avec les soignants, étaient résolues par l'usage de l'isolement. Cependant, certains professionnels trouvaient ce fonctionnement rigide et non suffisamment réfléchi, mais leurs voix « s'évanouissaient » dans le groupe et la pratique restait

[1] HAZAN Adeline, contrôleur général des lieux de privation de liberté, nommée le 17 juillet 2014.

sensiblement la même. Progressivement, sans que nous en repérions clairement les causes ou les raisons, notre pratique s'est modifiée. Un plus grand nombre de soignants traitait davantage les conflits rencontrés par le dialogue, sans recours à l'isolement. Les deux années suivantes, les équipes commencèrent à s'interroger sur le dispositif institutionnel. Collectivement, nous ressentions la nécessité d'écrire un règlement intérieur intitulé « Règles de vie »qui harmoniserait nos pratiques. Ce document présentait l'avantage de penser les prises en charge en termes de restriction mais aussi en termes d'autorisation. Ce support orientait le soin vers une certaine« ouverture ». Parallèlement, « la bulle »-une extension vitrée du bureau infirmier permettant de surveiller l'unité et la cour via les cameras- était peu à peu désinvestie. Dans les unités, les équipes commencèrent à proposer régulièrement des moments d'activité « informels » comme le film du dimanche après-midi, des jeux de sociétés, de l'écoute musicale, des soins esthétiques…

Conjointement à cette évolution au sein des unités de soin, le pôle d'activités médiatisées (PAM) s'est développé, en offrant un panel de médiations proposées par un éducateur sportif, un infirmier, un aide-soignant, une psychomotricienne et un ergothérapeute, complétant ainsi le travail dans les unités. Le lien avec l'extérieur fut de plus en plus recherché et les sorties thérapeutiques se multiplièrent. Sorties achats, visites de musées, sorties cinéma, randonnées, lien avec le centre culturel du CH Le Vinatier… Tous ces accompagnements signèrent progressivement la volonté des professionnels d'accentuer ce lien.

Ce constat nous amenait à nous questionner sur ces changements. Comment pouvons-nous les comprendre ? Le concept de contenance nous a paru pertinent, et susceptible de nous éclairer sur les différents mouvements observés. Dans cet esprit d'ouverture, de lien, de rencontres, comment pouvons-nous limiter le recours à l'isolement ? La question de la contenance individuelle et groupale serait une voie d'investigation capable de rendre intelligible notre pratique soignante.

La spécificité de l'UMD résiderait, selon nous, dans la mise à disposition d'un espace capable d'accueillir et de transformer ce vécu douloureux, la violence et l'agressivité du sujet. Pour y parvenir, nous supposons différents niveaux de contenance. Nous nous intéressons plus particulièrement au niveau individuel, c'est-à-dire le soignant dans l'intersubjectivité, et au niveau groupal. Ces deux « niveaux de contenance » sont intriqués, intimement liés. Si l'un est défaillant, il est alors clair que l'autre ne pourra être stable. De nombreux auteurs se sont questionnés sur cette « fonction à contenir ». En nous appuyant sur leur réflexion, nous souhaitons mettre en évidence les stratégies soignantes utilisées comme alternative à l'isolement, à l'UMD.

Notre problématique s'est orientée vers la question suivante : « comment un soignant en UMD, dans les questionnements actuels, fait-il pour être contenant au quotidien auprès de patients dits difficiles? Nous nous intéressons aux moments de tension en dehors de toute urgence. Les hypothèses initiales se déclinaient en deux thèmes : le groupal et l'individuel. D'un point de vue groupal, nos hypothèses étaient que le recours à l'isolement signerait une capacité de contenance d'équipe dépassée, et que la contenance serait en lien direct avec la cohérence d'équipe. Cet aspect groupal fait référence à la dynamique d'équipe et au dispositif institutionnel. D'un point de vue individuel, nos hypothèses s'axaient sur les représentations normatives du soin, la rigidité du cadre thérapeutique, l'implication et l'impact affectifs du professionnel. Notre recherche est observationnelle, mixte (qualitative et quantitative) et concerne uniquement l'UMD du Vinatier.

Il est évident que notre étude ne se veut pas généralisable à toute UMD. Elle est, à cet instant, un « état des lieux » et aurait pour ambition principale d'amorcer des temps d'élaboration autour de la contenance, de l'isolement et des « mesures alternatives ». C'est une invitation à la mise en commun et au partage des différentes visions du soin avec l'ensemble des professionnels de

l'UMD. La recherche, en elle-même, représente un média qui permet une distanciation par rapport aux soins, et un travail d'appropriation. Elle vient faire tiers pour compenser les difficultés rencontrées sur le terrain de confrontation de point de vue. Elle permet en effet d'aller au-delà de la dichotomie entre bonne et mauvaise pratique. Les résultats se veulent utiles au plus grand nombre ; l'objectif est davantage de comprendre une réalité, un certain phénomène, reflet de la complexité du soin.

Nous développerons dans un premier temps le cadre théorique qui nous renseigne sur l'histoire du concept de contenance. Ensuite, nous détaillerons le déroulement de l'enquête pour aller progressivement vers l'analyse.

II. Cadre théorique

1. Contenance individuelle

Nous avons fait le choix de réinterroger nos pratiques à partir du concept de contenance. Les patients que nous rencontrons sur le terrain sont souvent incapables de formuler une demande de soin. Ils luttent contre des souffrances primitives. Denis MELLIER[2] fait l'hypothèse, que la fonction contenante permet de reconnaître et de traiter ce type de souffrances. Nous cherchons à cerner les différents contours de cette notion pour en comprendre sa genèse et ses intérêts cliniques.

Nous vous proposons, dans un premier temps, d'évoquer le référentiel théorique qui sera notre base durant ce travail de recherche. A l'origine, la psychanalyse s'intéressait à la névrose. Elle explorait les conflits intrapsychiques et donc les contenus. En 1920, FREUD[3] esquisse la question de la contenance avec la fonction de pare-excitation, qui protège l'appareil psychique des excitations du monde extérieur.

S'inspirant des travaux de FREUD, Jean BERGERET[4] enseigne la théorie « structurale ». La maturation psychique s'effectuerait par l'intégration de stades successifs. Chaque stade serait sous-tendu par une organisation pulsionnelle (stade oral, anal…). Cette approche reste centrée sur l'individu et les solutions qu'il met en œuvre pour traiter sa conflictualité.

Plus tard, les soins auprès d'enfants, de patients psychotiques et d'états limites, ainsi que l'analyse des groupes, font découvrir la notion de limites et de frontière du Moi. La question du contenant fait son apparition.

D.W. WINNICOTT introduit l'idée que la réaction de l'objet a un impact sur le sujet. Il étudie les rapports entre un sujet et son environnement. Les soins maternels assurent la fonction de pare-excitation pour le nourrisson. Il met en lien la disponibilité d'esprit de la mère (préoccupation maternelle primaire) et les soins physiques qu'elle apporte au bébé. En 1950, il évoque un nouveau paradigme, celui d'une « mère suffisamment bonne ». A partir de ces observations, il élabore sa

[2] MELLIER, D (2005). La fonction à contenir : Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. La psychiatrie de l'enfant, (vol 48) pp. 425 – 499.

[3] FREUD, S (1920). Au-delà du principe de plaisir.

[4] BERGERET, J (1974). La personnalité normale et pathologique.

théorie du holding. Le sentiment d'unité (Moi intégré) est étroitement lié à la fonction de holding (maintien).

Son point de vue se confond avec la définition étymologique du terme « contenance ». Il vient du latin « cum » (avec) et « tenere » (tenir), qui signifie « tenir ensemble », « maintenir uni »[5].

Le holding met en évidence l'importance de l'intersubjectivité, c'est-à-dire l'importance des réponses de la mère adressées au bébé. La rencontre va dépendre de la qualité de ces interactions. Elle exige ce qu'appelle Daniel STERN un accordage affectif, dans le sens d'un partage d'affect. Dans son texte « le monde interpersonnel du nourrisson », il montre comment, à partir des expériences relationnelles mêlant affects et sensations, le nourrisson va pouvoir faire des liens. Ce travail de lien lui donne accès à un sentiment de continuité et d'unité corporelle. Le holding de WINNICOTT et l'accordage affectif s'observent lorsque la mère prend plaisir à être en relation avec son bébé.

Dans le prolongement de ces découvertes, Didier ANZIEU explore la question de la contenance du côté du corps. En 1985, il achève sa théorie du « Moi-peau » : les soins maternels constituent une enveloppe créant une limite entre le sujet et son environnement. La problématique à laquelle est confronté le nourrisson associe le corporel, le psychique, et la différenciation moi/non-moi. Nous sommes dans le champ des problématiques primitives qui se situent avant l'apparition du langage. En prise avec ce type de problématique, nous comprenons qu'un sujet en souffrance ne puisse pas formuler de demande de soin. La fonction de contenance devient utile et nécessaire. Selon André GREEN[6], cette conflictualité prend l'allure d'un problème de pensée mais elle concerne essentiellement la question des limites :

- limites avec l'extérieur : Moi/non-moi,
- limites internes : conscient/inconscient

Dans ce contexte, cet individu perçoit le monde de façon indifférenciée, et le soignant sera immanquablement aux prises avec cet indifférencié. Une ébauche de la fonction contenante se dessine. Elle serait la fonction nécessaire pour repérer et traduire l'indifférencié. Ce qui n'arrive pas à se conflictualiser à cause de cette absence de différenciation est projeté par le patient (en dehors). Autrement dit, se différencier nécessite avant tout, dans un même mouvement, de se lier et de se rassembler. Nous retrouvons avec cet énoncé le sens étymologique du terme « contenance ». A ce stade de notre réflexion, nous devons approfondir la question du lien, en nous référant aux travaux de W.R. BION. Il relaie les observations de WINNICOTT sur le rôle des soins maternels avec l'idée d'une fonction alpha : la mère, avec sa capacité de rêverie, transforme les éléments ou éprouvés bruts, impensables, ou intolérables, projetés par le bébé. Ce travail de mise en sens est renvoyé au bébé. BION parle d' « échoïsation »[7]. Ce travail de transformation, comme nous l'avons vu avec Daniel STERN, demande ajustement et souplesse. Tout se passe comme si la mère mettait à disposition son appareil à penser. La fonction alpha serait un processus à l'origine de toute pensée, nécessaire pour ressentir des émotions. Ce processus s'effectue correctement lorsque la mère ressent les émotions avant que le bébé puisse les éprouver et qu'elle les lui restitue. La fonction alpha, processus de transformation, relie le bébé à sa mère. Les tensions et l'énergie pulsionnelle du nourrisson sont transformées sous une forme qu'il peut assimiler ou penser, lui permettant de relier son psychisme à son corps. C'est à partir de ces éléments alpha que la pensée se construit.

---

[5] Jean-François LARRALDE, Benoit LEBLANC, « Continuité et contenance institutionnelle. Nouage entre continuité d'action et discontinuité affective. » Empan, 2012/1 (n°85), p43-49, DOI 10.3917/Empan.085.0043

[6] GREEN, André. Psychanalyse et psychiatre français (12 mars 1927 - 22 janvier 2012)

[7] BION, W-R (1979). Aux sources de l'expérience.

En 1911, BLEULER[8] invente le néologisme « schizophrénie » : terme qui vient de « schizen » (scinder) et « phren » (l'esprit). Cette appellation met en exergue que, dans la psychose, la pensée perd son unité, elle manque de lien. Il y a des correspondances entre les liens dedans et les liens dehors.

Nous pouvons proposer une première définition de la contenance : c'est un travail psychique de transformation, de mise en forme d'un vécu sans aucun sens (impensable) à une mise en mots d'un état émotionnel. L'impensable, l'indifférencié, sont des signes de souffrances primitives. Rappelons aussi que l'indifférencié crée un temps sans repère, bloqué dans le présent. C'est donc à un autre d'introduire une temporalité psychique, d'accueillir et de penser les souffrances, de ressentir les émotions avant que le sujet puisse les identifier.

Dans le domaine des souffrances primitives, le sujet est en quête de médiation (autre), à la recherche d'une personne capable « d'échoïser », de refléter ce qu'il vit. René ROUSSILLON[9] dirait qu'il y a ici un appel à l'intersubjectivité sans adresse, qui cherche un répondant. Dans l'intersubjectivité, grâce aux processus de transformation, il y aurait une amélioration des limites corporelles et de l'état des enveloppes psychiques (D. ANZIEU).

En 1942, Albert CAMUS, dans son texte « Le mythe de Sisyphe », aborde, semble-t-il, la question de la contenance. Il écrit « l'absurdité nait de la confrontation entre un appel humain et le silence déraisonnable du monde. ». L'insensé, l'impensable, et ce que BION appelle les éléments béta, représenteraient l'absurdité de CAMUS. Le silence correspondrait à une absence d'échoïsation, c'est-à-dire à l'absence de répondant.

Plus tard, nous réalisons que le monde se désintéresse de nous. Il est indifférent à ce que nous vivons, à nos désirs, et à nos souffrances. C'est ce que FREUD[10] appelle « principe de réalité ». Cette indifférence, nous la combattons en cherchant au moins un individu capable de s'intéresser à ce que nous ressentons. L'enjeu de toute relation serait la rencontre : rencontrer une personne susceptible de se sentir concernée et touchée par ce qui nous arrive, trouver quelqu'un avec qui partager ce que nous vivons, rompre notre propre solitude.

Comme nous l'avons vu, les souffrances primitives sont intolérables et rendent la rencontre difficile. Pour les patients psychotiques, la rencontre qui n'a pas pu avoir lieu à une époque archaïque semble demander une seconde chance. C'est un appel qui espère un répondant. Sur le terrain, nous l'observons quotidiennement. Nous partageons leurs espoirs et leurs déceptions. Ils nous confient tout ce en quoi ils croient et tout ce en quoi ils ont cessé de croire. Nous les accompagnons dans l'effort quotidien qu'ils fournissent pour tisser des liens et lutter contre une pensée qui en manque.

Georges DEVEREUX, dans « De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement », montre que les patients nous observent. Ils cherchent à vérifier la solidité du lien. Ils vont créer des situations pour nous tester. Ils nous mettent à l'épreuve. Comme les soignants, ils explorent ce qui se passe chez l'autre. Ils nous étudient, à travers nos propos et nos actes. Ils cherchent à savoir qui nous sommes, pour évaluer le risque encouru. Quelle est alors la nature du risque encouru ? Dans son texte « Le petit prince », Antoine DE SAINT-EXUPERY nous offre son point de vue :

- « Que signifie apprivoiser ? », questionne le garçon.

---

[8] BLEULER, E (1911). La démence précoce et le groupe des schizophrénies.

[9] ROUSSILLON René, psychanalyse, psychologue et professeur émérite de psychologie à l'université Lumière Lyon 2

[10] FREUD, S (1890-1920). Résultats, idées, problèmes tome 1.

- « Créer des liens… Si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre. Tu seras pour moi unique au monde et je serai pour toi unique au monde. », répond le renard.

L'auteur nous renseigne sur le risque de l'intersubjectivité. C'est la découverte de la dépendance. C'est réaliser que l'autre est un autre sujet à part entière, doté d'une autonomie propre. Semblable et en même temps différent. Pour les patients dont nous avons la charge, l'idée même de dépendance est insupportable. Elle vient rouvrir une blessure narcissique ancienne. Nous leur renvoyons que la logique du « tout, tout de suite, tout seul » n'est pas possible. Cette logique est celle de l'immédiateté. Y renoncer, c'est accepter une logique où le choix est possible. Mais comment faire lorsque précisément la temporalité psychique n'est pas intégrée ? Nous avons là un conflit, source de frustration et de violence. A cette question, A. DE SAINT-EXUPERY répond : « s'apprivoiser ».

Qu'en pensent les autres auteurs ? WINNICOTT parle de survivance de l'objet. C'est maintenir un lien en exerçant ni rétorsion (représailles), ni retrait (isolement). C'est montrer au patient que le monde a survécu à sa rage, expression de sa détresse. Le soignant et l'équipe sont suffisamment forts pour ne pas être détruit. Le patient comprend ainsi qu'il peut rencontrer le professionnel sans danger. Un climat de confiance s'installe peu à peu et donne naissance à un sentiment de sécurité.

Allons plus loin dans la problématique que soulève l'intersubjectivité. Voici trois façons différentes de s'interroger :

- Quel est l'impact de ce que vit le patient sur le soignant ?
- Quel est l'impact de ce que l'on dit et ce que l'on fait sur l'autre ?
- Quel est l'impact des mouvements transférentiels ?

C'est la question de l'effet de la psychose sur le soignant. Pour l'imaginer, prenons la métaphore de la radioactivité. Invisible, elle produit des effets à distance. L'indifférencié, l'insensé, l'impensable, projeté par le patient « irradie » le soignant. Le risque est de se perdre dans la confusion qui en résulte : ne plus pouvoir distinguer ce qui vient de soi, de ce qui vient de l'autre. Cette position est anxiogène. Et pourtant, nous ne pouvons pas faire l'économie de la rencontre. Elle fait surgir le singulier et l'authentique, permet l'émergence du soin. Patients et soignants, nous sommes mis dans la situation de construire le soin, de l'inventer. Cette création passe inévitablement par la rencontre.

Le soignant, semblable à un passeur, rejoint le patient dans un monde insensé, pour le guider vers un territoire chargé de sens, terre d'asile qui le met en lien avec lui-même et autrui.

Comme nous l'avons déjà précisé, la spécificité de l'UMD, et par extrapolation toute unité de soin en psychiatrie, résiderait dans la mise à disposition d'un espace capable d'accueillir et de transformer le vécu douloureux, l'agressivité et la violence du patient. Il met en scène ses symptômes, ce qu'il ne peut penser et tolérer tout seul. Le soignant, grâce à sa disponibilité d'esprit, similaire à la capacité de rêverie de W.R. BION, met en sens ce qui a été ainsi transféré. Cette situation n'est pas sans danger pour le soignant. Il est confronté à l'impact émotionnel des souffrances archaïques, aux effets contaminants. Réguler l'impact de ces effets devient indispensable. Pour y parvenir, le professionnel aura recours à l'étayage du groupe soignant. Avant de développer cet aspect, faisons un schéma récapitulatif concernant les modalités de la rencontre, que nous appellerons « Fonction contenante du soignant ».

FONCTION CONTENANTE DU SOIGNANT

Mise en scène

Transfert

PATIENT

SOIGNANT

Un appel, une demande implicite de soin

Mise en scène de l'indifférencié : ce sont des symptômes sous forme de

- Délires, hallucinations
- Plaintes somatiques
- Comportements : régression, agressivité, passage à l'acte

Caractéristiques du patient : dépendance psychique, se manifestant par sa blessure narcissique, l'immédiateté,

ACCUEILLIR

/

TRANSFORMER

/

RESTITUER

/

SYMBOLISER

W.R. BION

Un répondant

Mise en sens, différenciation par un savoir-être, une disposition d'esprit :

- Renoncer au soignant supposé savoir
- Se laisser surprendre par la rencontre

Caractéristiques du soignant : sa résistance, la survivance de l'objet selon D. WINNICOTT

Mise en sens

Contre-transfert

2. Contenance groupale

Un hôpital est une institution dont la mission première est de soigner. Cette dimension thérapeutique est portée et assurée par des équipes. A quelles conditions une institution peut-elle être soignante ?

Dans un article s'intéressant à la contenance groupale, Christophe BITTOLO[11] avance une hypothèse : les équipes maintiennent l'institution vivante en luttant contre la destructivité et la déliaison. Elles doivent accomplir un travail de transformation et de mise en sens, de ce qu'elles vivent. La destructivité et la déliaison correspondent aux « attaques du dedans » provenant des souffrances archaïques accueillies. Nous observons quotidiennement que les liens que les équipes s'efforcent d'instaurer avec les patients psychotiques sont mis à mal et attaqués par ces derniers. A celles du dedans, s'ajoutent les « attaques du dehors », comme les contraintes budgétaires, une tendance au protocole, une certaine lenteur administrative… Ces mouvements conjugués atteignent les équipes dans leurs capacités de penser le soin collectivement. Dans ce contexte, comment une institution hospitalière peut-elle rester un lieu d'accueil, de transformation psychique et de contenance ? Comment éviter qu'elle ne devienne un lieu d'exclusion et de contention ?

Pour comprendre ce qui se joue à l'échelle institutionnelle, il faut admettre qu'une lecture clinique individuelle, c'est-à-dire intersubjective, est nécessaire mais non suffisante. Cette lecture ne rend que partiellement compte des enjeux institutionnels. C'est le travail de penser d'une équipe autour des problématiques des patients qui permet de les mettre en évidence. Toute équipe est inévitablement affectée par la souffrance qu'elle accueille. Nous parlons parfois de « contamination », pour souligner l'aspect toxique de ce qui se transfère. Nous nous situons en-deçà du langage, dans un monde sensoriel et indifférencié. Ces souffrances transmettent de l'excitation, de la douleur, de l'étrange, de la peur, de l'insupportable… Sous toutes ces formes, ces signes sont des messages, initialement vides de sens, adressés à l'équipe. Le travail d'équipe consiste à accueillir ces signes et à les métaboliser.

Qu'est-ce qui soutient ce travail de transformation ? Nous pouvons en parler en termes de processus ou de temporalité. Christophe BITTOLO repère deux processus, et Denis MELLIER deux temporalités :

- accueillir ce qui est déposé, mis en scène, autrement dit la conflictualité psychique du patient,
- élaborer, transformer, métaboliser les sensations et les ressentis des soignants.

Il s'agit de penser les mouvements transférentiels qui concernent chaque membre de l'équipe, penser ce qui est confus, incompréhensible, insensé… Et ce qui crée conflit chez les soignants.

René KAES[12] a montré que l'équipe est un appareil psychique groupal capable d'assurer ce travail. Il requière des professionnels solidaires et disponibles. En appui sur un dispositif composé d'un cadre institutionnel (espaces de réflexion et d'échanges) et d'un cadre de soin, une élaboration groupale peut se déployer. Ce dispositif est conçu pour accueillir les souffrances archaïques. Il doit pouvoir les porter. Pierre DELION[13] évoque une « fonction phorique ». À l'intérieur de ce dispositif, les

[11] BITTOLO, C (2016). D'un groupe à un autre. La contenance psychique d'une équipe et ses scories dans les prises en charge institutionnelle.
[12] KAES, R (1993). Le groupe et le sujet du groupe. Eléments pour une théorie psychanalytique des groupes.
[13] DELION, P (2000). L'enfant autistique, le bébé et la sémiotique.

patients nous adressent des messages, dont nous devenons les porteurs. Il parle de « fonction sémaphorique ». Cette fonction exige de l'observation clinique, c'est-à-dire de l'attention en direction des patients. C'est être attentif aux ambiances de l'unité, aux humeurs qui traversent le groupe au sens large (soignants et soignés). Ces deux fonctions, phorique et sémaphorique (accueil et observation) correspondent à une première temporalité. Dans un second temps, l'équipe associe librement, en investissant les espaces de parole : moments informels comme la pause-café…Les relèves, les synthèses cliniques, les réunions institutionnelles, et l'analyse de la pratique. Nous interprétons les signes pour en donner un sens clinique. C'est la « fonction métaphorique ».

Ce travail de penser collectif peut être contrarié par des processus psychiques actifs au sein de tous les groupes. Ce sont des jeux d'alliances et de pactes inconscients qui assignent des rôles précis aux membres du groupe. Ces alliances et ces pactes reposent sur des enjeux narcissiques privilégiant la dimension affective au détriment de la pensée. Des situations de tension enferment d'autant plus facilement les membres d'une équipe dans ces rôles, les empêchant de penser.

A partir d'une recherche qui s'intéressait à l'évolution d'une institution éducative sur une période de dix ans, D. MELLIER[14] repère trois types de fonctionnement d'équipe :

- une équipe suffisamment solide, capable de penser les souffrances archaïques. Pour la caractériser, il parle d' « enveloppe groupale ». L'investissement des professionnels auprès des patients favorise les liens entre eux et crée un sentiment de sécurité. L'équipe métabolise les mouvements transférentiels autour des problématiques rencontrées. Ce travail d'équipe est un travail de contenance, qui correspond à un travail de lien. C'est ainsi que D. MELLIER observe des aménagements du cadre institutionnel et du cadre de soin.
- Une équipe qui réagit aux tensions (contention). Elle gère ses angoisses en les orientant ailleurs et en désignant un responsable extérieur au groupe (directeur, famille, autre unité…) ou dans le groupe (médecin, cadre de santé, infirmier…). Ces mécanismes projectifs sont assimilés à de la contention, dans la mesure où l'équipe contient les angoisses sans les métaboliser. Les angoisses non transformées se retrouvent éparpillées dans toute l'institution. Il observe une rigidité dans le fonctionnement de l'équipe, une indifférenciation des places et des rôles et un climat d'insécurité. Il conclut que la contention institutionnelle est une défense contre un travail de lien.
- L'équipe est débordée par les anxiétés non contenues (crise). Les angoisses non transformées ont envahi et contaminé tout le groupe soignant, en proie à des conflits de personnes. L'intégrité du groupe est menacée. L'équipe n'arrive plus à penser son travail.

Ces différentes modalités de fonctionnement, c'est-à-dire une façon d'être ensemble, d'échanger et de penser, est communément appelée « dynamique de groupe ». Un fonctionnement dit « normal » reflète l'ensemble des modalités (contenance, contention, crise). La dynamique d'une équipe correspondrait au travail de contenance, c'est-à-dire à la façon dont une équipe traite la question contre-transférentielle.

Il faudrait développer les espaces d'élaboration pour que les membres d'une équipe se recentrent sur les problématiques cliniques. Ce dispositif de travail permettrait de limiter les conflits de personnes et d'accepter l'interdépendance de tous. Il créerait dans le même temps une dynamique d'équipe capable d'envisager un ajustement à la personne soignée. Cet ajustement

[14]MELLIER, D (2002). L'inconscient à la crèche. Dynamique des équipes et accueil des bébés. Toulouse. Ères, coll. « La vie de l'enfant », 3ème éd., 2004

s'accompagnerait d'un aménagement du cadre institutionnel et du cadre de soin. L'équipe passerait d'un fonctionnement rigide à un fonctionnement souple et ferme à la fois.

III. Déroulement de l'enquête

1. Les étapes de réflexion

o L'origine de la réflexion – Slimane ZERROUK, infirmier et principal investigateur

Le point de départ de cette enquête résulte d'un questionnement qui ne m'a pas quitté depuis mon arrivé à l'UMD. Chronologiquement, l'unité 1 – unité d'admission - ouvrit ses portes en décembre 2011, suite à un recrutement massif. Puis vint l'unité 2 en avril 2012 et enfin l'unité 3 en juillet 2012, qui sont les deux unités de suite. Le suivi des patients au sein de l'UMD se découpent donc selon plusieurs temps : ils sont admis pour une courte durée sur l'unité 1 puis orientés ensuite sur les deux autres unités, en fonction du psychiatre référent. Ils y séjournent, en moyenne, entre six mois et un an.

A la fin du mois de juillet 2012, j'intégrais l'unité 2 en tant qu'infirmier, après une formation de quinze jours intitulée « psychopathologie de la violence ». La majorité des soignants en formation avec moi allaient constituer l'équipe de l'unité 3.

Dès le début, au sein de mon équipe, j'observais des disparités dans la pratique soignante, et des points de vue tranchés. Certains estimaient qu'il « ne fallait pas exciter les patients » et évitaient la relation en dehors des temps qui rythment une journée (repas, traitements médicamenteux, levés, couchés). D'autres, à contrario, se « mélangeaient » aux patients et proposaient des moments de partage autour d'activités (babyfoot, cinéma, jeux de société…). Je m'interrogeais alors sur la nature du clivage. Dans les deux autres unités de soins, lors de remplacements, je découvrais encore d'autres façons de penser le soin et de l'agir. Je réalisais la richesse que produisait cette diversité de points de vue et de postures professionnelles. Des approches psychodynamiques, comportementalistes, et pragmatiques, s'entrechoquaient. Comment en tirer profit, en faire une force plutôt qu'un obstacle ?

Parallèlement, je portais un vif intérêt à la psychologie clinique et aux aspects systémiques du soin en psychiatrie. Je n'ai pas cessé d'approfondir mes connaissances dans ces domaines en me plongeant dans une littérature variée. J'éprouvais le besoin de m'investir dans des activités médiatisées. C'est ainsi que j'ai animé, avec le psychologue de l'UMD (M. Paul BERAUD) un groupe « Photo langage » durant plusieurs années. Je réalisais que l'étayage du groupe portait chacun de ses membres. Les sentiments de sécurité et de confiance créaient des liens et favorisaient les échanges. Fort de cette expérience, j'ai conçu avec l'ergothérapeute (Mme Irène KATSAROS) un projet d'atelier « Ecriture », que nous avons intitulé « Groupe Mémo ». J'ai observé les mêmes effets. Mes observations et mes lectures m'amenaient à comprendre que le point commun à toutes ces expériences pouvait se résumer en quelques mots : la contenance soignante. En avril 2016, le Conseil Scientifique de la Recherche (CSR) du Vinatier diffusa un appel à candidature pour un projet de recherche, destiné aux agents travaillant à l'hôpital. Toute proposition retenue bénéficierait d'une aide financière et méthodologique.

La recherche représentait un excellent moyen d'expression. Elle était un média capable d'impliquer un grand nombre de soignants. C'est l'outil qui me convenait le mieux pour approfondir ma réflexion. Elle apporte également une mise à distance des problématiques rencontrées.

En juillet 2016, je proposai à trois collègues (infirmière, psychomotricienne et ergothérapeute) de répondre à l'appel du conseil scientifique. Enthousiasmées, elles acceptèrent de participer à cette aventure intellectuelle. Nous débutions alors par une mise en commun de nos idées, nos expériences, à chaque instant possible. Nos professions différentes et nos positionnements professionnels variés nous permettaient une complémentarité de réflexion : deux infirmiers en contact direct avec les problématiques d'équipe et deux rééducatrices ayant d avantage de recul quant à tous ces questionnements.

Conjointement à nos premières réflexions, le texte de loi concernant l'isolement et la contention parut.

o Les premiers pas du projet

En septembre 2016, lors d'un rendez-vous avec notre cadre supérieure de santé (Mme Corinne BOUCHET) et le médecin chef de l'UMD (M. François RENAULT), nous obtenions le soutien hiérarchique de notre initiative.

De septembre 2016 à novembre 2016, nous avons pris le temps d'élaborer la problématique et les hypothèses. Débutait alors la longue période de documentation, de lectures d'articles, revues, livres, qui se rapportaient au concept de contenance. Nous avions conscience que cette étape conditionnerait notre recherche. En octobre, dans le cadre d'une rencontre annuelle, des membres de l'équipe de l'U.M.D de Montfavet ont pris le temps d'échanger à propos de notre projet et de tester notre questionnaire. Leurs remarques ont enrichi le travail d'élaboration et permis de modifier quelques questions. Cette réflexion collective s'inscrivait dans un contexte particulier. En effet, parallèlement à ces débuts de projet, les termes de « pratiques coercitives » et les recommandations de l'Agence Régionale de Santé (ARS) furent de plus en plus évoqués sur l'hôpital.

Aux différentes étapes de l'élaboration de notre projet de recherche, nous avons rencontré des professionnels qui nous ont permis de mettre en place ce projet, méthodologiste, statisticienne, direction de la recherche du CH Le Vinatier.

o Le lancement officiel du projet

Face à nos interrogations sur la contenance soignante, une première intuition –qui deviendra hypothèse- s'imposait à nous : lorsque les capacités de contenance d'une équipe sont dépassées, elle aurait recours à l'isolement. Cela souligne deux niveaux de contenance : l'individuel c'est-à-dire le professionnel dans l'intersubjectivité, et le groupal. Nous pensions qu'il devait y avoir des corrélations entre le soignant, l'équipe, et l'institution. Nous cherchions alors à décrire et à comprendre la pratique soignante sous le projecteur de la contenance. Nos expériences ont fait émerger des notions secondaires, dont voici les principales :

- la réaction en miroir du soignant, ou de l'équipe, face à la désorganisation et l'agressivité du patient,
- l'application du cadre de soin comme finalité à atteindre, plutôt que comme support relationnel,

- l'exercice professionnel en « solitaire » : prise de décisions importantes sans concertation, absence de transmissions orales ou écrites de ses observations…
- L'implication affective forte ayant pour conséquence la suspension de notre esprit critique,
- la recherche de solution à la place du patient, et donc prise de position en tant que soignant détenant un savoir susceptible de résoudre les problèmes. C'est peut-être la manifestation de la toute-puissance du professionnel qui s'imagine sauveur, alternant les moments de fascination et les moments de rejet. Cette attitude risquerait d'alimenter la persécution du patient, déjà présente.

Les objectifs de cette enquête seraient de:

- mettre en évidence des corrélations entre contenance individuelle, contenance groupale, agressivité et le recours à l'isolement,
- vérifier qu'il existerait trois niveaux de contenance : individuel, groupal et institutionnel.

En décembre 2016, notre dossier est présenté puis validé par le Conseil Scientifique de la Recherche (CSR). Suite à ses recommandations, nous prenions contact avec M. Nicolas CHAMBON, sociologue à l'observatoire national s'intéressant aux liens entre santé mentale et problématiques sociales (ORSEPERE), en tant que référent scientifique.

En janvier 2017, lors d'une réunion institutionnelle inter-équipe, les professionnels de l'UMD prirent connaissance de notre travail de recherche et de l'intérêt de cette entreprise. L'objectif fut clairement établi : permettre de valoriser le travail du soignant, et de cerner les difficultés rencontrées face aux réalités de terrain.

Le Comité de Protection des Personnes (CPP) de Nice, organisme indépendant tiré au sort pour évaluer la pertinence et la faisabilité de notre projet, nous conseilla de déléguer la conduite d'entretien pour renforcer l'objectivité de l'enquête. M. Nicolas CHAMBON s'engagea alors à mener les entretiens.

En avril 2017, nous recevions l'autorisation de débuter la recherche. A plusieurs reprises, nous avions rencontré les équipes et avions diffusé par email une information qui reprend les grandes lignes de notre projet.

Après ce travail de communication, nous lancions les questionnaires via l'outil informatique (questionnaire anonyme via GoogleForms®), dont nous avons eu 36 retours. Enfin, nous programmions 6 entretiens, au courant du mois de juillet 2017. Les volontaires furent informés des conditions d'interview, et les enregistrements sur dictaphones effacés après retranscription. Les deux secrétaires de l'UMD, Mme Esther CARAYON et Mme Muguette VANOVE, s'occupèrent de la retranscription de l'ensemble des entretiens.

2. Les outils

o Population ciblée

La population concernée par notre étude était l'ensemble des professionnels en contact quotidien avec les patients de l'UMD. Ils sont aides-soignants diplômés, infirmiers diplômés d'Etat, infirmiers spécialisés en psychiatrie, et travaillent tous de jour. La participation des soignants était basée sur le volontariat. Ci-dessous le tableau reprenant les informations principales des entretiens.

Participant	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6

Initiales	A.J.	F.Y.	D.F.	D.B.	V.C.	B.Y.
Date de l'information	05/05/2017	11/05/2017	28/04/2017	05/05/2017	04/05/2017	08/05/2017
Date du remplissage du questionnaire	07/05/2017	12/05/2017	09/05/2017	08/05/2017	05/05/2017	17/05/2017
Date de l'entretien	04/07/2017	05/07/2017	10/07/2017	10/07/2017	11/07/2017	11/07/2017

- Outils d'investigation

Cette recherche utilise à la fois un questionnaire et un entretien. L'étude observationnelle se veut donc mixte : quantitative via le questionnaire, et qualitative via l'entretien. Les deux outils d'investigation sont construits sur les mêmes thèmes, mais la forme des questions les différencie. Elles sont fermées pour le questionnaire, et ouvertes pour l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés dans le salon visite de l'unité 2, réservé par rendez-vous. La date était notée sur l'outil informatique Outlook, et la durée fixée à 45 minutes. Ils ont tous été menés par M. Nicolas CHAMBON. Ces rencontres ont été enregistrées sur dictaphone.

Les thèmes abordés sont : le profil soignant, la contenance, l'isolement, l'agressivité, et le cadre de soin. Notre enquête visait à recueillir trois grands types d'informations :

- les représentations (définitions et conceptions) concernant les notions de contenance, d'isolement, d'agressivité et de cadre de soin,
- les actions, soit la pratique soignante de l'isolement et de la gestion de l'agressivité,
- les ressentis ou émotions ainsi que ce qui favorise ou diminue les capacités de contenance.

Ces données devaient nous permettre de répondre à la problématique : comment fait un professionnel à l'UMD pour être contenant, dans les moments de tension, en dehors d'un passage à l'acte ? Au-delà du descriptif, nous souhaitions vérifier s'il existe des liens entre les représentations, les actions, et les émotions. L'analyse avait pour objectif de nous instruire sur nos pratiques. Nous cherchions à décrypter le processus de contenance et à repérer les facteurs qui la construisent : les partages d'expériences et les formations contribuent-ils à renforcer la contenance d'un soignant ? Comment se crée une cohésion et une cohérence d'équipe ? A travers notre projet de recherche, nous espérions enrichir notre pratique.

IV. Analyses

1. Analyse des entretiens

1) Analyse analytique des entretiens

- Infirmier expérimenté (9 ans), en poste à l'UMD depuis l'ouverture (6 ans). Entretien du 5/7/2017

Définitions

La contenance

L'infirmier place d'emblée la contenance dans le registre du non-verbal. Le corps est au premier plan. Etre contenant, c'est être en capacité d'apaiser une angoisse avec des mots et un savoir-être. La question de la relation est centrale dans sa réflexion : « c'est l'environnement, c'est physique. C'est le côté rassurant qu'amène le soignant par sa parole, sa posture, par ses réactions. C'est un mélange de plein de choses autant physique, psychique que morale. ».

L'agressivité

L'agressivité proviendrait de la pathologie, de la contrainte et de l'enfermement. Le soignant apporte des causes contextuelles, sans évoquer l'origine pulsionnelle de l'agressivité. Il précise que le lien créé dès les premiers jours (accueil) est primordial et conditionne la suite de l'hospitalisation. Tisser du lien dès l'admission limiterait l'agressivité du patient.

L'isolement

« L'isolement est un soin » affirme-t-il. Il joue un rôle de pare-excitation. Une relation privilégiée et personnalisée se crée avec le patient. D'après ses dires, c'est la façon dont l'équipe s'y prend et le sens attribué à cette action qui en font un soin.

Le cadre de soin

Dans le discours du professionnel, le cadre de soin est pris au sens large dans un premier temps. Il inclut les murs, la contenance soignante, les traitements médicamenteux, et autres thérapies. Puis, il précise sa pensée : « c'est une prise en charge personnalisée au plus près de chaque patient et adaptée à sa clinique, pathologie et à sa personnalité… ». Sa définition s'éloigne de l'idée du protocole, ensemble de règles à suivre, et devient plus individualisée. Le cadre s'ajuste à la clinique du patient. Il ajoute : « il faut arriver à donner du sens… s'en amuser. Il n'y a rien de ferme mais quelque chose de mouvant. ». Souplesse, jeu, et comme l'évoque René Roussillon, la malléabilité[15] représenterait une qualité utile pour porter le cadre. A comprendre comme une capacité à s'ajuster à l'autre, et pas comme un objet sans forme ou sans consistance.

Emotions

Il ressent de l'agacement et de la déception lorsque son investissement auprès du patient ne suffit pas à obtenir les résultats escomptés. Vient ensuite le temps de la colère. Il met en évidence la douloureuse confrontation du soignant au sentiment d'impuissance. La contenance est une question de forme physique et mentale. Il préconise de prendre soin de soi : « il faut savoir s'écouter et sentir que l'on est ou pas en état de contenir. ». Il remarque également que l'enseignement actuel ne développe pas suffisamment l'aspect savoir-être dans les IFSI.

[15] ROUSSILLON, R (2011). Le concept du maternel primaire, revue française de psychanalyse (n° 5, vol 75).

Actions

Agressivité verbale entre deux patients

L'infirmier s'appuie sur son expérience pour agir. Il affirme, par ailleurs, qu'il n'y a pas de recette : « il faut aller au feeling et avec l'expérience, on voit ce qui a pu marcher ou non. ». Ainsi, sa manière d'agir fera référence à l'empirique, aux apprentissages « sur le terrain ». Il est alors légitime de se questionner sur l'incertitude offerte par des actes soignants « au feeling » : sans savoir quels vont être les réactions, les résultats. Comment les professionnels font-ils pour gérer cette part d'incertitude, semblant inhérente au soin d'après l'infirmier ? Il dit ressentir un peu de peur et d'appréhension.

Agressivité verbale d'un patient sur un soignant

Il affirme que l'attitude à adopter est celle qui lie fermeté et souplesse, mais ne développe pas l'origine de cette agressivité.

Agressivité verbale d'un soignant sur un patient

L'agressivité verbale d'un soignant sur un patient est décrite par cet infirmier comme de la maltraitance verbale. Il estime que tous les soignants l'ont été. Ce constat est à interroger. Le vécu du soignant qui mêle agacement, irritabilité, crainte, débordement ou peur pourrait nous renseigner sur cette agressivité.

Agitation psychomotrice, patient qui déambule

Le professionnel a conscience de sa capacité de contenance, qu'il situe au niveau de la relation : « c'est le lien créé avec le malade qui aide au moment des clashs. ».

Demande insistante et répétée du patient, le soignant n'étant pas disponible

Face à cette attitude, sa réponse est alors « tu répètes avec un ton de plus en plus ferme. ». Ce type d'échange verbal présuppose une certaine fermeté. Le « ton de plus en plus ferme » serait-il à mettre en opposition aux notions de malléabilité et de souplesse ? L'insistance et la répétition des demandes, signant la difficulté du patient à élaborer un conflit interne, a pour conséquence cet « effet miroir », de la part du soignant. La demande implicite derrière ce va-et-vient du patient n'est pas toujours décodée. Il met en scène une souffrance qu'il ne parvient pas à formuler avec des mots. En lien direct avec le ton de plus en plus ferme, le professionnel ajoute : « le patient clash mais la fois d'après, le malade ne refait pas la même chose. ». Ces propos sont intéressants, et la confusion qu'ils apportent pour nous l'est tout autant. En effet, il est possible d'avoir deux lectures très distinctes de cette phrase : le patient est-il en mesure de relier ses actes avec les conséquences, et d'intégrer une notion de responsabilité, ou se soumet-il simplement aux règles, face à une certaine suprématie soignante ? Nos questionnements resteront bien entendu sans réponse claire, cependant nous sommes conscients que parfois, il existe une confusion entre soin et soumission de la part des soignants. L'ambiguïté dans laquelle nous plonge le professionnel met en exergue cette confusion. Pour finir, l'infirmier ajoute : « le patient teste toujours, il faut trouver un compromis. ». Ainsi, l'infirmier semble prendre du recul, et met en avant la nécessité d'ajuster les réponses.

Utilisation du clivage de façon fréquente par un patient.

Pour l'infirmier, le clivage est vu comme un piège dans lequel il ne faut pas tomber. Il s'en méfie. Ainsi, cette attitude n'est pas expliquée comme un mécanisme de défense caractéristique des pathologies psychotiques. En fin d'entretien, il livre sa conception du soin en la synthétisant en une phrase : « le plus important est de repérer la partie saine pour la titiller et la sortir du carcan

pathologique. ». Il y aurait deux parties, une saine et une pathologique. Le sain serait prisonnier du pathologique. Cette dichotomie, cette approche souligne le clivage du Moi, que nous retrouvons chez les patients psychotiques. L'infirmier propose de communiquer avec la partie saine dans l'espoir de la renforcer.

- Infirmier expérimenté (9 ans) à l'UMD depuis l'ouverture (6 ans). Entretien du 11/07/2017

Définitions

La contenance

« Apporter notre matériel psychique, notre présence, ce qui peut rassurer. ». Dans sa définition, l'infirmier repère l'importance du corporel (présence) et souligne que nous prêtons notre « appareil à penser ». Ensuite, il décline d'autres formes de contenance en fonction des situations qui dégénèrent :

- contenance chimique avec les traitements médicamenteux,
- isolement pour couper la personne de tous stimuli extérieurs,
- contenance physique, mécanique, c'est-à-dire attacher un patient pour le protéger.

Tandis que la première forme fait référence à un apport de molécules chimiques, la seconde est l'isolement et la troisième la contention. Ainsi, l'isolement et la contention peuvent être, d'après l'infirmier, un signe de contenance. Notons que ce rapprochement entre « contenance » et « isolement et contention » est fréquent chez le corps soignant. Les professionnels apportent une dimension thérapeutique à l'isolement et à la contention mécanique.

L'agressivité

A propos de l'agressivité, l'infirmier évoque spontanément son ressenti : « c'est un peu dur quand on y fait face en direct. ». Il complète en parlant de sa culpabilité : « quand cela nous tombe dessus, il y a des moments de culpabilité, je suis soignant, qu'est-ce que j'ai fait de mal ? ». Ainsi, l'interrogation soignante quant à une potentielle part de sa responsabilité dans l'agressivité du patient est au premier plan dans le discours du professionnel. Dans un second temps, il apporte sa définition dans laquelle nous retrouvons la dimension pulsionnelle de l'agressivité : « cela part d'un coup comme une décharge, on peut parler de raptus violent. ». Et il conclut : « on n'aura pas la réponse pour certains. ». Il est clair que l'aspect émotionnel est au premier plan et semble jeter un voile sur la réflexion clinique. Penser à l'agressivité serait difficile.

L'isolement

« L'isolement est un soin, ce n'est pas une punition. » affirme l'infirmier. Il servirait à apaiser le patient en l'éloignant de tous stimuli. Il ajoute : « il faut savoir pourquoi on le fait. ». Il oppose ainsi clairement soin et punition. La question de l'isolement est complexe, elle touche des domaines vastes comme la répression, la sécurité et le soin : quelles en sont les frontières ? À quel moment le soignant bascule-t-il du soin à la répression ?

Comme nous l'avons vu avec un autre professionnel, l'isolement jouerait un rôle protecteur en assurant une fonction pare-excitation. L'équipe se concerte, partage ses points de vue avant une décision de mise en isolement. Elle évalue la situation sous l'angle sécuritaire. Violence et menaces justifieraient cette mesure. Le discours de l'infirmier débute sur le soin et s'oriente peu à peu sur le sécuritaire.

Le cadre de soin

Le cadre de soin, « c'est un ensemble de règles posées ou imposées au patient et imposées au sein de l'équipe. ». La contrainte revient dans son discours, à deux reprises, elle est au premier plan dans sa conception du cadre de soin. Or, cette notion fait référence à un rapport de force. Ensuite, il introduit l'idée de jeu en précisant : « il est fait aussi pour être mis à mal par le patient, c'est le jeu, tout en respectant les règles. ». Cette formulation paradoxale au premier abord cherche à montrer combien il est difficile pour un patient de respecter les règles, et pour un soignant de les faire respecter. Le jeu pris dans tous les sens du terme représenterait-il un moyen d'y parvenir ? Cette recherche entre l'un et l'autre constituerait un espace transitionnel de relation et d'échange. Le cadre de soin serait peut-être un support de la relation permettant la création d'un espace commun. C'est la question de forme et de manière qui est posé. Comment porter le cadre ?

Emotions

L'infirmier évoque sa colère, son agacement, son incompréhension, face à son sentiment de n'être pas toujours entendu. Cette absence d'écoute peut s'entendre à différents niveaux, qui ne sont pas développés par le professionnel : au niveau hiérarchique, institutionnel, de l'équipe soignante, ou directement dans la relation avec le patient. Il se demande alors : « qu'est-ce que l'on fait ? ». Il décrit un vécu soignant pénible qu'il gère grâce à ses capacités d'adaptation : « les soignants sont tiraillés entre les médecins et les patients… Il faut adapter son discours en fonction de l'interlocuteur. ». Il met en évidence une intrication entre l'individuel et le groupal.

Sa capacité de contenance est dépendante de sa forme psychique : « on fait avec ce que l'on est. Il y a des hauts et des bas. ». Cette expression met en évidence les risques liés à la profession de soignant, notamment en psychiatrie. La relation soignant/soigné engage effectivement tout notre être, et implique notre vie émotionnelle. Nous sommes en quelque sorte notre « propre outil de travail ». Il aborde ensuite l'idée de contenance groupale. C'est une équipe sur laquelle il peut compter, s'appuyer, et des collègues en qui il a confiance.

Actions

<u>Agressivité verbale entre deux patients</u>

Dans un premier temps, face à cette situation, il n'intervient pas et observe la capacité des patients à traiter le conflit sans aide extérieure. Puis, il évalue l'intensité de leur angoisse et agit en fonction de ce paramètre :

- est-ce que la seule présence soignante suffit ?
- Faut-il les séparer, faire un entretien informel ou donner un traitement si besoin ?

L'infirmier propose des réponses graduées qui s'adaptent au mieux à la situation, il prend le temps de l'évaluation.

<u>Agressivité verbale d'un patient sur un soignant</u>

Dans ce cas de figure, le soignant explique jouer le rôle de médiateur et offrir un espace de parole au patient dans un bureau. Nous pouvons dire que le professionnel utilise ses capacités de contenance qui se manifestent sous la forme d'une présence qui joue un rôle de pare-excitation et d'un entretien pour renvoyer au patient ce qui lui échappe. L'infirmier précise : « il m'est arrivé d'avoir la boule au ventre quand un patient se sentait très persécuté, il disait que je l'empoisonnais… ».Il ajoute : « il était très angoissé et je m'attendais à ce qu'il me tombe dessus.». Une zone de confusion apparait comme si une « frontière de différenciation » soignant/soigné

s'amenuisait. Le soignant ne ressent-il pas les émotions pénibles (peur et anxiété) du patient dans la mesure où ce dernier éprouve des difficultés à comprendre ce qu'il vit?

Le sujet en proie à ses angoisses les traite en leur trouvant des causes extérieures, en les attribuant à un infirmier. La projection est un mécanisme de défense très répandu dans la psychose, inconscient et involontaire. C'est un aspect essentiel du soin qui met en évidence les limites de la relation d'aide : comment accueillir et transformer les mouvements transférentiels de cette nature ? Il semblerait qu'un élément de réponse, une piste de réflexion, résiderait alors dans la capacité d'une équipe soignante à faire tiers dans une relation duelle. L'équipe servirait alors de médiateur pour aider à la fois le patient et le soignant à supporter leurs angoisses respectives.

Agressivité verbale d'un soignant sur un patient

Le professionnel évoque que l'agressivité verbale d'un soignant sur un patient peut arriver. Dans ce cas, le soignant s'adresse au patient en haussant le ton (« ton qui monte »), sans insulte. Sa réaction est alors de conseiller au collègue d'arrêter la relation, de prendre du recul, de réfléchir. Cette alternative requière une équipe solidaire et des soignants qui veillent les uns sur les autres. C'est un moyen de régulation des tensions et de l'anxiété, basé sur la possibilité de s'extraire du soin et de prendre le temps de la réflexion. A cet instant, la dimension émotionnelle est forte, la peur et l'angoisse prennent place dans cette relation duelle.

Agitation psychomotrice, patient qui déambule

On retrouve, dans le discours du soignant, une graduation des réponses en fonction de l'évaluation de la situation. Ainsi, trois situations sont exposées par l'infirmier, qui développe ensuite ses actions : en cas d'agitation type déambulation, la première réponse est alors d'aller à la rencontre du patient et de proposer un temps d'écoute dans un bureau. En effet, cette agitation-là, selon lui, traduit un mal-être. Il faudrait alors être en mesure d'accompagner, de comprendre, et d'écouter, cette souffrance. En cas de crise clastique, sa réponse sera différente, et l'isolement semble alors de rigueur. La dernière situation proposée correspond aux gestes auto ou hétéro-agressifs d'un patient. Le soignant considère qu'il est nécessaire de l'arrêter. La graduation proposée est pensée selon la « gravité » de la situation rencontrée.

Demande insistante et répétée d'un patient, le soignant n'étant pas disponible

L'infirmier répond initialement : « ça arrive souvent, on essaie de garder son calme. ». Il vit cette attitude comme intrusive et la qualifie d'harcèlement : « à force d'harceler toute la matinée… lui dire maintenant, c'est fini, il faut qu'il arrête. ». Ce type de situation semble avoir un impact émotionnel fort sur ce soignant.

Cependant, l'infirmier ajoute : « cela signifie qu'il y a quelque chose derrière, il cherche le contact, il a besoin d'être réassuré. ». Ainsi, le patient faisant preuve d'un tel « harcèlement », rechercherait de la « réassurance » auprès de l'infirmier. Notre questionnement s'orienterait sur les raisons pour lesquelles un soignant peut se sentir en grande difficulté face à cette situation, tandis qu'il a conscience que le patient vient exprimer son besoin de réassurance et d'écoute. Dans la suite de l'entretien, le professionnel affirmera qu'il préfère « cadrer » le patient : « avec une position ferme si on ne peut répondre tout de suite. ». Ainsi, « si on ne peut répondre tout de suite », peut faire écho à une certaine culpabilité de ne pas être en mesure d'aider « là, maintenant, tout de suite ». La position doit alors être « ferme », comme pour ne pas se laisser déborder par une souplesse que, le patient ou nous-mêmes, ne serions plus en mesure de gérer ensuite.

Utilisation du clivage de façon fréquente par un patient

Le clivage nous montrerait la complexité du soin en psychiatrie et de la relation avec le patient psychotique. Il s'agirait de s'en protéger, de l'éviter : « pour éviter ce genre de situation, bien écrire sur les transmissions et se le dire au cours des relèves. ».

Cette notion de clivage nous évoque d'emblée la possibilité de « scission » d'une équipe, d'un bloc. Tout se passerait comme s'il était possible de détruire l'unité formée par le groupe. Le soignant a pour objectif de développer les échanges à la fois oraux et écrits pour une meilleure communication entre collègues.

Ce que nous avons pu décrire comme relevant de la contenance groupale serait, ici, la capacité pour une équipe de ne pas se laisser surprendre par le clivage. C'est transmettre, réfléchir, discuter, échanger pour rester solidaire. C'est la capacité à travailler ensemble pour un projet commun.

- ASD expérimenté (+15 ans) à l'UMD depuis 5 ans. Entretien du 11/7/2017

Définitions

La contenance

L'aide-soignant propose trois types de contenance : psychique, physique et institutionnelle. La contenance psychique (« on est dans la relation. Ça peut être le dialogue, l'écoute et les activités. »). Elle se traduirait par le lien créé à travers la relation grâce à la disponibilité du soignant. La contenance physique est décrite comme un moyen « pour l'empêcher de se faire du mal ou une hétéro-agressivité. ». Pour terminer, la contenance institutionnelle fait cette fois référence à l'espace dédié, dans lequel nous travaillons : « à l'UMD, les murs sont très contenants. ». Il avait constaté lors des sorties thérapeutiques que certains patients étaient impatients de rentrer. Il en a déduit que le sujet se sentait probablement en insécurité à l'extérieur, en dehors des murs.

L'hypothèse formulée par l'aide-soignant retient toute notre attention : elle met en évidence la nécessaire adaptation de l'individu à son environnement, et la difficulté rencontrée par les patients qui sont hospitalisés au long cours. Nous pouvons mettre en correspondance la chronicité et la résistance au changement, qui devient une source d'inquiétude.

L'agressivité

Définissant l'agressivité, le soignant met en lien « agressivité » et « pathologie ». Il évoque alors le paranoïaque pris dans une conviction délirante qui le conduit au passage à l'acte.

L'isolement

L'isolement est vu comme « un outil très efficace. On a tendance à l'utiliser moins parce que la structure est d'elle-même contenante. ». L'aide-soignant ajoute qu'il isole un patient mais « jamais dans l'esprit de le punir ». Il perçoit l'isolement comme un soin. Ainsi, le professionnel nous indique et précise spontanément que l'isolement, bien que très controversé dans les politiques actuelles, n'est pas un recours motivé par une volonté ou une envie de punir.

Le cadre de soin

Le cadre de soin « est vraiment tout ce qui est règle en plus des règles institutionnelles.». Il souligne que le médecin l'adapte aux pathologies, ce qui met en valeur une certaine souplesse ou malléabilité de ces règles qui définissent le cadre de soin. A contrario les règles institutionnelles seraient fixes, inchangeables. Ainsi, le cadre de soin serait un ensemble de règles, qui s'ajusteraient au mieux à l'individu et sa pathologie.

Actions

Agressivité verbale entre deux patients

La connaissance du patient et de ses problématiques aident le professionnel à évaluer la situation. S'il en sent le besoin, il pourrait faire preuve d'autorité.

Agressivité verbale d'un patient sur un soignant

En cas d'agressivité verbale d'un patient sur un soignant, l'aide-soignant précise, répète dans un premier temps certaines règles, certains interdits, notamment celui d'insulter. Dans un second temps, il recherche le dialogue, puis reprend cet incident avec le médecin. En parallèle, il évoque l'évaluation permanente de la situation

Agressivité verbale d'un soignant sur un patient

Selon le professionnel, l'agressivité verbale des soignants envers les patients sont des situations qui se rencontrent mais elles sont rares. Les raisons seraient de l'ordre de l'intensité relationnelle, la fatigue, certains comportements de patients… Il précise alors : « il y a certains patients avec qui au bout de huit heures… Vous êtes à reprendre les choses, à recadrer. Quand on est fatigué, on en a marre et il faut savoir passer la main. C'est ça une équipe. ». Dans son discours, nous entendons que les mouvements transférentiels à haute dose épuisent les soignants et que l'équipe permet de réguler l'impact du transfert : les collègues peuvent prendre le relais, « c'est ça, une équipe ».En effet, la relation avec le patient psychotique n'est pas sans risque sur le plan psychique et prendre du recul face à certaines situations avant qu'elles ne deviennent problématiques semble parfois primordial. Se préserver, se soutenir, et « être » une équipe permet ainsi de faire face aux tensions, à l'agressivité, qui peuvent submerger. L'aide-soignant, dans sa réponse, évoque l'essentielle notion de « contenance groupale ». « Savoir passer la main », supposerait une capacité à élaborer, à verbaliser ses propres difficultés, à en parler aux collègues présents. C'est être en mesure de se reposer sur cette contenance offerte par le « groupe soignant ». Les échanges, les temps de verbalisation entre professionnels seraient alors garants d'une contenance groupale efficace. Par ailleurs, pour prendre du recul, l'aide-soignant évoque de passer la main. Nous pouvons nous interroger sur le fait que le soignant ne peut prendre du recul qu'en passant le relais dans les situations complexes. Ses propos indiquent que la contenance groupale devient un pilier lorsque la contenance individuelle est dépassée : « quand on est fatigué, on en a marre, et il faut savoir passer la main ». Ainsi, lorsque l'individu sent qu'il n'a plus les ressources pour accueillir la souffrance du patient, l'équipe se révèle être un allié étayant. Elle peut lui fournir l'aide nécessaire pour passer ce cap difficile. Ce constat met en exergue le lien qui existe entre ces deux niveaux de contenance : l'un vient suppléer l'autre.

Agitation psychomotrice, patient qui déambule

Le professionnel propose plusieurs réponses face à une agitation : dans un premier temps, il se base sur l'aspect relationnel et l'état clinique : le sujet est-il perturbateur, dangereux ? La communication est-elle encore possible ? Si ce n'est pas le cas, il envisage l'isolement, l'injection de sédatifs, la contention. La sécurité de tous, la peur d'un débordement, le souhait de ne pas prendre de risque, légitimaient ces réponses : « pour certains, on sait qu'il va falloir en passer par là, pour que ça pose… ça leur permet de se recentrer et de rassembler les morceaux. ».

Utilisation du clivage de façon fréquente par un patient

« Pour limiter ça, c'est important de communiquer entre collègues et de faire passer l'information. ». L'aide-soignant évoque ainsi deux notions : l'importance de la communication entre professionnels et la volonté d'éviter le clivage.

Emotions

Il explique ressentir parfois plus de l'agacement, pas de colère : «certains nous prennent pour des andouilles mais il ne faut juste pas qu'on s'en rende compte. Et quand on s'en rend compte, on est agacé. ». Ce témoignage nous renvoie à la question : « pour qui nous prennent-ils ? », la problématique du transfert. Que se joue-t-il dans la relation ? Elle semble faire intervenir les affects du soignant, qui évoque se sentir agacé parce que les patients « le prennent pour » ce qu'il n'est pas. Il ne se reconnait pas et c'est dévalorisant. Ainsi, les mouvements transférentiels feraient endosser des rôles que personne n'a vraiment choisis. Ne pas être perçu comme un professionnel en mesure de soigner, comme un sujet à part entière provoquerait une blessure. Le jugement d'autrui accable, semble altérer la capacité de contenance individuelle. Se sentir jugé est vécu finalement comme agressif. La contenance individuelle pourrait ainsi être entachée par ce sentiment, ce jugement personnel, et n'offre plus la possibilité de prendre le recul nécessaire. Par ailleurs, avec la fatigue, ses capacités de contenance diminuent, sa tolérance et sa patience sont émoussées.

Il repère deux moyens pour réguler ou pallier la baisse de ses capacités : « savoir passer la main à l'équipe » et « avoir de la souplesse dans le cadre ».Il ajoute « avec de l'expérience, on peut mieux se permettre des libertés tout en restant dans le cadre, parce qu'on sait mieux évaluer la situation. ».

- ASD, jeune diplômé, à l'UMD depuis deux ans. Entretien du 10/07/2017

Définitions

La contenance

L'aide-soignant définit la contenance comme « un cadre mis en place de manière verbale ou physique pour apaiser le patient mais souvent de l'ordre de la contrainte pour limiter les stimulations ou les agressions extérieures. ». Ainsi, il fait un premier lien entre contenance et cadre. La théorie nous indique que les capacités de contenance d'un individu sont corrélées à la solidité du « cadre interne ». Ce cadre interne correspond, lui, à l'intériorisation des interdits parentaux.

Le professionnel affirme que le cadre interne du patient fait défaut, qu'il est nécessaire de l'imposer, de l'extérieur. Cette contrainte aurait pour objectif, de protéger le patient. Le soignant serait la personne capable de repérer ce qui est « bon et juste ». Dans cette conception, le patient est passif et compte sur l'équipe pour résoudre ses problèmes. Il est même soumis puisque la force est utilisée pour le contraindre.

L'agressivité

L'agressivité est « le résultat d'un mal-être quel qu'il soit. ». Le soignant met en rapport l'agressivité avec une souffrance. Elle serait l'expression d'une douleur psychique. L'éducation, et le développement dans un environnement violent, favoriseraient la transmission de la violence. Le soignant serait donc là pour l'accueillir et en faire quelque chose : « il faut être prêt à l'entendre, écouter ce qui se passe et en tirer une conclusion. ». Le patient nous adresse son agressivité mais elle ne nous concerne pas directement : « l'agression ne nous est pas destinée en tant qu'individu. ». Un des rôles soignant serait de travailler avec le patient sur son agressivité : « il faut leur faire comprendre qu'il existe d'autres moyens de communiquer et mettre tout ça en place avec eux. ».

L'isolement

Isoler un patient se justifie « lorsque c'est trop compliqué pour lui d'être avec les autres. ». Il s'agit de le tenir à distance des stimulations et de prévenir toute forme d'agression. L'isolement aurait une vertu de pare-excitation et apaisante. Il ajoute que l'agitation d'un patient « perturbe » le groupe : « l'agitation fait monter l'agitation des autres patients. ». Ce constat l'incite à isoler un patient agité. Il évoque cette pratique à travers une situation rencontrée en service d'entrée : « le patient était très agité, il était en contact avec moi, il me voyait, il m'écoutait, j'ai dit stop et je l'ai emmené en chambre. ».

Le cadre de soin

Le cadre de soin « est un peu la feuille de route qu'on a pour chaque patient, validée par un médecin. Il faut qu'il l'accepte pour que ça fonctionne correctement. ». L'aide-soignant affirme que le cadre de soin devrait être accepté par le patient et que ce cadre est pensé, réfléchi, en fonction de la singularité du sujet. La définition fournie par le professionnel nous indique plusieurs dimensions du cadre de soin : son adaptabilité, son aspect pluridisciplinaire (s'il est validé par le médecin, il est tout de même élaboré par plusieurs professionnels), et l'inscription du patient dans son suivi, en tant qu'acteur de son soin.

Actions

Agressivité verbale entre deux patients

Il y aurait tout d'abord une évaluation : « essayer de comprendre ce qui se passe… ». Dans un second temps, une médiation, et enfin, si nécessaire, l'aide des collègues. L'aide-soignant nous indique alors prendre le temps pour comprendre l'origine ou les causes du conflit.

Agressivité verbale d'un patient sur un soignant

Face à une agressivité verbale d'un patient sur un soignant, le professionnel interrogé émet plusieurs réponses. D'emblée, il évoque la recherche de sens : « que s'est-il passé ? ». Il relie alors un comportement verbalement agressif à une colère ou à une frustration importante.

Agressivité verbale d'un soignant sur un patient

Le soignant évoque n'avoir jamais rencontré ce type de situation mais comprendre que cela puisse arriver : « au bout de huit heures, on ne peut pas tout encaisser, on n'est pas des machines. Ça m'est arrivé de leur expliquer que ma journée a été difficile, que je suis fatigué et que je ne suis pas prêt à tout entendre. ». Il aborde ainsi la question de la souffrance du professionnel dans le soin. Nous pouvons nous interroger sur cette souffrance : est-elle inévitable, signe d'un risque encouru dans la rencontre avec le patient souffrant de pathologie psychotique ? Existe-t-il des moyens pour atténuer cette souffrance, voire l'éviter ?

Agitation psychomotrice, patient qui déambule

L'agitation psychomotrice d'un patient semble être une situation anxiogène pour le soignant : « là, on n'y va pas seul. On y va tout de suite en nombre. On essaie de rentrer en lien verbalement et on le raccompagne en chambre. Si c'est trop compliqué, on passe à la contention physique. ».

De nouveau, ce professionnel nous propose une graduation de ses réponses : « rentrer en lien », comme une rencontre, un contact, une tentative de désamorçage. Puis, « raccompagner en chambre », c'est-à-dire isoler le patient. Et enfin, faire usage de la contention comme la législation le demande « en dernier recours ».

Demande insistante et répétée d'un patient, le soignant n'étant pas disponible

Le professionnel affirme que cette situation est fréquente. C'est l'occasion dit-il de travailler sur deux dimensions que représentent la patience et la frustration:« apprendre à différer les demandes mais c'est au cas par cas.». L'aide-soignant proposerait une réponse adaptée à chaque sujet. Il finit sa réflexion en précisant : « la vie en communauté n'est pas simple, déjà pour nous, mais encore moins pour les patients. ». Ainsi, le travail soignant repose sur plusieurs aspects, que le professionnel met en exergue dans cette situation : l'adaptabilité de la réponse soignante selon l'individu, la prise en compte de la dynamique groupale des patients, mais également des soignants. « La vie en communauté » reflète effectivement la dynamique de groupe, qui est ici qualifiée de « pas simple » : la réponse soignante est-elle donc également dépendante de la dynamique d'équipe ? De « l'ambiance » de l'unité de soin ?

Patient qui utilise le clivage de façon fréquente

Il prend du recul à propos du clivage et son approche distanciée lui fait dire : « le clivage est inhérent à certaines pathologies, à nous d'en faire une force et de créer quelque chose d'intéressant pour le patient. ».

Emotions

Sous l'emprise de la colère ou en prise à l'agacement, il reconnait avoir parfois recours à l'isolement. Il ajoute aussitôt : « ça peut arriver qu'on le raccompagne en chambre pour lui permettre de se poser… ». Qui a besoin de calme : le patient, le soignant ? Ou peut-être les deux ? La fatigue diminue sa capacité de contenance : « … dans ces moment-là, on est moins capable de prendre sur soi. ». C'est l'expérience, cet allié précieux, qui permet de la compenser : « … se dire qu'on a déjà été face à telle situation, et j'ai agi comme ça, ça a marché ou pas. ». Il sait qu'il peut également compter sur l'équipe.

- IDE débutante (diplômée en 2017) à l'UMD depuis quelques mois. Entretien du 10/07/2017

Définitions

La contenance

La contenance serait « la façon dont on arrive à apaiser un patient en crise, la manière dont on est présent pour lui, la manière physique et aussi les moyens matériels. ». Elle met l'accent sur la manière, autrement-dit le savoir-être. Elle souligne l'importance du langage non-verbal. Dans le soin, la dimension inconsciente l'emporterait sur les aspects conscients. Selon elle, la contenance est reliée à la crise. Nous pouvons nous demander s'il n'est pas un peu tard pour être contenant lorsque la situation de crise survient ? Nous savons qu'elle se travaille en amont, en tissant des liens avec le patient. Avec l'expérience, elle espère développer ses capacités de contenance.

L'agressivité

Elle s'interroge sur l'agressivité : « est-ce que cette agressivité relèverait plus de la souffrance, de l'intrusion, de l'attaque, de la provocation ? ». Elle propose deux regards : l'un tourné vers le patient repère les symptômes (souffrance et intrusion) ; l'autre tourné vers le soignant souligne les conséquences (attaque et provocation) : interprétées comme une volonté de nuire ou de détruire. Face à la violence, dit-elle, « j'essaie toujours de trouver une explication. ». N'ayant pas encore beaucoup d'expérience de terrain, elle s'appuie sur des éléments théoriques, cherche à faire des liens théorico-clinique avec ce qu'elle voit sur le terrain. Cet exercice ne semble pas toujours facile, et elle cherche alors à confronter ses observations avec celles de ses collègues plus expérimentés.

L'isolement

L'isolement a un rôle pare-excitation. Or, le soignant joue également ce rôle. Pouvons-nous supposer que l'isolement prend le relais du soignant quand il ne parvient plus à remplir cette fonction ? Elle exprime ne pas être d'accord avec la définition suivante de l'isolement : « retour en chambre sans consentement du patient ». Pour elle, même lorsque le patient est d'accord pour prendre un temps en chambre, ce serait de l'isolement. Elle évoque deux situations particulières qui justifieraient d'envisager l'isolement, avec ou sans consentement du patient : Le risque de passage à l'acte, ou le passage à l'acte avéré, auto ou hétéro-agressif. Elle met ce faisant sur le même plan deux situations assez éloignées l'une de l'autre (un potentiel violent et une violence agie).

Elle réalise qu'il existe une différence dans la fréquence d'utilisation de l'isolement en fonction de la durée d'hospitalisation. « C'est selon aussi les patients qui sont là, il y a des patients qui sont là depuis très longtemps et du coup, qui ont un profil stable… donc il y a moins besoin d'isolement. Et d'autres qui arrivent où l'on est encore en période d'évaluation et d'observation et du coup, ça clash plus facilement. ».

Le cadre de soin

Elle nous met en garde sur le cadre de soin. C'est un ensemble de règles susceptibles d'aider le patient à accéder aux soins. Elles peuvent être « détournées » du soin et utilisées pour punir le patient : « c'est facile de tomber dans le punitif quand on a des patients qui s'infantilisent beaucoup et c'est quelque chose à laquelle il faut beaucoup réfléchir… ». Par ailleurs, elle évoque les murs comme étant « cadrant ». Cependant, elle comprend que le lien crée avec le patient favorise le respect du cadre de soin.

Actions

Agressivité verbale entre deux patients

La peur de perdre le contrôle ou pour reprendre l'expression de Freud, « de ne plus être le maître dans sa maison » est au premier plan : « séparer les deux patients pour éviter les débordements… savoir ce qui s'est passé et en fonction, évaluer si un temps d'isolement est nécessaire ou si un entretien informel suffit pour apaiser les choses… ». Elle trouve l'appui des collègues pour gérer ce type de situation.

Agressivité verbale d'un patient sur un soignant

Elle a connu ce genre d'agression et s'interroge beaucoup à ce propos. Elle semble perdue autour des questions qui lui viennent à l'esprit. Elle s'adresse aux collègues pour y voir plus clair. Elle recherche « le pourquoi » : « il faut essayer d'évaluer le pourquoi, est-ce que ce sont les éléments de persécution, délirants ? Est-ce juste de la frustration ? Lien pathologique ou plutôt comportemental ? ». L'accent est porté sur ce qu'elle observe et sur ce que cela lui fait vivre mais elle n'interroge pas la dimension relationnelle soignant/soigné. Elle semble ne pas avoir à l'esprit que la relation peut se saisir à partir des interactions qui viennent à la fois du sujet et du professionnel.

Agressivité verbale d'un soignant sur un patient

Elle n'exclut pas la possibilité de l'être parfois sans s'en rendre compte.

Agitation psychomotrice, patient qui déambule

Concernant l'agitation psychomotrice, la première intention, dans ce qu'elle nous dit, est de proposer un retour en chambre. Cette action s'envisage de deux manières différentes : en recherchant l'accord du patient ou sous la contrainte. Puis elle évoque d'autres options comme des

soins pour apaiser les choses, des activités de médiation. Beaucoup d'outils sont évoqués dans son discours, sans graduation. Quel serait alors sa première « méthode », en tant que jeune professionnelle ? Elle ajoute cependant qu'il ne faut pas tomber dans la « facilité » de l'isolement. Elle nous parle de s'adapter à la situation. Nous pouvons alors comprendre que selon son évaluation, elle proposera soit directement un isolement avec ou sans consentement du patient ou d'autres solutions alternatives à l'isolement. Elle dit également que ce qui fait varier les solutions sont directement liées à la disponibilité de l'équipe à ce moment précis : « on le fait quand on peut se détacher ». L'évaluation ne serait pas forcement clinique.

Demande insistante et répétée d'un patient, le soignant n'étant pas disponible

Elle pense que les patients au profil abandonnique adoptent souvent ce genre de comportement. Elle leur apporte une réponse : « si c'est une demande qui est justifiée ». Elle met en évidence un écart entre son observation clinique et son positionnement professionnel. Elle repère l'angoisse d'abandon derrière « la demande écran ». Ensuite, elle décrit bien comment ses capacités de contenance sont mises à mal. Dans ces moment-là, elle peut être agressive et s'agacer : « si je me rends compte que j'ai été peut-être un petit peu trop agressive, j'essaie de réfléchir là-dessus et de savoir pourquoi ? ». La relation, les contacts, avec les patients psychotiques, sont éprouvants. Elle évoque l'effet potentialisateur de n'avoir pas un seul mais de multiples patients difficiles à gérer, ce qui épuise la patience et la capacité d'accueil du soignant. Les patients viendraient nous pousser dans nos propres limites soignantes : « il faut se contenir un peu plus pour rester à sa place de soignante ».Elle cherche des moyens de régulation. La juste distance serait peut-être une solution, mais comment la trouver ? : « Je me pose beaucoup de questions et parfois, je me dis que là, j'ai peut-être été trop dure, trop à distance. Et parfois, je me dis que je l'ai un peu trop cocooner, et ce n'est pas forcément une bonne chose pour lui. ». Elle se protège du risque de l'intersubjectivité et de l'impact émotionnel dans le soin : « j'aurais peut-être tendance parfois à être plus à distance mais je commence un peu plus à me laisser l'opportunité à mettre de l'affect dans le soin et de pouvoir le gérer ».

Elle s'interroge sur sa manière d'être ou d'agir et semble éprouver une sorte de culpabilité, comme si elle n'était pas à la hauteur de son idéal soignant. Cette notion de culpabilité a déjà été mentionnée par un des autres collègues plus expérimentés lors d'un entretien. Les situations rencontrées soulèvent chez elle beaucoup de questionnements sur l'attitude à adopter, les réponses à donner. Rappelons qu'elle n'est à l'UMD que depuis trois mois.

Utilisation du clivage par un patient, de façon fréquente

Elle confie un point de vue empreint d'incompréhension et d'inquiétude. Elle semble en lutte contre plusieurs sentiments qui mêlent impuissance, déception, tristesse et colère. Elle cite l'exemple d'une situation qui l'a touchée : « un patient qui a une relation avec moi, un peu comme si j'étais un objet. ». Son discours est empreint de confusion : « je suis en difficulté pour créer un lien avec lui alors qu'avec d'autres personnes de l'équipe, pas du tout. ». Elle ajoute : « c'est difficile et c'est la situation qui m'a posée le plus de soucis… et j'y réfléchis d'ailleurs encore aujourd'hui. ».

Elle semble souvent un peu perdue dans un milieu où les avis divergent beaucoup, au point qu'elle vit cette divergence d'opinion comme du clivage d'équipe. C'est délicat à gérer d'autant plus qu'elle manque d'expérience et ces situations rencontrées sont complexes. Elle pense que tout serait plus simple si tout le monde avait le même avis. Toutefois, elle nous rapporte qu'en supervision cette différence de point de vue semblait moins la perturber. Et, elle ajoutera même qu'il est important d'avoir l'avis de ses collègues. Elle finit par conclure qu'au début elle croyait en la « pensée commune » comme un corps professionnel parlant d'une seule voix mais se rend compte aujourd'hui que c'est

impossible du fait même de la singularité de chacun. Elle parle d'une « communion d'équipe » mais elle admet qu'on soigne avec ce que l'on est.

Emotions

Elle ressent de l'agacement et elle pense qu'elle ne doit pas le montrer au patient. Cette croyance la met dans une situation impossible, celle de « contrôler son inconscient » : « il faut essayer de se mettre en retrait au moment où l'on est le moins disponible mentalement, réfléchir à la façon dont on parle, à laquelle on s'adresse, aux regards qu'on peut jeter ».

Les affects, quels qu'ils soient, semblent potentiellement « faire peur », comme un élément supplémentaire à devoir gérer. Ainsi, l'infirmière affirme que la tenue professionnelle lui permet d'être soignante avant tout, et « de se mettre à distance de certaines choses qui pourraient plus ou moins la toucher. ». Elle jouerait un rôle protecteur. De quoi la jeune professionnelle cherche-t-elle à se protéger ? Probablement de l'angoisse psychotique projetée par le patient. Le port de la blouse est alors vécu comme rassurant, aidant, pour mettre davantage de distance avec ce qu'elle vit. Nous observons que cette nouvelle diplômée est en pleine construction de ses outils professionnels au sens large. La contenance dépend effectivement de l'expérience. La disponibilité est essentielle. Le problème, c'est qu'il n'est pas toujours possible d'être disponible : « ce n'est pas parce qu'on est au travail qu'on ne pense pas à ce qui nous dérange, au travail ou dans notre vie extérieure. ». Elle espère avec l'expérience gagner en confiance, ce qui favoriserait sa capacité de contenance.

- IDE diplômée depuis deux ans, premier poste l'UMD. Entretien du 04/07/2017

Définitions

La contenance

La contenance « ça enveloppe, enrobe, aide, temporise accompagne, calme la crise. ». Implicitement, elle parle d'étayage et d'ajustement, c'est dynamique, en mouvement.

L'agressivité

Selon elle, l'agressivité peut se comprendre par la pathologie et l'histoire du patient. Parfois, il peut s'agir de provocation.

L'isolement

L'isolement est thérapeutique et sert à « désamorcer une crise, à protéger les soignants ou les patients. ». Elle pense également qu'il est utile d'isoler un patient qui « se sent persécuté ou en insécurité. ».Dans certains cas, elle reconnait que l'isolement est utilisé pour sa dimension punitive.

Le cadre de soin

A propos du cadre de soin, la professionnelle propose une définition qui soulève quelques nouvelles questions : c'est le médecin référent qui le définit et les soignants n'ont pas à avoir d'initiative si ce n'est pas suivre les consignes et les prescriptions. Elle évoque : « avant de se laisser embarquer dans des clivages les soignants suivent les prescriptions. ».

Son discours met en exergue des tensions entre médecins et infirmiers. Il met également en évidence un grand malentendu. En effet, les prescriptions doivent être appliquées, mais la façon de s'y prendre n'est pas uniforme et dépend de la personnalité du soignant. C'est à cet endroit que l'initiative s'exprime. Les conséquences du conflit qui oppose médecins et infirmiers sont importantes : « les relations sont difficiles… certains médecins ne font pas confiance… impression d'être une petite main. Au finale les IDE ne font que de la surveillance. Suis-je surveillante ? Matonne ? ». Elle évoque la difficulté à s'épanouir autour d'un travail qui perd de sa valeur, de son

attrait. L'absence d'initiative et l'impression d'être une exécutante diminue sa motivation. Son témoignage pose la question des liens possibles entre cohésion d'équipe et cohérence dans le soin.

Actions

Agressivité verbale entre deux patients

Suite à l'évocation de cette situation d'agressivité verbale entre deux patients, l'infirmière ne peut rien en dire, ne comprend pas la question et revient au sujet initial. Cette réponse révèle de nouveau un questionnement latent : Les professionnels sont-ils en mesure, et se sentent-ils en droit, d'évoquer leurs ressentis ? La difficulté à les verbaliser provient-elle d'une absence d'écoute répétée, comme la soignante peut l'évoquer, et qui inhiberait ?

Agressivité verbale d'un patient sur un soignant

C'est une situation de stress pour l'infirmière, qui « se défend par les mots… En faisant comprendre que c'est un soignant. ». Ainsi, il lui semblerait nécessaire de rappeler la place de chacun –du soignant et du patient- pour signifier que l'agressivité verbale n'est pas tolérable. En revanche, si le patient est délirant, « on essaie de le soutenir. ». Dans les autres cas de figures, la soignante fera « une remontrance verbale ou un retour en chambre pour un petit temps de repos. ». Son discours nous permet d'émettre une hypothèse : l'agressivité verbale du patient sur le soignant serait une situation mal vécue. Cet impact qui crée un mal-être chez le professionnel, le pousserait à utiliser l'isolement. Par la suite durant l'entretien, elle dit ne pas se rappeler la dernière fois qu'elle s'est faite insultée et que ces situations ne la perturbent pas. Cette capacité à prendre du recul face à l'agressivité verbale, qu'elle évoque ici, pourrait avoir plusieurs origines : la « protection de la blouse » qui met à distance, la défense contre un vécu douloureux, la présence d'un cadre de soin qu'elle explique suivre scrupuleusement... les facteurs sont multiples et complexes.

Agression verbale d'un soignant sur un patient

Elle affirme que cela n'est jamais arrivé. Lorsqu'un soignant se sent en difficulté, il fait appel à un collègue qui prend le relais. Se retirer de la relation en s'appuyant sur l'équipe est un moyen de régulation.

Agitation psychomotrice, patient qui déambule

Face à une agitation psychomotrice d'un patient, la soignante évalue les risques : est-ce que l'agitation s'accompagne d'agression verbale, d'un risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif ? Dans ces situations, l'isolement est de rigueur, d'après elle.

Demande insistante et répétée d'un patient, le soignant n'étant pas disponible

La soignante n'arrive pas à parler de ce que fait vivre ce type de situation. Elle distingue les patients provocateurs et les patients instables. Sa réponse varie en fonction de ce critère : « Recadrage ou temporisation ».

La provocation heurte le soignant qui considère cette attitude comme un affront. Cependant, étymologiquement, « provoquer » signifie « pousser à parler, à échanger ». Pourrions-nous l'utiliser comme un symptôme ou l'expression d'une souffrance psychique ?

Utilisation du clivage par le patient de façon fréquente

Le clivage représenterait un danger pour l'équipe et risquerait de créer un conflit entre collègues : « les soignants évitent ces situations difficiles mais certains malades utilisent le clivage quand ils sentent que certains soignants sont en désaccords entre eux. ».Ce danger supposé

provoque une rigidité dans les postures professionnelles : « c'est le praticien référent qui doit définir le cadre et non les soignants. ». Tout est fait pour éviter le clivage qui pourtant est inévitable puisque c'est un mécanisme de défense inconscient. Ce qui est évitable, ce sont les conséquences au sein de l'équipe, c'est-à-dire la division. Travailler autour du clivage est un moyen de maintenir la cohésion du groupe.

Emotions

Elle apprécie son travail et se sent bien à l'UMD. Son discours indique qu'elle s'investit auprès des patients. Elle est prête à revenir sur un jour de repos pour profiter de « la fête du printemps », temps de partage convivial autour d'un repas et de la musique. Ainsi, ses émotions semblent fortes et contradictoires : bien-être décrit auprès des patients se mélangeant à une difficulté relationnelle avec sa hiérarchie. Ses ressentis signent un autre élément, qui peut être propre aux milieux psychiatriques fermés : la difficulté à prendre du recul, à prendre de la distance, et à gérer des émotions entrainant des sentiments forts et opposés.

2) Interprétations des récits

Avant d'interpréter les informations recueillies, nous proposons de les répertorier dans trois tableaux.

o Tableaux récapitulatifs

<u>Tableau des définitions</u>

Contenance	Agressivité	Isolement	Cadre de soin
Disponibilité Présence Savoir-être (façon d'être) Envelopper Accompagner Cadre Murs contenants Collègues sur qui compter (confiance) Traitements Sangles	Provient de l'enfermement et des pathologies Décharge de tensions Mal-être et souffrance Provocation Volonté de nuire ou de détruire	Rôle protecteur Pare-excitation Outil efficace Soin Prévention contre un éventuel passage à l'acte (patient persécuté ou en insécurité) Punition	Ajustement Lui donner du sens C'est dynamique Ensemble de règles imposées par une équipe Cadre imposé par le médecin Contraintes Peut devenir punitif

Tableau des émotions

Agacement, déception, sentiment d'impuissance	Culpabilité, doute et peur	Colère et incompréhension
Emotions et sentiments qui dépendent de la forme physique et morale du soignant (fatigue…)	Sentiments ressentis face à l'agressivité des patients	Ressenties à l'égard des médecins, par les soignants qui ont le sentiment de ne pas être reconnus et entendus (« A quoi sert ce que l'on fait ? »)

Tableau des actions

Agressivité verbale entre patients	Agressivité verbale d'un patient envers un soignant	Agressivité verbale d'un soignant envers un patient	Agitation psychomotrice	Demandes insistantes et répétées	Clivage par le patient
Evaluation clinique en s'appuyant sur la connaissance du patient Réponses progressives : présence, séparation des protagonistes, entretien, traitements si besoin, appel aux collègues, puis temps d'isolement	Evaluation clinique Rappel de la loi Jouer le rôle de médiateur et offrir un espace de parole Dans un second temps, reprendre l'évènement avec le médecin référent	C'est arrivé (c'est le ton qui monte) Un collègue prend le relais Causes évoquées : fatigue, intensité de la relation, impact de certains comportements pathologiques sur le soignant	Evaluation clinique : si l'échange n'est pas possible : renforts, isolement, sédation, contention si nécessaire Echange possible : aller à la rencontre et proposer un entretien. Si agressivité verbale : isolement	Volonté de perturber, provocation C'est intrusif, et assimilé à du harcèlement Rend le soignant agressif Recadrage ou travail autour de la frustration Traduit une angoisse d'abandon	Méfiance A éviter en communiquant bien entre collègues Représente un danger dont l'équipe doit se protéger : peut créer des conflits de personnes C'est inhérent aux pathologies

- Interprétations

Le point de départ de notre réflexion reposait sur une hypothèse : lorsque les capacités de contenance d'une équipe sont dépassées, les soignants ont recours à l'isolement. Nous avons présenté des situations de tension en écartant le passage à l'acte auto ou hétéro-agressifs.

Les équipes de l'UMD sont confrontées, au quotidien, aux refus de soin, aux comportements régressifs, adhésifs, à la passivité, à l'énigmatique… et à l'imprévisible. Ces situations mettent en scène une conflictualité non transformée et externalisée. Elles révèlent la souffrance du sujet, sous différentes formes, et demandent chaque fois une réponse personnalisée, appropriée, adaptée.

Quelle est la spécificité du travail soignant à l'UMD ? A travers cette recherche, une définition du terme « soigner » se précise : travailler les mouvements transférentiels avec le patient (contre-transfert) et en équipe (inter transfert). Soigner, c'est prendre le risque de l'intersubjectivité en allant à la rencontre du sujet. Le professionnel s'expose à un transfert massif. Il accueille et transforme ce qui est mis en scène, pour le restituer sous une forme assimilable. Ce travail de contenance a un coût : celui de l'impact émotionnel. Il signe la spécificité du travail soignant. La régulation de cet impact s'appuie sur un travail de contenance groupale et sur un dispositif institutionnel proposant des espaces d'élaboration autour de la clinique et des problématiques.

En construisant les outils d'investigation, nous avions l'intuition qu'un soignant agissait en fonction de ses ressentis (émotions, sentiments…), de sa représentation du soin, et du groupe auquel il appartenait.

A présent, nous cherchons à vérifier s'il existe une corrélation entre :

- une manière de soigner (savoir être) et les émotions ou sentiments éprouvés,
- une manière de soigner et nos représentations du soin.

Autrement dit, la manière de travailler, d'aborder le soin, et donc : la disponibilité, la souplesse, l'écoute, l'accompagnement, la rigidité, l'évitement, les attitudes, les défenses,… dépendraient :

- de l'impact émotionnel,
- des représentations de la folie, du soin,
- de la dynamique d'équipe.

La dimension émotionnelle

Pour valider ou infirmer ces hypothèses, nous avions défini six situations potentiellement conflictuelles et reflétant le quotidien des soignants à l'UMD. Ainsi, les situations proposées font référence à de l'agressivité verbale, de l'agitation psychomotrice, des demandes incessantes de la part d'un patient, et le clivage. Nous avons écarté les passages à l'acte auto ou hétéro-agressif.

Les témoignages des professionnels placent la question émotionnelle au-devant de la scène. Les vécus douloureux et traumatiques des patients les affectent. René ROUSSILLON utilise le concept *d'identification narcissique de base* pour décrire ce phénomène. Les neurones miroirs sont activés, ainsi la souffrance du patient deviendrait en partie et progressivement celle du soignant. Ce processus est inéluctable et concerne chaque individu. Fort heureusement, il est possible de le limiter et de le réguler. Cette identification peut faire résonnance avec l'histoire personnelle du

professionnel. Il pourrait vivre des émotions et sentiments désagréables. Il s'agit de culpabilité, de peur, de colère, de sentiment d'impuissance… (cf. tableau des émotions).

Rappelons que les patients éprouvent des sensations pénibles et un sentiment diffus de mal-être qu'ils ne sont pas en capacité de traduire en mots. En tant que soignants, nous avons ainsi en tête qu'ils ont besoin d'une aide extérieure, d'un médiateur. Ce travail de transformation revient au professionnel qui « prête » son appareil à penser les pensées. Il devrait accueillir et transformer ces ressentis pour les restituer sous une forme métabolisable au patient. Mais, sur le terrain, qu'en est-il ?

Les professionnels adoptent des attitudes variées, dont deux sont diamétralement opposées : éviter l'intersubjectivité (être défensif et se protéger), ou accepter l'intersubjectivité et le risque encouru. Les réponses seront essentiellement influencées par la charge émotionnelle.

Qu'en est-il des soignants interrogés ? L'isolement est utilisé comme moyen de dernier recours, pour la majorité des soignants interrogés. En situation, l'évaluation clinique reposant sur la connaissance du patient constitue le premier réflexe professionnel. Les soignants privilégient le dialogue en offrant un espace de parole sous forme d'entretien. Les réponses sont appropriées aux situations et se déclinent selon une progression logique :

- aller à la rencontre du patient,

- faire un entretien,

- proposer ou administrer le traitement si besoin,

- faire appel aux collègues,

- appeler les renforts,

- avoir recours à l'isolement.

Dans deux situations jugées préoccupantes, l'équipe envisage rapidement l'isolement : en cas d'agitation psychomotrice s'accompagnant d'agressivité verbale, ou si l'agitation est telle que l'échange n'est plus possible.

Un phénomène rare, mais riche d'enseignement, nous fournit des informations importantes. Il s'agit de la question concernant l'agressivité verbale d'un soignant envers un patient. Les causes, dont certaines sont décrites par les professionnels, sont multiples : la fatigue, l'intensité de la relation, l'impact de certains comportements pathologiques.

La question sur les « demandes incessantes » nous éclaire sur l'origine de cette agressivité. Un infirmier confie qu'il a des difficultés à garder son calme. Il évoque ainsi son propre ressenti, sentiment d'intrusion et de harcèlement, et affirme également que l'attitude du patient traduit une angoisse. Une infirmière ajoute qu'elle peut s'agacer ou devenir agressive. Pourtant, elle repère aussi une angoisse d'abandon derrière le comportement répétitif.

Nous pouvons légitimement faire une corrélation entre l'état émotionnel du soignant et sa façon d'aborder le soin. Les deux professionnels s'interrogent à propos de leurs réactions. Nous savons que l'appel du patient cherche un répondant. Les demandes incessantes représentent un message adressé aux soignants. Malheureusement, les mouvements transférentiels ont un impact sur les professionnels, qui les empêchent de transformer le message. Les fonctions phorique, sémaphorique et métaphorique sont absentes à cet instant. Les soignants sont en lutte avec leur propre tension. Dans cette scène, les soignants et les patients sont semblables, en difficulté pour traiter les angoisses

qui « circulent ». Les professionnels adoptent une attitude défensive pour se protéger des effets contaminants de l'intersubjectivité. Une forme d'indifférenciation s'installe. La relation étant au cœur de notre activité, nous risquons tous un jour ou l'autre de nous perdre « dans un monde indifférencié », qui caractérise la psychose. Abordée par une angoisse de nature psychotique provenant du patient, les soignants peuvent se retrouver dans une « zone de confusion », très inconfortable pour penser. Face à cet assaut d'éléments de l'ordre de l'insensé et de l'impensable, les émotions qui en résultent questionnent, et les avis des soignants divergent parfois. Dans un mouvement de résignation, un des professionnels interrogés pourra affirmer : « être d'accord avec toutes les situations n'est pas possible. Il y aura toujours du clivage et c'est la réalité des choses. ».

Le processus de transformation que le soignant ne peut alors faire seul, en prise à ses tensions internes et la contamination d'angoisse, peut alors s'établir en équipe. Ainsi, un temps d'élaboration serait salutaire. Il resituerait le soin et permettrait de restituer du sens sur le vécu soignant. Il correspondrait à une réflexion et un partage d'interrogations, lors d'échanges, de synthèses cliniques, d'analyses de la pratique. Ce temps permettrait de lever le tabou sur le fantasme du « super héros », le soignant « indestructible ». Nous découvrons que les professionnels ne peuvent pas faire l'économie d'un travail de symbolisation. A. GREEN écrivit d'ailleurs une formule correspondant à cette étape : « le temps où ça se passe n'est pas le temps où ça se signifie. »[16]. Cette phrase met en exergue deux temporalités dans le processus de symbolisation : Celle de l'expérience, du vécu qui précède celle de la réflexion, de l'élaboration. L'analyse a posteriori permettrait de créer du sens clinique et d'engager le changement. Nous transformons nos observations en récits cliniques.

L'agressivité verbale adressée à un soignant est un stress qui inflige une blessure narcissique (IDE entretien du 4/7/17). Dans la même situation, un infirmier ressent un peu de peur et d'appréhension. (IDE entretien du 5/7/17). Tous les professionnels ne réagissent pas de la même façon. Un collègue évoque sa culpabilité et les doutes qui surgissent autour de la notion de « bon ou mauvais » soignant. Il ajoute : « il m'est arrivé d'avoir la boule au ventre quand un patient se sentait très persécuté, il disait que je l'empoisonnais » (IDE entretien du 11/7/17).

Plusieurs témoignages nous renseignent sur les circonstances et les enjeux autour des décisions d'isolement. Nous savons intuitivement que nos « théories du soin », c'est-à-dire nos représentations de la maladie et de ce qui peut soigner, influencent nos manières d'agir. Qu'en est-il des professionnels enquêtés ?

Les représentations du soin

Plusieurs témoignages évoquent les circonstances et les enjeux autour d'une mise en isolement. L'évaluation clinique basée sur la connaissance du patient oriente la décision. Sur quoi repose cette évaluation ? Notre recherche montre qu'elle dépend en partie des représentations de la contrainte auxquelles les professionnels se référent. Le terme de « contrainte » provient du latin « constringere », soit enchaîner, réprimer, presser, forcer… Ainsi, la notion de contrainte présuppose l'utilisation de la force pour obliger un individu à agir contre sa propre volonté. Le contraindre, c'est réduire sa liberté, ne pas lui laisser le choix. Les regards portés sur cette notion de contrainte

[16]GREEN, A (2000). Le temps éclaté.

nourrissent la vision du soin. Certains professionnels proposent naturellement des arguments qui légitiment son usage. Ce discours articule deux concepts pourtant antinomiques : soin et contrainte.

Le discours est élaboré à partir des représentations de la maladie et de ce qui serait thérapeutique. Nous allons montrer qu'en fonction de ces représentations, certains soignants choisiront plus facilement des mesures de contention et d'autres une approche contenante. Les justifications en faveur d'une décision d'isolement relèvent à la fois d'un discours normatif et d'un discours sur la contenance.

Ainsi, une infirmière affirme isoler un patient lorsqu'il « se sent persécuté ou en insécurité » (IDE entretien du 4/7/17). Un aide-soignant l'envisage quand « c'est trop compliqué pour lui d'être avec les autres ». (ASD entretien du 10/7/17). Ces deux situations mettent en exergue une certaine position professionnelle, celle du « soignant supposé savoir ». Le patient attend passivement la parole d'un expert qui lui dicterait la conduite à tenir.

Dans un souci de protection, un des professionnels affirme qu'il isolerait un patient agité pour qu'il ne perturbe pas le groupe. Cette approche sous-entend que l'agitation mettrait en danger les autres patients. Au nom de la norme que représenterait l'homme sain, « certains feront de la part raisonnable du sujet la seule instance de l'individualité »[17]. Un infirmier propose « de repérer la partie sainte pour la titiller et la sortir du carcan pathologique ». (IDE entretien du 5/7/17). Or, toute subjectivité se construit à partir de l'inconscient (FREUD). L'homme est un être déraisonnable, dans le sens où il n'est pas gouverné par sa raison. Dès lors, quel destin pour « le carcan pathologique » lorsqu'il est ainsi laissé dans l'ombre ?

Lors des entretiens, nous constatons parfois une confusion, un malentendu, entre contention et contenance. D'un point de vue théorique, nous avons vu que la contention correspondait à une défense contre le lien, et la contenance un travail sur le lien. L'une des personnes interrogées présente l'isolement comme « un outil efficace ». Il ajoute, à propos des contentions physiques : « pour certains, on sait qu'il va falloir en passer par là, pour que ça se pose… ça leur permet de se recentrer et de rassembler les morceaux ». Ainsi, il évoque la notion de contention physique lors d'une question sur la contenance. Les faits décrivent une démarche sécuritaire qui chercherait à limiter le risque encouru.

Dans le domaine de la contention, nous trouvons les relations d'emprise de type dominant/dominé qui instaurent un rapport de force. Soumettre le patient permettrait de se défendre contre un lien vécu comme anxiogène dans certaines situations: « tu réponds avec un ton de plus en plus ferme… Le patient clash mais la fois d'après, le malade ne refait pas la même chose » (IDE entretien du 5/7/17). A contrario, la contenance met l'accent sur la pensée plutôt que sur l'action. « Penser avant d'agir » pourrait être un slogan qui illustre ce processus, plus facile à énoncer qu'à mettre en pratique.

Un des infirmiers interrogés propose deux temps, lors d'agressivité verbale entre deux patients ou face à un patient agité. Le première temps est axé sur la compréhension de la situation : il observe, évalue, va à la rencontre du sujet (IDE entretien du 11/7/17).Le second temps est consacré à la parole et au dialogue. Cette posture soignante accueille l'expression des symptômes et de l'agressivité. Ses capacités de contenance lui permettent de supporter ces comportements. Le lien existant est préservé par son implication et son engagement. Il en résulte que l'infirmier et le patient

[17] Carole GUIBERT LAFAYE. Se soucier de l'autre, le contraindre ou le contenir ?, pratiques en santé mentale. 2014/4 (60ème année), p17-20

sont maintenus ensemble dans un même lien et dans un même lieu. Le soignant accompagne le patient dans sa détresse.

Quel que soit le risque encouru, nous pouvons raisonnablement penser qu'il est moindre que celui qui aurait découlé de l'usage de la contrainte. Dans un article « Attacher n'est pas contenir »[18], Dominique FRIARD écrit, en citant Jean-Baptiste PUSSIN, « Je n'ignore pas que ceux qui sont pour avoir soin des fous ne courent de grand danger, mais je suis certain aussi que le péril est moindre par la douceur que par la rigueur.».

Le cadre de soin

Les soignants dans leur grande majorité perçoivent le cadre de soin comme un ensemble de règles adaptées à la pathologie et à la clinique du patient. Ils mesurent l'importance de personnaliser le soin.

Dans un souci de simplification, un aide-soignant propose de distinguer « cadre de soin » et « cadre institutionnel ». Il nous fait comprendre que les règles institutionnelles s'adressent à tous. Celles du cadre de soin concernent la singularité du patient. C'est un outil thérapeutique conçu pour s'ajuster aux spécificités des problématiques rencontrées. Cette distinction met donc en avant l'aspect thérapeutique du cadre de soin. Le dispositif dans son ensemble est un cadre à l'intérieur duquel se déploierait les soins. Plus précisément, il inclut les règles de vie, les diverses réunions (cliniques, START, échanges des connaissances, soignants/soignés, institutionnelles, analyse de la pratique), les consignes et l'organisation des soins.

Qu'est-ce qui rend ce dispositif thérapeutique ? Il délimite en quelque sorte la scène où se jouent les soins. Les restrictions et les interdits représentent des limites à respecter. Les patients dont la réalité est indifférenciée pourraient, en appui sur ce dispositif qui différencie le réel, amorcer un travail de symbolisation. Ces deux réalités sont éloignées l'une de l'autre à bien des égards. Elles viennent se heurter et faire conflit. « L'immédiateté » des patients se confronte à un cadre qui introduit de la temporalité. Les limites de cette nouvelle temporalité font surgir l'altérité et la dépendance. Cette découverte, essentielle à tout travail d'élaboration, fait violence.

Denis MELLIER nous éclaire sur ce point en distinguant conflit et conflictualité[19]. Le conflit serait la part visible, manifeste d'une conflictualité psychique sous-jacente. Dans l'incapacité de penser la conflictualité, le patient l'agit sous forme de conflit. C'est un appel qui n'arrive pas à se transformer en demande d'aide. C'est ce qu'indique l'origine étymologique du mot conflit, qui signifie « faire se rencontrer ». Ce point de vue rejoint celui de José BLEGER[20] qui souligne que le processus d'intégration d'un cadre s'amorce lorsqu'il y a rupture ou transgression. C'est à cet endroit que nous aurions à travailler avec le sujet le conflit qui vient faire écho à sa conflictualité. Toute la question serait de trouver des moyens qui l'aident et qui l'encouragent à affronter ses difficultés.

Comment atténuer l'effet du dispositif sur le patient en le rendant le moins violent possible ? Un infirmier apporte une piste de réflexion : « Il faut arriver à donner du sens… A s'en amuser » (IDE entretien du 5/7/17). Il invite à mettre du jeu dans la relation. Cette distanciation dédramatise le soin et insère de la souplesse dans les réponses. Le décalage qu'opère le professionnel par le jeu crée un

[18] FRIARD, D (2004). Attacher n'est pas contenir. Revue Santé Mentale, n°86.

[19] MELLIER, D (2003). Conflits, conflictualité et fonction contenante. De Freud à Bion, une évaluation de la psychanalyse de l'intrapsychique vers l'intersubjectivité, cliniques méditerranéennes, (n°68), 2003/2 p 257-276 DOI 10.3917/cm.068.257

[20] BLEGER, J (1979). Psychanalyse du cadre psychanalytique in R. KAES et coll. Crise, rupture et dépassement.

espace transitionnel évitant l'écueil de l'omnipotence soignante et de la relation duelle. En situation, ce n'est pas facile à mettre en pratique. Pour jouer, ne faut-il pas rencontrer le patient en allant au-delà des symptômes et des troubles ? Cette position, cette façon d'être, tiendrait compte de l'originalité et de la complexité du sujet.

Parlant du cadre de soin, un aide-soignant ajoute : « il faut qu'il accepte pour que ça fonctionne correctement. » (ASD entretien du 10/7/17). Qu'est-ce qui favoriserait l'adhésion du patient ? Probablement un regard qui comprend qu'un sujet ne devrait pas être imaginé ex nihilo et devrait être pensé à partir de l'intersubjectivité. Porter ce regard, c'est lui transmettre que l'on partage une même condition humaine.

Sur le plan groupal, qu'apprenons-nous ? Une infirmière décrit des soignants exécutant les prescriptions médicales. L'initiative semble inexistante, laissant de côté le rôle propre infirmier. Le clivage entre médecins et infirmiers organiserait le soin, selon deux pôles distincts : prescriptions et administration/action. L'infirmière soulève les questions de la reconnaissance du travail infirmier et de la confiance. Les tensions compromettent la cohérence d'équipe qui devrait provenir d'une vision suffisamment commune du soin. Elle met en exergue des rapports entre cohésion et cohérence, couple surement indissociable.

La question sur le clivage utilisé par le patient, nous renseigne sur la peur et l'inquiétude qu'il suscite au sein du groupe soignant. Les professionnels le présentent comme un dysfonctionnement d'équipe. Ce serait un piège qu'il faudrait impérativement éviter. Ils adoptent à cet égard une attitude défensive, de maitrise et de contrôle. Lorsque le clivage réussit, il est vécu comme un échec et parfois un drame, par l'ensemble du personnel. Ils redoutent de voir l'équipe se diviser. Le clivage serait un danger qui pourrait remettre en cause sa cohésion. Nous constatons qu'il existe une confusion entre la notion de clivage et l'effet du clivage. La division ou les conflits qui peuvent surgir au sein de l'équipe ne sont pas imputables au patient. Les soignants ne devraient pas se dédouaner de leurs responsabilités dans ce qu'ils vivent et ce qu'ils mettent en scène. Lorsque la contenance groupale est défaillante, n'existe-t-il pas un risque de vouloir renforcer le cadre, et la peur du clivage n'est-elle pas exacerbée ?

Une infirmière indique que ce risque est réel. Elle précise que les règles du cadre de soin peuvent être « détournées » à des fins punitives (IDE entretien du 4/7/17). Pour une autre, réagir de façon uniforme face au patient solutionnerait la question du clivage (IDE entretien du 10/7/17).Nous constatons que lutter contre le clivage renforce les défenses des soignants et la rigidité de l' équipe. Accepter le clivage pour ce qu'il est, un mécanisme de défense inconscient permettrait à l'équipe de ne pas attribuer une intention ou une volonté au patient qui ne fait que se défendre contre son angoisse. Utiliser le clivage comme support de réflexion, mettrait en évidence des enjeux narcissiques dans le groupe. Cette élaboration aurait pour vertu de resituer le patient au centre du dispositif de soin.

2. Analyse des questionnaires

Comme nous l'avons vu, l'étude des entretiens nous apprend que la contenance soignante dépend d'un ensemble de facteurs :

- l'impact émotionnel dans l'intersubjectivité,
- des représentations normatives du soin,
- de la dynamique d'équipe,
- du dispositif institutionnel

Nous avions posé comme hypothèse de départ : le recours à l'isolement est envisagé lorsque les capacités de contenance individuelle ou groupale sont dépassées. A partir de l'analyse des questionnaires, nous cherchons à vérifier si notre hypothèse se confirme.

1) Points de vue sur l'isolement

Sur les 58 soignants (IDE et ASD), 36 ont accepté de répondre au questionnaire de façon anonyme, via l'outil informatique, soit plus de 62% des professionnels de santé concernés.

A la question « selon votre expérience, quels sont les effets de l'isolement sur le patient ? », nous leurs proposons 8 items : l'apaisement, la colère, le rassemblement, l'agacement, l'incompréhension, la victimisation et le ressentiment. Nous les répartissons ensuite dans un tableau formant deux catégories : les effets positifs (apaisement, calme et rassemblement) et les effets négatifs (colère, agacement, incompréhension). Les réponses de notre échantillon sont répertoriées en pourcentage dans le tableau ci-dessous.

	Effets positifs			**Effets négatifs**				
Items	**Apaisement**	**Calme**	**Rassemblement**	**Colère**	**Agacement**	**Incompréhension**	**Victimisation**	**Ressentiment**
Jamais	/	/	3%	/	/	5.6%	/	/
Rarement	/	5.6%	5.6%	69.4%	55.6%	55.6%	38.9%	61.1%
Souvent	25%	36%	30.5%	25%	41.6%	33.4%	41.6%	38.9%
Très souvent	66.7%	55.6%	53%	5.6%	2.8%	5.6%	16.7%	/
Toujours	8.3%	2.8%	8.3%	/	/	/	2.8%	/

Les résultats sont sans appel. A l'unanimité, les soignants affirment que l'isolement apaise. Une forte majorité (94.4%) pense qu'il calme et 91,8% qu'il rassemble. L'isolement produirait un sentiment d'unité, un effet de pare excitation. Ils décrivent les qualités d'un objet contenant. Cette approche professionnelle met en évidence un effet de conviction. L'isolement, comme outil thérapeutique, est une croyance partagée, et une pensée commune, à tous les soignants.

Concernant les effets négatifs, les résultats sont nettement plus nuancés. Plus de la moitié (entre 55.5% et 69.4%) disent que le patient ressent rarement de la colère, de l'agacement, de l'incompréhension ou du ressentiment lorsqu'il est isolé.

Comment peut-on se mettre à la place du patient pour comprendre ce qu'il ressent lorsque la croyance aux bienfaits de l'isolement atteint une telle force de certitude ?

Distinguons du groupe des 36 soignants ceux qui utilisent l'isolement en dernier recours, d'après les réponses apportées.

Nous repérons les personnes ayant « rarement » ou « jamais » recours au retrait en chambre dans la majorité des situations proposées (au moins trois sur cinq). Ils sont 11, voici les résultats obtenus pour la même question, concernant les effets de l'isolement sur le patient.

	Effets positifs			**Effets négatifs**				
Items	**Apaisement**	**Calme**	**Rassemblement**	**Colère**	**Agacement**	**Incompréhension**	**Victimisation**	**Ressentiment**
Jamais	/	/		/	/		/	/
Rarement	/	9%	9%	63.7%	81.8%	45.5%	54.5%	54.5%
Souvent	36.4%	45.5%	45.5%	27.3%	18.2%	45.5%	27.3%	45.5%
Très souvent	54.6%	36.4%	36.4%	9%	/	9%	18.2%	/
Toujours	9%	9.1%	9.1%	/	/	/	/	/

Les tendances sont similaires, leurs perceptions de l'isolement semblables, c'est un acte thérapeutique. Cette pensée, que nous dit-elle ?

L'enseignement de la psychiatrie, dans des IFSI et en faculté de médecine, utilise tout un vocabulaire technique basé sur la sémiologie et l'étude des diagnostics. Les professionnels observent des signes qu'ils traduisent grâce à leur langage, en symptômes et en pathologies. Cette position d'observateur place les soignants à distance du patient. Dans ces conditions, ils sont plus enclins à aborder le soin sous l'angle du « patient difficile ». Les difficultés qu'il rencontre seraient intrapsychiques, intrinsèques à sa constitution mentale. Comment ne pas être tenté de l'isoler dès qu'une équipe ne supporte plus son comportement ? Opérons un déplacement qui nous mène de « patient difficile » à « ce qu'il vit est difficile ». Ce nouveau regard place d'emblée l'intersubjectivité au centre du soin. Le rôle soignant serait de l'accompagner pour l'aider à supporter ce vécu et à long terme, à le modifier peu ou prou. Le vocabulaire utilisé n'est pas anodin, il porte toujours un message, voire même aurait une fonction. Parfois, comme c'est le cas ici, il serait une défense contre le lien, et viendrait justifier une mise à l'écart. Ne serait-il pourtant pas préférable de considérer le patient comme un sujet souffrant, plutôt que celui dont le comportement perturbe ou inquiète ?

L'histoire de la psychiatrie nous renseigne sur la construction de cette pensée. La journée du 14 décembre 2017 présentée par le Conseil d'Ethique du Centre Hospitalier Le Vinatier, fournit des éléments de compréhension. Le professeur Jacques HOCHMANN montre que l'isolement constitue la matrice fondamentale de la psychiatrie.

Au 17ème siècle, période de l'enfermement, la raison était la norme. Tous ceux qui s'en écartaient devaient être enfermés. La psychiatrie reposait sur la mise à l'écart des comportements déviants.

Au 18ème siècle, Philippe PINEL et Jean-Baptiste PUSSIN proposèrent un changement de paradigme en ôtant les chaines. Ils s'intéressaient à la logique et à la cohérence nichée dans la folie et le délire. Vers 1908, FREUD confirma cette intuition en parlant de « noyau de vérité historique » dans le délire.

Au 19ème siècle, Etienne ESQUIROL introduisit la notion d'isolement thérapeutique en évoquant l'origine sociale de la folie. La société serait pathogène et, à son contact, les plus vulnérables décompenseraient. Maintenir ces sujets dans un endroit calme, à l'abri des excitations « du monde » serait thérapeutique.

La loi de 1838, basée sur ce postulat, justifie cette coercition avec trois volets qui mêlent le sécuritaire, la protection et le soin. Il faudra attendre plus d'un siècle, après la seconde guerre mondiale, pour que le dogme de l'isolement fondateur de la psychiatrie laisse place à nouveau à une intersubjectivité qui soigne.

Les résultats de notre recherche montrent que nous avons hérité de ce passé et qu'il en reste des vestiges. Mais comment comprendre que certains utilisent l'isolement en dernier recours et d'autres plus fréquemment ? Nous allons tenter de le découvrir.

Auparavant, nous vous proposons d'examiner les effets et manifestations de cet héritage dans le soin.

2) Contenance et isolement

Concernant les autres effets de l'isolement, 18 personnes répondent. Nous retrouvons les trois thèmes décrits par la loi de 1838 : la sécurité est évoquée dans 22% des cas (4 sur 18), la protection dans 22% et le soin dans 44% (8 sur 18) dont la moitié pour l'apaisement et l'autre pour la contenance psychique.

Dans un tableau, nous présentons les moyens que les professionnels utilisent au quotidien pour être contenants. Pour les valider, nous retenons les réponses « très souvent » et « toujours »

Items	**Ecoute**	**Observations**	**Humour**	**Autorité**	**Fermeté**	**Recadrage**	**Retrait en chambre**	**Transmissions soignantes**	**Appel aux collègues**
Très souvent ou toujours	80%	77.8%	30.6%	13.9%	25%	25%	50%	75%	19.4%

Le « recadrage » est, dans le jargon soignant, un rappel à la loi ou au règlement intérieur, prononcé de façon stricte. Par ailleurs, notre questionnaire proposait « Autorité » et « fermeté » comme items. Lors de l'analyse, nous avons constaté que ces deux termes ont plusieurs significations. Avec l'emploi de ces deux items, nous mesurons les limites du questionnaire. Cet outil ne permet pas d'approfondir ces notions.

Ce tableau met en évidence deux dimensions :

- la dimension individuelle, relationnelle (écoute, observations, humour),
- la dimension groupale (transmissions soignantes, appel aux collègues).

L'écoute, l'observation et l'humour sont des compétences et des qualités professionnelles qui témoignent d'une disponibilité d'esprit. L'humour en particulier, signe une capacité de distanciation et de dédramatisation. Cette position phorique exprime au patient de la reconnaissance et du respect. Par leurs qualités relationnelles, les soignants accueillent l'altérité.

Nous constatons que 50% des soignants interrogés répondent qu'ils utilisent souvent ou très souvent le retrait en chambre comme moyen d'être contenant, c'est-à-dire l'isolement.

Par ailleurs nous cherchons à savoir dans quelle situation le retrait en chambre a lieu. Nous répertorions les réponses dans le tableau ci-dessous :

Items	Agressivité verbale entre deux patients	Agressivité verbale d'un patient à l'égard d'un soignant	Agitation psychomotrice patient qui déambule	Patient adhésif aux demandes incessantes	Patient qui ne respecte pas les règles de l'unité de façon répétées
Jamais	/	/	2,8%	8,3%	/
Rarement	33,3%	30,6%	36,1%	66,7%	33,3%
Souvent	41,7%	36,1%	41,6%	22,2%	47,2%
Très souvent	25%	25%	16,7%	2,8%	13,9%
Toujours	/	8,3%	2,8%	/	5,6%

L'agressivité verbale du patient incite les professionnels à le conduire en chambre pour l'isoler du reste du groupe. A contrario le comportement d'un patient « adhésif » ne reçoit pas le même type de réponse. Il est plus toléré par les soignants. C'est probablement les enjeux relationnels qui sont ici à l'œuvre.

René ROUSSILLON à propos de la construction de la subjectivité[21] et bien d'autres auteurs (cf. le cadre théorique) insistent sur l'importance du choix et du sentiment de liberté. Il est difficile d'intégrer, d'assimiler, d'élaborer sous la contrainte. La liberté de pensée, d'expression, facilite le travail de symbolisation. Avant la décision d'un retour en chambre, en dehors de toute urgence, 33% mènent un entretien de façon systématique, pour expliciter cette mesure. Nous pouvons en déduire que les autres, une large majorité, imposent cette mesure sans discussion préalable permettant l'évaluation du rapport bénéfice/risque. A cet instant, quelle est la place de l'altérité dans la relation ? Le patient est-il considéré comme un sujet à part entière ?

Cette façon de mettre à l'écart le patient relève d'une mission de sécurité et de maintien de l'ordre. La rigidité d'un recadrage instaure une relation asymétrique qui fait comprendre au patient le pouvoir qu'exerce le soignant sur lui. Il s'agit d'engager le sujet dans un processus de soumission à l'autorité. Dans ces conditions, les professionnels n'encouragent-ils pas le fonctionnement en faux-self du patient ?

Les croyances du 19ème siècle refont surface. Obéir aux règles et supporter une certaine « quantité de frustration » auraient des effets thérapeutiques. Dans ce mode de pensée, ce qui soigne, c'est le rapport de force et la contrainte imposée au patient. Sous cet angle, l'isolement ne répond pas seulement à un impératif de sécurité, mais se justifie cliniquement. Les arguments cliniques encouragent les liens entre soin et isolement. Jacques LACAN, dans les années cinquante, mettait en garde les professionnels à l'égard de cette position de soignant « supposé savoir ».

Les items « transmissions » et « appel aux collègues » renvoient à la contenance groupale. Nous entendons par transmissions les échanges, à la fois oraux et écrits, autour des situations rencontrées. Pour 75% des professionnels, être contenant passe par les transmissions soignantes. Nous en déduisons alors que 25% d'entre eux n'ont pas recours à ce moyen de manière systématique. Ainsi, un soignant sur quatre ne semble pas partager ses observations ou relier cet aspect du soin à la notion de contenance. Pour interpréter ce résultat, nous allons nous appuyer sur certains concepts fondamentaux comme la psychothérapie institutionnelle et le transfert par diffraction.

Après la Seconde Guerre Mondiale, le modèle asilaire est abandonné. Vers 1970, la psychiatrie développe la psychothérapie institutionnelle dans le cadre de la politique de secteur. L'expérience de terrain montrait que les patients psychotiques transféraient sur le mode de la diffraction. Dans la relation, chaque soignant « recevrait » une partie du transfert. L'équipe, dans son ensemble, devenait ainsi détentrice d'une mosaïque reflétant la problématique en question. Dans le même temps, les soignants transfèrent eux aussi (contre-transfert et inter transfert). Ces mouvements transférentiels articulent deux dimensions : le subjectif et le collectif. L'institution offre ainsi un espace thérapeutique qui favorise l'éclosion des transferts et leur transformation. En ce

[21] Roussillon, R (2004). L'intersubjectivité. L'inconscient et le sexuel. *Le Carnet PSY*, vol. 94, no. 8, pp. 22-28.

sens, la psychothérapie institutionnelle cherche à rendre le patient acteur de son soin et à faire la thérapie de l'institution[22].

C'est dans la rencontre que les échanges ont lieu, que les processus de symbolisation se déploient. Ils concernent autant les patients que les équipes soignantes. Les concepts de fonction phorique, sémaphorique et métaphorique mettent en valeur le travail d'élaboration (cf. Cadre théorique). L'équipe, par ses qualités d'accueil et de bienveillance, est disponible pour recevoir les mouvements transférentiels (fonction phorique).Des signes chargés de messages s'échangent sous forme essentiellement non-verbale. Les soignants sont au prise avec l'indifférencié et l'impensable. Etant donné la diffraction du transfert, les équipes devraient parler de leurs ressentis et de leurs perceptions. Cette mise en commun des signes observés et de leur impact émotionnel correspond à la fonction sémaphorique.

Une élaboration collective vient ensuite mettre en sens ce qui a été transféré en lui attribuant une nouvelle signification (fonction métaphorique). Ce travail groupal est possible s'il existe un dispositif institutionnel qui le permet, c'est-à-dire qui encourage l'élaboration du contre-transfert institutionnel.

Comme nous l'avons vu avec l'analyse des entretiens, cette réflexion de groupe nourrit la dynamique d'équipe. Elle repose sur la confiance et l'authenticité des échanges. Selon ces critères, elle peut connaitre trois destins différents : la crise avec des conflits de personnes, la rigidité qui favorise la coercition, et la souplesse qui renforce la contenance. Sur le terrain, les équipes vivent des mouvements qui mêlent ces trois possibilités.

Idéalement, ce travail d'élaboration groupale nécessiterait l'adhésion de tous. Par défaut, il est utile de rechercher celle du plus grand nombre. Dans ces conditions, ce temps d'appropriation produirait une certaine cohérence et cohésion, et il renforcerait la contenance groupale. Le résultat de 75% semble faible : il serait alors bénéfique de convaincre les 25% restant de l'importance des transmissions et de leurs effets sur la contenance.

19,4% des soignants utilisent l'appel aux collègues comme moyen d'être contenant. C'est le résultat le plus faible, concernant les moyens utilisés au quotidien. Pour comprendre cette information, apportons quelques précisions sur le fonctionnement de l'UMD du Vinatier. Nous disposons de trois unités « à taille humaine », accueillant entre dix (pour l'unité 1) à quinze patients (unités 2 et 3). Le bureau infirmier est au centre de chaque unité. Par poste de travail, l'équipe est constituée de quatre professionnels (2 infirmiers diplômés d'Etat et 2 aides-soignants diplômés). Les moments clés du quotidien, tels que les repas, les ouvertures des chambres, l'administration des traitements médicamenteux, les retours en chambre, sont effectués en binôme. Cette organisation permet une présence, voire une intervention, des collègues sans appel préalable. Cette réalité de terrain peut alors expliquer, en partie, ce résultat. Par ailleurs, les soignants expriment compter prioritairement sur eux-mêmes. Vouloir être en mesure de « tout gérer, tout seul » pourrait probablement correspondre à un réflexe professionnel. Grande satisfaction sur le plan narcissique, ce mode de pensée prive cependant d'une aide précieuse : celle de l'équipe. Nous pouvons raisonnablement mettre en lien ce résultat avec les pourcentages précédemment évoqués. En effet,

[22]ROBIN Didier, « Pierre Delion, thérapeutiques institutionnelles »(2001), in EM-consulte, EMC-psychiatrie, 37-930-G-10 », in Didier Drieu, 46 commentaires de textes en clinique institutionnelle, Dunod « Psycho Sup »,2013(), p161-166. DOI 10.3917/dunod.drie.2013.01.0161

la contenance groupale se verrait améliorée par l'étayage d'une équipe et une communication plus systématique.

A la question « Participez-vous à des temps d'analyse de la pratique ? », les résultats nous permettent d'étayer encore davantage nos propos. En effet, 41,7% répondent « jamais », et 36,1% « rarement ». Ce groupe représente ainsi 77,8% des professionnels ayant répondu. Comment expliquer, interpréter, ce désinvestissement ? Nous pouvons d'emblée mettre en lien l'aspect individuel et la réflexion personnelle que ces temps supposent : il peut être particulièrement difficile de dévoiler la part intime que l'on apporte dans le soin. Se dévoiler, se mettre à nu, présuppose que nous n'avons pas la crainte d'être jugés ou blessés narcissiquement, que nous sommes à l'aise avec nos propres failles, et en confiance avec les membres de l'équipe. Par ailleurs, une autre hypothèse s'offre à nous, davantage organisationnelle, en relation avec la problématique des roulements d'équipe : selon les horaires du professionnel, celui-ci a parfois des difficultés à se rendre disponible aux temps d'analyse de la pratique.

Pourquoi ce temps d'analyse de la pratique est-il si important ? La pratique en psychiatrie mélange plusieurs aspects : la non-demande du soin, les mouvements transférentiels, l'impact émotionnel, l'équipe, l'institution. Toutes ces caractéristiques rendent le soin énigmatique et complexe. Ainsi, l'énigme pourrait être une métaphore de notre pratique[23]. D'après le dictionnaire Larousse, l'énigme, « c'est un jeu d'esprit mettant à l'épreuve la sagacité de l'interlocuteur, qui doit trouver une réponse à l'interrogation dont le sens est caché sous une parabole ou une métaphore ; les données sont à deviner, les définitions se profilent en termes obscurs. » .

Il est nécessaire, voire indispensable de se questionner, de réfléchir la pratique et de chercher à la conceptualiser. Ce travail ne peut pas se faire seul. C'est là qu'intervient l'aide d'un thérapeute extérieur à l'équipe, avec un regard distancié, qui permettrait de réduire peu à peu l'énigmatique de la pratique.

3) Enseignements et formations

72% des professionnels interrogés affirment que des formations professionnelles les ont aidés dans leur travail à l'UMD. Les principales sont : APIC (50%), les conduites d'entretien (19,4%) et la psychopathologie de la violence (19,4%). Aucun soignant n'évoque une formation traitant explicitement de la contenance.

Pour chercher davantage du côté de cette notion essentielle, nous proposons trois situations dans lesquelles les professionnels ont pu, ou auraient pu, évoquer la contenance : sur les lieux de stage, lors de la formation initiale en Institut de Formation en Soins Infirmiers (ISFI), et sur le terrain en tant que professionnel. 36,1% affirment qu'ils n'en ont « jamais » ou « rarement » parlé en stage, 44,5% lors de leur formation initiale. Ces résultats amènent à penser que la notion de contenance est peu enseignée, ou que l'enseignement reçu n'est pas relié à ce concept. En revanche, 61% des soignants réalisent que sur le terrain, elle est « toujours » ou « très souvent » évoquée. En effet, face à des patients psychotiques, ce concept apparait d'une pertinence qui n'est plus à démontrer : les observations et les ressentis deviennent peu à peu compréhensibles. La pratique, sans cet apport théorique, serait une énigme absolue et la théorie sans la pratique, une pure abstraction. Faire des liens entre les deux permet de rendre vivant la théorie, et intelligibles les observations. Quel est donc l'enseignement dispensé dans les IFSI, relatif aux soins relationnels ?[24]

---

[23] L. MORASZ, A PERRIN,-NIQUET, C. BARBOT, C., MORASZ (2012). L'infirmier en psychiatrie.

[24] Profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession-Editions Berger Levrault 05/01/2011

Au cours de la formation dans les IFSI, nous proposons de relever les principales notions développées, en lien avec ces soins.

Durant le deuxième semestre, sont abordées les notions de relation, communication, négociation, médiation et communication non-verbale. Les trois derniers concepts se rapportent à la contenance. En effet, la négociation n'est possible que si le patient est considéré comme un sujet à part entière, le respect favorisant l'alliance thérapeutique. La médiation, quant à elle, est toujours là. Nous sommes en permanence en quête de médiation pour saisir ce que nous vivons : comme le souligne René ROUSSILLON, « il n'y a pas d'immédiateté de soi à soi ». Il y a toujours l'autre, une altérité énigmatique que l'on voudrait réduire. Nous sommes à la recherche d'un tiers capable de nous aider dans cette entreprise. En ce sens, une activité médiatisée est indissociable de celui qui l'anime, qui en est le garant. La communication non-verbale correspond au langage corporel et inconscient, qui renseignent sur les conflits, et dont le discours ne rend pas toujours bien compte. Ce sont des messages qu'il est nécessaire d'interpréter pour engager une action soignante préventive, apaisante, autrement dit contenante.

Durant le troisième semestre, l'enseignement évoque les notions d'alliance thérapeutique, de réactions comportementales et leurs manifestations, de relations adaptées à ses situations spécifiques (crise, détresse, deuil, conflit, violence).L'alliance thérapeutique fait écho à la volonté de créer du lien, à l'écoute, à la disponibilité et à la confiance. Les réactions comportementales et leurs manifestations sont relatives au défaut de contenance du patient. Les relations adaptées à des situations spécifiques correspondent essentiellement à la question de l'ajustement et de la souplesse dans la relation.

Enfin, durant le cinquième semestre, la gestion du stress professionnel, l'analyse des émotions, les attitudes cliniques et les postures professionnelles sont les derniers aspects des soins relationnels abordés. Ces notions renvoient aux mouvements transférentiels, à l'impact émotionnel, et sa gestion. Elles parlent également du savoir-être qui repose sur le renoncement au « soignant supposé savoir » et sur l'acceptation d'un étayage d'équipe et institutionnel.

Ainsi, comme nous venons de l'expliciter, l'enseignement dans les IFSI évoque divers aspects relatifs à la contenance dans des modules de « soins relationnels ». Cette dimension du soin se retrouve mêlée à une masse d'informations. Le jeune professionnel se trouve confronté à un travail de synthèse et de liaison, complexe à entreprendre. Dans les unités de soin, il est rattrapé par la clinique des pathologiques psychiatriques. Il peut facilement être déstabilisé face à une réalité de terrain déroutante. Le concept de contenance est d'un grand recours pour comprendre ce qui est mis en scène et les éprouvés qui en résultent.

V. Conclusion

L'histoire nous apprend que l'isolement est un acte fondateur de la psychiatrie. Depuis le 17ème siècle, il représente tantôt une mesure répressive, tantôt un soin. Un changement de paradigme s'opère après la Seconde Guerre Mondiale, en limitant le recours à l'isolement. La psychiatrie cherche à se dégager de cette part d'héritage pour s'inscrire davantage dans le soin. Et pourtant, aujourd'hui, la question de l'exclusion reste d'actualité avec la multiplication des structures fermées et l'usage encore fréquent de l'isolement. Le concept de contenance nous aide à saisir ce paradoxe. Il est pertinent, pour rendre compte de la complexité des réalités de terrain. Il intègre les aspects intrapsychiques et intersubjectifs qui caractérisent le soin en psychiatrie. Nous réalisons que pour que le soin soit vivant, il faut qu'il y ait du jeu et que la théorie soit reliée à la pratique.

Georges DEVEREUX soulève une dimension méconnue du soin, mais très enrichissante. Il écrit : « l'un des principaux thèmes de ce livre est la réalité et l'importance des interactions tant conscientes qu'inconscientes entre l'observateur et le sujet. Il devient de plus en plus évident que de nombreuses difficultés de la science du comportement proviennent de tentatives pour contourner et pour ignorer les interactions, et tout particulièrement le fait que l'observation du sujet par l'observateur a, pour complément, la contre observation de l'observateur par le sujet. »[25]

L'observé observe l'observateur, dit Georges DEVEREUX. De quoi ont-ils peur ? Probablement du risque encouru dans l'intersubjectivité. Prendre ce risque, c'est accepter de ne pas maitriser tout ce qui se joue dans une relation. Le temps d'expérimentation lors de cette interaction, est le temps de la rencontre. La peur, l'angoisse ou plus généralement l'impact émotionnel de l'intersubjectivité conditionne les capacités de contenance d'un soignant et d'une équipe. Lorsqu'elles sont dépassées, l'équipe a recours à l'isolement.

Dans un processus qui s'apparenterait à de la dénégation ou du déni, les émotions laissent place à un discours qui se veut clinique. C'est pourtant une approche normative et rationnelle qui soutient l'intérêt thérapeutique d'un pouvoir soignant qui soumet le patient. L'équipe cherche à se protéger des comportements jugés déviants et à exclure les patients qu'elle n'arrive plus à supporter. A cet instant, qu'en est-il de l'altérité ? Ce sont bien les capacités de contenance d'une équipe qui permettent son émergence et son respect.

La contenance, c'est donc une position à tenir, une posture professionnelle. C'est croire que le patient est capable de mobiliser ses propres ressources dès lors qu'il le lit dans le regard d'un autre. Ce lien est thérapeutique. Il s'agit de le maintenir. Cette façon d'être se travaille en apprivoisant ses peurs. Le soignant devrait modifier ses représentations de la folie et du soin. Il apprendra également à réguler l'impact des mouvements transférentiels. La contenance se construit à partir d'une équipe adossée à un dispositif institutionnel. Au niveau individuel, le professionnel étayé par le groupe apprend la contenance en tenant compte de sa sensibilité et de ses limites. Il transmet ainsi un message essentiel, soignants et soignés sont des sujets à part entière à la fois semblables et différents. En premier lieu, il doit renoncer à occuper la position héroïque de « Don Quichotte ». Reconnaitre qu'en psychiatrie, l'accompagnement l'emporte sur la guérison. N'est-ce pas en abandonnant nos certitudes et en acceptant d'être surpris que nous pouvons rencontrer l'autre dans une relation contenante ?

Des connaissances théoriques au service de la pratique sont importantes pour ne pas perdre le fil de la clinique. Les échanges d'expériences sur le terrain et en formation sont essentiels pour engager un travail de transformation des vécus émotionnels.

La recherche s'est révélée être un jeu avec des concepts et des idées, sous-tendu par un plaisir de penser et de découvrir. Le soin, à l'instar de la recherche, serait un jeu de rôles, le patient mettant en scène sa souffrance et le soignant l'aidant à en découvrir le ou les sens.

Désormais forts de cette expérience, nous avons pour objectif de poursuivre, la diffusion de notre travail. Elle pourra se faire à différents niveaux ; avec les nouveaux diplômés, au sein des centres de formation, mais également auprès de tout professionnel concerné pour initier une discussion autour de ce thème, vaste mais sans cesse d'actualité, qu'est la contenance soignante.

[25] DEVEREUX, G (1967). De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement.

VI. Discussion

L'enquête porte sur l'ensemble des aides-soignants, infirmiers diplômés d'Etat et infirmiers spécialisés en psychiatrie. Nous avons écarté les autres professionnels : cadres de santé, cadres supérieurs de santé, psychologue et psychiatres. Ils auraient pu fournir des informations utiles liées à leurs fonctions et leurs regards extérieurs, tels que les enjeux institutionnels et organisationnels. Cependant, notre étude s'intéressait à l'impact de l'intersubjectivité sur les soignants qui partagent le quotidien des patients psychotiques à l'UMD. C'est, ainsi, l'intensité de la relation et ses effets que nous voulions explorer, ce qui a déterminé notre choix de population ciblée. Il pourrait être désormais pertinent de rechercher une corrélation entre nos résultats et les enjeux institutionnels.

Le personnel interrogé ne constitue pas une seule et même équipe, mais est réparti sur l'ensemble des trois unités de soin de l'UMD. Cependant, tous les professionnels se connaissent, se croisent, et sont amenés à travailler ensemble lors de renforts soignants, de remplacements. Cette mobilité crée des liens. Par ailleurs, les réunions institutionnelles réunissant mensuellement tous les soignants disponibles permettent de regrouper toutes les unités de soin.

Pour interpréter les résultats obtenus, nous avions besoin d'un cadre théorique. Nous avons choisi, comme référentiel, une approche systémique, dynamique, développée par la psychologie clinique. Cette pensée traverse toute l'enquête. Notre analyse repose sur cette subjectivité.

A propos des représentations normatives de la folie et du soin, l'analyse quantitative est venue confirmer les interprétations issues des entretiens. Par ailleurs, les questionnaires nous éclairent sur l'enseignement au cours des formations, là où l'analyse qualitative s'est révélée peu efficace. Nous aurions pu approfondir cette dimension avec les entretiens. Notons que ces deux méthodes d'investigation se sont montrées complémentaires.

Notre analyse se base sur 36 questionnaires et 6 entretiens. Ce nombre, a priori faible, nous semble être suffisant pour retranscrire une réalité professionnelle et les pensées du plus grand nombre. Cependant, l'aspect qualitatif de notre recherche nous a permis de pointer une difficulté, relativement attendue : celle d'une généralisation des pratiques, basée sur un nombre relativement moindre d'entretiens.

A propos de la littérature, nous avons fait une recherche sur les concepts de contenance et d'isolement, que l'on retrouve dans la problématique et l'hypothèse de départ. L'histoire a mis en évidence le poids du passé sur les pratiques soignantes actuelles.

Toutes nos observations combinées –infirmier depuis plus de cinq ans au sein de l'unité 2, ergothérapeute et psychomotricienne à l'UMD depuis plus de trois ans- tentent de donner une image que nous espérons fidèle à la réalité de terrain de l'UMD.

Cette étude a révélé d'autres questionnements, que nous n'avons pas pu explorer mais qu'il serait pertinent d'investiguer, notamment sur la question du « groupe soignant ». En effet, notre objectif était une mise en lien de la contenance individuelle et de la contenance groupale. Cependant, il pourrait être intéressant de s'interroger désormais sur la place du soignant dans le groupe : comment fait-il pour supporter la pression du groupe, de l'équipe, et affirmer sa position professionnelle sans être rejeté ? N'est-ce pas, cette fois, un questionnement basé sur le lien existant entre la dynamique de groupe et l'implication hiérarchique du cadre de santé ?

Lors du lancement du projet de recherche, notre problématique nous semblait particulièrement restreinte et précise. Au fur et à mesure de l'avancée du projet, nous avons pu entrevoir la

complexité de ce questionnement et une partie, probablement non exhaustive, de l'ensemble des interrogations sous-tendues. Ainsi, s'intéresser à l'intersubjectivité, l'aspect institutionnel, et tous les autres facteurs mis en exergue dans la construction de la contenance, peuvent à eux seuls faire l'objet d'une nouvelle recherche.

VII. Bibliographie

ANZIEU Didier « Le Moi-Peau », éditions Dunod, 1995

BERGERET Jean « La personnalité normale et pathologique », Dunod, Paris, 1996

BILLARD Morgane, Charlotte COSTANTINO « Fonction contenante, groupes et institution soignante », Cliniques 2011/1 (N° 1), p. 54-76. DOI 10.3917/clini.001.0054

BION W.R « Nouvelle introduction à la pensée », édition Césura, 1996

BION W.R « Aux sources de l'expérience », PUF, Paris, 1979

BITTOLO Christophe, « D'un groupe à un autre. La contenance psychique d'une équipe et ses scories dans les prises en charge institutionnelle », revue Psychiatrie, Psychanalyse et Sociétés, 30 septembre 2016

BLEGER José, « Psychanalyse du cadre psychanalytique, in R. KAES et coll, crise, rupture et dépassement », Dunod, Paris, 1990

CAMUS Albert « Le mythe de Sisyphe », Folio essais, 1985

CHAZALET Nathalie, Annick PERRIN-NIQUET « Le vécu des soignants lors de la réponse à la violence », Pratiques en Santé Mentale 20/4/4 (60è année), p. 21-24

COSTANTINO Charlotte «Introduction», Cliniques 2011/1 (N° 1), p. 10-16. DOI 10.3917/clini.001.0010

DAVID Michel « Peur sur la psychiatrie : contention et contraintes collectives », Pratiques en Santé Mentale 20/4/4 (60è année), p. 31-34

DEVEREUX Georges « de l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement » éditeur Flammarion 2012, p. 375

DELION Pierre « L'enfant autistique, le bébé et la sémiotique », PUF, Paris, 2000

DE SAINT-EXUPERY Antoine « Le petit prince », Gallimard, 2013

DUCARRE Catherine « Comment contenir ce qui nous est étranger ? Les réunions soignants-soignés à Orgemont », Cliniques 2011/1 (N° 1), p. 78-92. DOI 10.3917/clini.001.0078

DUMONT Anne, Jean-Louis TERRA « La contrainte physique pour répondre à la crise : Règles, usages et réflexions », Pratiques en Santé Mentale 2014/4 (60è année), p. 11-16

FREUD Sigmund « Au-delà du principe de plaisir », Payot, 2010

FRIARD Dominique, « Attacher n'est pas contenir », revue Santé Mentale, n°86, mars 2004

FOUCAULT Michel « Punir et surveiller », éditeur Gallimard 1993

GIFFARD Dominique « Redonner à la parole infirmière son sens soignant », Perspectives psy 2010/3 (vol 49), p. 241-250

GREEN André « Le temps éclaté », Gallimard, 2000

GUIBERT LAFAYE Caroline « Se soucier de l'autre, le contraindre et le contenir ? », Pratiques en Santé Mentale 20/4/4 (60è année), p. 17-20.

HAZAN Evelyne. Le contrôleur Général des lieux de privation de liberté, Rapport du 25 Mai 2016, « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale »

KAES René « Le groupe et le sujet du groupe. Eléments pour une théorie psychanalytique des groupes », Dunod, Paris, 1993

LARRALDE Jean-François, Benoit LEBLANC, « Continuité et contenance institutionnelle. Nouage entre continuité d'action et discontinuité affective. » Empan, 2012/1 (n°85), p43-49, DOI 10.3917/Empan.085.0043

MELLIER Denis (2005). La fonction à contenir : Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. La psychiatrie de l'enfant, (vol 48) pp. 425 – 499. Paris : Presses Universitaires de France.

MELLIER Denis (2002) ; « L'inconscient à la crèche. Dynamique des équipes et accueil des bébés » Toulouse. Ères, coll. « La vie de l'enfant », 3ème éd., 2004

MELLIER Denis, Conflits, conflictualité et fonction contenante. De Freud à Bion, une évaluation de la psychanalyse de l'intrapsychique vers l'intersubjectivité, cliniques méditerranéennes, 2003/2 (n°68), p 257-276 DOI 10.3917/cm.068.257

ROCHET.T, R. DE VILLARD (2002), La contention et l'isolement de l'adolescent violent : entre légalité et légitimité, in : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, volume 50, n°6-7, pp.453-457

MORASZ. L, A PERRIN-NIQUET, C. BARBOT, C. MORASZ. L'infirmier en psychiatrie. Editions Elsevier Masson. Aout 2012

MORIN Edgar « La pensée complexe » édition Poche Essais 2014

MOUCHET M.-C. (2003), La contention : pourquoi faire et surtout ne pas faire ?, in : Soins gérontologie, n°41, pp.41-45

ROBIN Didier, « Pierre Delion, thérapeutiques institutionnelles »(2001), in EM-consulte, EMC-psychiatrie, 37-930-G-10 », in Didier Drieu, 46 commentaires de textes en clinique institutionnelle, Dunod « Psycho Sup »,2013(), p161-166. DOI 10.3917/dunod.drie.2013.01.0161

ROUSSILLON René, Le concept du maternel primaire, revue française de psychanalyse (n° 5, vol 75), 2011

ROUSSILLON René. « L'intersubjectivité. L'inconscient et le sexuel », Le Carnet PSY, vol.94, no. 8, 2004, pp. 22-28.

STERN Daniel « Le monde interpersonnel du nourrisson », Presses universitaires de France, 2003

WINNICOTT D.W « Jeu et réalité », éditions Gallimard, 2002

Dossier Contenance, Soins psychiatrie n°295 Oct./Nov.2014

Isolement et contention « en dernier recours ». Revue Santé Mentale : N° 210 - Septembre 2016

Profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession-Editions Berger Levrault 05/01/2011

VIII. Annexes

1. Notice d'information

CH Le Vinatier CSRJ06

NOTICE D'INFORMATION – **Etude « La contenance soignante en U.M.D. »**

LA CONTENANCE SOIGNANTE INDIVIDUELLE ET GROUPALE EN UNITE POUR MALADES DIFFICILES (UMD)

En tant que soignant de l'UMD, vous êtes contactés pour répondre à un questionnaire et éventuellement un entretien concernant votre perception de la notion de contenance soignante. Vous êtes tout à fait libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Votre décision n'aura aucune conséquence sur vos relations avec vos collègues porteurs du projet. Néanmoins, avant de prendre votre décision, merci de prendre le temps de lire cette lettre d'information. Il est important que vous sachiez pourquoi cette étude est réalisée et ce qu'elle implique. Veuillez lire les informations ci-dessous attentivement. N'hésitez pas à poser des questions si un point n'est pas clair ou bien si vous avez besoin de plus d'explications. Les coordonnées des responsables de ce projet sont disponibles ci-dessous.

LES ACTEURS DU PROJET

Le promoteur de ce projet est le **Centre Hospitalier Le Vinatier** situé au 95 boulevard Pinel, 69678 Bron Cedex.

Investigateur principal :

Slimane ZERROUK Infirmier
UMD-BATIMENT 360
95 boulevard Pinel -BP 30039
69678 Bron cedex
Tel. : 04 37 91 54 88
slimane.zerrouk@ch-le-vinatier.fr

Investigateurs associés :

Lucie DURR Psychomotricienne
UMD-BATIMENT 360
95 boulevard Pinel -BP 30039
69678 Bron cedex
Tel. : 04 37 91 54 88
lucie.durr@ch-le-vinatier.fr

Emilie VERNET Infirmière
UMD-BATIMENT 360
95 boulevard Pinel -BP 30039
69678 Bron cedex
Tel. : 04 37 91 54 88
emilie.vernet@ch-le-vinatier.fr

Irène KATSAROS Ergothérapeute
UMD-BATIMENT 360
95 boulevard Pinel -BP 30039
69678 Bron cedex
Tel. : 04 37 91 54 88
irene.katsaros@ch-le-vinatier.fr

PRESENTATION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

PRESENTATION

Version n° 1 du 08/02/2017 1/3

Cette étude est menée dans le cadre du Conseil Scientifique de la recherche, appel à projet interne du Centre Hospitalier Le Vinatier.

LES OBJECTIFS de notre étude sont 1) Explorer les liens qui existent entre contenance individuelle et contenance groupale afin de trouver des alternatives à l'isolement. 2) Mettre en évidence les moyens dont dispose le soignant pour maintenir ou développer sa capacité de contenance 3) Engager une réflexion professionnelle sur les notions de contenance et d'isolement.

METHODOLOGIE

Les informations nécessaires pour cette étude seront recueillies à l'aide de questionnaires Google forms envoyés par lien informatique. Cette étude sera proposée à environ 58 d'entre vous. Au total, nous souhaiterions recueillir au moins 30 questionnaires complétés.

Puis nous sélectionnerons parmi les volontaires six d'entre vous, si possible aux profils les plus variés afin de participer à des entretiens semi directif permettant de recueillir des données qualitatives concernant la contenance soignante.

DEROULEMENT DE L'ETUDE

Mai 2017 : Réunion institutionnelle rappelant à tous les professionnels les modalités de l'enquête
Diffusion des questionnaires via l'outil informatique

Juin 2017 : Entretiens de six soignants aux profils variés

Juillet 2017 à novembre 2017 : Analyse des questionnaires et entretiens

Décembre 2017 : Rédaction d'un article

ACCORD DE PARTICIPATION

Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche sans avoir de justifications à donner. Si vous acceptez de participer il vous suffira de compléter les QUESTIONNAIRES et pour six d'entre vous de prendre part à des ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.

Ce questionnaire ou cet entretien peut se terminer quand vous le désirez sans avoir à vous justifier

CONFIDENTIALITE DES DONNEES

Cette étude ne recueille pas de données nominatives. Il n'est donc pas possible de vous identifier à travers les réponses du questionnaire que vous allez remplir.

Pour ceux qui participeront aux entretiens, tous les éléments permettant de reconnaitre la personne seront supprimés lors de la retranscription et les enregistrements seront effacés systématiquement après chaque retranscription.

PAR AILLEURS,

- - Ce protocole a été soumis à l'avis favorable du Comité de Protection des personnes Sud Méditerranée V le …./…./2017Le fichier informatique utilisé pour enregistrer les données a fait l'objet d'une AUTORISATION DE LA CNIL (Comité National de l'Informatique et des Libertés www.cnil.fr) en application de la loi « Informatique et Libertés » (n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978), ceci représentant des conditions garantissant la confidentialité de toutes les informations.

- Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification garantis par les articles 39 et 40 de ladite loi par l'intermédiaire de l'équipe projet.

- Aucune indemnisation n'est prévue dans le cadre de ce protocole.

Toutes les informations que vous souhaiterez obtenir ultérieurement concernant cette recherche vous seront communiquées et les résultats obtenus par cette étude vous seront présentés.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information et d'avoir considéré de participer à cette étude.

Contact de l'étude :

Slimane ZERROUK
Unité pour Malades Difficiles-Bât360
95 boulevard Pinel – 69678 Bron cedex
Tel. : 04 37 91 54 88
slimane.zerrouk @ch-le-vinatier.fr

2. Entretiens semi-dirigés

1) Grille d'entretien

CSRJ06

Entretien semi-directif

La contenance soignante individuelle et groupale en Unité pour Malades Difficiles (UMD)

A) PROFIL

- Présentez-vous ? Parlez-nous de votre parcours professionnel ? (relance : Depuis combien de temps exercez-vous en institution psychiatrique dans la profession exercée actuellement ? Depuis combien de temps exercez-vous à l'UMD ? Quelles formations vous ont apporté des outils dans votre travail à l'UMD ?)

- Quelle est votre propre définition de la contenance ?

B) LA CONTENANCE

Situation 1 : Agressivité verbale entre deux patients

Situation 2 : Agressivité verbale d'un patient sur un soignant

Situation 3 : Agressivité verbale d'un soignant sur un patient

Situation 4 : Agitation psychomotrice d'un patient qui déambule dans l'unité

Situation 5 : Demandes insistantes et répétées d'un patient alors que vous n'êtes pas disponibles à cet instant pour y répondre

- Questions pour les situations 1 à 5 : Avez-vous déjà rencontré ce type de situation ? Que s'est-il alors passé ? (relance : Qu'avez-vous ressenti ? Qu'avez-vous fait ? Que feriez-vous aujourd'hui ? Etiez-vous seul dans cette situation ? Est-ce que vous avez fait appel à vos collègues ?)

Analyse : professionnel débordé, selon l'expérience etc (ex : + jeune = + ferme, + vieux = + souple)

Mettre en lien les capacités de contenance de l'équipe débordées = recours isolement

Frein à notre contenance : réaction en miroir, travail isolé, application du cadre rigide, prendre des décisions sans concertation, pas de transmission d'informations, implication affective qui aurait comme conséquence une recherche « à la place » du patient…

Situation 6 : Un patient utilise le clivage de façon fréquente

- Pouvez-vous décrire succinctement une situation vécue ? (relance : Qu'avez-vous ressenti ? Qu'avez-vous fait ? Avez-vous observé une incidence sur le travail d'équipe ?)
- Face au clivage, quoi faire ? Qu'auriez-vous comme possibilités pour le limiter ? (relance : y a-t-il eu des choses mises en place ? En avez-vous parlé ?)

Notion de contenance groupale

1/2

Version n° 1 du 08/02/2017

CSRJ06

- Comment comprenez-vous l'agressivité, la violence des patients ? (relance : Qu'est-ce que ça vous fait vivre ? Si vous avez une situation, vous pouvez nous l'expliquer ? L'agressivité relèverait plus de la souffrance, de l'intrusion, de l'attaque, de la provocation… ?)

Information à transmettre à l'enquêté sur le terme d'isolement : il s'agit d'un retour en chambre, sans le consentement du patient.

- Selon vous à quoi sert l'isolement ? (relance : comment prenez-vous la décision d'une mise en isolement : en discutant avec les collègues ? Selon le cadre de soin ? Dans une initiative personnelle ? En fonction de quoi ? Y a-t-il un échange avec tous ceux qui sont présents, sur bénéfice/risque ?)
- Dans le dernier mois, y a-t-il eu mise en isolement ? A quelle fréquence utilisez-vous l'isolement ?
- Qu'est-ce qu'un cadre de soin ? (relance : A quoi sert un cadre de soin ? Qu'est-ce qui facilite le respect du cadre de soin ?)
- Dans quelle situation avez-vous pu ressentir de la colère ou de l'agacement envers un patient ? Comment avez-vous gérer ce mouvement affectif ? (relance : Avez-vous eu recours à l'isolement ? Avez-vous arrêté de vous occuper du patient ? C'est-à-dire ? Comment a évolué la situation ?)
- Selon vous, quels critères diminuent ou augmentent votre capacité de contenance ?

2) Retranscriptions des entretiens

Entretien 1, du 04 juillet avec M. CHAMBON et une IDE

IDE jeune diplômée depuis deux ans, premier poste à l'UMD, titularisée. A étudié à l'IFSI de St CHAMOND. Réfléchit sur son avenir : Ne veut pas s'ennuyer, rester au CHV ou ailleurs ou somatique ? Elle souligne toutefois que plusieurs anciennes amies de l'IFSI de St Chamond sont toujours contractuelles depuis deux ans car difficile de trouver un CDI. Souhaiterait une formation sur l'hypno-psychiatrie. En fin d'année aura sa formation APIC.

N.C. : Quelle est votre définition de la contenance ?

A.J. :C'est une carafe, ce n'est pas carré, ça enveloppe, enrobe, aide, temporise, accompagne, calme une crise.

N.C. : Est-ce que vous avez déjà rencontré l'agressivité verbale entre deux patients ?

A.J. : Oui, cela arrive tous les jours mais en ce moment c'est plus calme.

N.C. : Dans pareille situation que ressentez-vous ?

A.J. : *Elle ne comprend pas la question puis s'exprime :* Les patients agressifs entre eux sont dans des situations de dépendance, actuellement un patient aime se poser en leader, écraser les autres et quand un malade le remet en place les soignants les laissent quelques secondes pour qu'ils comprennent ces situations .Les soignants essayent toujours d'être en binôme pour temporiser.

N.C. : Quand il y a agressivité verbale d'un patient sur soignant comment réagissez-vous ?

A.J. : Le soignant se défend par des mots, en fonction des patients et des situations en faisant comprendre que c'est un soignant. Si le patient agresse verbalement parce qu'il délire on essaye de le soutenir, si le patient agresse par exemple pour les cigarettes le soignant aura soit une remontrance verbale, soit un retour en chambre pour un petit temps de repos, ou s'il est menaçant on l'extrait du groupe afin d'éviter des situations de crises.

N.C. : Est-ce que cela vous êtes arrivé d'être agressée verbalement :

A.J. : Je ne m'en rappelle plus mais essaye d'être toujours à deux pour accompagner le patient ou gérer les situations de conflits.

N.C. : Quand vous vous faites insulter vous vous sentez attaquée ?

A.J. : Ça ne me perturbe pas et les patients insultent plus les hommes que les femmes soignants. Les malades agressent plus les personnes qui ne sourient pas ou font la tête oui qui râlent …. En fait qui renvoient des images négatives.

N.C. : Est-ce qu'il y a déjà eu des agressions verbales d'un soignant sur un patient ?

A.J. : Non, il n'y a jamais eu un collègue qui s'est emporté verbalement sur un patient ce sont juste des recadrages. Quand le soignant sent la situation très difficile avec un patient il demande à un collègue de prendre le relais

N.C. : En cas d'agitation psychomotrice d'un patient qui déambule dans l'unité, que faites-vous ? : Oui cela arrive souvent, le patient retourne dans sa chambre ou chambre d'isolement en fonction des situations : agressions verbales entre patients, violences physiques avec hallucinations (tête contre un mur….) avec mise en danger du patient lui-même. Il faut faire la distinction entre les situations.

A.J. : Si patient délirant s'agite mais qu'il ne se fait pas de mal et qu'il ne fait pas de mal aux autres malades pas d'isolement. Si le patient est avec un risque suicidaire : le patient est surveillé par les soignants mais non mis en chambre. Le critère de l'isolement est la mise en danger pour lui et autrui.

N.C. : Quelle est la durée moyenne d'hospitalisation dans l'unité 1 ?

A.J. : Un mois mais souvent les patients font les allers retours entre les unités. Actuellement il arrive que les patients soient souvent mis en isolement : les quatre chambres d'isolement sont prises mais cela varie. Il y a une dynamique de groupe mais aussi cela dépend des profils psychiatriques des patients. Lorsqu'il y a beaucoup de patients avec troubles déficitaires les situations deviennent plus instables. Il arrive aussi que des patients ne se parlent pas entre eux les situations là aussi sont compliquées par exemple pour partager des activités même à deux.

N.C. présente différentes situations rencontrées par les collègues

- Demandes insistantes et répétées d'un patient alors que le soignant n'est pas disponible à cet instant pour répondre

A.J. : Cela arrive quotidiennement.

N.C. : Que ressentez-vous…?

A.J. : Cela dépend du patient. Parfois certains patients demandent dès huit heures du matin et se répètent avec un grand sourire en faisant exprès par provocation… A un moment donné recadrage. Parfois d'autres patients le font mais sont instables et ont besoin d'être rassurés donc temporisation.

- un patient utilise le clivage de façon fréquente

N.C. : Décrivez une situation où le patient utilise le clivage de façon fréquente ?

A.J. : On va récupérer un patient d'une autre unité qui est dans le clivage total et il nous dit : «Si je retourne à l'unité 3 je les défonce tous et il n'y a que les gens de l'unité 1 qui s'occupent de moi ». Bon clivage.

N.C. : Que faites-vous, alors ?

A.J. :C'est le médecin référent du patient qui doit prendre ses responsabilités en notant les consignes avec un recadrage en précisant bien qu'il retournera à un moment donné à l'unité 3. Les soignants de l'unité 3 le prendront aussi bien en charge. Ce n'est pas le patient qui décide s'il doit rester à l'unité 3 car actuellement il est en chambre d'isolement et il ne va pas rester dans cette situation pendant des années.

N.C. : Quelle incidence sur l'équipe quand un patient clive ?

A.J. : Dans cette situation décrite ci-dessus moins d'incidence car le clivage se fait entre deux équipes. Par contre quand le clivage se fait sur les soignants d'une même unité : Mauvais objet, bon objet. Le patient dit par exemple : « Un soignant m'a dit oui, un autre m'a dit non pour la même demande ». Les soignants évitent ces situations difficiles mais certains malades utilisent le clivage quand ils sentent que certains soignants sont en désaccords entre eux. Je n'apprécie pas certaines méthodes de travail de mes collègues, par exemple le sucre à éviter de donner aux patients en surpoids. Mais il n'est pas utile d'aller au clash pour cela. Pour moi, il est plus important que chaque matin les patients aient leurs serviettes pour leurs douches et des draps pour la réfection des lits. Actuellement un patient fait comme il veut pour manger, se lever, aller se laver. Les soignants évitent qu'il clive car certains soignants sont plus souples et cela peut les mettre en porte à faux. C'est le praticien référent qui doit définir le cadre et non les soignants.

N.C. : Pourquoi c'est le médecin référent qui doit définir le cadre et pourquoi le soignant n'a pas la possibilité de le faire ?

A.J. : On nous a spécifié que nous sommes simplement des IDE et les IDE doivent suivre les prescriptions d'isolement, de contention, d'appels téléphoniques …….du médecin. Pas d'initiative soignante à avoir.

N.C. :N'avez-vous pas l'impression d'être déresponsabilisé en suivant les prescriptions ?

A.J. : Ce n'est pas une impression, c'est le médecin qui le demande. Auparavant avec une prescription de contention de douze heures le patient était contenu jusqu'au matin et décontenu pour le déjeuner s'il allait mieux mais actuellement avec l'obligation de suivre les prescriptions le patient doit être décontenu à l'heure de fin fixée par le médecin. Le soignant n'évalue plus mais doit suivre les prescriptions du médecin. Avant de se laisser embarquer dans des clivages les soignants suivent les prescriptions.

N.C. : A quelle fréquence les médecins voient leurs patients en entretien ?

A.J. : Cela dépend des médecins et des situations : si le patient est en isolement il y a plusieurs visites par jour. Les relations sont difficiles en fonction de certains médecins. Cela dépend du patient et du médecin car certains médecins ne font pas confiance et du coup….. Impression de devoir appliquer des consignes, d'être une petite main. Avant il y avait plus d'autonomie pour les IDE. Au final les IDE ne font plus que de la surveillance : Suis-je surveillante ? Matonne ? C'est un médecin en particulier

qui exige la surveillance des prescriptions, toutefois il connait moins les malades que les soignants qui sentent les prodromes avant une crise.

N.C. : Comment comprenez-vous l'agressivité ou la violence des patients ?

A.J. : Je me demande si c'est induit par la souffrance, de la provocation, la part de maladie ou l'histoire du patient. Certains patients sont frustrés ou présentent une psychose caractérielle. L'agressivité peut s'expliquer aussi par la folie (patient qui se plaint d'avoir été violé toute la nuit) donc le matin il devient agressif. Fête du printemps : Je suis revenue sur un jour de repos pour préparer la fête avec les malades : J'aime être avec eux et ça m'amuse de partager ce moment. Je n'ai pas envie de changer malgré ce que je vous ai dit en début d'entretien.

N.C. : Selon vous à quoi sert l'isolement dans leur chambre ou dans une chambre d'isolement ?

A.J. : A désamorcer une crise, une situation, à protéger le patient, les soignants ou les patients. Il sert à beaucoup de choses. C'est dans un but thérapeutique. Il y a aussi une notion punitive pour certains patients dont pour un qui a récemment fugué. La chambre d'isolement sert aussi quand le patient se sent persécuté ou en insécurité ou quand les patients veulent s'entretuer. La décision de chambre d'isolement est prise entre collègues avec l'ensemble de l'équipe et en fonction de l'état du patient, de la clinique, du risque encouru. Je pense que le recours à l'isolement est rare car il y a d'autres moyens. Par exemple lors d'une dispute entre patients pour le choix du programme télé, je débranche la télé. Au final le patient ne vivra pas isolé toute sa vie donc il faut qu'il ait des interactions.

Entretien 2 du 05 juillet avec M. CHAMBON et un IDE

IDE depuis le 01er février 2008. A étudié à l'Ecole IFSI de la Croix Rouge. A travaillé pendant quasiment 1 an en tant qu'ASD à La Mas puis IDE en service d'entrée d'adultes Topaze pendant 3 ans ½. Depuis le 05 décembre 2011 travaille à l'UMD et en est content par rapport aux conditions de travail : les moyens, le personnel, les locaux et même financièrement. Formations suivies : Pas de formation spécifique à l'UMD, seulement formation sur l'isolement et la contention et quinze jours avant l'ouverture de l'UMD travail avec la future équipe pour se découvrir.

F.Y. :J'ai eu une formation extraordinaire sur les conduites d'entretien et souhaiterai avoir le niveau 2 avec entretiens filmés. J'ai eu d'autres formations mais moins intéressantes.

N.C. : Quelle est ta propre définition de la contenance ?

F.Y. :C'est compliqué, la contenance ça peut être physique, c'est l'environnement. C'est le côté rassurant que va amener le soignant par sa parole, sa posture, par les réactions qu'il a lorsque le patient lui envoie des choses très difficiles à vivre, voir un peu ce que le soignant en fait derrière est ce qu'il rassure. Ca mélange plein de choses autant physiques que psychiques que morales.

N.C. : Avez-vous rencontré des situations d'agressivité verbale entre patients ?

F.Y. : Oui, je ressens un peu de peur, d'appréhension, j'essaye de voir quelle est la meilleure manière d'apaiser les choses. Il faut s'inclure j'ai vu beaucoup de soignants dire au patient « vous vous calmez » et j'ai constaté « on va se calmer » marche mieux. Je joue beaucoup avec l'humour pour dédramatiser, ça passe ou ça casse, c'est à double tranchant. Il faut aller au feeling et avec l'expérience on voit ce qui a pu marcher ou non en fonction de la pathologie et du patient. Il n'y a pas de recette, c'est l'expérience. Ce que tu renvoies avec les années tu le travailles inconsciemment. En tant que jeune IDE à U1 avec des patients en chambre d'isolement je serai rentré chez moi dans un état lamentable. Avec mes dix ans d'expérience j'ai du recul sur les situations. Jeune diplômé, je

n'aurai pas postulé. Il faut au moins avoir le vécu d'un soignant d'un service d'entrée sinon tu es vite déstabilisé et mis en difficulté. C'est complexe pour un jeune diplômé, dans le profil de poste d'IDE pour l'UMD il faut au minimum une expérience en service d'entrée mais ce n'est pas toujours le cas.

N.C. présente différentes situations rencontrées par les collègues.

N.C. : En cas d'agressivité verbale d'un patient sur un soignant ?

F.Y. : Je recadre, essaye de positionner les choses, ne pas aller en frontal. Il faut être ferme mais souple, ne pas se braquer. Il ne faut pas être rigide. Concrètement recadrage, soit partir en clash, soit amener à une discussion en demandant un minimum de respect. En général quand la pression monte minimum deux agents et en chambre d'isolement toujours deux, quand un patient insulte un soignant ou deux patients entre eux, deux agents arrivent.

N.C. : En cas d'agressivité verbale d'un soignant sur un patient ?

F.Y. : Il y a de la maltraitance au niveau de la parole, celui qui dit qu'il n'y en a pas ment. Tous l'ont été mais à U1 les soignants n'ont jamais dépassé les limites de l'agressivité verbale. Par contre si agressivité physique d'un soignant envers un malade je remettrai son collègue en place en lui spécifiant que la prochaine fois je préviendrai les personnes concernées.

N.C. : En cas d'agitation psychomotrice d'un patient qui déambule dans l'unité ?

F.Y. : On a tendance à banaliser mais c'est du quotidien pour les patients déficitaires. A chaque fois qu'une patiente déficitaire arrivait à U1 elle se mettait par terre, opposition passive. C'était du quotidien. Après six ans d'UMD on a tendance à le banaliser, c'est une violence quand même quand un patient te crache au visage aussi. J'essaie différents types de réponses. La plupart du temps c'est le lien crée avec le ou la patiente qui aide au moment des clashs, au bout de vingt ou trente clashs tu connais le malade et les signes précurseurs. Bien connaitre le malade aide pour le rassurer, le contenir physiquement ou psychiquement alors qu'au début c'est la bagarre. Il y a autant de situations différentes que de patients.

N.C. : En cas de demandes insistantes et répétées d'un patient alors qu'on n'est pas disponible à cet instant pour y répondre ?

F.Y. :C'est régulier, le malade vient toujours quand le soignant n'est pas disponible. Tu répètes avec un ton de plus en plus ferme, cela arrive cent fois dans la journée. Au bout d'un moment il faut être clair et le patient clash mais la fois d'après le malade ne refait pas la même chose. Le malade teste tout le temps et il faut toujours trouver un compromis.

N.C. : Décrire une situation où le patient utilise le clivage de façon fréquente ?

F.Y. : Parfois le patient demande un retour en chambre alors qu'il vient de sortir de sa chambre et cliniquement il n'en a pas besoin, il te demande tu dis non et va voir un autre collègue pour une autre réponse, là clivage énorme. La plupart du temps le clivage est évité il faut être cohérent et esprit d'équipe pour éviter de tomber dans le clivage donc plutôt rare à U1.

N.C. : Comment comprends-tu l'agressivité des patients ?

F.Y. : Par la pathologie, l'enfermement, par l'hospitalisation sous contrainte. Il faut arriver à être en dehors des clous tout en restant soignant, parfois il y a des situations familiales difficiles. Je comprends leurs souffrances mais par moments l'agressivité c'est pour la blouse ils attaquent l'institution, les soignants…. Le patient parfois dit qu'il va se casser le cul à se livrer lui-même, à

raconter sa vie à des médecins extérieur…. C'est pourquoi l'accueil des premiers jours est primordial, le lien humain créé les premiers jours est important pour la suite de l' hospitalisation. Je comprends l'agressivité, la violence.

N.C. : A quoi sert l'isolement ? (Il s'agit d'un retour en chambre sans le consentement du patient).

F.Y. : Le malade va être coupé des stimuli extérieurs, du brouhaha quotidien. C'est une relation privilégiée avec deux soignants, une approche un peu plus personnalisée. La pièce est « sécure ».

N.C. : Comment se prend une décision de l'isolement en chambre individuelle ou chambre d'isolement ?

F.Y. : C'est la clinique, discussion avec les collègues, lorsque le patient ne supporte plus les autres, une voix qui lui parle, ou lorsque le patient clash. Quotidiennement décision d'isolement en chambre individuelle ou chambre d'isolement. Chambre d'isolement c'est le lieu où ils sont tranquilles, seuls, l'espace est à eux. Ils peuvent même y rester ¼ d'heure pour une lettre. L'isolement est un soin.

N.C. : Qu'est-ce qu'un cadre de soin ?

F.Y. :C'est les murs, la contenance soignante, les traitements, la prise en charge personnalisée au plus près de chaque patient et adapté à sa clinique et à sa pathologie et à sa personnalité aussi. Il n'y a pas de cadre de soin type. Il faut arriver à donner un sens au cadre de soin il faut s'en amuser, il n'y a rien de ferme mais quelque chose de mouvant qui s'approche de chaque personnalité du patient et de la clinique. Les patients et les soignants jouent avec.

N.C. : Dans quelle situation as-tu ressenti de la colère ou de l'agacement envers un patient ?

F.Y. : Tellement, et de l'agacement quand tu passes une matinée à gérer avec un patient du social et tu reviens le lendemain avec le même souci, de la déception tellement tu t'es investi. L'investissement ne correspond pas au retour reçu. Evidemment au quotidien de la colère car le patient n'arrête pas à agacer quand il sent que le soignant est touché.

N.C. : Quel critère diminue ou augmente la capacité de contenance ?

F.Y. : Il faut être physiquement et mentalement disponible au travail pour être suffisamment contenant donc le propre mental du soignant est déterminant. Il faut savoir s'écouter et sentir que l'on est en état ou non de contenir. Avec l'expérience on sait qu'on n'est pas en forme et qu'il ne faut pas le montrer donc demander aux collègues de prendre le relais en cas de crises avec un patient ou des patients. Ce n'est pas du quantitatif mais du qualitatif. Le contenu des enseignements des IFSI n'est pas adapté sur le savoir être avec les patients qui s'apprend avec l'expérience. Il faut avoir conscience de l'ultime rôle du soignant est de trouver la partie saine du patient pour le sortir de ce carcan pathologique de l'hôpital. A l'UMD les patients sont en plus grande souffrance, mais la partie saine existe toujours même s'il faut aller loin dans le lien avec le patient par le biais de la musique , de la lecture, de la danse….. Le plus important est de repérer la partie saine pour la titiller et la sortir du carcan pathologique.

Entretien 3 du 10 juillet 2017 avec M. CHAMBON et une IDE

Infirmière diplômée depuis trois mois. Ecole à Villefranche s/Saône. Stage à sa demande à l'UMD qui s'était bien passé, pour découvrir les soins intensifs en psychiatrie et le contraste entre les services d'entrées et les milieux fermés. Son mémoire à l'IFSI portait sur la tenue professionnelle dans la relation soignant/soigné en psychiatrie. Il en ressort que les avis divergent sur ce point. Pour elle, ça

lui permet de se mettre à distance de certaines choses qui pourraient plus ou moins la toucher, la tenue de travail lui permet d'être soignante avant tout.

N.C. : Quelle est votre propre définition de la contenance ?

D.F. : Ce serait la façon dont on arrive à apaiser un patient en crise, la manière dont on est présent pour lui, la manière physique et aussi les moyens matériels. L'idée de la contenance viendra avec l'expérience, pour être sûre qu'à certains moments, je serai suffisamment contenante et à d'autres, que je ne le suis pas assez.

N.C. présente différentes situations rencontrées par les collègues.

N.C. : En cas d'agressivité verbale entre deux patients, que faites-vous et que ressentez-vous ?

D.F. : Ce n'est pas quotidien. Séparer les patients pour éviter les débordements, comprendre la situation, savoir ce qui s'est passé et en fonction, évalué si un temps d'isolement est nécessaire ou si un entretien formel suffit pour apaiser les choses, reprendre les choses avec le médecin et les deux patients.

N.C. : Est-ce que vous gérer ces situations seule ?

D.F. : Non bien sûr, je me fais aider par mes collègues.

N.C. : En cas d'agressivité verbale d'un patient sur un soignant ? Est-ce que ça vous est déjà arrivé ?

D.F. : Oui, là aussi, il faut essayer d'évaluer le pourquoi, est-ce que ce sont des éléments de persécution, délirants ? Est-ce juste de la frustration ? Lien pathologique ou plutôt comportemental ? Est-ce qu'il faut revoir le cadre de soin, est-ce que ça doit être repris avec le médecin et les soignants.

N.C. : Entre ce qui est pathologique ou comportemental, la distinction est-elle assez clair ?

D.F. : Non, pas encore pour moi. Je me pose encore la question si tel élément est délirant, est-ce que c'est comportemental ? C'est parfois flagrant mais les deux peuvent aussi s'entremêler.

N.C. : Avez-vous l'impression que c'est plus clair pour vos collègues ?

D.F. : Je ne sais pas mais j'en parle souvent avec eux pour avoir leur avis.

N.C. : Si c'est comportemental, on fait quoi ? On « punit » ?

D.F. : On n'est pas là pour « punir » les gens, on est là pour le soin et aussi, on ne peut laisser quelqu'un être irrespectueux avec nous, c'est comme à l'extérieur, on peut lui rappeler les nécessités du respect les uns envers les autres.

N.C. : Est-ce déjà arrivé qu'un soignant agresse verbalement un patient ?

D.F. : Non, je ne l'ai jamais vécu et je fais attention à ne pas l'être mais parfois, on peut l'être sans s'en rendre compte, je ne sais pas. Si un jour, cela m'arrive, je me remettrai vraiment en cause.

N.C. : Une agitation psychomotrice d'un patient qui déambule dans l'unité ça arrive?

D.F. : Ça arrive même souvent, des patients qui font tout passer par l'agitation psychomotrice.

N.C. : Qu'est-ce vous faites ?

D.F. : On peut proposer un retour en chambre et puis il l'accepte directement. On peut proposer un retour en chambre en temps d'isolement. On peut proposer des soins pour essayer d'apaiser les choses, des activités de médiation.

N.C. : Vous avez donc un panel de solutions possibles ?

D.F. : Oui, on adapte en fonction du patient et en fonction de la clinique. Pour une agitation due à de l'angoisse, il est possible de faire un soin « balnéo », faire une manucure.

N.C. : Vous ne le faites pas tout le temps pour quelles raisons ?

D.F. : On le fait quand on peut se détacher, il faut essayer de trouver des pistes avant de tomber dans la facilité de l'isolement.

N.C. : Après vos trois mois d'expérience, avez-vous l'impression d'avoir plus de solutions aujourd'hui, qu'au début ?

D.F. : Du fait que j'observe beaucoup mes collègues qui sont tous différents, ils ont tous des manières de faire différentes donc je pioche un peu ce qui me convient le mieux. Je suis encore totalement en période d'apprentissage.

N.C. : Donc vous allez encore rester à l'UMD ?

D.F. : Oui sachant que je suis en CDD jusqu'en octobre. Et même si je vais dans un autre service, j'apprendrai d'une autre manière mais j'apprendrai toujours.

N.C. : Le cas d'une demande insistante et répétée d'un patient alors que vous n'êtes pas disponible à cet instant pour y répondre, avez-vous déjà rencontré ce type de situation ?

D.F. : Oui, souvent.

N.C. : Que faites-vous ?

D.F. : On a quelques personnes de ce type dans le service, de profil un peu abandonnique. Je pense qu'il y a un juste milieu à avoir dans le sens où il faut essayer de leur faire prioriser, eux, leurs demandes et nous, de les adapter en fonction si c'est une demande qui est justifiée, on leur apporte une réponse. Si ce sont des demandes répétitives et totalement injustifiées, leur apprendre à canaliser les demandes et les faire différer pour qu'ils puissent apprendre à patienter et apprendre à réfléchir sur leurs demandes et leur importance.

N.C. : Donc, ça se gère ?

D.F. : Oui mais humainement, c'est parfois difficile de supporter quand on a plusieurs patients qui font ça en même temps et qu'à côté, on a des patients qui sont en crise, plus agités, délirants et qu' il faut gérer tout ça à la fois, ça peut être agaçant et il faut savoir concilier et rester soignant dans ces cas-là.
Et vous y arrivez ? Pour l'instant, ça va mais parfois, quand c'est notre dernier jour de travail sur notre roulement, il faut se contenir un peu plus pour rester à sa place de soignante. Si je me rends compte que j'ai été peut-être un petit peu trop agressive, j'essaie de réfléchir là-dessus et de savoir pourquoi ?

N.C. : Toute seule ?
D.F. : Oui ou alors avec mes collègues parce qu'on est souvent plusieurs dans cet état-là. A la fin de la journée, c'est parfois un peu toute l'équipe qui est dans cet état.

N.C. : Tu peux rester soignante sans mettre trop d'affects parce que les affects ne rentrent pas forcément dans le soin ?

D.F. : Si, ils peuvent.

N.C. : Et tu arrives à distinguer ce qui est de l'ordre du « bon affect » pour soigner ?

D.F. : Pas toujours. C'est pour ça que je me pose beaucoup de questions et parfois, je me dis que là, j'ai peut-être été trop dure, trop à distance et parfois, je me dis que je l'ai un peu trop cocooner et ce n'est pas forcément une bonne chose pour lui.

N.C. : Et quand on débute comme toi, on est plutôt froid avec les patients ?

D.F. : Ça dépend des moments. J'aurais peut-être tendance parfois à être plus à distance mais je commence un peu plus à me laisser l'opportunité à mettre de l'affect dans le soin et de pouvoir le gérer.

N.C. : Et sur les trois mois, avez-vous eu des situations où vous « avez péter les plombs » ou avez eu envie d'arrêter ?

D.F. : Non. J'adore ce que je fais.

N.C. : Pouvez-vous décrire une situation vécue de clivage avec un patient qui l'utilise de façon fréquente ?

D.F. :J'ai un exemple avec un patient qui a une relation avec moi, un peu comme si j'étais un objet. Je suis en difficulté pour créer un lien avec lui alors qu'avec d'autres personnes de l'équipe, pas du tout. Et parfois, je pense que ça crée un clivage parce qu'on n'a pas du tout les mêmes réactions entre le reste de l'équipe, moi et d'autres personnes, face au cadre de soins. Certains diront qu'il peut en jour et d'autres diront qu'il ne le fait pas exprès, qu'il n'y a pas de manipulation derrière tout ça, que ce n'est que du pathologique.

N.C. : Comment ça se gère ?

D.F. :C'est difficile et c'est la situation qui m'a posée le plus de soucis et à laquelle j'ai le plus réfléchi. J'ai pu en parler en supervision, j'ai pu en discuter avec mes collègues et j'y réfléchis d'ailleurs encore aujourd'hui.

N.C. : Vous avez de la supervision ?

D.F. : Oui. On est très peu à y aller.

N.C. :C'est différent de l'analyse de la pratique ?

D.F. : Je ne sais pas, je n'y suis allée qu'une fois pour l'instant.

N.C. : Et ça été soutenant ?

D.F. : Oui, ça m'a apporté des réponses et j'avais u, collègue qui était là et qui a apporté son point de vue qui était différent du mien à la base donc au final, il y a quelques points qui se sont rejoints. On avait un point de vue différent mais c'est important d'avoir le point de vue de ses collègues.

N.C. : Quelles choses à mettre en place pour limiter le clivage ?

D.F. : Avant, je disais que c'était important que l'on ait le même discours et plus je travaille ici, plus je me rends compte qu'on est avant tout des êtres humains et qu'on ne pourra jamais avoir tous le même discours, le même avis. Il faut qu'il y ait une communion d'équipe mais il faut aussi qu'on reste humain et qu'on soigne avec notre personnalité. Etre d'accord avec toutes les situations n'est pas possible. Il y aura toujours du clivage et c'est la réalité des choses.

N.C. : Comment comprenez-vous l'agressivité ou la violence des patients ?

D.F. : Est-ce que cette agressivité relèverait plus de la souffrance, de l'intrusion, de l'attaque, de la provocation ? Ça dépend des situations et parfois, on ne le sait pas vraiment si le patient ne verbalise pas. On peut le déduire en fonction de son histoire, de son vécu. La vie en communauté est compliquée et encore plus quand on est psychotique. C'est vraiment variable selon les situations.

N.C. : Est-ce que votre regard évolue par rapport à votre expérience ici sur ce qui ferait que les personnes malades seraient plus agressives ou violentes ?

D.F. : J'essaie toujours de trouver une explication à la violence. C'est un signe de quelque chose.

N.C. : Selon vous, à quoi sert l'isolement ?

D.F. : Sachant que vos collègues donnent cette définition de l'isolement : il s'agit d'un retour en chambre sans consentement du patient. Je ne suis pas forcément d'accord sur le terme « sans consentement » dans le sens où parfois, il y a des patients qui recherchent l'isolement, qui n'arrivent pas à le verbaliser mais qui acceptent le retour en chambre volontiers. Pour moi, l'isolement est avant tout une baisse des stimulations. Souvent, un patient demande l'isolement parce qu'il y a trop de stimulations autour de lui et le fait d'être seul apaise les choses.

N.C. : Comment pensez-vous la décision de l'isolement si on ne vous le demande pas ?

D.F. : Par exemple, s'il y a un passage à l'acte ou un risque hétéro ou auto agressif. C'est quelque chose qu'il faut discuter en équipe parce qu'on n'aura pas tous le même avis.

N.C. : Et par exemple, ce dernier mois, combien de mises en isolement sans consentement ?

D.F. : Je dirai en moyenne une fois par semaine, une toutes les deux semaines mais ça dépend, parce qu'il y a des semaines où l'on va mettre plusieurs personnes en isolement ou au moins faire des allers-retours en chambre, le week-end dernier, on avait deux personnes isolées. C'est selon aussi les patients qui sont là, il y a des patients qui sont là depuis très longtemps et du coup, qui ont un profil plutôt stable, qui sont plus proches de la sortie donc il y a moins besoin d'isolement et d'autres qui arrivent où l'on est encore en période d'évaluation et d'observation et du coup, ça clash plus facilement.

N.C. : Qu'est-ce qu'un cadre de soin ?

D.F. : Pour moi, c'est toutes les mesures, toutes les règles qui sont mises en place pour permettre au patient d'accéder aux soins et d'en tirer un bénéfice. Le cadre de soin ne doit pas être une punition. Parfois, c'est facile de tomber dans le punitif quand on a des patients qui s'infantilisent beaucoup et c'est quelque chose à laquelle il faut beaucoup réfléchir même si sur le moment, on a été punitif, il faut réfléchir personnellement après coup. Déjà, ici, les murs sont cadrant.

N.C. : Qu'est-ce qui facilite le respect du cadre de soin ?

D.F. : La période d'hospitalisation, au début c'est forcément plus difficile parce que les patients sont dans le lien, c'est humain mais ils essaient aussi de transgresser ce cadre, c'est normal et puis le lien que l'on peut avoir les patients. Il y a certains patients avec lesquels on a moins de lien et d'autres avec qui on en a plus mais ça, c'est normal parce qu'on ne peut pas avoir le même lien avec tous les patients. Je pense qu'avoir un lien avec le patient le plus important peut permettre un respect du cadre plus adapté ou moins transgressif.

N.C. : Dans quelle situation avez-vous pu ressentir de la colère ou de l'agacement envers un patient ?

D.F. : De la colère, jamais, pour le moment et de l'agacement, c'est les patients qui s'infantilisent, qui ont des personnalités abandonniques, il faut essayer de ne pas le faire ressentir.

N.C. : Comment faites-vous pour ne pas le faire ressentir ?

D.F. :C'est difficile et les patients le ressentent donc il faut essayer de savoir de mettre en retrait au moment où on est le moins disponible mentalement, réfléchir à la façon dont on parle, à laquelle on s'adresse, aux regards qu'on peut jeter.

N.C. : Et dans ces situations, vous n'avez pas eu recours à l'isolement ?

D.F. : Non, ça ne doit pas être en lien avec notre agacement personnel.

N.C. : Et si vous êtes « collectivement » agacés ?

D.F. : Il faut alors se poser des questions sur la clinique du patient parce que ce que le patient nous renvoie a quand même une indication sur son état de santé à l'instant T et si l'on est collectivement agacés, c'est peut-être que le patient a besoin d'isolement parce qu'il n'arrive pas à se contenir et ça envahit trop les autres personnes. Si toute l'équipe est agacée, ça veut dire aussi que beaucoup de patients peuvent l'être et il faut aussi penser à l'effet que ça peut avoir sur les autres patients tout en soulageant le patient concerné.

N.C. : Selon vous, quels critères diminuent ou augmentent votre capacité de contenance ?

D.F. : L'expérience. Quand j'aurai testé plein de manière de l'être et que je saurai à quel moment ça fonctionne ou pas.

N.C. : Vous pourriez aussi être une ancienne aigris ?

D.F. :J'espère que je ne le serai pas et qu'on saura me dire avant d'arrêter. Je pense aussi qu'il y a notre disponibilité mentale au moment donné. On n'est pas toujours disponible de la manière que ce soit personnel ou professionnel et du coup, on n'est pas contenant de la même manière.

N.C. : C'est-à-dire que pour vous, il faut être plus disponible ?

D.F. : Oui, je pense que c'est important mais ce n'est pas toujours facile. Ce n'est pas parce qu'on est au travail qu'on ne pense pas à ce qui nous dérange au travail ou dans notre vie extérieure. En tout cas, pour en revenir à la tenue, je me sentirais bien moins contenante si je travaillais en civil et je pense que ça aussi, ça a un lien avec l'expérience, le fait d'avoir confiance en soi, d'être sûre de sa posture etc.

Entretien 4 du 10 juillet 2017 avec M. CHAMBON et un ASD

Il est arrivé à l'UMD en août 2013, en contrat de remplacement, pendant sept mois. Retour à l'UMD depuis 1 an ½ après avoir travaillé sur le pôle ouest. Cadre de travail identique à ce que j'ai appris à l'école, avec un nombre de soignants encore suffisant, ce qui permet de travailler en binôme. Formation sur la contention physique (APIC), l'approche du patient, les crises. Projet de devenir infirmier (remise à niveau et concours), motivé par la prise en charge du patient (participation aux entretiens avec médecins, traitements médicamenteux).

N.C. : Quelle est votre propre définition de la contenance ?

D.B. : C'est un cadre mis en place de manière verbale ou physique pour apaiser le patient mais souvent de l'ordre de la contrainte pour limiter les stimulations ou les agressions extérieures. Contrainte car en mettant un cadre, on impose aussi une limite physique ou de pensée.

M. CHAMBON présente différentes situations rencontrées par les collègues.

- Cas d'agressivité verbale entre 2 patients

N.C. : Cela arrive souvent, que faites-vous ?

D.B. : Tout dépend le niveau d'agression. Essayer de comprendre ce qui se passe, pouvoir en discuter tout de suite avec les 2 patients, pouvoir faire le médiateur dans le cas où la situation est encore gérable. Sinon, c'est la séparation physique et faire une médiation ultérieurement.

N.C. : Vous n'êtes jamais seul dans ces situations ?

D.B. : Ça peut arriver mais si le ton monte, les collègues arrivent très vite.

- Cas d'agressivité verbale d'un patient sur un soignant

N.C. : Que faites-vous si on vous agresse ou si on agresse un de vos collègues ?

D.B. : Encore une fois essayer de comprendre pourquoi, qu'est-ce qui s'est passé. Rappeler les règles de respect.

N.C. : Est-ce ça arrive souvent ?

D.B. : Non, c'est plus souvent entre les patients eux-mêmes. Mais ça peut arriver dans un moment de colère ou de frustration importante, ils peuvent vite oublier « qu'il y a une blouse entre les deux. » C'est intéressant car ça permet de voir que c'est la fonction en tant que telle et non la personne qui est insultée.

- Cas d'agressivité verbale d'un soignant sur un patient

N.C. : Est-ce déjà arrivé ?

D.B. : Non, ça ne m'est jamais arrivé.

N.C. : Et jamais témoin ?

D.B. : Non mais si cela arrivait, il faut prendre le collègue à part et voir ce qui s'est passé et rappeler que les patients sont « malades ». On essaie de « mettre un peu à l'écart » les collègues et le reste de l'équipe gère. Et comme on est dans une structure fermée, c'est plus visible que dans un service d'entrée. Donc, c'est important qu'on soit lié pour l'exercice de notre fonction mais parfois, au bout de huit heures, on ne peut pas tout encaisser, on n'est pas des machines. Y'a des patients qui le comprennent, d'autres moins. Ça m'est arrivé de leur expliquer que ma journée a été difficile, que je suis fatigué et que je ne suis pas prêt à tout entendre et je les renvois vers mes collègues. Parfois, les patients s'en aperçoivent et c'est eux qui viennent nous voir en disant qu'il faut être courageux, y'a un peu de « censé » qui ressort, c'est rigolo.

- Cas d'agitation psychomotrice d'un patient qui déambule dans l'unité

N.C. : Est-ce que ça arrive ?

D.B. : Oui, et là, on n'y va pas seul. On y va tout de suite en nombre. On essaie de rentrer en lien verbalement avec le patient et on le raccompagne en chambre. Si c'est trop compliqué, on passe à la contention physique.

- Cas d'une demande insistante et répétée d'un patient alors que vous n'êtes pas disponible à cet instant pour y répondre

D.B. : Oui, beaucoup, énormément. Ça dépend du patient, du nombre de fois où ça a été demandé, la situation. Ça permet parfois de travailler sur la patience et la frustration de certains patients, apprendre à différer les demandes mais c'est au cas par cas. Les patients sont tellement fluctuants d'un moment à l'autre.

N.C. : Vous arrivez à les connaître ?

D.B. : Oui. Parfois, la tension est un peu palpable par tous les patients dans le service et on adapte notre prise en charge vraiment à chaque instant. Il faut aussi prendre en compte les affinités entre patients. Ça peut vite déborder pour une histoire de cigarettes ou d'un mot de trop et ça peut devenir les pires ennemis en l'espace de quelques instants et après, c'est fini . La vie en communauté n'est pas simple, déjà pour nous mais encore moins pour les patients.

- Cas d'un patient qui utilise le clivage de façon fréquente

D.B. : Ça arrive souvent avec des histoires de cigarettes. Le patient dit à l'équipe du soir que l'équipe du matin ne lui a donné qu'une cigarette pour en avoir une deuxième. Certains patients sont champions dans le clivage en jouant sur les différents équipes, les différents soignants, sur les fonctions aussi (IDE, ASD). Personnellement, je prends ça souvent sur le ton de l'humour en disant « ça n'a pas marché cette fois-ci. » C'est une manière dire qu'on n'est pas dupe.

N.C. : Qu'est-ce qu'il faudrait faire pour limiter le clivage ou pas ?

D.B. : L'important est de communiquer entre les équipes pour limiter ces actes. C'est aussi un média de communication pour certains patients. Toute situation est bonne à prendre je pense. Le clivage

est inhérent à certaines pathologies aussi et après, à nous d'en faire une force et de créer quelque chose d'intéressant pour le patient.

N.C. : Comment comprenez-vous l'agressivité ou la violence des patients ?

D.B. : C'est le résultat d'un mal-être, quel qu'il soit, un mal-être physique, psychologique et il faut être prêt à l'entendre, écouter ce qui se passe et en tirer une conclusion. L'agression ne nous est pas destinée en tant qu'individu. Certains patients n'entrent en communication qu'en étant agressifs. Pour certains, ça vient de leur éducation, qui ont grandi, évolué dans la violence et ils ne savent pas communiquer autrement qu'en étant agressifs avec nous. Donc, on ne peut pas changer toute éducation en quelques semaines, en quelques mois. Il faut leur faire comprendre qu'il existe d'autres moyens de communiquer et mettre tout ça en place avec eux.

N.C. : Selon vous, à quoi sert l'isolement ? Sachant que certains de vos collègues décrivent l'isolement comme un retour en chambre sans consentement du patient.

D.B. : Pour moi, y'a d'autres moyens comme écarter le patient du groupe en l'isolant dans un bureau par exemple, à l'instant T pour désamorcer une situation. C'est parfois suffisant pour montrer au patient qu'à ce moment-là, on s'occupe de lui. L'isolement en chambre est expliquer au patient que c'est trop compliqué pour lui d'être avec les autres, qu'il y a trop de stimulations et qu'il doit se reposer, se recentrer sur lui-même, limiter toute agression.

N.C. : Comment pensez-vous la décision de mettre un patient en isolement ?

D.B. : C'est déjà défini par le médecin qui fait une prescription. En cas d'urgence, les IDE peuvent isoler le patient s'ils l'estiment nécessaire mais ça doit être acté par un médecin très rapidement.

N.C. : Et vous, en tant qu'ASD, seul, vous n'êtes jamais à ça ?

D.B. : Si, c'est arrivé une fois en service d'entrée. Le patient était très agité, il était en contact avec moi, il me voyait, il m'écoutait, j'ai dit stop et je l'ai emmené en chambre pour se poser et après, j'en ai référé tout de suite aux infirmiers et au médecin. Je dirai que dans l'urgence, il vaut mieux agir tout de suite que de laisser flamber les choses et qu'éventuellement, ça se répercute sur d'autres patients. Ici, on est quand même assez partisan de limiter l'isolement en chambre autant que possible. On peut limiter par des temps courts par exemple.

N.C. : Sur un mois type, il y a combien d'isolement ?

D.B. : C'est très variable parce que ça dépend énormément du type de patients comme il n'y a pas très longtemps, on avait une patiente qui nécessitait quasiment tous les jours de la ramener en chambre.

N.C. : Et l'agitation de ces patients agit sur le groupe ?

D.B. : Oui, l'agitation fait monter l'agitation des autres patients.

N.C. : Qu'est-ce qu'un cadre de soin ?

D.B. : C'est un peu un indice technique d'une prise en charge d'un patient. C'est ce qui doit être fait au quotidien pour ce patient-là, les restrictions que l'on va mettre en place si besoin, les règles de vie qui sont adaptées à chaque patient, les gestes qui vont être autorisés pour l'un mais pas pour l'autre. Le cadre est un peu la feuille de route qu'on a pour chaque patient, validée par un médecin, on va

rajouter les prescriptions d'isolement en chambre par exemple, les temps qui peuvent être définis par les médecins. Il n'y a pas de bon cadre de soin si le patient ne le valide pas. Il faut qu'il l'accepte pour que ça fonctionne correctement.

N.C. : Dans quelle situation avez-vous pu ressentir de la colère ou de l'agacement envers un patient ?

D.B. : Simplement en le disant au patient, ça arrive qu'il soit capable d'entendre. Quand ce n'est plus « entendable », on relaie aux collègues. Il faut accepter qu'on ne soit pas des machines.

N.C. : Vous pouvez avoir recours à l'isolement dans pareille situation ?

D.B. : Ça peut arriver qu'on le raccompagne en chambre pour lui permettre de se poser, à limiter les stimulations parce que ça arrive que certains patients se font les porte-paroles d'autres. Cas aussi où ils voient le médecin passer et sont harcelant jusqu'à qu'il les voit.

N.C. : Pourquoi ?

D.B. : Parce que le médecin a quand même un côté rassurant pour le patient, c'est lui qui gère sa prise en charge et beaucoup de choses passent par le médecin et sont validées par lui.

N.C. : Vous pensez qu'ils font bonne figure avec le médecin ?

D.B. : En général, oui.

N.C. : Ça peut cliver aussi non ?

D.B. : Oui mais c'est parfois intéressant car ça peut être repris en entretien.

N.C. : Dans ce cas, vous sentez-vous moins légitime ?

D.B. : Non, ce qui est intéressant est de pouvoir en discuter à trois avec le médecin. Le médecin a l'avantage ou l'inconvénient d'être moins présent que nous donc on ne partage pas les mêmes choses.

N.C. : Et vous en souffrez ?

D.B. : Non sauf s'il y a agression vis-à-vis d'un soignant. C'est important de pouvoir remettre les choses au clair ensemble.

N.C. : Selon vous, quels critères diminuent ou augmentent votre capacité de contenance ?

D.B. : La fatigue. Je pense qu'inconsciemment, on le sent entre collègues quand on arrive le matin fatigué ou malade. On va essayer de limiter les situations conflictuelles car dans ces moment-là, on est moins capable de prendre sur soi.

N.C. : Est-ce que l'expérience peut aussi faciliter ?

D.B. : L'ancienneté oui. On peut temporiser des situations de manière différente en fonction de l'expérience qu'on a, se dire qu'on a déjà été face à telle situation et j'ai agi comme ça, ça a marché ou pas. Et ce que peut nous apporter l'équipe surtout dans ce milieu clos.

Entretien 5 du 11 juillet 2017 avec M. CHAMBON et un ASD

Travaille à l'UMD depuis l'ouverture de la deuxième tranche, c'est-à-dire l'unité 3 donc depuis septembre 2012. Rappelle que l'unité 1 a été ouverte en décembre 2011, l'unité 2, en mars 2012. Avant, sur le pôle Est, au service d'entrée Erasme où il a travaillé pendant huit ans. Avant, vient du Sud de la Drôme où il a travaillé dans une autre structure.

N.C. : Et on est bien à l'UMD alors ?

V.C. : Moi, c'était l'intérêt, au niveau de l'ouverture, de voir une nouvelle part du soin, avec ses spécificités, surtout après huit ans de service d'entrée. Ici, la temporalité est complètement différente, on est à distance souvent de la crise. Les patients qui arrivent de l'extérieur directement quasiment à l'UMD, c'est arrivé mais c'est quand même extrêmement rare et dans des cas très particuliers.

N.C. : Et vous arrivez à connaître tous les patients ?

V.C. : Oui d'autant mieux qu'ils restent longtemps, pour certains, même plusieurs années sachant qu'en général, les patients restent au minimum six mois. Ceux qui restent moins de six mois, c'est quand même l'exception.

N.C. : Est-ce que vous avez fait des formations qui vous ont apporté quelque chose dans le cadre de votre pratique ?

V.C. : Oui, beaucoup. Notamment, une formation que j'ai particulièrement appréciée, l'éthnopsy, à l'INFIP à Lyon, c'est-à-dire tout ce qui était la prise en compte des données culturelles des personnes soignées. Autres formations, la psychopathologie, les formations obligatoires qu'on a systématiquement comme APIC « approche, prévention et intervention contrôlée », c'est une méthode nord-américaine pour évaluer les risques, certaines techniques de désamorçage. Des choses qui sont importantes dans la pratique, qui permettent de se poser des questions. Par exemple, par rapport à l'éthnopsy, un comportement que l'on peut considérer comme « bizarre » ne l'est en fait peut-être pas du tout mais juste culturel.

N.C. : Vous avez une part importante de patients étrangers ?

V.C. : Oui.

N.C. : Quelle est votre propre définition de la contenance ?

V.C. : Je dirais qu'il y a déjà plusieurs ordres. La contenance psychique, la contenance physique. La contenance physique intervient soit dans le fait de contenir physiquement une personne pour l'empêcher de se faire du mal, ce qui est le plus le cas en général, ou l'hétéro-agressivité qui est pour le coup, vraiment la contenance physique. La contenance aussi de l'institution, particulièrement à l'UMD, les murs qui sont très contenants et qui permettent à certains patients de se trouver vraiment en sécurité ici. On s'en rend compte quand on fait des sorties thérapeutiques et certains patients n'attendent qu'une chose, c'est de rentrer car dehors, c'est l'insécurité complète. La contenance psychique où là, on est dans la relation plus avec le patient, c'est protéiforme mais ça peut être le dialogue bien sûr, verbale, l'écoute, les activités. Par exemple, via un média, un jeu, l'atelier cuisine… Voilà, la contenance a plusieurs sens, il y a plusieurs façons de la définir.

M. CHAMBON présente différentes situations rencontrées par les collègues.

- Cas d'agressivité verbale entre 2 patients

V.C. : D'où l'intérêt et l'importance de bien connaître les patients. Savoir comment on peut désamorcer la situation, savoir comment s'interposer. Pour certains, il faut faire preuve d'autorité.

N.C. : Cette agressivité verbale est-elle quotidienne ?

V.C. :C'est très variable. Certains patients sont plutôt tranquilles, tant que tout se passe bien et d'autres patients, qui ont des variations au niveau thymique et là, ça va dépendre. Il y a aussi d'autres patients qui ont des problématiques « persécutoires » et pour le peu qu'ils soient et envahis et persécutés, là, ça peut vite… Mais c'est variable et ce n'est heureusement pas tous les jours. On est quand même là pour apaiser, pour lisser un peu tout ça, si ça se battait dans tous les sens, ce ne serait pas bien pour personne.

- Cas d'agressivité verbale d'un patient sur un soignant

V.C. : En général, on rappelle que d'abord, on n'est pas là pour se faire insulter, qu'il y a d'autres moyens avant d'insulter, même si on peut comprendre que ça se passe mal mais qu'avant d'insulter, on peut discuter et souvent, ce sont des choses qui se reprisent avec le médecin. Il y a des patients avec qui on peut faire le « papa » ou la « maman » qui grondent et d'autres où ça ne veut pas dire la même chose parce qu'il y a des aménagements plus psychopathiques, avec une intolérance à la frustration qui est inférieure à zéro. C'est difficile de dire ce que l'on fait de manière stéréotypée car il y a toujours une évaluation de la situation, des patients. On est vraiment dans l'évaluation permanente.

- Cas d'agressivité verbale d'un soignant sur un patient

N.C. : Ce sont des choses qui peuvent arriver ?

V.C. : C'est rare. Vous savez, y'a certains patients avec qui au bout de huit heures quasiment non-stop, vous êtes à reprendre les choses, à recadrer, des fois, ça peut… mais moi, je n'ai jamais entendu un de mes collègues insulter un patient. Un collègue peut sortir un truc du style «arrêtez, alors là vous me gonflez » mais je pense que c'est accepté et parfois, les patients arrivent à entendre et à comprendre que au bout d'un moment, y'en a marre. Quand on est fatigué, qu'on en a marre, il faut savoir passer la main à un autre collègue.

N.C. : Vous n'êtes jamais seuls ?

V.C. : On n'est jamais seuls et il faut savoir passer la main parce que les patients peuvent parfois se persécuter contre un soignant et il faut que le soignant se mette en retrait et que ce soit un autre qui prenne le relais, c'est ça une équipe. Pour un peu que le collègue soit aussi fatigué parce qu'un patient qui va être particulièrement pénible le quatrième jour du matin où le collègue s'est levé à quatre ou quatre heure trente du matin, ça n'a pas la même incidence que si c'est le premier jour. Dans l'ensemble, les gens sont suffisamment professionnels et on parle entre nous.

- Cas d'agitation psychomotrice d'un patient qui déambule dans l'unité

V.C. : Là, il faut savoir si c'est juste perturbateur, si c'est dangereux pour lui, est-ce qu'il est prêt à balancer le matériel sur tout le monde. On évalue, et s'il y a besoin, on fait appel aux renforts. Là, géographiquement, les services sont quand même très proches donc en fait, le renfort peut être de vingt à trente secondes et les collègues sont là et se retrouver vite à huit ou dix si vraiment, ça prend des proportions. Encore une fois, évaluation des risques immédiats, quel est le danger ? Est-ce que le

patient en est encore au stade où l'on peut être dans la communication ? Est-ce que l'on peut faire retomber les choses comme ça ?

N.C. : Et si on ne peut plus discuter ?

V.C. : Alors là, c'est raccompagnement en chambre, en nombre, et éventuellement, prise d'un traitement pour l'apaiser ou même un « si besoin » c'est-à-dire injection et contentions s'il le faut. Parfois, s'ils ne sont pas physiquement contenus pour les obliger en fait à se poser, d'eux-mêmes, ils ne vont pas y arriver parce que psychiquement, ils n'ont pas les capacités à se réguler. Pour certains, on sait qu'il va falloir en passer par là pour que ça pause… Une demi-heure ou une heure… Ça arrive des situations où les patients sont contenus plus longtemps mais en général, ce n'est jamais plus que nécessaire, on est dans un outil de soins, pour les patients désorganisés, ça leur permet de se recentrer, de « rassembler les morceaux ».

- Cas d'une demande insistante et répétée d'un patient alors que vous n'êtes pas disponible à cet instant pour y répondre

N.C. : Ça arrive souvent ?

V.C. : Oui. Soit, on diffère… Mais on a de grands spécialistes de la demande multiple et réitérée. J'ai tendance à dire « je finis ça et je fais… » Et en général, j'essaie de me tenir à ce que je dis. Parfois, ce sont aussi des demandes complètement inadaptées, une patiente qui va sonner pendant la sieste pour sortir aller acheter des bijoux.

N.C. : Ça agace ? Oui clairement. Ils font aussi des demandes inadaptées auprès de plusieurs soignants parce qu'ils « font le tour ».

- Cas d'un patient qui utilise le clivage de façon fréquente

V.C. : Il y en a souvent des situations comme ça. Par exemple, une patiente qui va demander des photocopies. Et là, c'est important de se passer l'info entre collègues en disant qu'elle a déjà eu ses photocopies mais parfois, le collègue n'est pas forcément au courant et là, ça marche.

N.C. : Comment pourrait-on limiter ça ?
D'où l'importance de communiquer entre les collègues et de faire passer l'information.

N.C. : Comment comprenez-vous l'agressivité ou la violence des patients ?

V.C. : Déjà leur pathologie. C'est principalement leur pathologie quelle qu'elle soit qui les a conduits à l'UMD. Un patient qui est très persécuté, paranoïaque et qui va avoir l'impression que tout le monde dit du mal de lui, forcément, il va passer à l'acte.

N.C. : Selon vous, à quoi sert l'isolement ? Sachant que certains de vos collègues décrivent l'isolement comme un retour en chambre sans consentement du patient.

V.C. : Pour moi, sans consentement du patient : oui et non. Encore une fois, il y a certains patients qui vont demander d'être isolé, dans le sens se retrouver seul parce que leur pathologie fait que c'est aussi ça qui pose problème dans un service d'entrée classique parce que beaucoup trop de gens, trop de stimulations, d'insécurité qui les font souvent passer à l'acte dans un service classique. Il faut quand même faire attention à ceux qui ont tendance à être clinophiles, qui passeraient leurs journées dans leur lit. Mais il faut savoir que pour la plupart, quand ils le demandent, c'est thérapeutique. L'isolement en chambre d'isolement, suite à un problème soit parce que le patient va

passer à l'acte, soit que l'on doit vraiment décider de le raccompagner en chambre, ce n'est jamais dans l'esprit de punir le patient parce que je sais, par expérience, que mettre quelqu'un en isolement, c'est un outil très efficace. Mais il faut l'utiliser de façon adaptée. Parfois, pour un patient, le fait d'être contenu physiquement, il va être contenu une ou deux heures et ça va suffire, ce n'est pas la peine de continuer, auquel cas on peut tomber dans des dérives.

N.C. : Concrètement, cette utilisation va être hebdomadaire, quotidienne ?

V.C. : Je dirai qu'on a tendance peut-être à moins l'utiliser parce que la structure est d'elle-même, contenante. Dans des services d'entrée, ils n'auront pas le choix parce qu'il n'y a pas les structures pour, le personnel pour donc ce sera utilisé différemment. Ici, finalement, on s'aperçoit qu'on ne contient physiquement pas tant que ça. Ce n'est pas quotidien.

N.C. : Qu'est-ce qu'un cadre de soin ?

V.C. : Il y a les règles institutionnelles de service qui sont les mêmes pour tout le monde et puis, le cadre de soin avec la particularité liée à la pathologie de la personne. Par exemple, si les relations sont conflictuelles avec la famille et que les visites sont compliquées, on va peut-être différer, ne pas avoir de visite le temps que le patient aille mieux, ce n'est pas la peine de le mettre en difficulté, ni lui, ni sa famille, ni l'équipe. Autre exemple, un patient va prendre son repas en chambre parce que le prendre avec d'autres est compliqué, pour pas que le temps de repas soit parasité par ce qu'il entend. Le cadre de soin est vraiment tout ce qui est règles en plus des règles de fonctionnement institutionnelles qui sont les mêmes pour tout le monde, après c'est au cas par cas, décidé par le médecin en fonction de la pathologie.

N.C. : Dans quelle situation avez-vous pu ressentir de la colère ou de l'agacement envers un patient ?

V.C. : C'est plus de l'agacement, pas de la colère. Quand certains nous prennent pour des « andouilles » mais il ne faut juste pas qu'on s'en rende compte et quand on s'en rend compte, on est agacés

N.C. : Selon vous, quels critères diminuent ou augmentent votre capacité de contenance ?

V.C. : La fatigue certainement. A savoir si on est au premier jour de travail ou au quatrième jour. Clairement, la fatigue et la tolérance, la patience vont être émoussées et là, ça va être un peu plus compliqué. Mais l'important, c'est de le savoir, le sentir et de repasser la main à l'équipe. Dans mon cas, c'est plus ce facteur-là.

N.C. : Pensez-vous que l'expérience peut aider à avoir une meilleure capacité de contenance, avoir la possibilité de mieux évaluer les situations ?

V.C. : Oui, clairement. Ça permet aussi d'avoir de la souplesse dans le cadre. Je vois avec les jeunes diplômés ou les personnes qui arrivent, ils vont être extrêmement rigides, à suivre à la lettre mais parce que c'est rassurant. Par contre, une fois qu'on a l'expérience, on peut se permettre des libertés tout en restant dans le cadre de soin etc.

N.C. : Pourquoi ? Parce qu'on a plus d'outils ? Parce qu'on est plus légitime ?

V.C. : Parce que je pense qu'on sait mieux évaluer la situation, la potentialité de dangerosité de la situation ou pas. Parce qu'on « en a vu de toutes les couleurs ». Pour moi, il y a des choses qui aident comme pour moi, ma stature, clairement, ça aide, je le sais mais il ne faut pas confondre autorité et autoritarisme. Là où je peux peut-être me permettre pour plusieurs raisons (« les cheveux blancs »)

d'arriver à aborder une situation différemment que mes jeunes collègues. Ça aide. Il faut savoir s'en servir et j'ai le souvenir de patients où ma simple présence, je prenais trop de place et j'étais intrusif, persécutant simplement parce que j'étais là, on le ressent et du coup, on se met en retrait et on laisse aller une collègue femme. C'est pour ça que c'est important de travailler en équipe.

Entretien 6 du 11 juillet 2017 avec M. CHAMBON et un IDE

IDE diplômé depuis 2008, en fonction depuis 2009 et travaille à l'UMD depuis son ouverture. Avant l'UMD a travaillé pendant presque 3 ans sur une UHCD sur le CH St Jean de Dieu. Est très bien à l'UMD depuis l'ouverture. Formations dans le cadre de sa pratique : quelques formations de base à l'ouverture de l'UMD notamment la formation APIC. Sur APIC une approche sur le biais de la communication, des repérages des troubles, des signes avant-coureurs d'un passage à l'acte et un peu sur le désamorçage.
Les soignants ont aussi bénéficié d'une formation dense sur la psychopathologie de la violence, c'est un contenu très lourd mais version très condensée au moment de cette formation pour la première équipe créée puisqu'elle a faite sur 2 semaines au lieu d'1 mois (sur les dires des psychologues d'ANAPSIS) : donc survol de cette formation et contenu théorique difficile à assimiler mais a éclairé sur certains aspects de la psychopathologie.

B.Y. : Je suis en attente d'autres formations qui pourraient m'aider dans ma pratique telles que la conduite d'entretiens niveau 2, habituellement pour les nouveaux agents à l'UMD ou pour les arrivants au CH Le Vinatier avec un gros module de 112 h entre autre sur la conduite d'entretien niveau 1.J'ai bénéficié aussi d'une formation « mise en place d'ateliers de médiations de soins » avec l'équipe, formation très utile dans ma pratique et a permis de monter un projet de groupe médiatisé sur l'UMD.

N.C. : Quelle est votre propre définition de la contenance ?

B.Y. : En premier lieu sur ce que nous pouvons apporter aussi de « notre propre matériel psychique » apporté au patient par notre présence, au contact de la personne, ce qui peut rassurer. Après en fonction des situations quand il y a des situations qui dégénèrent d'autres formes de contenance : contenance chimique liée au traitement, isoler une personne pour la couper de tous stimuli extérieurs, la contenance physique, et mécanique(attacher un patient pour le protéger).
En premier instant plutôt ce que chacun individuellement et l'équipe peuvent apporter au patient par le contact.

M. CHAMBON présente différentes situations rencontrées par les collègues.

- En cas d'agressivité verbale entre deux patients

B.Y. : La présence entre les deux patients, s'il faut intervenir essayer d'apaiser les tensions et si c'est possible de verbaliser les conflits autrement qu'en s'insultant ou en s'agressant l'un envers l'autre essayer de poser les choses. Si ce n'est pas possible effectivement séparer les patients, voir même s'il faut les isoler un peu si cela va trop loin et que les patients ont besoin de temps pour s'apaiser. On s'adapte en fonction si l'angoisse est très forte chez l'un ou l'autre sous la forme d'un entretien un peu informel, ou la prise d'un traitement si la personne en ressent le besoin ou si en fonction de l'évaluation de la situation on en ressent la nécessité, si la situation est trop dégénérative pour éviter que cela aille trop loin. Dans un premier temps s'ils sont capables d'être « médiatisant » donc de régler leurs conflits entre eux autrement que notre présence

- En cas d'agressivité verbale d'un patient sur un soignant

B.Y. : J'aurai tendance à intervenir au milieu du conflit : dans un premier temps peut être essayé de voir ce que le patient a comme griefs contre le collègue, entendre un peu sa parole peut être s'il n'arrive pas à le dire qu'il puisse le verbaliser à quelqu'un d'autre. Toujours reprendre les choses à chaud ou à distance, essayer de médiatiser ça dans un bureau ; si ce n'est pas possible et que la situation va trop loin même chose. Pas forcément quotidien mais cela peut en fonction des périodes, en ce moment un patient est un peu persécuté envers un soignant donc agressivité verbale régulière. On arrive à éviter l'escalade et à ce que la situation ne dégénère pas quand les patients verbalisent un peu.

- Cas d'agressivité verbale d'un soignant sur un patient

B.Y. : Oui c'est arrivé, qu'est-ce qu'on définit dans l'agressivité verbale : les tons peuvent monter sans insulte. Il faut que le collègue dise stop et passe le relais. L'avantage est de travailler en équipe et en nombre à l'UMD pour pouvoir passer le relais aux collègues : « se passer la patate chaude » et éviter la boule au ventre quand un patient devient trop persécuté. Il m'est arrivé d'avoir la boule au ventre quand un patient se sentait très persécuté, « il disait que je l'empoisonnais »… il était très angoissé et je me t'attendais à ce qu'il me tombe dessus. Ce n'était pas agréable. Au final les soignants veillent les uns sur les autres pour éviter ce type de situation. Mais à un moment donné toutefois Il faut bien se confronter au patient, reprendre la prise en charge. De toute façon il faut dire au collègue agresseur de s'arrêter, de réfléchir, de se poser pour éviter que cela aille trop loin. La base de notre métier est le relationnel.

- Cas d'agitation psychomotrice d'un patient qui déambule dans l'unité

B.Y. : S'il déambule beaucoup on comprend que le patient ne soit pas bien donc on va à la rencontrer, le patient n'arrive pas à verbaliser donc agitation sans tout casser. Je le prends à part dans un bureau pour apporter une écoute. Par contre si le patient casse tout il faut l'isoler car le fait d'avoir du public la situation dégénère plus vite. S'il devient agressif envers lui-même ou quelqu'un d'autre : arrêt d'agir la personne devient dangereuse pour elle-même ou autrui il faut l'arrêter.

- Cas d'une demande insistante et répétée d'un patient alors que vous n'êtes pas disponible à cet instant pour y répondre

B.Y. : Cela arrive souvent. On essaye de garder son calme, si le patient revient sans cesse cela signifie qu'il y a quelques chose derrière il cherche le contact, il a besoin d'être réassuré.
On peut essayer de cadrer fermement avec une position ferme si on ne peut répondre tout de suite à la demande. Il faut poser un cadre au cours de l'entretien, on répond une fois, voire plusieurs fois, ou on le met devant le fait accompli à force d'harceler toute la matinée lui dire maintenant c'est fini il faut qu'il arrête. Les situations sont variables, il faut adapter.

- Cas d'un patient qui utilise le clivage de façon fréquente

B.Y. : Par exemple pour une prise de traitements antalgiques que le patient prend régulièrement pour des raisons pas forcément d'ordre somatique (agissant comme un anxiolytique) un soignant fait la recherche d'EVA pour évaluer la douleur le patient va poser des questions et dire qu'un de ses collègues IDE lui donne sans lui poser de question. Pour les rangements de chambres le soir certains objets seulement sont accessibles mais certains soignants sont plus souples et laissent plus de liberté : certains malades essayent de cliver en disant qu'un tel soignant ne fait pas comme ça. Pour éviter ce genre de situation bien écrire sur les transmissions se le dire au cours des relèves : par exemple un patient demande du doliprane au premier IDE qui repousse la prise et le patient va donc

voir un autre IDE pour la même chose et même un troisième IDE en un quart d'heure d'où l'utilité des transmissions.
Par exemple le week-end dernier un patient avait oublié l'anniversaire de sa mère 2 jours avant, il avait son appel le lendemain, « Il vient me demander « est-ce que je peux appeler ? », « Non demain vous appellerez », « Ah bon ».Je me dirige vers la pharmacie du service et entend le patient qui demande la même chose à un autre collègue qui lui a rappelé que je lui avais donné une réponse claire. Ils essayent toujours.

N.C. : Comment comprenez-vous l'agressivité ou la violence des patients ?

B.Y. : C'est un peu dure quand on y fait face en direct, on peut rester dans la compréhension parfois, quand cela nous tombe dessus il y a des moments de culpabilité je suis soignant qu'est-ce que j'ai fait de mal ? Qu'est-ce que j'ai fait de travers ? Pas forcément c'est un peu dure à chaud de décrypter ce type de situation. Avec le recul on pourrait se dire que le patient a voulu me dire quelque chose pourquoi il a été violent ? Cela peut traduire un mal être, une situation qu'il n'arrive pas à gérer. Cela peut être en lien avec leur vécu délirant, on parle de raptus suicidaire, là c'est raptus violent cela part d'un coup c'est comme une décharge certains patients ont la capacité d'élaborer, d'autres ne peuvent l'expliquer et on ne le saura jamais. Cela ne peut être que de l'interprétation. Ce n'est jamais simple. Il faut partir du principe que parfois nous n'aurons pas la réponse avec certains patients, on n'accédera jamais au pourquoi. Après comment faire pour éviter que la situation dégénère, pour aider le patient et éviter un passage à l'acte.

N.C. : Selon vous, à quoi sert l'isolement ? Sachant que les soignants l'ont défini comme un retour en chambre sans consentement du patient.

B.Y. : Isoler quelqu'un c'est avant tout un soin ce n'est pas une punition, savoir pourquoi on le fait. Savoir pourquoi on le fait ? Dans l'idée isoler c'est couper tout stimuli pour amener un apaisement, après pour certains patients suite à une violence ou quelqu'un à risque de passage à l'acte. C'est un moyen de le sauvegarder de lui-même ou des autres. Cette décision fait suite à un consensus de l'équipe ou en fonction d'une situation urgente isolement. Quand violence contre lui-même ou une personne on l'isole et le sécurise. Isolement suite passage à l'acte violent : le seuil de tolérance des soignants en UMD est élevé par rapport aux autres unités. L'équipe s'est adaptée au public reçu. Fréquence des retours en chambre régulière, une a été faite récemment samedi dernier. Isolement suite à des violences, des menaces pour sécuriser et que le patient se pose pour revenir en communauté.

N.C. : Qu'est-ce qu'un cadre de soin ?

B.Y. : Le cadre de soin c'est un ensemble de règles posé ou imposé au patient et imposé au sein de l'équipe. C'est un cadre de vie mis en place pour une personne qui définit les limites et d'avoir des libertés dans la prise en charge. Il est fait aussi pour être mis à mal par le patient c'est le jeu, tout en respectant les règles. C'est un contrat porté par l'équipe même si pour certains malades ils ne l'ont pas voulu et ne l'ont pas signé. C'est l'idée comme les règles de vie de la société avec des lois dans un cadre qui nous donne des libertés. Cela donne la possibilité aux patients de le mettre à mal.

N.C. : Dans quelle situation avez-vous pu ressentir de la colère ou de l'agacement envers un patient ?

B.Y. : Ça a pu arriver par exemple quand le patient qui se sentait persécuté par moi mes collègues me protégeaient me disaient de mettre de la distance, mais les supérieurs hiérarchiques n'en tiennent pas compte là on est mis à mal on a l'impression que certaines prises en charges ne sont pas entendues, la communication n'est pas forcément bonne là je suis en colère ou agacé. Dans les premières années de l'UMD un patient très délirant, replié, hermétique il pouvait taper les soignants

avec des délires à U2 on l'a géré en isolement six mois dans une chambre d'isolement avant qu'il soit muté à nouveau sur U1 on a fait tampon longtemps avec sa violence. Physiquement il était très appauvri mais il a fait des dégâts avec quatre à cinq passages à l'acte par semaine : réaction de colère sur un moment en se disant qu'est-ce qu'on fait ?

N.C. : Les médecins n'étaient pas assez présents ?

B.Y. : Je pense que le médecin référent ne pouvait mieux faire mais certains médecins arrivent à verbaliser d'autres non. Les soignants sont tiraillés entre les patients et les médecins, il faut gérer en fonction de chacun sauf qu'entre l'équipe les soucis sont plus ventilés qu'avec le médecin où il faut être plus diplomate. Adapter son discours en fonction de l'interlocuteur.

N.C. : Selon vous, quels critères diminuent ou augmentent votre capacité de contenance ?

B.Y. : Je pense que tout ce qui est d'ordre privé les problèmes privés au vestiaire (école de la croix rouge) c'est faux surtout en psychiatrie on fait avec ce qu'on est. Forcément il y a des hauts et des bas, donc la prise en charge varie en fonction. Il faut bien se connaitre, connaître ses réactions ce qui permet de dire là je peux ou je ne peux plus c'est l'avantage de travailler en équipe en UMD en raison du nombre, exemples de burn-out chez les soignants. Je n'ai pas peur de le dire quand je ne suis pas au clair, je demande à un collègue. Ça demande d'être en confiance avec ses collègues. Le facteur privé mais aussi les pressions institutionnelles (soucis d'effectif, problèmes d'organisation dans les services ….) peuvent jouer sur la prise en charge des patients donc sur notre approche soignante mais à l'UMD nous sommes protégés de ces pressions (nous ne sommes pas une unité d'entrée donc les lits ne sont pas pris rapidement et dans l'urgence) nous avons une obligation de moyens mais pas de résultats à l'UMD. Nous sommes soulagés par rapport à ça mais prises de tête sur les règles institutionnelles à l'UMD parfois nous ne voyons plus que ça et il est important de se recentrer sur son métier, je suis là pour le patient. On peut faire des choses en se détachant et en se recentrant sur sa pratique on n'est pas des robots.

3. Questionnaires

1) Grille de questionnaire

QUESTIONNAIRE

La contenance soignante individuelle et groupale en Unité pour Malades Difficiles (UMD)

Dans le cadre de notre recherche intitulée « La contenance soignante individuelle et groupale en UMD », nous vous proposons de remplir ce questionnaire. Nous cherchons à valoriser notre pratique soignante. Il ne vous prendra pas plus de vingt minutes. Cette enquête est anonyme et confidentielle. Merci pour votre collaboration, d'autant que cette étude ne peut être menée sans vous.
*Obligatoire

Profession *
- ( ) Infirmier(ère) diplômé(e) d'Etat
- ( ) Aide-soignant(e) diplômé(e)

Depuis combien de temps exercez-vous votre profession? *
- ( ) Moins de 2 ans
- ( ) Entre 2 ans et 5 ans
- ( ) Entre 5 ans et 10 ans
- ( ) Entre 10 ans et 20 ans
- ( ) Plus de 20 ans

Depuis combien de temps exercez-vous en UMD ? *
- ( ) Moins d'1 an
- ( ) De 1 an à 4 ans
- ( ) Plus de 4 ans

Avez-vous suivi des formations professionnelles qui vous ont aidées dans votre travail à l'UMD ? *
Oui □ Non □ si oui lesquelles :……..

Participez-vous à des temps d'analyse de la pratique ? *

1		2	3	4	5	
Jamais	( )	( )	( )	( )	( )	Toujours

A quel(s) terme(s) associeriez-vous la notion de contenance soignante *

Choix multiple	Non	Oui	Dans certains cas	
Empathie		( )	( )	( )
Présence soignante		( )	( )	( )
Souplesse		( )	( )	( )
Sympathie		( )	( )	( )
Recadrage		( )	( )	( )
Effectif soignant		( )	( )	( )

Retrait en chambre	( )	( )	( )
Compétences professionnelles (théorie et pratique)	( )	( )	( )
Cadre adaptable	( )	( )	( )
Autorité	( )	( )	( )
Traitement si besoin	( )	( )	( )
Connaissance du patient	( )	( )	( )
Cadre strict	( )	( )	( )
Limites	( )	( )	( )
Humour	( )	( )	( )
Autre(s)			

Quand utilisez-vous les moyens suivants pour être contenant au quotidien ?*

	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
Humour	( )	( )	( )	( )	( )
Appel des collègues	( )	( )	( )	( )	( )
Recadrage	( )	( )	( )	( )	( )
Ecoute	( )	( )	( )	( )	( )
Autorité	( )	( )	( )	( )	( )
Retrait en chambre	( )	( )	( )	( )	( )
Appel du médecin	( )	( )	( )	( )	( )
Observation	( )	( )	( )	( )	( )
Transmissions soignantes	( )	( )	( )	( )	( )
Fermeté	( )	( )	( )	( )	( )

Avez-vous déjà abordé la notion de contenance soignante... *

	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
De manière théorique lors de votre formation initiale ?	( )	( )	( )	( )	( )
De manière pratique lors de vos stages ?	( )	( )	( )	( )	( )
Dans votre pratique professionnelle ?	( )	( )	( )	( )	( )

Dans quelles circonstances avez-vous recours au retrait en chambre? *

	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
Agressivité verbale entre deux patients	( )	( )	( )	( )	( )
Agressivité verbale envers un soignant	( )	( )	( )	( )	( )
Agitation psychomotrice d'un patient, qui déambule dans l'unité	( )	( )	( )	( )	( )

Patient adhésif, avec des demandes répétitives ou incessantes	( )	( )	( )	( )	( )
Patient qui ne respecte pas les règles de vie de l'unité, de façons répétées	( )	( )	( )	( )	( )
AUTRES(S)					

Selon votre expérience, quels sont les effets de l'isolement sur le patient ? *

	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
Apaisement	( )	( )	( )	( )	( )
Colère	( )	( )	( )	( )	( )
Agacement	( )	( )	( )	( )	( )
Incompréhension	( )	( )	( )	( )	( )
Victimisation	( )	( )	( )	( )	( )
Calme	( )	( )	( )	( )	( )
Ressentiment	( )	( )	( )	( )	( )
Rassemblement	( )	( )	( )	( )	( )
Autre(s)					

Avant la décision d'un retour en chambre, en dehors des situations d'urgence, menez-vous un entretien avec le patient pour expliciter cette mesure ? *

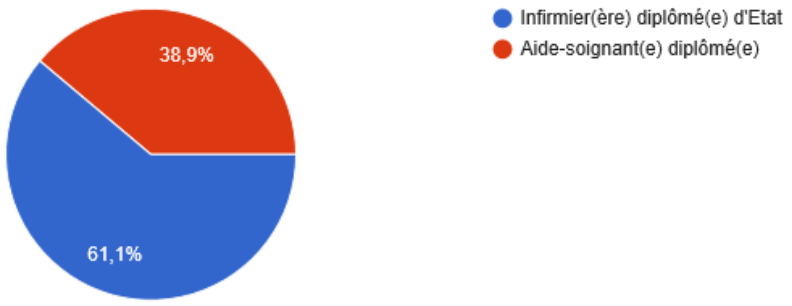
1		2	3	4	5	
Jamais	( )	( )	( )	( )	( )	Toujours

Comment utilisez-vous le cadre de soin prescrit ? *

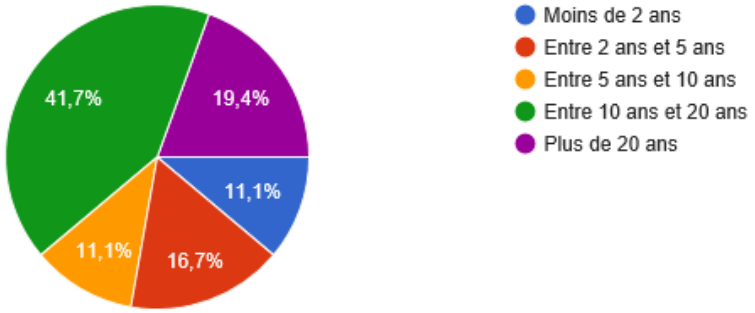
○[ ] Comme des règles élaborées avec le patient
○ [ ] Comme un règlement à suivre scrupuleusement
○ [ ] Comme un ensemble de consignes adaptable à la situation
○ [ ] Comme des règles élaborées par l'équipe, pour le patient
○ [ ] Comme un prétexte à la relation entre soignant et soigné
○ [ ] Comme un objectif thérapeutique essentiel à atteindre

2) Réponses graphiques

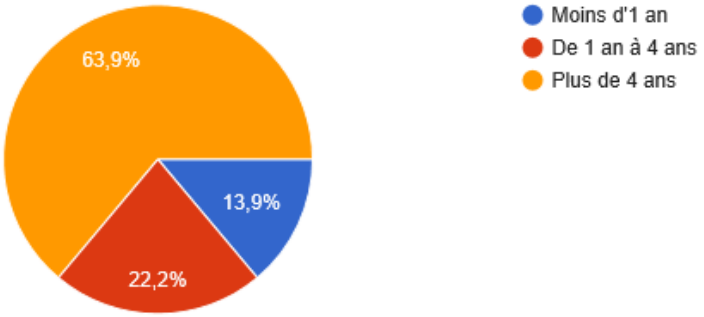
Profession



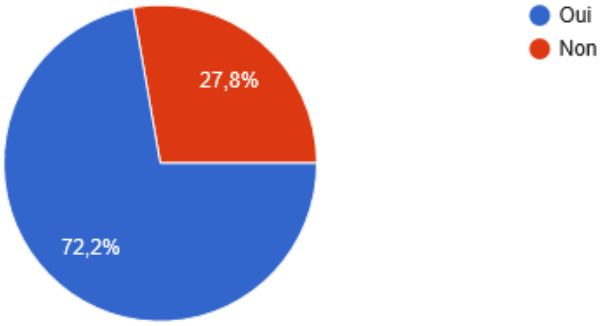
Depuis combien de temps exercez-vous dans votre profession ?



Depuis combien de temps exercez-vous en UMD ?



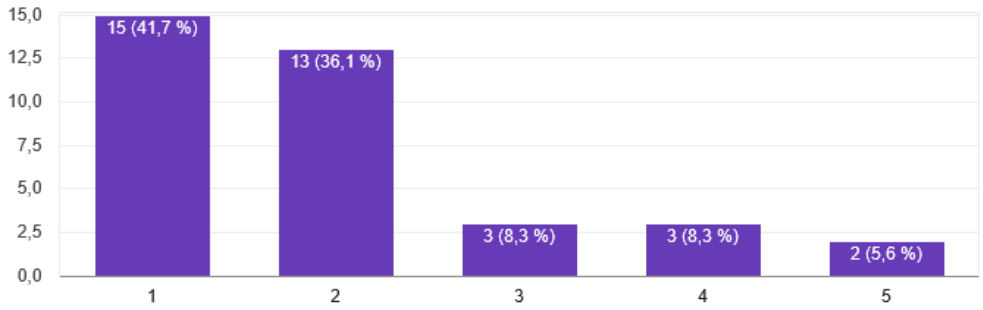
Y a-t-il des formations professionnelles qui vous ont aidés dans votre travail à l'UMD ?



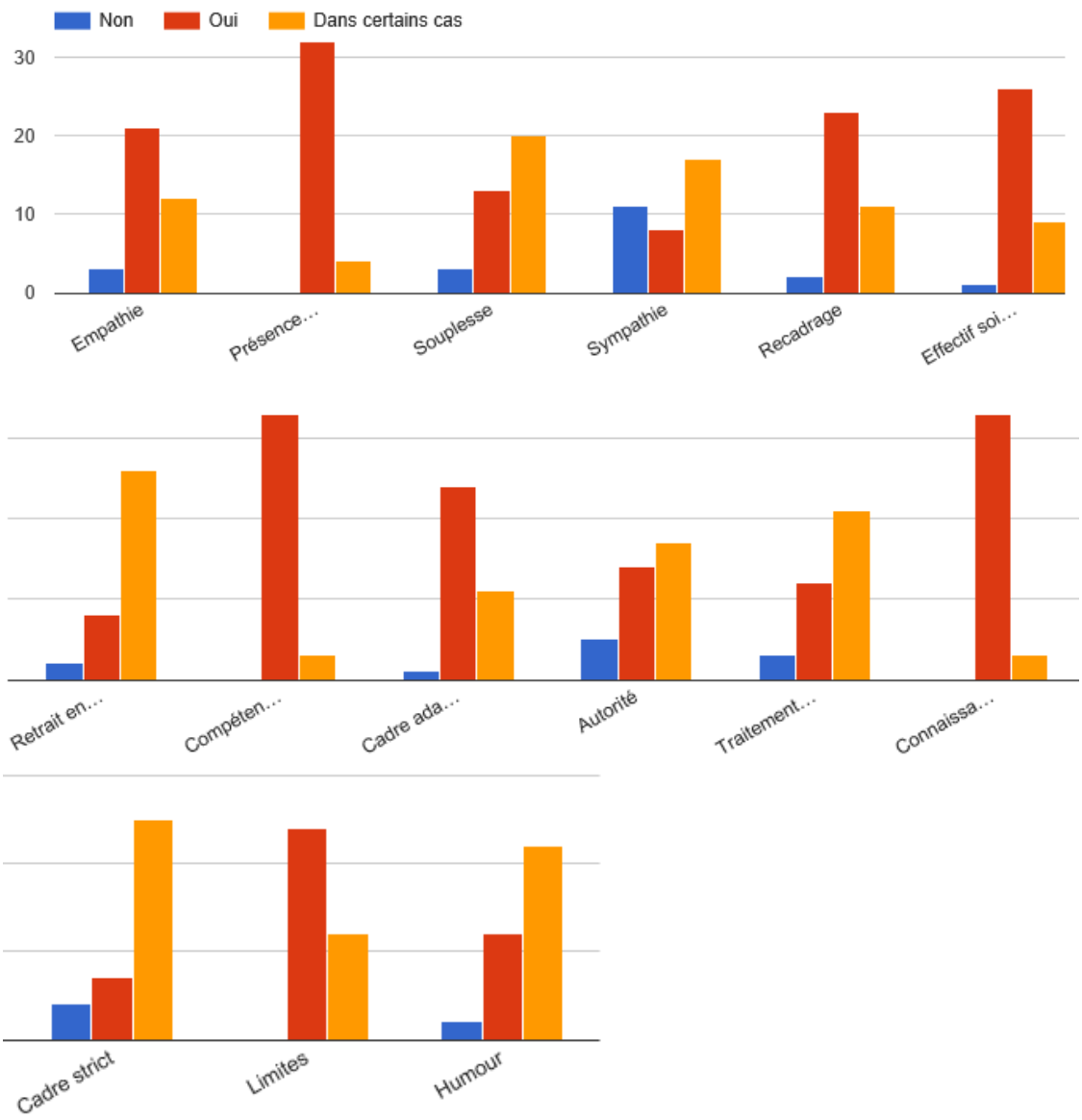
Si oui, lesquelles ?

psychopathologie de la violence
conduites d'entretien niveau 1 et 2 . urgences vitales
Conduite d'entretien niv. 1 ; APIC
Prise en charge de la violence, APIC, Clinique infirmière, groupes de soins et médiations
APIC gestion de la violence
DU criminologie,conduite d'entretien ,APIC, psychopathologie
APIC, Conduite d'entretien
les 15 jours de formation avant l'intégration en UMD
APIC; L'isolement en psychiatrie
apic, isolement therapeutique, les delires
aide soignant en psychatrie
APIC, Prévention crise suicidaire
APIC, Conduite d'entretien, formation suicide
APIC
APIC et conduite d'entretien
gestion et prise en compte de la douleur en psychiatrie,Formation APICS et ANAXIS
anaxis apic
"APIC" - "Mise en place d'un atelier de médiation de soin niveau 1"
Du criminologie....Conduites d entretien.....
apic urgence vitale
APIC
APIC, les pratiques d'aide- soignant en psychiatrie
réactualisation apic

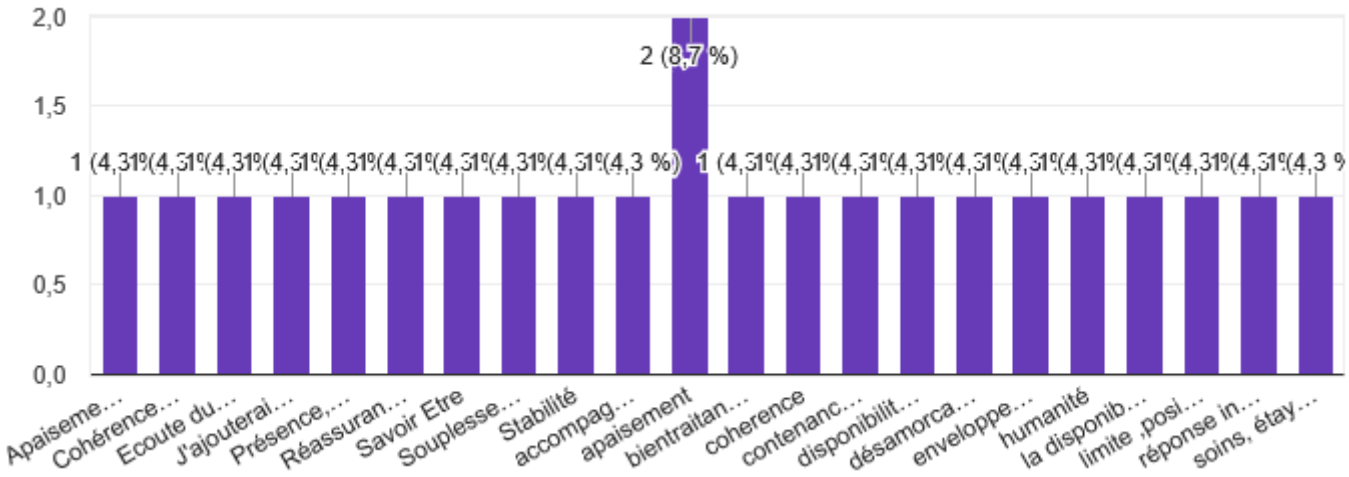
Participez-vous à des temps d'analyse de la pratique ? (1 = jamais / 5 = toujours)



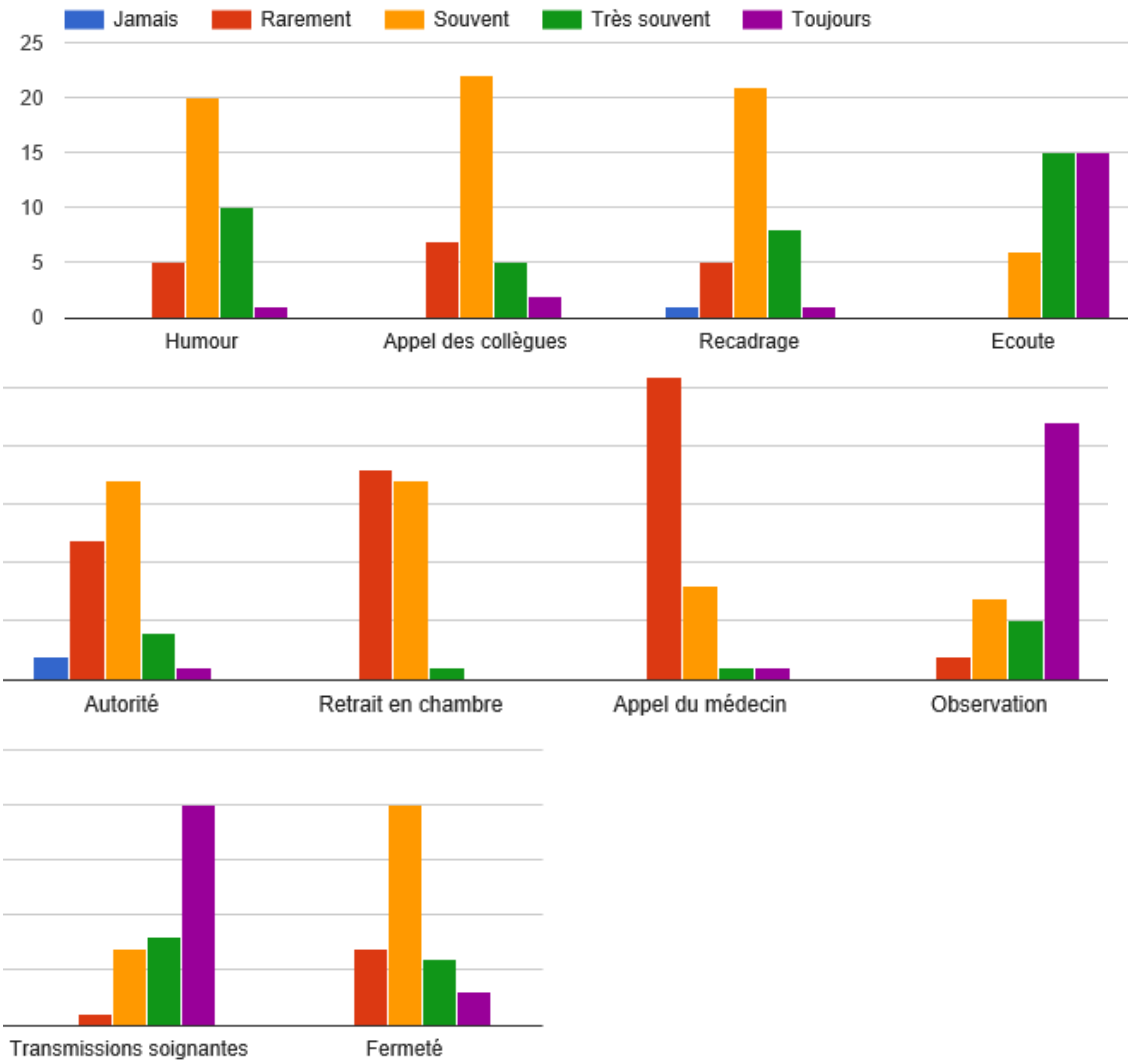
A quel(s) terme(s) associeriez-vous la notion de contenance soignante ? (plusieurs réponses possibles)



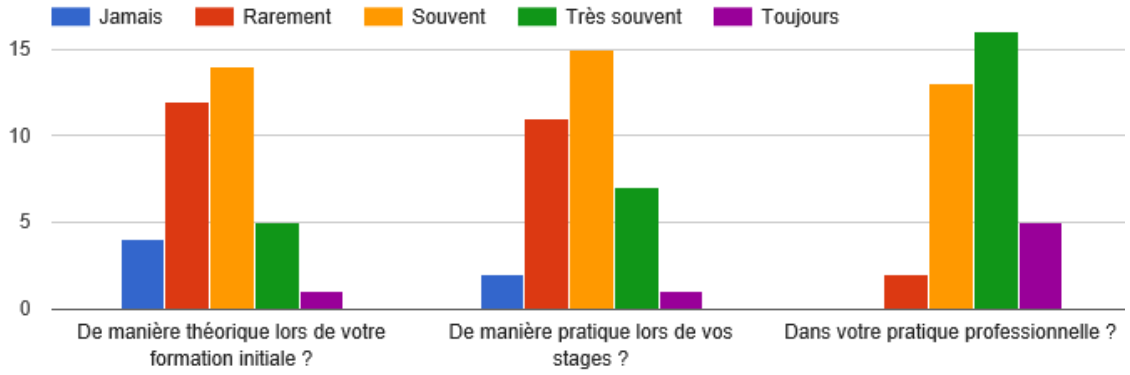
A quel(s) autre(s) terme(s) associeriez-vous la notion de contenance soignante ?



Quand utilisez-vous les moyens suivants pour être contenant au quotidien ?



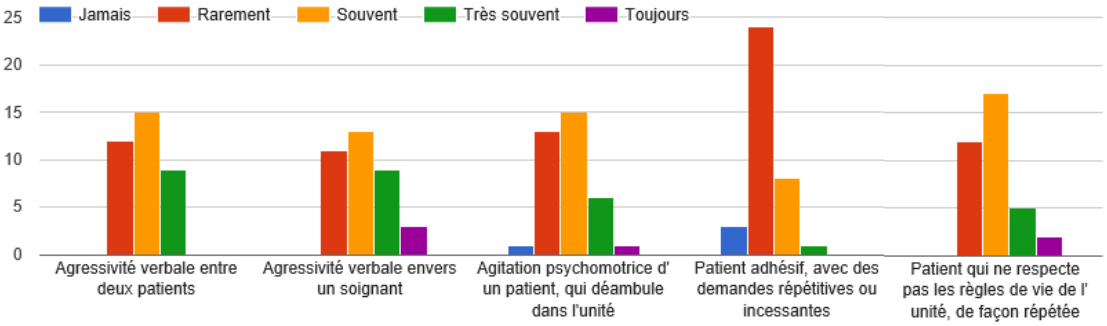
Avez-vous déjà abordé la notion de contenance soignante…



Dans quelle(s) circonstance(s) avez-vous déjà abordé la notion de contenance soignante ?

Après une journée agité dans le service.
Reunion clinique
avec les patients
lors des formations institutionnelles
avec les collègues
Au DAPELA auprès des autisite dificitaires
Discussion entre collègues
réassurance
lors dune discussion avec des patients
Formation continu, analyse de la pratique
Difference entre savoir faire et savoir etre
en équipe
Iles sorties avec les patients, au sportt
clash

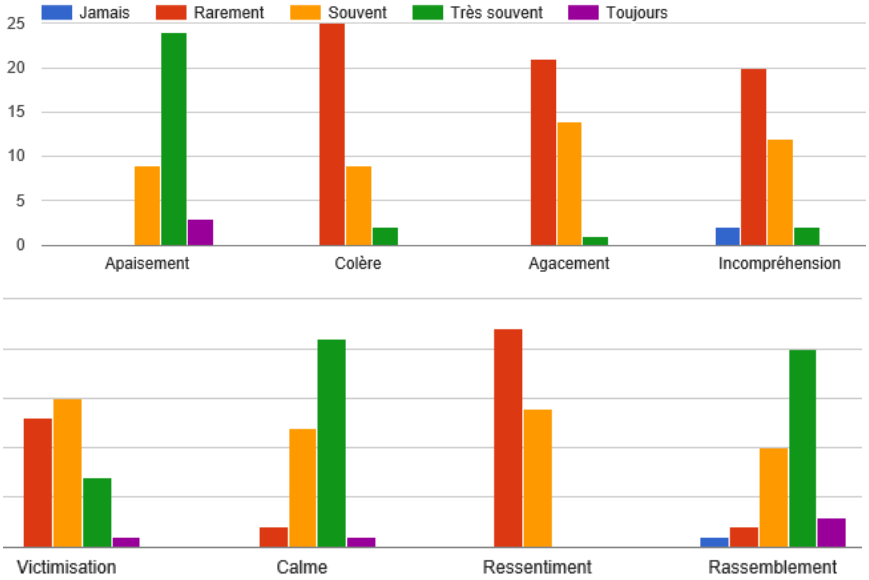
Dans quelles circonstances avez-vous recours au retrait en chambre ?



Dans quelle(s) autre(s) circonstance(s) avez-vous recours au retrait en chambre ?

à la demande du patient
Lors d'un passage à l'acte.
Clash entre 2 patients. hetero aggressivité envers soignant et ou patients.
hallucination, mise en danger du patients
passage à l'acte hétéro agressif, menace verbale
violence
lors d'un conflit entre deux patients ; sthenicité importante
Violence hétéroagressive
un patient menaçant envers les autres patients ou soignants
quand le patient me le demande
a visée anxyolitique
Risque auto ou hetero agressivité, demande du patient
passage à l'acte envers un autre patient ou soignant.
pour apaiser un patient
passage a l'acte hétéro agressif
patient sombre, angoissé et renfermé. patient intrusé par les autres
Fatigue patient ; Besoin du patient de s'isoler
demande du patient ,fatigue,protection,crise
à la demande du patient, passage à l'acte auto et/ou hétéroagréssif
Patient qui supporte mal les autres patients
protection du patient
violence physique
hétéro agressivité auto agressivité
un patient excité qui fait monter les autres patients, conduite dangereuse
sieste a la demande ou cadre

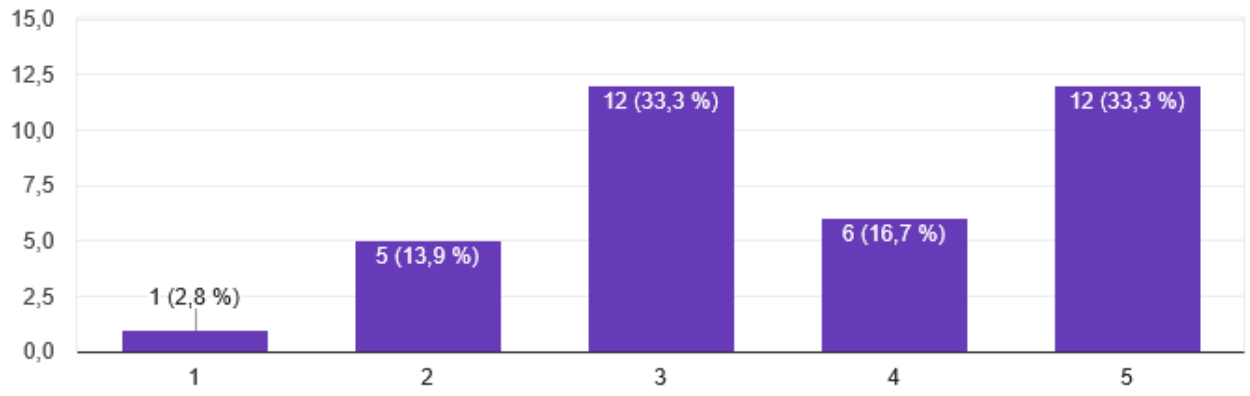
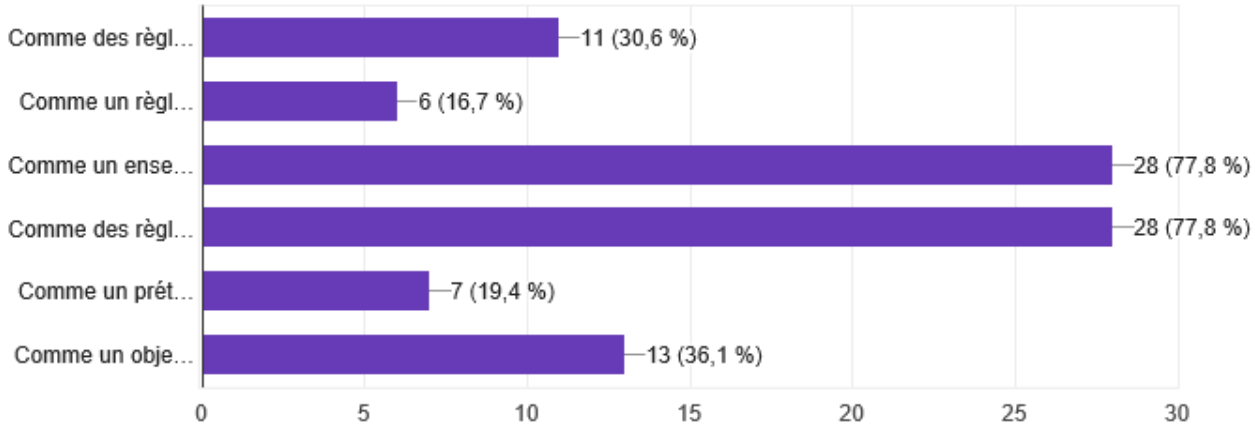
Selon votre expérience, quels sont les effets de l'isolement sur le patient ?



Quel(s) autre(s) effet(s) de l'isolement sur le patient constatez-vous ?

diminution de la tension du groupe
Sécuriser le patient.
apaisement lié a la baisse des stimulis ou patient qui se rassemble psychiquement..
réflexion, responsabilisation
difficulté à s'adapter à la dynamique du service car retrait vis à vis des autres patients
contenance psychique
introspection, capacité à réfléchir sur ses actes,baisse de l'agitation psychomotrice
Ennui
quelquefois: confusion - majoration du délire
Sécurisé le patient et l'environnement (autres patients, professionnels...). Un risque de devenir "accros à l'isolement".
reconnaissant
Réassurance ; Singularisation
reflexion,sentiment de securite
Amène le plus souvent un apaisement qui permet une amélioration du contact et donc de favorisé une reprise du lien avec l'équipe de soin.
rassemblement
Protection
réfléchir à son geste, passer à autre chose
apaisement

Avant la décision d'un retour en chambre, en dehors des situations d'urgence, menez-vous un entretien préalable pour expliciter cette mesure ? (réponses : 1 = jamais / 5 = toujours)



Comment utilisez-vous le cadre de soin prescrit ?